



Kataχωρείται 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. Πλουμπιδής

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

Συνεργάτης:
Π. Φερεντίνος

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

M. Abou-Saleh (UK)
H. Akiskal (USA)
G. Alexopoulos (USA)
N. Andreasen (USA)
S. Bloch (Australia)
M. Botbol (France)
N. Bouras (UK)
C. Höschl (Czech Rep.)

H. Ghodse (UK)[†]
P. Gökalp (Turkey)
G. Ikkos (UK)
R.A. Kallivayalil (India)
M. Kastrup (Denmark)
K. Kirby (Australia)
V. Krasnov (Russia)

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

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

Secretariat:
Head: H. Gretsia
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 of the Journal:
€ 40.00 or \$ 80.00 + postage – each separate issue € 10.00
are payable by check to the treasurer
of the Hellenic Psychiatric Association:
11, Papadiamantopoulou str., GR-115 28 Athens

**For the members of the Association in good
standing subscription is free**

Γραμματεία ΕΨΕ:
Υπεύθυνη: Ε. Γκρέτσα
Τηλ.: 210-72 14 184, Fax: 210-72 42 032
E-mail: psych@psych.gr, Ιστοσελίδα: www.psych.gr
FB: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

**Εργασίες για δημοσίευση, επιστολές,
βιβλία για παρουσίαση να απευθύνονται
στον Πρόεδρο της Συντακτικής Επιτροπής:**
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Ετήσιες συνδρομές του Περιοδικού:
Εσωτερικού € 40,00
Εξωτερικού \$ 80,00 + ταχυδρομικά
Μεμονωμένα τεύχη € 10,00
Καταβάλλονται με επιταγή στον ταμία της ΕΨΕ:
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

**Τα ταμειακώς εντάξει 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@otenet.gr
e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

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



**EDITING
EN ISO 9001:2000**

3, Adrianiou str., GR-115 25 Athens-Greece
Tel.: (+30) 210-67 14 371 – (+30) 210-67 14 340,
Fax: (+30) 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

Printing supervision
Α. Βασιλάκου, 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

ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ 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

DIVISIONS

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: Π. Βράνας
Γραμματέας: Π. Στοφόρος
Ταμίας: Α. Θωμάς

CENTRAL GREECE

Chairman: P. Vranas
Secretary: P. Stoforos
Treasurer: A. Thomas

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

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

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: Κ. Κασιακόγια
Ταμίας: Π. Λέκκος

GREAT BRITAIN

Chairman: H. Palazidou
Secretary: K. Kasiakogia
Treasurer: P. Lekkos



ΚΛΑΔΟΙ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

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

ΒΙΑΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

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

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Πρόεδρος: Ε. Βάρσου
Γραμματείς: Γ. Μιχόπουλος, Φ. Γονιδάκης

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Λ. Μαρκάκη
Γραμματείς: Γ. Γκιουζέλης, Γ. Πολυχρόνης

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. Γαρυφαλλός, Σ. Θεοδωροπούλου

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΣΞΕΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

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

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ
Πρόεδρος: Α. Καρκανιάς
Γραμματείς: Μ. Διαλλινά, Θ. Υφαντής

ΤΕΧΝΗΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Κ. Κατσαδώρος
Γραμματείς: Ι. Χατζιδάκης, Ι. Αποστολόπουλος

ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Πρόεδρος: Π. Ουλής†
Γραμματείς: Ι. Ηλιόπουλος, Γ. Νικολαΐδης

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Α. Αυγουστής
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. Χαραλαμπίκη, Γ. Μιχόπουλος

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ν. Δέγληρης
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

ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος: Ρ. Ψαράς
Γραμματείς: Α. Οικονόμου, Αθ. Κανελλόπουλος

SECTIONS

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

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

VIOLENT BEHAVIORS

Chairman: C. Tsopeles
Secretaries: M. Dimitrakia, P. Dounas

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

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

CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY

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

EATING DISORDERS

Chairman: E. Varsou
Secretaries: J. Michopoulos, F. Gonidakisi

PRIVATE PRACTICE PSYCHIATRY

Chairman: L. Markaki
Secretaries: J. Giouzelis, G. Polychroni

HISTORY OF PSYCHIATRY

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

PSYCHOPHARMACOLOGY

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

SOCIAL PSYCHIATRY

Chairman: A. Michopoulos
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: A. Karkanias
Secretaries: M. Diallina, Th. Yfantis

ART & PSYCHIATRY

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

TELEPSYCHIATRY

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

PHILOSOPHY & PSYCHIATRY

Chairman: P. Oulis†
Secretaries: J. Iliopoulos, G. Nikolaidis

PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: G. Christodoulou
Secretaries: J. 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

SECTOR OF YOUNG PSYCHIATRISTS

Chairman: R. Psaras
Secretaries: A. Economou, Ath. Kanellopoulos



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Ασθενείς με σχιζοφρένεια ανθεκτικοί στη θεραπεία

Ι. Νηματούδης 241

Ερευνητικές εργασίες

Mini Mental State Examination (MMSE): Καθορισμός των σημείων διαχωρισμού (cutoff score) ανάλογα με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο

Α. Σόλιας, Π. Σκαπινάκης, Ν. Δέγλερης, Μ. Παντολέων, Ε. Κατιρτζόγλου, Α. Πολίτης 245

Κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες σε ασθενείς μονάδων εντατικής θεραπείας

Ε. Ασημακοπούλου, Μ. Μαδιανός..... 257

Ανασκοπήσεις

Η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Κ. Παναγιωτίδου, Γ. Ζέρβας 270

Η υποχρεωτική θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα:

Ηθικά και νομικά προβλήματα

Μ. Μητροσύλη 285

Υπογονιμότητα: Ψυχολογικές-ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις και γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις

Χ. Μήτση, Κ. Ευθυμίου 293

Σύντομο άρθρο

Ψυχιατροδικαστική και ισλαμικό δίκαιο

Γ. Τζεφεράκος, Ε. Λύκουρας, Α. Δουζένης..... 303

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις..... 309



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

Treatment-resistant patients with schizophrenia

J. Nimatoudis 241

Research articles

Mini Mental State Examination (MMSE): Determination of cutoff scores according to age and educational level

A. Solias, P. Skapinakis, N. Degleris, M. Pantoleon, E. Katirtzoglou, A. Politis 245

Depression and post-traumatic stress disorder among patients in intensive care units

E. Asimakopoulou, M. Madianos..... 257

Reviews

Therapist self-disclosure in cognitive-behavioral therapy

K. Panagiotidou, I. Zervas..... 270

Involuntary treatment of mental patients in the community: Legal and ethical dilemmas

M. Mitrossili..... 285

Infertility: Psychological-psychopathological consequences and cognitive-behavioural interventions

C. Mitsi, K. Efthimiou..... 293

Brief communication

Forensic psychiatry and islamic law

G. Geferakos, L. Lykouras, A. Douzenis..... 303

Future scientific meetings

..... 309

Ασθενείς με σχιζοφρένεια ανθεκτικοί στη θεραπεία

Ψυχιατρική 2014, 25:241–244

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με σχιζοφρένεια που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί ένα κλινικά δυσεπίλυτο πρόβλημα. Παρά την εισαγωγή των 2ης γενιάς αντιψυχωτικών υπολογίζεται ότι περίπου 20 έως 30% των ασθενών με σχιζοφρένεια δεν βελτιώνονται με την αντιψυχωτική αγωγή και στην κλινική τους εικόνα προεξάρχουν σοβαρά και εμμένοντα θετικά συμπτώματα.¹

Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται ως ανθεκτικοί στη θεραπεία. Παρόλο που δεν υπάρχουν γενικώς αποδεκτά κριτήρια για την ανθεκτικότητα στη θεραπεία οι περισσότερες μελέτες² και κατευθυντήριες θεραπευτικές οδηγίες^{1,3-5} αποδέχονται το κριτήριο της «φαρμακευτικής ανθεκτικότητας», δηλαδή τη μη επίτευξη κλινικής βελτίωσης μετά από χορήγηση 2 διαφορετικών αντιψυχωτικών σε επαρκείς δόσεις και για χρονική περίοδο 2–8 εβδομάδων. Τα κριτήρια αυτά προτάθηκαν από τους Kane et al⁶ στην πρώτη μελέτη που τεκμηρίωσε την υπεροχή της κλοζαπίνης έναντι της χλωροπρομαζίνης στη φαρμακευτική αντιμετώπιση ασθενών με σχιζοφρένεια ανθεκτικών στη θεραπεία.

Στους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία πρέπει πρώτα να ελεγχθεί η παρουσία παραγόντων που επηρεάζουν την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή πριν χαρακτηριστούν ως ανθεκτικοί στη θεραπεία. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται η επιβεβαίωση της διάγνωσης της σχιζοφρένειας, ο αποκλεισμός συννόσησης με άλλη ψυχική διαταραχή ή η λήψη ουσιών, οι έντονες παρενέργειες της αγωγής, η χορήγηση ανεπαρκών δόσεων, η ανεπαρκής διάρκεια θεραπείας, η κακή συμμόρφωση στη θεραπεία και φαρμακοδυναμικοί παράγοντες. Εάν διαπιστωθεί η παρουσία κάποιου από τους ανωτέρω παράγοντες θα πρέπει να γίνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του, ενώ προτείνεται και η μέτρηση των επιπέδων του δραστικού παράγοντα στο πλάσμα.

Εφόσον η διάγνωση της ανθεκτικότητας στη θεραπεία τεκμηριωθεί η κλοζαπίνη παραμένει ο παράγοντας 1ης θεραπευτικής επιλογής και συστήνεται από τις σημαντικότερες διεθνείς κατευθυντήριες θεραπευτικές οδηγίες. Συστήνεται σε επαρκείς δόσεις (300–850/900 mg/day) για τουλάχιστον 3 έως 6 μήνες θεραπείας, με σταδιακή τιτλοποίηση και εβδομαδιαίο έλεγχο των λευκοκυττάρων για τις πρώτες 18 εβδομάδες της θεραπείας.

Υπάρχει πολύ καλή τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της κλοζαπίνης στην αντιμετώπιση των ανθεκτικών στη θεραπεία ασθενών, αλλά και στην αντιμετώπιση ασθενών με βίαιη συμπεριφορά ή υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας και αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα με τη σχετική ένδειξη από τον FDA, ήδη από το 1990. Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση 212 μελετών που συμπεριελάμβαναν 43.049 ασθενείς η κλοζαπίνη παρουσίασε το υψηλότερο μέγεθος επίδρασης (effect size) ως προς την αποτελεσματικότητα και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τα υπόλοιπα αντιψυχωτικά.⁷ Παρόλη την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά της, η κλοζαπίνη συνταγογραφείται σε μικρή αναλογία ασθενών και είναι χαρακτηριστικό ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες μόνον ένα ποσοστό 2% με 3% των ανθεκτικών στη θεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια λαμβάνει κλοζαπίνη.⁸

Στις περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στην κλοζαπίνη συστήνεται είτε η συνδυασμένη θεραπεία, δηλαδή η συγχορήγηση της με ένα δεύτερο αντιψυχωτικό, είτε στρατηγικές ενίσχυσης, δηλαδή συγχορήγηση με άλλους παράγοντες. Η συγχορήγηση κλοζαπίνης με ένα δεύτερο αντιψυχωτικό αποτελεί μία συνήθη κλινική πρακτική, αλλά δεν υποστηρίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, διότι τα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα και δεν υπάρχει επαρκής ερευνητική τεκμηρίωση. Σε μετα-ανάλυση 14 διπλών τυφλών μελετών οι Taylor et al⁹ διαπιστώνουν μία μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική υπεροχή στη συγχορήγηση κλοζαπίνης και ενός 2ης γενιάς αντιψυχωτικού συγκριτικά με εικονικό φάρμακο. Οι Sommer et al¹⁰ σε μετα-ανάλυση 29 διπλών τυφλών μελετών συγχορήγησης αντιψυχωτικού, αλλά και ενίσχυσης με άλλους παράγοντες, καταλήγουν ότι μόνον η συγχορήγηση με σουλιπρίδη υπερέιχε του εικονικού φαρμάκου και σχολιάζουν ότι η τεκμηρίωση για συνδυασμένη χορήγηση κλοζαπίνης

είναι ελάχιστη και μη επαρκής. Οι Barbui et al¹¹ στη δική τους μετα-ανάλυση διαπιστώνουν ελαφρά υπεροχή στην συγχορήγηση κλοζαπίνης και ενός 2ου αντιψυχωτικού σε 10 ανοιχτές τυχαιοποιημένες μελέτες, σε αντίθεση όμως με 6 διπλές τυφλές μελέτες με εικονικό φάρμακο οι οποίες δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά καταλήγουν ότι από κλινικής σκοπιάς το κύριο μήνυμα είναι ότι ένα 2ο αντιψυχωτικό έχει περιορισμένο ή κανένα πλεονέκτημα.

Από τη φαρμακολογική σκοπιά είναι περισσότερο αποδεκτός-λογικός ο συνδυασμός ενός αντιψυχωτικού με χαμηλές αντινοτοπαμινεργικές ιδιότητες, όπως η κλοζαπίνη με έναν παράγοντα ισχυρής συγγένειας με τους υποδοχείς ντοπαμίνης όπως η αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη, σουλπιρίδη. Για τον λόγο αυτόν ο περισσότερο μελετημένος συνδυασμός είναι η συγχορήγηση κλοζαπίνης με ρισπεριδόνη.

Πολλοί παράγοντες έχουν χρησιμοποιηθεί ως στρατηγικές ενίσχυσης της θεραπείας με κλοζαπίνη. Σ' αυτούς συμπεριλαμβάνονται το λίθιο, το βαλπροϊκό, οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά, η λαμοτριγίνη, η τοπιραμάτη, καθώς και πειραματικοί παράγοντες όπως αγωνιστές των NMDA υποδοχέων, Ω-3 λιπαρά οξέα και αντιφλεγμονώδη. Για τους παράγοντες αυτούς δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους στην αντιμετώπιση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στους ανθεκτικούς στη θεραπεία ασθενείς σε συγχορήγηση με κλοζαπίνη. Μόνον οι Sommer et al¹⁰ διαπιστώνουν υπεροχή της συγχορήγησης λαμοτριγίνης με κλοζαπίνη συγκριτικά με εικονικό φάρμακο σε 2 διπλές τυφλές και 3 ανοιχτές τυχαιοποιημένες μελέτες. Στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της World Federation of Societies of Biological Psychiatry¹ στις στρατηγικές ενίσχυσης για την αντιμετώπιση ανθεκτικών στη θεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια συμπεριλαμβάνεται με κατηγορία τεκμηρίωσης Β και επίπεδο σύστασης 3 μόνον ο συνδυασμός κλοζαπίνης και λαμοτριγίνης για τους ανθεκτικούς στη θεραπεία ασθενείς, ενώ ο συνδυασμός κλοζαπίνης και λίθιου επίσης με κατηγορία βαθμό τεκμηρίωσης Β και επίπεδο σύστασης 3 προτείνεται για ασθενείς με επιπρόσθετη συναισθηματική συμπτωματολογία.

Η κλοζαπίνη εξακολουθεί να αποτελεί το φάρμακο αναφοράς για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ανθεκτικών στη θεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια. Η ανθεκτικότητα στη θεραπεία εξακολουθεί και σήμερα να συνδέεται άμεσα με την παρουσία θετικών συμπτωμάτων, παρόλο που οι μακροχρόνιοι θεραπευτικοί μας στόχοι για τη σχιζοφρένεια έχουν σήμερα διευρυνθεί περιλαμβάνοντας ακόμη και την επιδίωξη της ανάρρωσης. Έτσι πεδία όπως η κοινωνική και γνωστική λειτουργικότητα, καθώς και παράμετροι της ποιότητας ζωής δεν περιλαμβάνονται στον ορισμό της ανθεκτικής στη θεραπεία σχιζοφρένειας. Για τον λόγο αυτόν πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι απαιτείται μία ευρύτερη προσέγγιση και ορισμός της ανθεκτικότητας ασθενών στη θεραπεία.¹²

Ιωάννης Νηματούδης
Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Βιβλιογραφία

1. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012, 13:318–378
2. Suzuki T, Remington G, Mulsant BH, Rajji TK, Uchida H, Graff-Guerrero A et al. Treatment resistant schizophrenia and response to antipsychotics: a review. *Schizophr Res* 2011, 133:54–62
3. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1–56
4. NICE clinical guideline 178, Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management Issued: February 2014, last modified: March 2014
5. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 11th Edition, 2012
6. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 45:789–796
7. Leucht S, Cipriani A, Spinelli L, Mavridis D, Orey D, Richter F. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013, 382:951–962
8. Essock SM. New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU) 51st Annual Meeting, American Society of Clinical Psychopharmacology (ASCP). Abstract No 63. June, 2011
9. Taylor DM, Smith L, Gee SH, Nielsen J. Augmentation of clozapine with a second antipsychotic - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012, 125:15–24
10. Sommer IE, Begemann MJ, Temmerman A, Leucht S. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. *Schizophr Bull* 2012, 38:1003–1011
11. Barbui C, Signoretti A, Mule S, Boso M, Cipriani A. Does the addition of a second antipsychotic drug improve clozapine treatment? *Schizophr Bull* 2009, 35:458–468
12. Suzuki T, Remington G, Mulsant BH, Uchida H, Rajji TK, Graff-Guerrero A. Defining treatment-resistant schizophrenia and response to antipsychotics: a review and recommendation. *Psychiatry Res* 2012, 197:1–6

Editorial Άρθρο σύνταξης

Treatment-resistant patients with schizophrenia

Psychiatriki 2014, 25:241–244

The treatment of patients with schizophrenia who do not respond to antipsychotic therapy is clinically a major problem. Even after the introduction of second generation antipsychotics is estimated that approximately 20-30% of all patients with schizophrenia do not show clinical improvement with antipsychotic treatment and their clinical state is characterized by the presence of prominent serious and persistent positive symptoms.¹

These patients are considered as resistant to treatment. Although there are no officially consensus criteria for the concept of resistant to treatment patients, most studies² and treatment guidelines^{1,3-5} accept as operational criterion the "drug resistance", ie. the failure to achieve clinical improvement after administration of two different antipsychotics in sufficient doses and for a period 2–8 weeks. These criteria were initially proposed by Kane et al⁶ in the first study that demonstrated the superiority of clozapine versus chlorpromazine in the pharmaceutical treatment of patients with schizophrenia resistant to treatment.

Before a patient is diagnosed as resistant to treatment there must be excluded all the factors that affect the response to medication before. These factors include the reconfirmation of the diagnosis of schizophrenia, the exclusion of comorbidity with other mental disorder or substance abuse, severe side effects of treatment, administration of inadequate doses, insufficient duration of treatment, poor treatment compliance and pharmacodynamic factors. In case of the presence of any of the above factors therapeutic interventions should address for the elimination of them and measured concentration of plasma levels of the active agent is proposed.

When the diagnosis of resistance to treatment is established clozapine remains the first line therapeutic option and is recommended by the leading international treatment guidelines. Administration of clozapine in sufficient doses up to 300-850/900 mg per day for at least 3 to 6 months treatment is recommended, with gradual titration and weekly control of leukocytes for the first 18 weeks of treatment.

It is well established the superiority of clozapine in treatment-resistant patients with schizophrenia, but also for the treatment of patients with violent behavior or high risk of suicidality. Clozapine remains the only agent with these indications by the FDA since 1990. In a recent meta-analysis of 212 studies that included 43.049 patients clozapine achieved the highest effect size (effect size) in terms of antipsychotic efficacy and by a wide margin than other antipsychotics.⁷ Despite the documented effectiveness, clozapine is prescribed only in a small proportion of patients who meet the indications. Characteristically in the United States only a percentage of 2–3% treatment-resistant patients with schizophrenia are receiving clozapine.⁸

In case of non-response to clozapine is recommended either combination therapy, ie., the co-administration of a second antipsychotic or augmentation strategies, ie. co-administration with different classes drugs. Co-administration of clozapine with a second antipsychotic has become a routine clinical practice, although is not recommended by the treatment guidelines, since research data are limited and it is not supported by enough evidence. In a meta-analysis of 14 double-blind studies Taylor et al⁹ found a small, but statistically significant superiority in co-administration of clozapine with a second-generation antipsychotic compared to placebo. Sommer et al¹⁰ in their meta-analysis of 29 double-blind studies including studies with combination of antipsychotics and augmentation studies with other factors concluded that only the co-administration of clozapine with sulpiride was superior to placebo. They stated also that the evidence for co-administration of clozapine with another antipsychotic is minimal and insufficient. Barbui et al¹¹ in their meta-analysis showed a marginal superiority of co-administration of clozapine and a second antipsychotic in 10 open-label randomized trials, but not in 6 double blind placebo studies which showed no statistically significant difference. They concluded that from a clinical point of view the main message is that the prescription of a second antipsychotic has a little or even no advantage.

From the pharmacological point is more acceptable - logical a combination of an antipsychotic with low antidopaminergic properties, such as clozapine with a drug with strong affinity for dopamine receptors such as haloperidol, amisulpride, risperidone, sulpiride. For this reason, the most studied combination is that of co-administration of clozapine with risperidone.

Many drugs have been used as augmentation strategic with clozapine. These include lithium, valproate, benzodiazepines, antidepressants, lamotrigine, topiramate and experimental agents as agonists of NMDA receptors, D-5 fatty acids and antiinflammatories. For these agents there are insufficient data to support their efficacy in the treatment of psychotic symptoms in treatment-resistant patients on concomitant treatment with clozapine. Only Sommer et al¹⁰ reported evidence of superiority in co-administration clozapine and lamotrigine compared to placebo in two double-blind and three open randomized trials. Recent guidelines of World Federation of Societies of Biological Psychiatry¹ in their recommendations for augmentation strategies include with category of evidence B and recommendation grade 3 only the combination of clozapine and lamotrigine for treating treatment-resistant patients and the combination of clozapine and lithium for patients with additional emotional symptomatology but not for treatment-resistant patients.

Clozapine remains the reference drug for the treatment of resistant patients with schizophrenia. The resistance to treatment today still directly related to the presence of positive symptoms, although our long-term therapeutic goals for schizophrenia included today even the pursuit of recovery. In addition areas such as social and cognitive functioning and quality of life parameters are not included in the definition of treatment-resistant schizophrenia. For this reason, many researchers argue that is required a broader approach and definition of the concept of "resistance to treatment".¹²

John Nimatoudis
Professor of Psychiatry
University of Thessaloniki

References

1. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012, 13:318–378
2. Suzuki T, Remington G, Mulsant BH, Rajji TK, Uchida H, Graff-Guerrero A et al. Treatment resistant schizophrenia and response to antipsychotics: a review. *Schizophr Res* 2011, 133:54–62
3. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1–56
4. NICE clinical guideline 178, Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management Issued: February 2014, last modified: March 2014
5. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 11th Edition, 2012
6. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 45:789–796
7. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013, 382:951–962
8. Essock SM. New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU) 51st Annual Meeting, American Society of Clinical Psychopharmacology (ASCP). Abstract No 63. June , 2011
9. Taylor DM, Smith L, Gee SH, Nielsen J. Augmentation of clozapine with a second antipsychotic - a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012, 125:15–24
10. Sommer IE, Begemann MJ, Temmerman A, Leucht S. Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review. *Schizophr Bull* 2012, 38:1003–1011
11. Barbui C, Signoretti A, Mule S, Boso M, Cipriani A. Does the addition of a second antipsychotic drug improve clozapine treatment? *Schizophr Bull* 2009, 35:458–468
12. Suzuki T, Remington G, Mulsant BH, Uchida H, Rajji TK, Graff-Guerrero A. Defining treatment-resistant schizophrenia and response to antipsychotics: a review and recommendation. *Psychiatry Res* 2012, 197:1–6

Ερευνητική εργασία Research article

Mini Mental State Examination (MMSE): Καθορισμός των σημείων διαχωρισμού (cutoff score) ανάλογα με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο

**A. Σόλιας,¹ Π. Σκαπινάκης,² Ν. Δέγλερης,³
Μ. Παντολέων,⁴ Ε. Κατιρτζόγλου,¹ Α. Πολίτης¹**

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, ²Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, ³Ψυχογηριατρική Υπηρεσία Πειραιά, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών, Πειραιάς, ⁴Κοινωνική Υπηρεσία, Δήμος Ηλιούπολης, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:245–256

Η ψυχομετρική δοκιμασία βραχείας αξιολόγησης των νοητικών λειτουργιών (Mini Mental State Examination) συμπληρώνει 38 έτη εφαρμογής και παραμένει δοκιμασία αναφοράς για την ανίχνευση της άνοιας στην καθημερινή κλινική πρακτική και την έρευνα (cohort/cross sectional studies). Παρότι η στάθμισή της για τον ελληνικό πληθυσμό κατέδειξε υψηλού βαθμού εξειδίκευση και ευαισθησία, η τεκμηριωμένη επίδραση των παραμέτρων της εκπαίδευσης και ηλικίας στην επίδοση του εξεταζομένου αναδεικνύει την υπόθεση της αναγκαιότητας συνυπολογισμού τους στον προσδιορισμό του οριακού σημείου διαχωρισμού (cutoff score). Σκοπός της μελέτης είναι ο προσδιορισμός του επιπολασμού της άνοιας σε ηλικιωμένους σε αστική περιοχή και η εκτίμηση της επίδρασης των παραμέτρων ηλικίας και εκπαίδευσης στην κλίμακα MMSE για τη δημιουργία χρηστικού πίνακα υπολογισμού οριακών σημείων διαχωρισμού για τον ελληνικό πληθυσμό. Πραγματοποιήθηκε πρωτογενής συγχρονική μελέτη σε 630 άτομα 55+ετών, που διαβιούν αυτόνομα στους Δήμους Ιλίου και Ηλιούπολης Αττικής. Με βάση τη στάθμιση της κλίμακας για τον ελληνικό πληθυσμό, το 27,3% των εξεταζομένων στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουν διαταραχές μνήμης. Η ηλικία και η μόρφωση επιδρούν στατιστικά σημαντικά ($p=,000$) στην επίδοση των εξεταζομένων στην κλίμακα. Η χρήση σταθερού οριακού σημείου διαχωρισμού δυσχεραίνει την εξατομίκευση των αποτελεσμάτων. Εξεταζόμενοι μεγαλύτεροι σε ηλικία και με μικρότερη μόρφωση σημείωναν μικρότερη επίδοση έναντι των μικρότερης ηλικίας και μεγαλύτερης μόρφωσης. Ο λόγος πιθανοτήτων (O.R.) αυξάνει μετά την ηλικία των 75 ετών από 2,58 έως 4,91 συγκριτικά με τους 55–60 ετών. Στη μεταβλητή εκπαίδευση, ο λόγος πιθανοτήτων (O.R.) μειώνεται από 1,43 για τους απόφοιτους πρωτοβάθμιας έως 3,19 στους απόφοιτους τριτοβάθμιας (C.I. 95%) συγκριτικά με τους αναλφά-

βητους. Συμπερασματικά, η χρήση αλγορίθμου για τον καθορισμό του οριακού σημείου της κλίμακας MMSE με συνυπολογισμό της επίδρασης της ηλικίας και εκπαίδευσης θα συμβάλλουν στην ορθή αξιολόγηση του αποτελέσματος της κλίμακας. Στις κοινοτικές δομές και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η χρήση του 25ου εκατοστημορίου για τη διάκριση φυσιολογικού-παθολογικού αναλόγως της ηλικίας και εκπαίδευσης μπορεί να προφυλάξει από την υπερδιάγνωση λόγω αυξημένου κινδύνου ψευδώς θετικού αποτελέσματος.

Λέξεις κλειδιά: MMSE, επιπολασμός, συγχρονική μελέτη, οριακό σημείο διαχωρισμού.

Εισαγωγή

Η άνοια συγκαταλέγεται μεταξύ των 10 πρώτων αιτιών που προκαλούν σημαντικού βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας (disability) του ατόμου στις αναπτυγμένες χώρες. Υπολογίζεται ότι το 2050 θα υπάρχουν παγκοσμίως 115 εκατομμύρια νέα περιστατικά, τα περισσότερα από τα οποία στις αναπτυσσόμενες χώρες, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και το σύστημα περίθαλψης και πρόνοιας.¹

Η εξέλιξη των νευροαπεικονιστικών διαγνωστικών μεθόδων, των νευροψυχολογικών δοκιμασιών, καθώς και η ύπαρξη διαγνωστικών κριτηρίων, έδωσαν τη δυνατότητα περισσότερο ασφαλούς ανίχνευσης της άνοιας και επέτρεψαν την παρακολούθηση της προοδευτικής νευροεκφυλιστικής διεργασίας. Το 1975 οι Folstein et al² εισήγαγαν τη Βραχεία Κλίμακα Εκτίμησης των Νοητικών Λειτουργιών (Mini Mental State Examination MMSE) για την αξιολόγηση της μνήμης και των ανώτερων νοητικών λειτουργιών.

Η κλίμακα MMSE παραμένει σημείο αναφοράς τόσο για τους κλινικούς στην καθημερινή πρακτική όσο και για τους ερευνητές σε μελέτες κοόρτης και συγχρονικές μελέτες. Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες και χρησιμοποιείται σε διάφορες εθνοτικές και πολιτισμικές ομάδες.³ Προοριζόταν, αρχικά, να αποτελέσει εργαλείο διαλογής για τους κλινικούς. Σήμερα χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της καταλληλότητας των υποκειμένων προκειμένου να εξαιρεθούν ή να περιληφθούν σε κλινικές μελέτες αλλά και ως μέτρο αξιολόγησης του αποτελέσματος των κλινικών μελετών.⁴ Το National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) υιοθέτησε –με μια αμφιλεγόμενη απόφαση– τα οριακά σημεία διαχωρισμού της κλίμακας για τον ορισμό της επιλεξιμότητας των ατόμων που θα λάβουν φαρμακευτική αγωγή για τη νόσο Alzheimer.⁵ Στη μετα-ανάλυση του Mitchell,⁶

η κλίμακα σε μελέτες στην κοινότητα εμφανίζει ευαισθησία 85,1%, εξειδίκευση 85,8%, θετική τιμή πρόβλεψης 34,5% και αρνητική τιμή πρόβλεψης 98,5%, με αντίστοιχες τιμές 78,4%, 87,8% 53,6% και 95,7 στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εμφανίζει υψηλή αξιοπιστία στην επαναχορήγησή της τόσο μετά από 24 ώρες όσο και μετά από 28 ημέρες.²

Η MMSE παρουσιάζει μεγάλου βαθμού συσχέτιση ως προς την αξιοπιστία της με τις κλίμακες (Wechsler Adult Intelligence Test, WEIS),⁷ (Alzheimer's Disease Assessment Scale, ADAS-cog),⁸ (Cambridge Cognition Examination, CAMCOG),⁹ (Blessed Orientation-Memory-Concentration Test, BOMC),¹⁰ (Dementia Rating Scale, DRS),¹¹ (Clinical Dementia Rating Scale, CDR).¹² Η επίδοση στην κλίμακα MMSE χρησιμοποιείται σταθερά έως τις ημέρες μας ως γνώμονας αξιολόγησης ευρημάτων νευροαπεικονιστικών εξετάσεων.¹³⁻¹⁹

Η κλίμακα έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Fountoulakis et al.²⁰ Οι συγγραφείς αναδεικνύουν οριακό σημείο διαχωρισμού (cutoff score) την επίδοση 23/24 για τη διάγνωση της άνοιας, όπου η κλίμακα εμφανίζει ευαισθησία 90,80% και εξειδίκευση 90,62%, με τιμή θετικής πρόβλεψης (Positive Predictive Value) 92,94%.

Οι Anthony et al²¹ στην εργασία τους σχετικά με τους περιορισμούς στην ανίχνευση της άνοιας και του ντελίριου (delirium) με τη χρήση της MMSE, αναφέρουν το υψηλό ποσοστό (36%) των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων σε άτομα με λιγότερα από 9 έτη εκπαίδευσης (πολλοί από τους οποίους ήταν άνω των 60 ετών) και εισάγουν την ιδέα της μεταβολής των οριακών σημείων αποκοπής. Οι Escobar et al²² στην εργασία τους με τη χρήση της κλίμακας σε κοινοτικό δείγμα πληθυσμού από διαφορετικές εθνότητες επισημαίνουν τη μεγάλη βαρύτητα της επίδρασης των παραγόντων της ηλικίας και της εκπαίδευσης και εισηγούνται την επανααξιολόγηση των λημμάτων για την ελαχιστοποίηση των κοινωνικών και εκπαι-

δευτικών επιδράσεων στα αποτελέσματα. Οι Jorm et al²³ μελετώντας την επίδραση του παράγοντα εκπαίδευση στην εμφάνιση τάσης πόλωσης (bias), αναφέρουν την απουσία διαφοράς στην αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, αποδίδοντας τη διαφορά ανάμεσα στη δική τους εργασία και την αντίστοιχη των Anthony et al.²¹ (α) στη χρήση κλινικής διάγνωσης, έναντι κλίμακας αξιολόγησης της λειτουργικότητας (ADL), (β) στο δείγμα πληθυσμού (άτομα που διαβιούσαν στην κοινότητα έναντι νοσηλευομένων), (γ) στα διαφορετικά φυλετικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων πληθυσμού των δύο μελετών.

Οι Crum et al³ παρουσιάζουν τη στάθμιση της MMSE βασισμένη στις μεταβλητές ηλικίας και εκπαίδευσης επισημαίνοντας την ανάγκη αξιολόγησης του αποτελέσματος υπό το πρίσμα των δύο αυτών παραμέτρων, για να ακολουθήσουν στη συνέχεια και άλλες μελέτες.²⁴⁻²⁹

Στην εργασία τους για τη στάθμιση της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό, οι Φουντουλάκης και συν²⁰ αναφέρουν το φαινόμενο της υπερδιάγνωσης ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και επισημαίνουν την αναγκαιότητα για ορισμό διαφορετικού ορίου αποκοπής αναλόγως του γένους, της εκπαίδευσης και της ηλικίας. Αντίστοιχη επισήμανση γίνεται από τον Mitchell,⁶ στα συμπεράσματα της μετα-ανάλυσής του.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο υπολογισμός του επιπολασμού των διαταραχών μνήμης στην κοινότητα, όπως αποτυπώνεται στην κλίμακα MMSE, εκτίμηση της επίδρασης της ηλικίας και της εκπαίδευσης στην επίδοση των εξεταζομένων, και τέλος ο έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας και η δημιουργία χρηστικού πίνακα για τον υπολογισμό των σημείων οριοθέτησης της διαταραχής (cutoff scores), ανάλογα με την ηλικία και τη μόρφωση, για τον ελληνικό πληθυσμό.

Υλικό και μέθοδος

Πρωτογενής συγχρονική μελέτη στην οποία συμμετείχαν συνολικά 630 άτομα και των δύο φύλων, ηλικίας άνω των 55 ετών, που διαμένουν αυτόνομα στους Δήμους Ιλίου και Ηλιούπολης Αττικής [Ilion - Helioupolis Municipalities Hellenic Study (Il.Hel.M.Hel.St.)]. Η ικανότητα αυτόνομης διαβίωσης ορίζεται από τη δυνατότητά τους να ανταποκρίνονται στις καθημερινές ανάγκες διαβίωσης χωρίς να απαιτείται η παρο-

χή βοήθειας από φροντιστή. Από την εργασία εξαιρέθηκαν 78 άτομα λόγω μη επαρκών δεδομένων.

Ερευνητικά αντικείμενα της μελέτης:

Η κλίμακα MMSE των Folstein et al² αποτελείται από 30 λήμματα τα οποία αξιολογούν τον προσανατολισμό στον χώρο και τον χρόνο, την εγχάραξη και ανάκληση πληροφοριών, τη συγκέντρωση και προσοχή, την εκτέλεση γραπτών και προφορικών εντολών, την αφαιρετική ικανότητα, τη χρήση λόγου (προφορικού και γραπτού) και την κατασκευαστική ικανότητα.

Η υψηλότερη επίδοση καταδεικνύει καλύτερη νοητική λειτουργικότητα. Η χορήγηση της δοκιμασίας διαρκεί από 5-10 min και με αυτόν τον τρόπο ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος εμφάνισης κόπωσης και προβλήματα στη συγκέντρωση και την προσοχή, κυρίως σε άτομα με σωματικές νόσους, αλλά και της αδημονίας που καταλαμβάνει συχνά άτομα της τρίτης ηλικίας κατά τη νευροψυχολογική αξιολόγηση.

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο στο οποίο συλλέχθηκαν κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, τόπος γέννησης, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, κατάσταση διαβίωσης, γεγονότα ζωής, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, προβλήματα υγείας, φαρμακευτική αγωγή).

Οι συνεντευκτές όπως και οι εξεταζόμενοι δεν ήταν ενήμεροι για την επικείμενη αξιολόγηση της επίδοσης στην MMSE ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης και την ηλικία.

Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS version 19. Για τον έλεγχο της κατανομής των παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική.

Υπολογίσθηκε ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των παραμέτρων της ηλικίας και της εκπαίδευσης με βάση το προϊόν του ελέγχου του Spearman (rho). Πραγματοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση για τον έλεγχο της επίδρασης των παραμέτρων του φύλου, της ηλικίας και της εκπαίδευσης, καθώς επίσης και έλεγχος αξιοπιστίας. Η κατανομή στο 5°, 10°, 25°, 50°, 75° και 90° εκατοστημόριο χρησιμοποιήθηκε προκειμένου ν' αποτυπωθεί πιθανή μεταβολή του εύρους της επίδοσης στη δοκιμασία με την αύξηση της ηλικίας ή του επιπέδου εκπαίδευσης. Τέλος, δημιουργήθηκαν πίνακες διασταύρωσης στοιχείων για την

κατά εκατοστημόριο αποτύπωση της επίδοσης στην κλίμακα του MMSE σε συνάρτηση με τις μεταβλητές ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης.

Αποτελέσματα

Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετέχουν 630 άτομα. Το 68% είναι γυναίκες ενώ το 32% άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι 71,65 έτη και η διάμεσος 72 έτη (τυπική απόκλιση $SD=7,29$). Ως προς το μορφωτικό επίπεδο: 26,9% αναλφάβητοι, 41,9% απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας, 20% Δευτεροβάθμιας και 11,3% Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 39,9% των συμμετεχόντων ασκούσαν χειρωνακτική εργασία, 27,5% οικιακά, 15% πνευματικού περιεχομένου εργασία, 7,1% εμπόριο, ενώ το 10,5% άλλο. Όλοι οι συμμετέχοντες, κατά τον χρόνο διεξαγωγής της μελέτης, είναι συνταξιούχοι ή/και ασχολούνται με τα οικιακά (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.

	<i>n</i>	(%)	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Φύλο	628	100		
Ανδρας	201	32,0		
Γυναίκα	427	68,0		
Ηλικία	625	100	71,65	7,297
Ηλικία ανδρών			74,35	7,252
Ηλικία γυναικών			71,04	6,974
Ηλικιακά φάσματα				
55–59	32	5,1		
60–64	78	12,5		
65–69	127	20,2		
70–74	173	27,5		
75–79	121	19,4		
80–84	69	11		
85+	25	4		
Εκπαίδευση	621	100		
Αναλφάβητος	167	26,9		
Πρωτοβάθμια	260	41,9		
Δευτεροβάθμια	124	20,0		
Τριτοβάθμια	70	11,3		
Οικογενειακή κατάσταση	419	100		
Άγαμος	1	0,2		
Έγγαμος	281	67,1		
Διαζευγμένος	15	3,6		
Χωρισμένος	4	1		
Χήρος	118	28,2		
MMSE score	625	100	25,04	4,438

Επιπολασμός της άνοιας

Σύμφωνα με την επίδοση των εξεταζομένων στην κλίμακα MMSE, 27,3% πάσχουν από διαταραχές της μνήμης και των ανώτερων νοητικών λειτουργιών με βάση τη στάθμιση της κλίμακας για τον ελληνικό πληθυσμό,²⁰ όπου σημείο οριοθέτησης της διαταραχής είναι η επίδοση 23/24. Παράλληλα υπολογίσθηκε ο επιπολασμός, ανάλογα με τη βαρύτητα των διαταραχών, με βάση την κατηγοριοποίηση των Perneczky et al³⁰ οι οποίοι στην εργασία τους προσδιόρισαν τη βαρύτητα της διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών ανάλογα με την επίδοση του εξεταζομένου στην κλίμακα MMSE. Για την αντιστοίχιση των σταδίων της διαταραχής στην κλίμακα MMSE χρησιμοποιήθηκε ως κλίμακα αναφοράς η Clinical Dementia Rating Scale,¹² μία από τις πλέον αξιόπιστες κλίμακες διάγνωσης και αξιολόγησης της βαρύτητας της άνοιας.

Ποσοστό 27,1% των εξετασθέντων παρουσιάζουν ήπιου βαθμού (αποτέλεσμα 25–21, διάμεσος του δείγματος=23) 12,7% μέσου βαθμού (αποτέλεσμα 20–11, διάμεσος του δείγματος=18) και 1% σοβαρού βαθμού (αποτέλεσμα <10, διάμεσος του δείγματος=7) διαταραχές.

Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά εξεταζομένων

Φύλο: Η μέση τιμή 25 δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, με τιμές 24,8 και 25,3 αντίστοιχα (t -test 1,329, βαθμός ελευθερίας 626, $p=,184$).

Το γυναικείο φύλο επηρεάζει αρνητικά την επίδοση στη δοκιμασία με λόγο πιθανοτήτων (Odds Ratio) $-0,92$ (διάστημα εμπιστοσύνης C.I. 95% από $-1,56$ έως $-0,22$ με στατιστική σημαντικότητα $p=0,01$). Το γεγονός ότι ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που συμμετείχαν (70,38 έτη) ήταν μικρότερος των ανδρών (74,35 έτη) οδηγεί στο ερώτημα της ισχυρότερης επίδρασης της μεταβλητής στην επίδοση του εξεταζομένου στην κλίμακα. Οι διάμεσοι της επίδοσης των ανδρών στην κλίμακα είναι υψηλότεροι κατά 4 βαθμούς έναντι των γυναικών για τις ηλικιακές ομάδες 80+ (80–84 ετών άνδρες 25–γυναίκες 21, και 85+ ετών 24 έναντι 20 αντίστοιχα) αλλά ο αριθμός των συμμετεχόντων σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες είναι σχετικά χαμηλός (αποτελούν το 15% του συνόλου των εξεταζομένων).

Ηλικία. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 (65,356) έδειξε ότι οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες ($p=,000$).

Στην κατά εκατοστημόριο κατανομή της επίδοσης στη δοκιμασία αναλόγως της ηλικίας, παρατηρούμε ότι για την ηλικιακή ομάδα 60–64 ετών το 95% των εξεταζομένων (5th percentile) έχουν βαθμολογία τουλάχιστον 21/30, ενώ η διάμεσος (median) βρίσκεται στο 28/30, στα άτομα ηλικίας 80–84 ετών η διάμεσος βρίσκεται στο 21/30, ενώ για το 95% των εξεταζομένων η επίδοση ήταν τουλάχιστον 11/30 (πίνακας 2). Στην ηλικιακή ομάδα των 65–74 ετών γνωστικές διαταραχές εμφανίζουν το 22,3%, στην ομάδα των 75–84 ετών το 43,2%, και στους άνω των 85 ετών το 44%. Η ανάλυση της συχνότητας αδυναμίας απάντησης των εξεταζομένων στα λήμματα της δοκιμασίας ανέδειξε σταθερή αύξηση του ποσοστού ατόμων που δεν μπόρεσαν ν' αντεπεξέλθουν όσο αυξανόταν η ηλικία. Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στα πεδία (α) προσανατολισμός στον χρόνο, (β) εκτέλεση υπολογισμών, (γ) ανάκληση, και (δ) πραξιάς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατανομή των εξεταζομένων αναλόγως του φύλου σε δύο ηλικιακές ομάδες, ≤ 74 και 75+ ετών. Ως προς την κατανομή των εξεταζομένων στις κατηγορίες υγιής/με διαταραχές για τις γυναίκες, οι <74 ετών σε ποσοστό 21% εμφανίζουν διαταραχές, ενώ για τις 75+ ετών το ποσοστό είναι 53,4%. Αντίστοιχα για τους άνδρες οι <74 εμφανίζουν διαταραχές σε ποσοστό 12,9%, ενώ οι 75+ ετών σε ποσοστό 31,3%. Ο αντίστοιχος υπολογισμός στην κατανομή των εξεταζομένων ανάλογα με τη βαρύτητα των διαταραχών με βάση την εργασία των Perneczky et al,³⁰ ήπιας βαρύτητας διαταραχές στην ηλικιακή ομάδα <74 ετών παρουσιάζουν 25,2% των γυναικών και 19,8% των ανδρών,

Πίνακας 2. Κατανομή της επίδοσης στην κλίμακα MMSE, κατά εκατοστημόριο, ανάλογα με την ηλικία.

Ηλικία	Εκατοστημόρια					
	5°	10°	25°	50° (διάμεσος)	75°	90°
55–59	22	24	26	28	29	29
60–64	21	23	27	28	29	30
65–69	20	22	24	27	29	29
70–74	18	20	22	26	28	29
74–79	14	15	21	25	27	28
80–84	11	12	14	21	24	26
85+	8	9	15	20	25	27

ενώ στους 75+ 34,5% των γυναικών και 33,3% των ανδρών. Μέσης βαρύτητας διαταραχές στην ηλικιακή ομάδα <74 ετών παρουσιάζουν 7,4% των γυναικών και 6,9% των ανδρών, και στους 75+ 31,9% των γυναικών και 12,1% των ανδρών. Σοβαρού βαθμού διαταραχές στους <74 ετών (για τις γυναίκες και τους άνδρες) 0%, και για τους 75+ 2,6% και 3% αντίστοιχα για τα δύο φύλα.

Μια περισσότερο διεισδυτική ματιά στην κατά εκατοστημόριο κατανομή της επίδοσης στη δοκιμασία με βάση την ηλικιακή ομάδα, δημιουργεί το ερώτημα της πιθανότητας άτομα τα οποία σε μικρότερη ηλικία είχαν υψηλή επίδοση στη δοκιμασία –και κατ'επέκταση καλύτερη γνωστική λειτουργικότητα– να τείνουν υπό κανονικές συνθήκες (χωρίς να έχει προκληθεί σημαντική εγκεφαλική βλάβη) να διατηρούν τις γνωστικές τους λειτουργίες. Ο Stern³¹ αναφέρεται στον αντισταθμιστικό ρόλο των γνωστικών εφεδρειών, ο οποίος είναι καθοριστικός τόσο στη διεργασία της φυσιολογικής γήρανσης όσο και σε κλινικές εκδηλώσεις της άνοιας οι οποίες δεν είναι συχνά συμβατές με την έκταση της εγκεφαλικής βλάβης που αποκαλύπτεται νεκροτομικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις ανακαλύπτονται σημαντικές εγκεφαλικές αλλοιώσεις νόσου Alzheimer, ενώ ο ασθενής όσο ζούσε παρουσίαζε πιο ήπια συμπτώματα. Η λογιστική παλινδρόμηση ανέδειξε αύξηση πιθανότητας εμφάνισης διαταραχών μνήμης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p<,05$) μετά την ηλικία των 75 ετών, με κυμαινόμενο ποσοστό πιθανότητας (OR) από 2,58 έως 4,91 στους 85+ ετών.

Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την άνοια. Στην παρούσα εργασία ορίστηκε με βάση την επιτυχή ολοκλήρωση της φοίτησης στην αντίστοιχη βαθμίδα, μολονότι στην ουσία η εγκύκλια και ακαδημαϊκή εκπαίδευση αποτελεί μια –σημαντική και μετρήσιμη επίσης– συνισταμένη των γνωστικών εφεδρειών όπως επίσης και ο δείκτης ευφυΐας. Παρότι επικρατεί η άποψη ότι οι γυναίκες υφίσταντο συμπεριφορά διάκρισης στα θέματα εκπαίδευσης, αυτό μάλλον πρέπει ν' αποδοθεί στις ιδιαίτερες συνθήκες της εποχής (της έκρηξης των γεννήσεων και της ανοικοδόμησης, καθώς και της ζήτησης ανειδίκευτων εργατών) παρά στην αρνητική στάση των ανθρώπων απέναντι στην πρόσκτηση μόρφωσης από τις γυναίκες. Στο συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό αναλφαβήτων

έναντι των ανδρών (29,6 έναντι 21,2% αντίστοιχα) και αποφοίτων γυμνασίου (21,3 έναντι 17,2%). Υστερούν ως προς το ποσοστό αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (18,7 έναντι 7,8%). Το ποσοστό αποφοίτων δημοτικού είναι παραπλήσιο (41,4 έναντι 42,9%).

Η ευρύτερη μόρφωση ενός ατόμου είναι πιθανό να λειτουργεί αντισταθμιστικά στις αρνητικές επιπτώσεις της χαμηλής ακαδημαϊκής εκπαίδευσης, η οποία οφείλεται στην έλλειψη ευκαιριών για εκπαίδευση παρά στη γενικότερη στάσης ζωής.

Η εκπαίδευση επηρεάζει την επίδοση στην κλίμακα MMSE. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας κατηγορικών μεταβλητών χ^2 (52,132) έδειξε ότι οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες ($p=0,000$). Οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερη επίδοση σε σύγκριση με τους άνδρες σε όλες τις κατηγορίες της μεταβλητής εκπαίδευσης πλην της κατηγορίας αναλφάβητος/η, όπου η διάμεσος της επίδοσης είναι κατά 2 βαθμούς μικρότερη απ' αυτήν των ανδρών (23/25 αντίστοιχα). Στις υπόλοιπες κατηγορίες είναι ίση (πρωτοβάθμια εκπαίδευση 26/26) ή μεγαλύτερη (δευτεροβάθμια 28/26, τριτοβάθμια 29/28). Το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τη διαπίστωση ότι το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται καλύτερη γνωστική λειτουργικότητα. Αιτιολογείται εν μέρει από το ότι ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών είναι κατά 4 έτη μικρότερος, και επίσης από το γεγονός ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν περιορίζεται στα έτη εκπαίδευσης. Στην κατά εκατοστημόριο κατανομή της επίδοσης των εξεταζομένων στη δοκιμασία αναλόγως της εκπαίδευσης παρατηρείται ότι ενώ στους αποφοίτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης η διάμεσος βρίσκεται στο 28/30, το 95% των εξεταζομένων (5th percentile) έχει βαθμολογία τουλάχιστο 21/30. Στους αναλφάβητους η διάμεσος βρίσκεται στο 24/30, ενώ το 95% σημειώνει επίδοση τουλάχιστον 13/30 (πίνακας 3). Η ανάλυση της συχνότητας αδυναμίας απάντησης των εξεταζομένων στα λήμματα της δοκιμασίας αναδεικνύει τις παραμέτρους αριθμητικών υπολογισμών, ανάκλησης στη μνήμη και πραξίας ως τις περισσότερο επηρεαζόμενες από το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ήταν ελάχιστος ο αριθμός των ατόμων που δεν γνώριζαν να διαβάζουν ή να γράφουν. Επίσης σε ηλικιωμένους που κατάφεραν ν' αντεπεξέλθουν στις ανά 7 αριθμούς αφαιρέσεις ή να κατονομάσουν με αντίστροφη φορά τα γράμματα της λέξης ΠΕΤΡΑ, μετά το πέρας της όλης εξέτασης,

Πίνακας 3. Κατανομή της επίδοσης στην κλίμακα MMSE, κατά εκατοστημόριο, ανάλογα με την εκπαίδευση.

Εκπαίδευση	Εκατοστημόρια					
	5°	10°	25°	50° (διάμεσος)	75°	90°
Αναλφάβητος	13	16	20	24	26	28
Πρωτοβάθμια	15	20	23	26	28	29
Δευτεροβάθμια	21	23	25	28	29	30
Τριτοβάθμια	22	23	27	28	30	30

τους ζητήθηκε να πουν με αντίστροφη σειρά τις ημέρες της εβδομάδας ή ακόμη και των 12 μηνών του έτους, και ανταποκρίθηκαν επιτυχώς (όσοι δεν είχαν σημαντικές διαταραχές γνωστικών λειτουργιών).

Η λογιστική παλινδρόμηση έδειξε ότι σε σύγκριση με τους αναλφάβητους, όσοι είναι απόφοιτοι δημοτικού έχουν λόγο πιθανοτήτων (OR) -1,43 να εμφανίσουν διαταραχές γνωστικών λειτουργιών, όσοι είναι απόφοιτοι γυμνασίου -2,69, και όσοι έχουν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση -3,19 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%).

Η κλίμακα εμφανίζει υψηλού βαθμού αξιοπιστία (Cronbach's Alpha=0,846).

Η διασταύρωση των διαμέσων και του 25ου εκατοστημορίου (75% των εξεταζομένων) της επίδοσης στη δοκιμασία με βάση τις μεταβλητές της ηλικίας και εκπαίδευσης των εξεταζομένων, αποτυπώνεται στον πίνακα 4. Σε ορισμένες παραμέτρους το δείγμα είναι πολύ μικρό (≤ 10) καθώς υπάρχει μικρός αριθμός ηλικιωμένων 85+ ετών που είναι αναλφάβητοι και απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και αναλφάβητοι 55-65 ετών.

Συζήτηση

Η παρούσα συγχρονική μελέτη σε δείγμα 630 ατόμων εκτίμησε τον επιπολασμό των διαταραχών μνήμης και ανώτερων νοητικών λειτουργιών, όπως αυτές αποτυπώνονται στην κλίμακα της σύντομης εξέτασης της νοητικής κατάστασης MMSE των Folstein et al² σε άτομα 55+ ετών τα οποία διαβιούν αυτόνομα στην κοινότητα. Εξετάσθηκε η συσχέτιση της επίδοσης στην κλίμακα σε συνάρτηση με τις μεταβλητές της ηλικίας και της εκπαίδευσης. Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό καθώς εντοπίζονται μικρές αποκλίσεις ως προς στα επίσημα αποτελέσματα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Απογραφή 2001, δεν είναι ακόμη διαθέσιμα τα στοιχεία της απογραφής του 2011)

Πίνακας 4. Οριακά σημεία διαχωρισμού (cutoff scores) της κλίμακας MMSE (διάμεσος και 25° εκατοστημόριο) ανάλογα με την ηλικία και την εκπαίδευση.

	MMSE							
	Αναλόγος		Πρωτοβάθμια		Δευτεροβάθμια		Τριτοβάθμια	
	Διάμεσος	25° εκ	Διάμεσος	25° εκ	Διάμεσος	25° εκ	Διάμεσος	25° εκ
55–64	25	21	28	26	28	28	29	28
65–74	25	21	26	24	27	26	28	27
75–84	23	19	25	21	25	23	27	23
85+	24	18	20	17	24	18	26	25

σχετικά με την ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού και την εκπαίδευση σε άτομα άνω των 55 ετών.

Η MMSE αποτελεί το κύριο εργαλείο αξιολόγησης της γνωστικής έκπτωσης, μολονότι η ικανότητά της για ανίχνευση της άνοιας είναι αμφιλεγόμενη,⁶ τόσο από εξειδικευμένους στη χρήση Ν/Ψ δοκιμασιών ψυχιάτρους και νευρολόγους (οι οποίοι έχουν επιπλέον στη διάθεσή τους και μια σειρά άλλων ευαίσθητων και αξιόπιστων δοκιμασιών), όσο και από γενικούς ιατρούς οι οποίοι χρησιμοποιούν την MMSE ως συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης, προκειμένου να διαγνώσουν την άνοια, να υπολογίσουν το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής, να εντοπίσουν τα πεδία των γνωστικών λειτουργιών που έχουν προσβληθεί, και να παραπέμψουν σε νευρολόγο ή ψυχίατρο ή να χορηγήσουν οι ίδιοι φαρμακευτική αγωγή αλλά και να παρακολουθήσουν την πορεία του ασθενούς. Στη μετα-ανάλυση του Mitchell⁶ η κλίμακα εμφανίζει υψηλή τιμή ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων όταν χρησιμοποιείται σε μελέτες κοινότητας που μπορεί να φθάσει το 65% (PPV 34,5%). Προκύπτει λοιπόν το ζήτημα της υπερδιάγνωσης των γνωστικών διαταραχών στον πληθυσμό με τη χρήση μόνο του MMSE, έναντι των εργασιών που βασίζονται στην εφαρμογή κριτηρίων.

Στη χώρα μας, αν εξαιρέσουμε τα μεγάλα αστικά κέντρα, δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση για διερεύνηση σε εξειδικευμένο ιατρείο μνήμης για κατοίκους ορεινών περιοχών, πολύ δε περισσότερο για κατοίκους απομακρυσμένων νησιών, αν και η ανάπτυξη προγραμμάτων τηλεϊατρικής³² μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας σε δυσπρόσιτες περιοχές.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών μπορεί ν' αντικατοπτρίζει αφενός τη μεγαλύτερη επιβιωσιμότητα

και ικανότητά τους να διαβιούν αυτόνομα στην κοινότητα σε σύγκριση με τους άνδρες, και αφετέρου (δεδομένου ότι η μελέτη διεξήχθη στα ΚΑΠΗ) αποτελεί μια ένδειξη για τους τρόπους που επιλέγουν να αξιοποιήσουν τον ελεύθερο χρόνο της συνταξιοδότησης άτομα των δύο φύλων. Φαίνεται, επίσης, πως οι γυναίκες έχουν λιγότερες αναστολές στην επαφή τους με επαγγελματίες υγείας και είναι περισσότερο εξοικειωμένες με προγράμματα πρόληψης.

Η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα, καθώς με την πάροδο των ετών επηρεάζεται η ικανότητα απομνημόνευσης και ανάκλησης πληροφοριών. Σύμφωνα με μία άποψη, οι γνωστικές μεταβολές εξαρτώνται από την προσβολή των μετωπιαίων λοβών. Σύμφωνα με μία δεύτερη, ευθύνεται η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αύξησης της ηλικίας αλλά και του γεγονότος ότι ο αριθμός των καταγεγραμμένων πληροφοριών (εμπειρίες ζωής) είναι σαφώς μεγαλύτερος από αυτόν των νεότερων σε ηλικία ατόμων. Διαφοροποιείται η διαδικασία μάθησης η οποία διέρχεται από το φίλτρο της βιωματικής εμπειρίας. Κατ' επέκταση διαφοροποιείται και ο τρόπος με τον οποίο οι πληροφορίες ανακαλούνται. Η βραχύχρονη μνήμη προσβάλλεται λιγότερο από τη μνήμη εργασίας.³³ Ένα γηραίο άτομο προσανατολίζεται δυσκολότερα στον χρόνο μόνο με τη βοήθεια του ημερολογίου σε σχέση με ένα νεότερο. Αντίθετα ο συνδυασμός του ημερολογίου και των περιβαλλοντικών αισθητηριακών ερεθισμάτων βοηθά στη διατήρηση της οξύτητας της αίσθησης του χρόνου. Συχνά, ηλικιωμένοι με κατάθλιψη εμφανίζουν σοβαρές διαταραχές προσανατολισμού στον χρόνο χωρίς να παρατηρούνται αντίστοιχα σοβαρά ελλείμματα σε άλλες περιοχές των γνωστικών λειτουργιών. Η γνωριμία με τον εξεταζόμενο και η επακόλουθη κλινική εξέταση διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην

αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από τη νευροψυχολογική εκτίμηση.

Από πολύ νωρίς τέθηκε το ερώτημα αν οι διαφορές του επιπέδου εκπαίδευσης αντικατοπτρίζουν διαφορές στην κλινική κατάσταση του ασθενούς ή είναι αποτέλεσμα της στατιστικής απόκλισης της δοκιμασίας.²³ Μελέτες που ακολούθησαν καταδεικνύουν ότι το βαθμολογικό αποτέλεσμα του MMSE ποικίλει εξαιτίας του επιπέδου εκπαίδευσης των εξεταζομένων, με τους έχοντες χαμηλή εκπαίδευση να σημειώνουν αντίστοιχα χαμηλή επίδοση στη δοκιμασία.^{3,34-36}

Η επίδραση της χαμηλής εκπαίδευσης στο αποτέλεσμα του MMSE μπορεί να αποδοθεί με κάποια από τις παρακάτω τρεις υποθέσεις: (α) επιδρά στην παθολογοανατομική εικόνα του εγκεφάλου σε συνδυασμό με τον τρόπο ζωής και τα επαγγελματικά προσόντα, (β) δεν σχετίζεται με την παθολογοανατομική εικόνα του εγκεφάλου ή τη γνωστική διαταραχή αλλά επιδρά στο αποτέλεσμα του MMSE, (γ) σχετίζεται περισσότερο με την κλινική αξιολόγηση της γνωστικής διαταραχής παρά με την ίδια την παθολογοανατομική εικόνα του εγκεφάλου.²³

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη είναι κυρίως άνθρωποι που γεννήθηκαν και έζησαν τα παιδικά τους χρόνια στη διάρκεια του μεσοπολέμου ή του πολέμου. Οι ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούσαν τότε στον ελληνικό και ευρωπαϊκό χώρο, παρείχαν περιορισμένες δυνατότητες για εκπαίδευση. Η οικογενειακή, οικονομική και κοινωνική οργάνωση στα χρόνια της ανοικοδόμησης και της έκρηξης των γεννήσεων που ακολούθησε τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο συνέβαλε στη διαμόρφωση μικροκλίματος όπου κυριάρχησε ο προσανατολισμός των γυναικών στα οικιακά και των ανδρών σε χειρωνακτικές εργασίες.

Ωστόσο, δεν θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι στερούνταν ευρύτερης εγκυκλοπαιδικής και κοινωνικής μόρφωσης. Η απουσία τεχνικών μέσων απαιτούσε την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την καταβολή μεγαλύτερου σωματικού ή πνευματικού κόπου. Η ενεργητική ακρόαση στην αφήγηση ιστοριών και μύθων στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, σε αντίθεση με την κατά μόνας παθητική παρακολούθηση της τηλεόρασης, καθώς και οι δημιουργικές δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου βασισμένες στη συνέχιση της λαϊκής τέχνης, συνέτειναν στην καλλιέργεια της ευφυΐας. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχει συσχετιστεί με ανεπαρκή ωρίμανση του εγκεφάλου (brain maturation)

και συνδέεται με πολλές νόσους της ενήλικης ζωής όπως αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη. Το στερητικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια της παιδικής ζωής και της εφηβείας δημιουργεί εμπόδια στην ολοκλήρωση της ωρίμανσης του εγκεφάλου.³⁷ Τα άτομα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι ευεπίφορα στην εκδήλωση άνοιας ή κατάθλιψης. Το πρότυπο των γνωστικών εφεδρειών (cognitive reserve) βασίζεται στην υπόθεση ότι ο εγκεφαλος αντισταθμιστικά προς τη βλάβη (εξαιτίας του γήρατος ή της νόσου) χρησιμοποιεί τις ενυπάρχουσες ικανότητες αντιμετώπισης (cope with) των οποίων η ευρωστία και ποικιλία σχετίζονται με την έμφυτη νοημοσύνη, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική ιδιότητα. Αυτά αποτελούν προγνωστικούς δείκτες αυξημένης ανοχής ως προς την έκταση της εγκεφαλικής βλάβης προτού παρουσιάσουν κλινικά σημαντικά συμπτώματα λειτουργικής έκπτωσης.³¹

Οι άνθρωποι αυτής της γενιάς κλήθηκαν ν' αντεπεξέλθουν σε εξαιρετικά δυσμενείς συνθήκες με αποτέλεσμα την ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης καταστάσεων, οι οποίοι διαδραματίζουν προστατευτικό ρόλο σύμφωνα με τη μελέτη των Ramit et al³⁸ όπου εξετάστηκε η επίπτωση της άνοιας στα θύματα του Ολοκαυτώματος. Μολονότι οι άνθρωποι αυτοί εκτέθηκαν σε ακραίες ψυχοπρεστικές συνθήκες και στο σύνολό τους εκδήλωσαν το σύνδρομο του επιβίωσαντος (survivor syndrome), δεν παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, η διερεύνηση της κατάστασης της υγείας και η θνησιμότητά τους³⁹ ανέδειξαν ως προστατευτικούς παράγοντες τις ικανότητες επιβίωσης και τους μηχανισμούς προσαρμογής που ανέπτυξαν τα θύματα, παράγοντες που τους επέτρεψαν να αντεπεξέλθουν στα σοβαρά τραυματικά γεγονότα του παρελθόντος.

Στην παρούσα εργασία καταδείχθηκε η σχέση των παραμέτρων της ηλικίας και εκπαίδευσης με την επίδοση στη δοκιμασία. Άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου σημείωναν μικρότερη επίδοση, όπως και άτομα μεγαλύτερα σε ηλικία. Η χρήση αλγορίθμου για τον καθορισμό του οριακού σημείου της δοκιμασίας με τον συνυπολογισμό της επίδρασης της ηλικίας και της εκπαίδευσης για τον ελληνικό πληθυσμό, βοηθούν στην εξατομίκευση της διάγνωσης και την ασφαλέστερη διάκριση ανάμεσα στο φυσιολογικό γήρας και την ύπαρξη γνωστικής διαταραχής. Ως αποτέ-

λεσμα αυτής της διεργασίας ήταν η σύνθεση πίνακα βασισμένου στη διασταύρωση των αποτελεσμάτων της επίδοσης των εξεταζομένων στην κλίμακα ανάλογα με την ηλικία και την τυπική εκπαίδευση με στόχο τη δημιουργία ενός χρηστικού εργαλείου για την αξιολόγηση της επίδοσης του εξεταζομένου. Λόγω του πλήθους των παραμέτρων αλλά και των δυσχερειών που οφείλονται στα κοινωνιο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, π.χ. ο μικρός αριθμός αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης άνω των 85 ετών αλλά και ο μικρός αριθμός αναλφάβητων κάτω των 65 ετών, δεν επιτρέπουν σε κάποιες ηλικιακές ομάδες την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Θα ήταν ενδιαφέρουσα η πρόσθεση σ' αυτό το δείγμα του πληθυσμού δεδομένων από αστικές περιοχές μέσου προς υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, καθώς και αγροτικές περιοχές.

Η επιλογή του 10ου και 25ου εκατοστημορίου θα ήταν περισσότερο πρόσφορη προκειμένου να οριστούν τα οριακά σημεία διαχωρισμού για τη διάκριση μεταξύ φυσιολογικού/παθολογικού αναλόγως της εκπαίδευσης και ηλικίας του εξεταζομένου για την αποφυγή της υπερδιάγνωσης, καθώς η κλίμακα έχει αυξημένο ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων τόσο σε κοινοτικές δομές (PPV=34,5%) όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (PPV=53,6%). Σε κοινοτικές δομές και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ο επαγγελματίας αξιολογεί το αποτέλεσμα της κλίμακας παραπέμποντας για περαιτέρω διερεύνηση σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος.

Όταν η κλίμακα χρησιμοποιείται σε εξειδικευμένα ιατρεία άνοιας προτείνεται η χρήση ως οριακού σημείου αποκοπής η διάμεσος (50^ο εκατοστημόριο). Αυτό δικαιολογείται⁶ από την υψηλή ευαισθησία 79,8%, εξειδίκευση 81,3%, και τιμή θετικής πρόβλεψης 86,3%. Γνωρίζοντας την ανεπάρκεια της κλίμακας στη διάκριση της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής, αδρές ενδείξεις σε συνδυασμό με τις πληροφορίες που προέρχονται από την κλινική εξέταση οδηγούν στην εφαρμογή άλλων, περισσότερο εξειδικευμένων κλιμάκων.

Η απλότητα, ο μικρός απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης, η ευκολία στην εξαγωγή του τελικού αποτελέσματος, η έγκυρη και αξιόπιστη στάθμιση για τον ελληνικό πληθυσμό αποτελούν κριτήρια ευχρηστίας. Μειονέκτημα είναι ο αυξημένος κίνδυνος άστοχης διαφορικής διάγνωσης, ιδίως ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της Ήπιας Γνωστικής Διαταραχής, όπου η κλίμακα παρουσιάζει χαμηλή

αξιοπιστία και εγκυρότητα, εμφανίζουν διαταραχές μνήμης εξαιτίας κατάθλιψης ή διαταραχές οφειλόμενες σε παθολογική εικόνα. Ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος να θεωρηθεί ότι η χρήση της κλίμακας μπορεί να αντικαταστήσει και όχι να συμπληρώσει τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο.² Ο ιατρός που θα αποφασίσει τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για διαταραχές μνήμης με κύριο γνώμονα την επίδοση του εξεταζομένου στην κλίμακα χρειάζεται να λάβει υπ' όψιν το αυξημένο ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.

Η κλίμακα MMSE είναι η πλέον διαδεδομένη για τη διάγνωση γνωστικών διαταραχών,⁶ χρησιμοποιείται από μεγάλο αριθμό επαγγελματιών, και αποτελεί σημείο αναφοράς παγκοσμίως τόσο από κλινικούς όσο και από ερευνητές. Μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση διαταραχών των γνωστικών λειτουργιών τόσο από γενικούς ιατρούς όσο και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση και εξοικείωση του γενικού ιατρού αλλά και άλλων επαγγελματιών που εργάζονται σε κοινοτικές δομές (κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες, εργοθεραπευτές) με την κλίμακα MMSE θα μπορούσε ν' αποτελέσει εφικτό στόχο και να οδηγήσει στην αύξηση των παραπομπών σε ειδικά ιατρεία μνήμης για την αξιολόγηση των ηλικιωμένων που εμφανίζουν παρόμοιου τύπου διαταραχές. Αυτό θα συμβάλει στον περιορισμό του ποσοστού των υπό ή υπέρ διαγνωσμένων περιστατικών άνοιας στον πληθυσμό και στη μεγιστοποίηση του ωφέλιμου αποτελέσματος των φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων που σχετίζεται άμεσα με τον χρόνο έναρξης της χορήγησής τους στον ασθενή.

Η εφαρμογή της κλίμακας για τη διάγνωση της άνοιας και η ερμηνεία της με βάση τον προτεινόμενο πίνακα, όταν δεν συνοδεύεται από προσεκτική κλινική εξέταση και παρακλινικό έλεγχο, εγκυμονεί τον κίνδυνο υπερ-διάγνωσης και πιθανώς υπέρ-συνταγογράφησης. Η εφαρμογή του πίνακα για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη ανίχνευση και κατ' επέκταση σε περισσότερο εμπεριστατωμένη προσπάθεια αντιμετώπισης των γνωστικών διαταραχών στους ηλικιωμένους.

Ευχαριστίες

Στον Καθηγητή Ψυχιατρικής, John Hopkins Medical School, Κωνσταντίνο Γ. Λυκέτσο, για την πολύτιμη βοήθειά του.

Mini Mental State Examination (MMSE): Determination of cutoff scores according to age and educational level

A. Solias,¹ P. Skapinakis,² N. Degleris,³ M. Pantoleon,⁴ E. Katirtzoglou,¹ A. Politis¹

¹1st Department of Psychiatry, University of Athens, Medical School, Eginition Hospital, Athens,
²Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Ioannina, Ioannina, ³Department of Psychogeriatrics,
Center for Mental Health & Research, Piraeus, ⁴Helioupolis Municipal Social Service, Helioupolis, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:245–256

For the last 38 years, Mini Mental State Examination (MMSE) has been widely used as a dementia screening measure in everyday clinical practice as well as in both cohort and cross-sectional studies. Its validity and reliability for the Greek population has explicitly been documented. However, the effect of age and education on the subject's performance makes it necessary to reckon them in the estimation of the "cutoff score". The purpose of this study is to estimate the prevalence of dementia in Greek population and determine the "cutoff score" by age and education-corrected norms. Cross sectional study of 630 patients older than 55 years, who live independently in Ilion and Helioupolis Municipalities was conducted, 27.3% of the subjects tested in the study were diagnosed with memory disorder according to their MMSE scores and the validation for the Greek population. The effect of age and education to the subjects' performance was statistically significant ($p=0.000$). The use of standard "cutoff score" was not proved to be useful for the personalized interpretation of the results, as documented by the fact that older individuals with lower education had a poorer performance relatively to younger, highly educated subjects. Comparatively to the group age of 55–60 years, the odds ratio after the age of 75 years varies from 2.58 to 4.91. Regarding the variable factor of education, the odds ratio for the first degree education graduates decreases from 1.43 to 3.19 for the third degree education graduates in comparison with the group of illiterates. In conclusion, the use of the "cutoff score" algorithm and the simultaneous estimation of age and education effect on MMSE score may prove useful for the proper evaluation of MMSE performance. According to the age and education of examine candidates in the community and the primary care, we propose the use of the 25th percentile as a more useful cutoff score in order to decrease the false positive results.

Key words: MMSE, prevalence, cross sectional study, cutoff score.

Βιβλιογραφία

1. Λυκέτσος Κ, Πολίτης Α. Διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών, άνοιες. Στο: Λύκουρας Λ, Πολίτης Α, Γουρνέλης Ρ & Μαΐλης Α. *Στοιχεία Ψυχογηριατρικής*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2011:23–35
2. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Research* 1975, 12:189–198
3. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population based norms for the Mini Mental State Examination by age and educational level. *JAMA* 1993, 269:2386–2391
4. Molloy WD, Standish T. Mental status and neuropsychological assessment a guide to the Standardized Mini Mental State Examination. *Int Psych* 1997, 9, 1:87–94
5. Davie RJ, Jameson S. The validity of using the MMSE in NICE dementia Guidelines. *J Neurol Neurosurgery Psychiatry* 2004, 75:343–344 In: Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the Mini Mental State Examination in detection of dementia and Mild Cognitive Impairment. *J Psych Research*, 2009, 43:411–431
6. Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the Mini Mental State Examination in detection of dementia and Mild Cognitive Impairment. *J Psych Research* 2009, 43:411–431

7. Weschler D. *Manual for the Weschler Adult intelligence Scale*. The psychological corporation, New York, 1995
8. Doraiswamy PM, Bieber F, Kaiser L, Krishnan KR, Reuning-Scherer J, Gulanski B. The Alzheimer's disease assessment scale. Patterns and predictors of baseline cognitive performance in multicenter Alzheimer's disease trials. *Neurology* 1997, 18:1511-1517
9. Blessed G, Black SE, Butler T, Kay DW. The diagnosis of dementia in the elderly. A comparison of CAMCOG (the cognitive section of CAMDEX), the AGE CAT program, DSM III, the Mini Mental State examination and some short rating scales. *Br J Psych* 1991, 159:193-198
10. Fillenbaum GG, Heyman A, Wilkinson WE, Haynes CS. Comparison of two screening tests in Alzheimer's disease. The correlation and reliability of the Mini Mental State Examination and the Modified Blessed Test. *Arch Neurol* 1987, 44:924-927
11. Bobholtz JH, Brandt J. Assessment of cognitive impairment: relationship of the Dementia Rating Scale to the Mini Mental State Examination. *J Geriatr Psych and Neurol*, 1993, 6, 4:210-213
12. Huges CP, Berg L, Danziger WL et al. A clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psych* 1982, 140:566-572
13. Jack Jr CR, Dickson DW, Parisi JE, Xu YC, Cha RH, O'Brein PC et al. Ante mortem MRI findings correlate with hippocampal neuropathology in typical aging and dementia. *Neurology* 2002, 58:750-757
14. Lampl Y, Sadeh M, Laker O, Lorberboym M. Correlation of neuropsychological evaluation and SPECT imaging in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psych* 2003, 18:288-291
15. Apostolova L, Lu Po H, Rogers S, Dutton R, Hayashi K, Toga A et al. Mapping of the Mini Mental State Examination performance in clinical Alzheimer disease. *Alzheim Disease Associat Disord* 2006, 20:224-231
16. Chan D, Jannsen J, Whitwell J, Watt H, Jenkins R, Frost C. Change in rates of cerebral atrophy over time in early-onset Alzheimer's disease: longitudinal MRI study. *Lancet* 2003. V.362, Issue 9390:1121-1122
17. Takashi Y, Futoshi M, Koji O, Atsuo T, Koichiro K, Kouji M. Diffusion tensor in posterior cingulate gyrus: correlation with cognitive decline in Alzheimer's disease. *Neuroreport* 2002, 13:2299-2302
18. Alavi A, Newberg AB, Souder E, Berlin JA. Quantitative analysis of PET and MRI data in normal aging and Alzheimer's disease: atrophy weighted total brain metabolism and absolute whole brain metabolism as reliable discriminators. *J Nuclear Med* 1993, 34:1681-1687
19. Mungas D, Reed B, Tomaszewski Farias S, DeCarli Ch. Age and education adjustment of neuropsychological tests: effects on associations with MRI measures on brain structure. Alzheimer's and Dementia. *J Alzheimer's Assoc* 2008, 4(Suppl 2):P3-162, T567
20. Fountoulakis K, Tsolaki M, Chantzi H, Kazis A. Mini Mental State Examination (MMSE): a validation study in Greece. *Am J Alzheimer's Disease Other Dement* 2000, 15:342-345
21. Anthony JC, LeResche L, Niaz U, Korff MR, Folstein MF. Limits of the 'Mini Mental State' as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychol Med* 1982, 12: 397-408
22. Escobar J, Burnam A, Karno M, Forsythe A, Landsverk J, Golding J. Use of the Mini Mental State Examination (MMSE) in a community population of mixed ethnicity: cultural and linguistic artifacts. *J Nerv Ment Disease* 1986, 174:607-614
23. Jorm AF, Scott R, Henderson AS, Kay DW 1988. Educational level differences on the Mini Mental State: the role of test bias. *Psychol Med* 18:727-731
24. Ganguli M, Belle S, Ratcliff G, Seaberg E, Huff FG, Von der Porten K et al. Sensitivity and specificity for dementia of population based criteria for cognitive impairment: the MoVIES Project. *J Gerontol* 1993, 48:152-161
25. Bravo G, Herbert R. Age- and education-specific reference values for the Mini-Mental and Modified Mini-Mental State Examinations derived from a non-demented elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997,12: 1008-1018. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166 (199710)12:10<1008:AID-GPS676>3.0.CO;2-A
26. Grigoletto F, Zappala G, Andreson D, Lebowitz B. Norms for the MMSE in a healthy population. *Neurology* 1999, 53:315
27. Cullen B, Fahy S, Cunningham CJ, Coen RF, Bruce I, Greene E et al. Screening for dementia in an Irish community sample using MMSE: a comparison of norm-adjusted versus fixed cut-points. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005, 20:371-376. doi: 10.1002/gps 1291
28. Laks J, Baptista EMR, Contino ALB, De Paula EO, Engelhardt E. Mini Mental State Examination norms in a community - dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cadernos de Saude Publica* 2007 23 (2), <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200007>
29. Changsu H, Sangmee AJ, Jo I, Kim E, Moon HP, Kang Y. An adaptation of the Korean Mini Mental State Examination (K-MMSE) in elderly Koreans: Demographic influence and population-based norms (the AGE study), 2008, 47:302-310
30. Perneczky R, Wangenpfeil S, Komosa K, Grimmer T, Diehl J, Kurz A. Mapping scores into stages: Mini Mental State Examination and Clinical Dementia Rating. *Am J Geriatric Psychiatry* 2006, 14:139-144
31. Stern Y. Cognitive reserve and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease Assoc Disord* 2006, 20:112-117
32. Πολίτης Α, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Χριστοδούλου ΓΝ. Εφαρμογές της τηλεματικής στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Στο: Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη ΜΙ, Χριστοδούλου ΓΝ (Σύντ.) *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005:525-536
33. Salthouse TA, Babcock RL, Shaw R.J. Effects of adult age on structural and operational capacities in working memory. *Psychol Aging* 1991, 6:118-127
34. Lettenneur L, Gilleron D, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF. Are sex and education level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence

- data from the PAQUID project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;177-183
35. Baucó C, Borriello C, Cinti AM, Martella S, Zannino G, Rosseti C et al. Correlation between MMSE performance, age and education in centenarians. *Elsevier PII* 1998, S0167-4943(98)80004-6 doi:10.1016/S0167-4943(98)80004-6
36. Butler SM, Ashford JW, Snowdon DA. Age, education, and changes in the Mini-Mental State Exam scores of older women: findings from the Nun Study. *Am J Geriatr* 1996, 44: 675-681
37. Mocerí VM, Kukull WA, Emanuel I, VanBelle G, Larson EB. Early risk factors and the development of Alzheimer's disease. *Neurology* 2000, 54:415
38. Ramit RS, Michal SB, Goldbourt U. Exposure to the holocaust and World War II concentration camps during late adolescence and adulthood is not associated with increased risk for dementia at old age. *J Alzheimer's Disease* 2010, 23:709-716
39. Collins Ch, Buraseri G, Gofin J, Kark J. Health status and mortality in holocaust survivors living in Jerusalem 40-50 years later. *J Traumatic Stress* 2004, 17:403-411
-
- Αλληλογραφία:* Α. Σόλιας, Κοινωνικός Λειτουργός, Συνεργάτης έρευνας, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα
e-mail: asolias@med.uoa.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες σε ασθενείς μονάδων εντατικής θεραπείας

E. Ασημακοπούλου, M. Μαδιανός

Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:257–269

Τα τελευταία χρόνια, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση του ποσοστού επιβίωσης βαρέως πασχόντων ασθενών, που έχουν νοσηλευτεί σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η αλλαγή αυτή έστρεψε το ενδιαφέρον των ερευνών στη μακροχρόνια έκβαση των ασθενών ΜΕΘ και στις ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας τους. Δύο ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς μετά τη νοσηλεία τους σε ΜΕΘ είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) και η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ). Παρόμοια μελέτη δεν έχει πραγματοποιηθεί στο παρελθόν, στην Ελλάδα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την επικράτηση της ΜΚΔ και της ΔΜΣ σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ και να γίνει σύγκριση με ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε κάποιο παθολογικό-χειρουργικό τμήμα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πέντε νοσοκομεία της Αθήνας, το ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», το ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ», το ΓΝΑ «ΚΑΤ», το ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» και το ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ», και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίζεται στο εγχειρίδιο “MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview”. Το MINI περιλαμβάνει διαγνωστικές ερωτήσεις για τη ΜΚΔ και τη ΔΜΣ καθώς και ερωτήσεις για τη διαφορική τους διάγνωση, που έχουν διατυπωθεί σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με προσωπική συνέντευξη. Πρόκειται για συγχρονική μελέτη και μελέτη ασθενών-μαρτύρων, με δείγμα 198 ατόμων: 102 από ΜΕΘ (Ομάδα ΜΕΘ) και 96 από κάποιο παθολογικό-χειρουργικό τμήμα (Ομάδα μη ΜΕΘ). Τα αποτελέσματα από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης ΜΚΔ και ΔΜΣ και της νοσηλείας σε ΜΕΘ, και ειδικότερα η νοσηλεία σε ΜΕΘ αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης ΜΚΔ κατά 1,94 φορές και κατά 3,48 φορές την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΣ, συγκριτικά με τη νοσηλεία σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου. Επίσης, η ομάδα ΜΕΘ εμφάνισε υψηλότερα ποσοστά ΜΚΔ, με ποσοστό 32,4%, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, 19,8% και υψηλότερα ποσοστά ΔΜΣ, 35,3% σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, 13,5%. Από τη διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών προέκυψε ότι οι γυναίκες που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ έχουν σχεδόν πενταπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν ΜΚΔ συγκριτικά με τους άνδρες της ΜΕΘ, και σχεδόν δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης ΔΜΣ συγκριτικά με τους άνδρες. Οι μεγαλύτερες ηλικίες στη ΜΕΘ εμφανίζουν χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης ΔΜΣ. Όσον αφορά στα

κλινικά χαρακτηριστικά η κλινική διάγνωση δεν σχετίζεται με την ανάπτυξη ΜΚΔ και ΔΜΣ σε καμία ομάδα, όμως υπάρχει θετική συσχέτιση της βαρύτητας της νόσου με την εμφάνιση ΜΚΔ και ΔΜΣ στη ΜΕΘ. Η διάρκεια νοσηλείας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα μόνο στην ανάπτυξη ΜΚΔ στην ομάδα ΜΕΘ. Στην παρούσα μελέτη το 11,6% του συνολικού δείγματος (ομάδα ΜΕΘ: 17,6%, ομάδα ελέγχου: 5,2%) βρέθηκε να πληροί παράλληλα τα κριτήρια ΜΚΔ και ΔΜΣ. Τα παραπάνω αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με παρόμοιες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ΜΚΔ και ΔΜΣ σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, θα μπορούσε να οδηγήσει σε ταχύτερη αποκατάσταση και σε βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαταραχή μετατραυματικού stress, μείζων κατάθλιψη, μονάδα εντατικής θεραπείας, παράγοντες κινδύνου.

Εισαγωγή

Στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) παρέχεται εξειδικευμένη ιατρονοσηλευτική φροντίδα και τεχνική υποστήριξη, με δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών και άμεσης παρέμβασης, όταν αυτό κριθεί αναγκαίο.¹ Στη ΜΕΘ νοσηλεύονται ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, όπως είναι οι λοιμώξεις, το τραύμα, το έγκαιμα, η αιμορραγία, η πολυοργανική ανεπάρκεια και οι επιπλοκές τους.

Παγκοσμίως, εκατομμύρια ασθενείς χρήζουν εντατικής φροντίδας υγείας. Ενδεικτικά, υπολογίζεται ότι ο αριθμός αυτών των ατόμων ετησίως προσεγγίζει τα 4,4 εκατομμύρια στις ΗΠΑ και τις 130.000 στο Ηνωμένο Βασίλειο.² Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι νοσηλεύονται 30 ασθενείς ανά κλίνη ΜΕΘ τον χρόνο, και οι 8 από τους 10 ασθενείς επιβιώνουν (θνητότητα 21%).³ Η αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, αλλά και η βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών επέτρεψαν στους επαγγελματίες υγείας να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στη μακροχρόνια έκβαση των ασθενών και στις οργανικές και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ.^{4,5}

Μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ εξαιτίας μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου, οι ασθενείς δυσκολεύονται να πραγματοποιήσουν ακόμη και απλές δραστηριότητες. Η ασθένεια με τις επιπλοκές της, οι επιπτώσεις των ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, ο παρατεταμένος κλινικοστατισμός και η περιορισμένη ικανότητα για επικοινωνία και αυτονομία συμβάλλουν στη μειωμένη σωματική λειτουργία, με αντίκτυπο και στην ψυχική υγεία αυτών των ατόμων.⁶

Παράλληλα, η χορήγηση καταστολής και οι ανεπιθύμητες ενέργειές της, το αφύσικο περιβάλλον της ΜΕΘ και οι διαταραχές που προκαλεί στον κερκάρδιο ρυθμό έχουν σχετιστεί με ψυχιατρική νοσηρότητα.⁷ Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι συχνότερες οργανικές και ψυχοκοινωνικές διαταραχές μετά από τη νοσηλεία ασθενούς σε ΜΕΘ. Όπως φαίνεται στον πίνακα, συχνές ψυχοκοινωνικές διαταραχές, που εμφανίζονται μετά τη νοσηλεία ενός ατόμου στη ΜΕΘ είναι η κατάθλιψη, η έκπτωση γνωσιακών λειτουργιών, η ένταση, το άγχος, η επιθετικότητα. Η παραπάνω συμπτωματολογία συνιστά σύνδρομο που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως "delirium", σύνδρομο μονάδας ή ψύχωση ΜΕΘ. Ως αίτια έχουν ενοχοποιηθεί η αισθητηριακή απομόνωση, το σωματικό stress της καθηλώσης, η ίδια η απειλή για τη ζωή από τη νόσο, καθώς και το περιβάλλον της ΜΕΘ.⁸

Μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, είναι πιθανό να εκδηλωθούν συμπτώματα κατάθλιψης. Η μείζων κατάθλιψη διαταραχή (ΜΚΔ), μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, εκδηλώνεται με καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα αναξιοσύνης και αδικαιολόγητης ενοχής, αρνητικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.^{9,10}

Μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή που ενδέχεται να αναπτύξουν όσοι νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ είναι η διαταραχή μετατραυματικού stress (ΔΜΣ). Η ΔΜΣ εμφανίζεται σε άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο μπορεί να προκαλέσει φόβο, αδυναμία ή τρόπο ως απόκριση στην απειλή βλάβης ή θανάτου.¹¹ Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αναβίωση του συμβάντος (flash backs), αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν το γεγονός, αυξημένη διέγερση και συναισθηματική αστάθεια.¹²

Πίνακας 1. Σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από νοσηλεία σε ΜΕΘ.

Σωματικά προβλήματα	Ψυχοκοινωνικά προβλήματα
Αίσθημα αδυναμίας	Κατάθλιψη
Απώλεια σωματικού βάρους	Αγχώδεις διαταραχές
Κόπωση	Κρίσεις πανικού
Μειωμένη όρεξη	Μετατραυματικό στρες
Πόνος στις αρθρώσεις	Ενοχές
Περιφερική νευροπάθεια	Έλλειψη εμπιστοσύνης
Αλλαγές στην ακοή και τη γεύση	Μειωμένη λίμπιντο
Αϋπνία	Ευερεθιστότητα
Σεξουαλικές διαταραχές	Διαταραχές της μνήμης
Αλλαγές στο δέρμα και τα νύχια	Μειωμένη συγκέντρωση
Απώλεια μαλλιών	Κοινωνική απομόνωση
Αμηνόρροια	Διαταραχές στον γάμο

Η επικράτηση της κατάθλιψης και της ΔΜΣ σε ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί σε ΜΕΘ έχει γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών που απαντώνται συχνά στη βιβλιογραφία σε παγκόσμιο επίπεδο. Στον πίνακα 2 αναφέρονται συνοπτικά 25 μελέτες, οι οποίες διεξήχθησαν τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, στις ΗΠΑ αλλά και στην Αυστραλία. Επτά από αυτές διερεύνησαν μόνο τη ΜΚΔ, οι εννέα μόνο τη ΔΜΣ, και οι υπόλοιπες εννέα και τις δύο ψυχιατρικές οντότητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις εν λόγω έρευνες μελετήθηκαν παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η παραμονή στη ΜΕΘ και η βαρύτητα της νόσου (κλίμακα APACHE).

Τα αυξημένα ποσοστά ΜΚΔ και ΔΜΣ των ασθενών ΜΕΘ στις παραπάνω μελέτες και η συσχέτισή τους με κλινικά χαρακτηριστικά προκαλούν έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον. Παράλληλα, η έλλειψη ανάλογων μελετών στην Ελλάδα τονίζει την ανάγκη διεξαγωγής μια τέτοιας ερευνητικής μελέτης.

Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε πέντε διαφορετικά νοσοκομεία της Αθήνας, η επιλογή των οποίων έγινε βάσει της γεωγραφικής τους διασποράς (ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», το ΓΝΕ «ΘΡΙΑΣΙΟ», το ΓΝΑ «ΚΑΤ», το ΓΝΑ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» και το ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ») και συγκεκριμένα στις γενικές μονάδες εντατικής θεραπείας και τα παθολογικά

χειρουργικά τμήματα. Το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από το αντίστοιχο επιστημονικό συμβούλιο και των πέντε νοσοκομείων. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρονικά από τον Μάρτιο του 2009 έως τον Ιούνιο του 2011. Πιο λεπτομερώς, τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος συλλέχθηκαν από τους καταλόγους με τα στοιχεία των ασθενών και τους ιατρικούς τους φακέλους. Στους δύο μήνες, μετά το εξιτήριο από τη ΜΕΘ, πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με στόχο τη διερεύνηση της φυσικής κατάστασης και της λειτουργικότητας των ασθενών και τον προγραμματισμό μιας συνάντησης για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων της μελέτης. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στους τρεις μήνες μετά το εξιτήριο από τη ΜΕΘ, ένα χρονικό σημείο που έχει επιλεγεί από αρκετές διεθνείς μελέτες^{15,29,31,32} καθώς εξασφαλίζει τη δυνατότητα επικοινωνίας με τους ασθενείς. Ο τόπος συνάντησης ήταν συνήθως το ίδιο το νοσοκομείο, κάποιο κέντρο αποκατάστασης ή η οικία των ασθενών και η διάρκεια συνέντευξης περίπου μισή ώρα.

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν: (1) ενήλικες ασθενείς 18–70 χρονών, (2) νοσηλεία σε γενική ΜΕΘ ή παθολογικό-χειρουργικό τμήμα για παραπάνω από 24 ώρες, (3) δυνατότητα επικοινωνίας και συνάντησης με τον ασθενή, και (4) συγκατάθεση συμμετοχής στη μελέτη. Το ποσοστό απώλειας υποκειμένων καθώς και τα δημογραφικά τους

Πίνακας 2. Συνοπτικά χαρακτηριστικά μελετών.

Μελέτη	Χώρα	n	♂	Ηλικία	Παραμονή	APACHE	ΜΚΔ (%)	ΔΜΣ (%)
1. Perrins et al 1998 ¹³	Μ. Βρετανία	44	–	49	6	–	–	31
2. Schelling et al 1999 ¹⁴	Γερμανία	27	33%	54	35	23	–	18
3. Eddleston et al 2000 ¹⁵	Μ. Βρετανία	143	52%	51	4	15	10	–
4. Jones et al 2001 ¹⁶	Μ. Βρετανία	45	44%	57	8	17	24	23
5. Scragg et al 2001 ¹⁷	Μ. Βρετανία	142	53%	57	16	–	30	38
6. Schelling et al 2001 ¹⁸	Γερμανία	20	33%	48	23	24	–	40
7. Kress et al 2003 ¹⁹	ΗΠΑ	13	31%	50	7	16	38	19
8. Jones et al 2003 ²⁰	Μ. Βρετανία	114	54%	57	14	17	18	51
9. Jackson et al 2003 ²¹	ΗΠΑ	34	53%	53	–	25	14	–
10. Cuthbertson et al 2004 ²²	Μ. Βρετανία	111	56%	58	6	18	–	22
11. Nickel et al 2004 ²³	Γερμανία	41	68%	47	–	12	–	17
12. Boyle et al 2004 ²⁴	Αυστραλία	66	63%	59	7	16	61	–
13. Chelluri et al 2004 ²⁵	ΗΠΑ	154	54%	65	–	–	32	–
14. Rattray et al 2005 ⁴	Μ. Βρετανία	109	66%	55	5	18	27	45
15. Young et al 2005 ²⁶	Μ. Βρετανία	20	75%	54	–	15	15	–
16. Weinert et al 2006 ²⁷	ΗΠΑ	277	52%	54	–	–	33	–
17. Guentner et al 2006 ²⁸	ΗΠΑ	30	57%	63	30	–	57	–
18. Griffiths et al 2006 ²⁹	Μ. Βρετανία	108	66%	57	14	–	–	52
19. Samuelson et al 2007 ³⁰	Σουηδία	250	52%	63	6	18	8	9
20. Sukantarat et al 2007 ³¹	Μ. Βρετανία	51	43%	57	17	15	47	62
21. Jones et al 2007 ³²	Ευρώπη	304	62%	61	7	16	–	9
22. Girard et al 2007 ³³	ΗΠΑ	275	47%	52	10	25	–	14
23. Jubran et al 2010 ³⁴	ΗΠΑ	41	63%	66	24	15	–	12
24. Toien et al 2010 ³⁵	Νορβηγία	150	70%	40	8	–	5	23
25. Myhren et al 2010 ³⁶	Νορβηγία	194	62%	48	12	–	23	27

n: Το δείγμα, ♂: οι άνδρες σε ποσοστό (%), Ηλικία: Μέσος όρος σε έτη, Παραμονή: Μέσος όρος ημερών

στοιχεία καταγράφηκαν και δεν διαφέρουν συστηματικά σε κάποιο χαρακτηριστικό από αυτούς που δέχτηκαν, οπότε δεν απειλούν την εγκυρότητα των ευρημάτων.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional design) και μελέτη ασθενών-μαρτύρων (case-control study). Για τη σύγκριση της επικράτησης των παραπάνω ψυχικών παθήσεων, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες (group), στην ομάδα ΜΕΘ με ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ και στην ομάδα μη ΜΕΘ με ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε κάποιο παθολογικό-χειρουργικό τμήμα.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη κατασκευάστηκε ειδικά για τις ανάγκες της έρευνας, βασίζεται στο εγχειρίδιο "MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview", και αποτελείται από τέσσερα μέρη. Το πρώτο και το δεύτερο μέρος περιλαμβάνουν ερωτήσεις για τα δημο-

γραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ το τρίτο και το τέταρτο μέρος εξετάζουν την ύπαρξη ή όχι ΜΚΔ και ΔΜΣ αντίστοιχα, μέσα από κλειστές ερωτήσεις τύπου ΝΑΙ-ΟΧΙ, που αντιστοιχούν στα κριτήρια διάγνωσης του DSM-IV.

Όλες οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στη στατιστική επεξεργασία, αναφέρονται στους πίνακες των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου. Η κλίμακα APACHE (APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation – Σύστημα Εκτίμησης Οξέων Διαταραχών της Φυσιολογίας και Χρόνιας Κατάστασης Υγείας) περιγράφει αριθμητικά τη βαρύτητα της νόσου και την πρόβλεψη της πιθανότητας θανάτου, υπολογίζοντας δώδεκα βασικές φυσιολογικές μεταβλητές, την ηλικία των ασθενών και τη χρόνια κατάσταση της υγείας τους. Οι μεταβλητές

για την αξιολόγηση της οξείας νόσου στο APACHE είναι η θερμοκρασία, η μέση αρτηριακή πίεση, η καρδιακή συχνότητα, η αναπνευστική συχνότητα, η μερική πίεση οξυγόνου και το pH αρτηριακού αίματος, το νάτριο, το κάλιο και η κρεατινίνη ορού, ο αιματοκρίτης, ο αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων και η τιμή της κλίμακας Γλασκόβης (GCS: *Glasgow Coma Scale*). Η κλίμακας Γλασκόβης είναι μια μέθοδος νευρολογικής εκτίμησης και υπολογίζεται ελέγχοντας τα μάτια, τη λεκτική απόκριση και την κινητικότητα του τραυματία. Η ανώτερη βαθμολογία είναι το 15 ενώ η κατώτερη το 3.³⁷

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Αρχικά μελετήθηκαν περιγραφικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος, και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σειρά συγκρίσεων ανάμεσα στην ομάδα ΜΕΘ και στην ομάδα μη ΜΕΘ, χρησιμοποιώντας τη σύγκριση ποσοστιαίων αναλογιών και τον δείκτη στατιστικού ελέγχου χ^2 για της κατηγορικές μεταβλητές, και τον στατιστικό έλεγχο t-test (ανεξάρτητα δείγματα) για τις συνεχείς μεταβλητές. Κατόπιν εφαρμόστηκε λογιστική παλινδρόμηση για την ομάδα ΜΕΘ για τη διερεύνηση

ση προγνωστικών παραγόντων της ΜΚΔ, της ΔΜΣ, αλλά και την παρουσία-απουσία συννόσησης. Στις περιπτώσεις εμφάνισης στατιστικά σημαντικής ισχύος ενός παράγοντα ως προγνωστικού δείκτη, εφαρμόστηκε και ο λόγος των οτζ (odds ratio) για τη διερεύνηση των πιθανοτήτων, με διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

Αποτελέσματα

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 198 άτομα, 112 άνδρες και 86 γυναίκες με μέσον όρο ηλικίας τα 44,07 έτη (SD=15,43), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Το δείγμα στρατολογήθηκε σχεδόν ισόποσα από τα πέντε Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας, και ειδικά από τις ΜΕΘ (51,5%) και από άλλα παθολογικά-χειρουργικά τμήματα (48,5%). Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, οι κλινικές μεταβλητές και η διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες 3, 4 και 5 αντίστοιχα.

Αναφορικά με την επικράτηση ΜΚΔ, τα άτομα της ομάδας ΜΕΘ εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (πίνακας 4).

Πίνακας 3. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		Ομάδα ΜΕΘ		Ομάδα μη ΜΕΘ		Σύνολο		p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Φύλο	Άνδρες	65	58,1	47	41,9	112	56,6	<0,05
	Γυναίκες	37	43,1	49	56,9	86	43,4	
	Σύνολο	102	51,5	96	48,5	198	100	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	29	28,4	42	43,8	71	35,9	>0,05
	Έγγαμος	55	53,9	38	39,6	93	47	
	Χήρος	7	6,9	4	4,2	11	5,6	
	Διαζευγμένος	7	6,9	6	6,3	13	6,6	
	Συζεί	4	3,9	6	6,3	10	5,1	
Σύνολο	102	100	96	100	198	100		
Τόπος διαμονής	Αθήνα	28	27,5	47	49	75	37,9	<0,01
	Αστικές περιοχές	37	36,3	28	29,2	65	32,8	
	Ημιαστικές περιοχές	31	30,4	20	20,8	51	25,8	
	Αγροτικές περιοχές	6	5,9	1	1	7	3,5	
	Σύνολο	102	100	96	100	198	100	
Απασχόληση	Πλήρης	24	23,5	56	58,3	80	40,4	<0,001
	Μερική	6	5,9	11	11,5	17	8,6	
	Καμία	72	70,6	29	30,2	101	51	
	Σύνολο	102	100	96	100	198	100	

Πίνακας 4. Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		Ομάδα ΜΕΘ		Ομάδα μη ΜΕΘ		Σύνολο		p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Διάγνωση νοσηλείας	Πολυτραυματίας	37	36,3	12	12,5	49	24,7	<0,001
	Αυτοάνοσο νόσημα	2	2	2	2,1	4	2	
	Χειρουργικό νόσημα	9	8,8	43	44,8	52	26,3	
	Παθολογικό νόσημα	11	10,8	16	16,7	27	13,6	
	Νεόπλασμα	11	10,8	12	12,5	23	11,6	
	Καρδιολογικό νόσημα	3	2,9	0	0	3	1,5	
	Λοίμωξη	10	9,8	5	5,2	15	7,6	
	Αναπνευστικό νόσημα	9	8,8	4	4,2	13	6,6	
	Αιμορραγία	8	7,8	2	2,1	10	5,1	
	Έγκαυμα	2	2	0	0	2	1	
	Σύνολο	102	100	96	100	198	100	
Οξυγονοθεραπεία	Ρινική κάνουλα	0	0	47	49	47	49	<0,001
	Μάσκα Venturi	2	2	37	38,5	39	19,7	
	Μάσκα επανεισπνοής	8	7,8	8	8,3	16	8,1	
	Διασωλήνωση	60	58,8	4	4,2	64	32,3	
	Τραχειοστομία	32	31,4	0	0	32	16,2	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	
Καταστολή	Ναι	68	66,7	6	6,3	74	37,4	<0,01
	Όχι	34	33,3	90	93,8	124	62,6	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	
ΜΚΔ	Ναι	33	32,4	19	19,8	52	26,3	>0,05
	Όχι	69	67,6	77	80,2	146	73,7	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	
ΔΜΣ	Ναι	36	35,3	13	13,5	49	24,7	<0,01
	Όχι	66	64,7	83	86,5	149	75,3	
		Σύνολο	102	100	96	100	196	
Συννόσηση ΜΚΔ και ΔΜΣ	Ναι	18	17,6	5	5,2	23	11,6	<0,05
	Όχι	84	85,4	91	94,8	175	88,4	
		Σύνολο	102	100	96	100	198	

Πίνακας 5. Διαφορές στις δύο ομάδες ως προς τη διάρκεια νοσηλείας.

	n	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	t-value
Ομάδα ΜΕΘ	102	33,61	60,48	3,78*
Ομάδα μη ΜΕΘ	96	10,09	7,35	

*p<0,01

Η διαφορά αυτή βρέθηκε να μην αγγίζει οριακά τα όρια στατιστικής σημαντικότητας: $\chi^2 (1)=3,41$, $p=0,065$ ($>0,05$) με διόρθωση Yates. Επίσης, ως προς τους λόγους των οτζ, το να νοσηλεύεται κανείς σε μονάδα εντατικής θεραπείας αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά 1,94

φορές συγκριτικά με τη νοσηλεία σε κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου (OR=1,94, 95% CI=1,01–3,72).

Διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες φαίνεται πως προκύπτουν και για την επικράτηση ΔΜΣ, με όσους νοσηλεύονται σε ΜΕΘ να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε αντίθεση με τα άτομα που

νοσηλεύονται σε άλλες μονάδες του νοσοκομείου (πίνακας 4). Ο στατιστικός έλεγχος χ^2 με τη διόρθωση Yates ανέδειξε τη διαφορά αυτή ως στατιστικά πολύ σημαντική: $\chi^2 (1)=11,42$, $p<0,01$, ενώ από την ανάλυση με τον λόγο των οτζ προέκυψε πως η νοσηλεία σε ΜΕΘ αυξάνει κατά 3,48 φορές την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΣ συγκριτικά με τη νοσηλεία σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου ($OR=3,48$, $95\%CI=1,71-7,8$).

Αναφορικά με την παρουσία-απουσία συννόησης, συνολικά 11,6% του δείγματος βρέθηκαν να πληρούν παράλληλα τα κριτήρια ΜΚΔ και ΔΜΣ. Όπως γίνεται σαφές από τον πίνακα 4, περισσότερα άτομα από την ομάδα ΜΕΘ εμφανίζουν παράλληλα ΜΚΔ και ΔΜΣ συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Ο στατιστικός έλεγχος χ^2 με διόρθωση Yates ανέδειξε τη διαφορά αυτή στατιστικά σημαντική: $\chi^2 (1)=7,45$, $p<0,05$. Αναφορικά με τον λόγο των οτζ, οι ασθενείς της ομάδας ΜΕΘ έχουν σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν συγχρόνως ΜΚΔ και ΔΜΣ συγκριτικά με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου ($OR=3,9$, $95\% CI=1,39-10,97$).

Για τη μελέτη των προγνωστικών παραγόντων εφαρμόστηκαν τρία μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, με τα στοιχεία των ατόμων της ομάδας ΜΕΘ. Στην πρώτη ανάλυση, η μεταβλητή έκβασης ήταν η παρουσία ΜΚΔ και –όπως διακρίνεται και στον πίνακα 6– οι μεταβλητές που μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την παρουσία κατάθλιψης είναι το φύλο, η κλίμακα APACHE, η κλίμακα της Γλασκόβης, από τη διάρκεια νοσηλείας η κατηγορία «61 ημέρες και άνω» και από τη διάγνωση η κατηγορία «καρδιολογική ασθένεια». Αναφορικά με τη δεύτερη παλινδρόμηση για την εμφάνιση ΔΜΣ, οι μεταβλητές αντίστοιχα που μπορούν να προβλέψουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την παρουσία ΔΜΣ σε ασθενείς ΜΕΘ είναι το φύλο, η ηλικία και η βαθμολογία στην κλίμακα APACHE (πίνακας 7).

Η τελευταία λογιστική παλινδρόμηση αφορούσε στην παρουσία συννόησης, στην ομάδα ΜΕΘ και οι μεταβλητές που την προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο είναι το φύλο, η ηλικία και η βαθμολογία στην κλίμακα APACHE (πίνακας 8).

Πίνακας 6. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων του ΜΚΔ στην ομάδα ΜΕΘ.

Μεταβλητές	Exp(B)	95% CI	df	Wald statistic	Sig
Φύλο	4,93	1,6–15,7	1	7,74	0,005**
Κλίμακα APACHE	1,22	1,06–1,41	1	7,71	0,005**
Κλίμακα Γλασκόβης	1,36	1,04–1,79	1	4,86	0,028*
Διάρκεια νοσηλείας			2	4,93	0,085
Διάρκεια νοσηλείας (1)	2,2	0,66–7,33	1	1,63	0,201
Διάρκεια νοσηλείας (2)	7,68	1,26–46,91	1	4,87	0,027*
Διάγνωση			9	6,81	0,657
Διάγνωση (1)	0,79	0,03–18,72	1	0,02	0,886
Διάγνωση (2)	0,77	0,1–6,06	1	0,06	0,77
Διάγνωση (3)	1,69	0,28–10,28	1	0,33	0,567
Διάγνωση (4)	1,08	0,19–6,23	1	0,01	0,929
Διάγνωση (5)	0,06	0,004–0,82	1	4,43	0,035*
Διάγνωση (6)	0,000	0,000	1	0,000	0,999
Διάγνωση (7)	3,25	0,45–23,35	1	1,37	0,242
Διάγνωση (8)	0,91	0,12–7,06	1	0,01	0,929
Διάγνωση (9)	6,812 ^{E9}	0,000	1	0,000	0,999

Φύλο: διμεταβλητή, κατηγορία αναφοράς: άνδρας, Κλίμακα APACHE, Γλασκόβης: Συνεχής μεταβλητή
 Διάρκεια νοσηλείας (αναφοράς): 1–15 ημέρες, Διάρκεια νοσηλείας (1): 16–60 ημέρες, (2): 61 ημέρες και άνω
 Διάγνωση (αναφοράς): Πολυτραυματίας, Διάγνωση (1): Αυτοάνοσο, (2): Χειρουργικό, (3): Παθολογικό, (4): Νεόπλασμα,
 (5): Καρδιολογικό, (6): Λοίμωξη, (7): Αναπνευστικό, (8): Αιμορραγία, (9): Έγκαυμα * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Πίνακας 7. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων της ΔΜΣ στην ομάδα ΜΕΘ.

Μεταβλητές	Exp(B)	95% CI	df	Wald statistic	Sig
Φύλο	11,9	3,45–41,08	1	15,35	0,000**
Ηλικία	0,93	0,9–0,97	1	11,61	0,001**
Κλίμακα APACHE	1,14	1,004–1,29	1	4,12	0,042*
Κλίμακα Γλασκόβης	0,95	0,75–1,2	1	0,2	0,657
Διάρκεια νοσηλείας	1,002	0,99–1,01	1	0,35	0,553

Φύλο: Διμεταβλητή, κατηγορία αναφοράς: άνδρας, Ηλικία: Συνεχής μεταβλητή
 Κλίμακα APACHE: Συνεχής μεταβλητή, Κλίμακα Γλασκόβης: Συνεχής μεταβλητή
 Διάρκεια νοσηλείας: Συνεχής μεταβλητή *p<0,05, **p<0,01

Πίνακας 8. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων της συννόσησης ΜΚΔ - ΔΜΣ στην ομάδα ΜΕΘ.

Μεταβλητές	Exp(B)	95% CI	df	Wald statistic	Sig
Φύλο	11,99	2,36–60,83	1	8,99	0,003**
Ηλικία	0,94	0,89–0,997	1	4,19	0,041*
Κλίμακα APACHE	1,26	1,04–1,54	1	5,41	0,020*
Κλίμακα Γλασκόβης	0,94	0,68–1,3	1	0,14	0,711
Οξυγονοθεραπεία			3	5,68	0,128
Οξυγονοθεραπεία (1)	1,958 ^{E9}	0,000	1	0,000	0,999
Οξυγονοθεραπεία (2)	2,573 ^{E8}	0,000	1	0,000	0,999
Οξυγονοθεραπεία (3)	58204031,59	0,000	1	0,000	0,999

Φύλο: Διμεταβλητή, κατηγορία αναφοράς: άνδρας, Ηλικία: Συνεχής μεταβλητή
 Κλίμακα APACHE: Συνεχής μεταβλητή, Κλίμακα Γλασκόβης: Συνεχής μεταβλητή
 Οξυγονοθεραπεία (αναφοράς): Ρινική κάνουλα, Οξυγονοθεραπεία (1): Μάσκα Ventury, Οξυγονοθεραπεία (2): Μάσκα Επανεισπνοής, Οξυγονοθεραπείας (3): Διασωλήνωση, *p<0,05, **p<0,01

Συζήτηση

Στο Γενικό Νοσοκομείο κυριαρχεί υψηλό ποσοστό ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, με κυριότερες παθήσεις την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές.³⁸ Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, τα άτομα της ομάδας ΜΕΘ είχαν υψηλότερα ποσοστά τόσο ΜΚΔ 32,4% όσο και ΔΜΣ 35,3%, συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου 19,8% και 13,5% αντίστοιχα (πίνακας 4). Τα ποσοστά αυτά είναι υψηλότερα σε σχέση και με αυτά του γενικού πληθυσμού. Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι το 6,8% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα υποφέρει από ΜΚΔ,³⁹ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό επικράτησης στις αγχώδεις διαταραχές (συμπεριλαμβανομένης και της ΔΜΣ) ανέρχεται στο 10,8%.⁴⁰ Ειδικότερα, για το ποσοστό ΔΜΣ της ομάδας ΜΕΘ (35,3%) αξίζει να αναφερθεί ότι είναι μεγαλύτερο ακόμα και από το αντίστοιχο ποσοστό καρ-

διοχειρουρηγμένων ασθενών (17%) και ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (16%).⁴¹

Στην προσπάθεια να ερμηνεύσουν τα υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στη ΜΕΘ, πολλοί ερευνητές έχουν διερευνήσει την αντίληψη των ασθενών για τους στρεσογόνους παράγοντες.⁴² Η εμπειρία της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, η αδυναμία ή η έλλειψη επικοινωνίας, ο φόβος για τεχνική βλάβη των μηχανημάτων και του επικείμενου θανάτου δημιουργούν ένα από τα πιο συνηθισμένα στρεσογόνα σενάρια για τους βαρέως πάσχοντες. Πολλά από τα βιώματα που σχετίζονται με την εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ, όπως η στέρηση ύπνου, η αισθητηριακή υπερφόρτωση, η απώλεια ελέγχου και το αίσθημα αποδυνάμωσης προκαλούν σοβαρό στρες και οδηγούν στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες.⁴³

Πέραν των ψυχολογικών ερμηνειών, υπάρχουν και βιολογικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης και ΔΜΣ στους ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν κάποιες σωματικές νόσοι που σχετίζονται με κατάθλιψη, όπως ο καρκίνος στομάχου και παγκρέατος, οι κολλαγονώσεις, οι αναιμίες από έλλειψη ιχνοστοιχείων ή έλλειψη Β12, οι νευρολογικές παθήσεις (ΑΕΕ, AIDS, επιληπτικές κρίσεις, ΚΕΚ), οι ενδοκρινοπάθειες (θυρεοειδής, επινεφρίδια, υπόφυση) και η διατροφική ανεπάρκεια.⁸ Επίσης πολλά φάρμακα έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη, όπως κάποια αντισπασμωδικά (φαινοβαρβιτάλη, κλοναζεπάμη), αντιυπερτασικά (ρεσερπίνη, κλονιδίνη), Β-αναστολείς (προπρανόλολη), στεροειδή (γλυκοκορτικοειδή, ΑCΤΗ), Η₂ αναστολείς (σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη) κ.ά.⁸ Όσον αφορά στην εμφάνιση ΔΜΣ, έχει βρεθεί ότι η χορήγηση υδροκορτιζόνης κατά το σηπτικό σοκ μειώνει την εμφάνιση ΔΜΣ και βελτιώνει τη συναισθηματική ευεξία των ασθενών.¹⁴

Κατά τη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων, με την εφαρμογή της λογιστικής παλινδρόμησης, παρατηρήθηκαν κάποιες μεταβλητές που προέβλεπαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την εμφάνιση ΜΚΔ και ΔΜΣ.

Το φύλο αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, τόσο ανάπτυξης ΜΚΔ, όσο και ΔΜΣ στη ΜΕΘ. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ έχουν σχεδόν τις πενταπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν ΜΚΔ συγκριτικά με τους άνδρες της ομάδας ΜΕΘ (πίνακας 6), και σχεδόν δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης ΔΜΣ συγκριτικά με τους άνδρες (πίνακας 7). Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη διαφορά επικράτησης ΜΚΔ και ΔΜΣ ανάμεσα στα δύο φύλα, όπως έχει βρεθεί και σε ανάλογη έρευνα του εξωτερικού.⁴

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών) στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, πιστεύεται ότι διαμορφώνουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στο γυναικείο φύλο.⁴⁴ Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες, και στη διάρκεια της ζωής τους το 20% θα εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο ενώ το ποσοστό στους άνδρες είναι 12%. Αντίστοιχα, διαφορές υπάρχουν και ως προς την επικράτηση της ΔΜΣ στον γενικό πλη-

θυσμό, η οποία κυμαίνεται μεταξύ 5 και 6% στους άνδρες και 10–14% στις γυναίκες.^{45,46}

Ο παράγοντας της ηλικίας δεν φάνηκε να αποτελεί προγνωστικό δείκτη της ΜΚΔ στην ομάδα της ΜΕΘ. Ωστόσο, η ηλικία αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη της ΔΜΣ σε άτομα που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζουν χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης ΔΜΣ, καθώς η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης ΔΜΣ κατά 7% (πίνακας 7). Παρόλο που η ΔΜΣ είναι δυνατό να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, τα νεαρά ενήλικα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά, καθώς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης σε ψυχροτραυματικές εμπειρίες.^{47,48}

Στην παρούσα μελέτη συσχετίστηκε κάθε κλινική διάγνωση ξεχωριστά και προέκυψε ότι το καρδιολογικό νόσημα μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης ΜΚΔ συγκριτικά με τους πολυτραυματίες που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ κατά 96% (πίνακας 6). Οι ασθενείς με καρδιακές παθήσεις και ιδιαίτερα με στηθάγχη και έμφραγμα μυοκαρδίου εμφανίζουν συχνά άγχος ως αντίδραση στο καρδιολογικό πρόβλημα, τον πόνο και τον φόβο του θανάτου.⁴⁹ Παρόλ' αυτά στη ΜΕΘ, συγκρίνοντας τις κλινικές διαγνώσεις, η καρδιολογική ασθένεια φαίνεται να έχει τη μικρότερη επίδραση στην ανάπτυξη ΜΚΔ σε σχέση με τη διάγνωση του πολυτραυματία, κάτι που μπορεί να σχετίζεται με λιγότερες ιατρικές παρεμβάσεις ή μικρότερο χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ. Από την άλλη μεριά, η κλινική διάγνωση δεν φάνηκε να αποτελεί προγνωστικό δείκτη της ΔΜΣ στην ομάδα της ΜΕΘ.

Τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης κατέδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της βαρύτητας της νόσου με την εμφάνιση ΜΚΔ και ΔΜΣ στη ΜΕΘ. Καθώς οι ασθενείς βελτιώνουν το επίπεδο συνείδησης, σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκόβης, φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από ΜΚΔ. Αναλυτικά, για κάθε αύξηση της κλίμακας APACHE κατά μία μονάδα, αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης ΜΚΔ κατά 1,22 φορές ενώ, για κάθε αύξηση της κλίμακας της Γλασκόβης κατά μία μονάδα, αυξάνονται οι πιθανότητες κατά 1,36 φορές (πίνακας 6). Αντίστοιχα, η αύξηση στην κλίμακα APACHE κατά μία μονάδα συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης ΔΜΣ κατά 14% στην ομάδα ΜΕΘ (πίνακας 7).

Στην παρούσα μελέτη, ως προς τη διάρκεια νοσηλείας, τα άτομα που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ σημείωσαν μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο από τα άτομα που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα (πίνακας 5). Η παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα μόνο στην ανάπτυξη ΜΚΔ στην ομάδα ΜΕΘ. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που νοσηλεύονται για 61 ημέρες και άνω στη ΜΕΘ, έχουν 7,68 φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης ΜΚΔ συγκριτικά με τα άτομα που νοσηλεύονται από 1–15 ημέρες.

Στην παρούσα μελέτη το 11,6% του δείγματος συνολικά βρέθηκε να πληροί παράλληλα τα κριτήρια ΜΚΔ και ΔΜΣ και, όπως προέκυψε από την ανάλυση, περισσότερα άτομα από την ομάδα ΜΕΘ (17,6%) εμφανίζουν παράλληλα ΜΚΔ και ΔΜΣ συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (5,2%). Οι μεταβλητές που προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την παρουσία συννόσησης ΜΚΔ-ΔΜΣ σε ασθενείς ΜΕΘ έδειξαν ότι είναι 12 φορές πιο πιθανό για τις γυναίκες να εμφανίσουν συννόσηση συγκριτικά με τους άνδρες. Επίσης, καθώς αυξάνεται η ηλικία, μειώνονται ολόένα και περισσότερο οι πιθανότητες εκδήλωσης συννόσησης. Χαρακτηριστικά, η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνοδεύεται από μειωμένες πιθανότητες εκδήλωσης συννόσησης, της τάξεως του 6%. Αντίθετα, η αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα APACHE κατά μία μονάδα οδηγεί σε αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης συννόσησης, της τάξεως του 26% (πίνακας 8).

Η κατάθλιψη συνυπάρχει με αγχώδεις διαταραχές σε συχνότητα που κυμαίνεται από το 33% έως το 75% των περιπτώσεων, ενώ υπάρχει σημαντική συννόσηση των παραπάνω διαταραχών με σοβαρές και χρόνιες σωματικές νόσους.⁸ Πιο συγκεκριμένα, η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ΜΚΔ^{50,51} και η ΔΜΣ αποτελεί συνήθως την πρώτη διαταραχή όταν εξετάζονται και οι δύο μαζί.⁴⁵

Περιορισμοί της μελέτης

Στους μεθοδολογικούς περιορισμούς της μελέτης εντάσσεται η διερεύνηση μόνο δύο ψυχιατρικών παθήσεων, της ΜΚΔ και της ΔΜΣ, και όχι ολόκληρης της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Μια τέτοια μελέτη θα ξεπερνούσε ενδεχομένως το χρονικό και οικονομικό πλαίσιο της παρούσης έρευνας.

Το μεροληπτικό σφάλμα ως προς την επιλογή του δείγματος για την ομάδα ΜΕΘ και μη ΜΕΘ είναι ένας άλλος περιορισμός, ο οποίος καλύπτεται από το μέγεθος του δείγματος και τη μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ομάδων. Ένας τρίτος περιορισμός ήταν η άρνηση κάποιων ασθενών να συμμετέχουν στη μελέτη, το οποίο αντιμετωπίστηκε με το μέγεθος του δείγματος και την καταγραφή των στοιχείων των ατόμων που αρνήθηκαν, όπου δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Τέταρτο περιορισμό αποτελεί η επιλογή ως ομάδας ελέγχου των παθολογικών-χειρουργικών τμημάτων και όχι μιας ομάδας ασθενών που να έχουν νοσηλευτεί σε ΜΑΦ για παράδειγμα, των οποίων οι συνθήκες νοσηλείας πιθανώς προσομοιάζουν με τη ΜΕΘ. Στόχος ήταν να γίνει η σύγκριση ανάμεσα σε ένα κλειστό τμήμα, όπως είναι η ΜΕΘ, και των ανοιχτών τμημάτων που έχουν διαφορετικό τρόπο λειτουργίας. Τέλος, η ελάχιστη διάρκεια νοσηλείας προσδιορίστηκε σε ένα μόνο 24ωρο, ώστε να καλυφθεί μεγαλύτερο εύρος δείγματος.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, από την παρούσα έρευνα προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης ΜΚΔ (32,4%) και ΔΜΣ (35,3%) με τη νοσηλεία σε ΜΕΘ, και μάλιστα σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η ανάλυση των μεταβλητών έδειξε ότι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες στην ανάπτυξη ΜΚΔ αποτελούν το γυναικείο φύλο, η διάρκεια νοσηλείας και η βαρύτητα της νόσου, ενώ για τη ΔΜΣ το γυναικείο φύλο, η νεαρή ηλικία και η βαρύτητα της νόσου. Τα αποτελέσματα της μελέτης συνεισφέρουν στη γνώση και ευαισθητοποίηση των επιστημόνων υγείας που φροντίζουν ασθενείς ΜΕΘ. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στη διαχρονική μελέτη της επικράτησης ΜΚΔ και ΔΜΣ σε ασθενείς ΜΕΘ και στην αναζήτηση τρόπων πρόληψης, ανίχνευσης και έγκαιρης αντιμετώπισης.

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες προς τις διοικήσεις των νοσοκομείων για τη δυνατότητα πρόσβασης στις εκάστοτε ΜΕΘ και τμήματα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τη βοήθεια στη συλλογή του δείγματος, καθώς και τους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη.

Depression and post-traumatic stress disorder among patients in intensive care units

E. Asimakopoulou, M. Madianos

Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:257–269

Recent progress in medicine and technology has produced a significant increase in the survival rate of critically ill patients who have been treated in Intensive Care Units (ICU). Consequently, researchers have become increasingly interested in the relationship between critical illness and psychiatric consequences. The experience of critical illness has been often associated with Major Depression (MD) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). There has been no similar study in Greece. The aim of the present study was to investigate the prevalence of MD and PTSD among patients after discharge from ICU in comparison with patients who discharge from pathological or surgical department. The study was conducted on five major hospitals "ATTIKON", "THRIASSIO", "KAT", "GNA GENNIMATAS", "KORGIALENIO – BENAKIO". A standardized instrument was used especially for this study and is based on "MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview" and DSM-IV. The data collection was carried out through personal interviews with the patients. It is a cross-sectional study and also a case-control study. The sample of the research was composed of 198 patients, from whom 102 were in ICU (ICU group) and 96 were not (non-ICU group). The results of the statistical processing have shown that there is a positive and statistically significant correlation between MD-PTSD and hospitalization in ICU, and particular hospitalization in ICU increases the likelihood of developing MD by 1.94 times and PTSD by 3.48 times, compared to treatment in another part of the hospital. Furthermore, the ICU group was found to suffer more than the control group from MD (32.4% vs 19.8%) and PTSD (35,3% vs 13,5%). The investigation of sociodemographic characteristics showed that being a woman discharged from ICU is nearly five times more likely to develop MD and nearly twelve times more likely to develop PTSD compared with men. Old age in ICU acts as a protective factor from PTSD. Regarding the clinical features, the clinical diagnosis is not associated with the development of MD and PTSD in either group, but there is a positive correlation of severity of illness with MD and PTSD in ICU. The length of stay is an important prognostic factor only in the development of MD in ICU group. In this study 11.6% of the total sample (ICU: 17.6%, non-ICU group: 5.2%) was found to meet the criteria for both MD and PTSD. These results are in agreement with similar studies in the literature. Early recognition and treatment of MD and PTSD in critically ill patients could contribute to faster recovery and improved quality of life.

Key words: Post-traumatic stress disorder, major depression, intensive care unit, risk factors.

Βιβλιογραφία

- Pollack MM, Katz RW, Ruttimann UE, Getson PR. Improving the outcome and efficiency of intensive care: the impact of an intensivist. *Crit Care Med* 1988, 16:11–17
- Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30:421–434
- Bongard F, Sue D, Μπαλτόπουλος Γ. *Σύγχρονη εντατικολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005
- Ratray JE, Johnston M, Wildsmith JA. Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia* 2005, 60:1085–1092
- Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtos F, Baltopoulos GI. Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *Int Nurs Rev* 2010, 57:288–296
- Broomhead LR, Brett SJ. Clinical review: intensive care follow-up – what has it told us? *Crit Care* 2002, 6:411–417
- Jones C, Griffiths RD. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory* 2000, 8:79–94

8. Μαδιανός ΜΓ. *Κλινική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004
9. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989, 262:914–919
10. Zatzick DF, Jurkovich GJ, Rivara FP, Wang J, Fan MY, Joesch J et al. A national study of posttraumatic stress disorder, depression, and work and functional outcomes after hospitalization for traumatic injury. *Ann Surg* 2008, 248:429–437
11. Yehuda R. Current concepts: post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002, 346:108–114
12. Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Int Care Med* 2007, 33:1506–1518
13. Perrins J, King N, Collings J. Assessment of long-term psychological well-being following intensive care. *Int Crit Care Nurs* 1998, 14:108–116
14. Schelling G, Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Krauseneck T, Durst K et al. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in survivors. *Crit Care Med* 1999, 27:2678–2683
15. Eddleston JM, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med* 2000, 28:2293–2299
16. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001, 29:573–580
17. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001, 56:9–14
18. Schelling G, Briegel J, Roozendaal B, Stoll C, Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry* 2001, 50:978–985
19. Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2003, 168:1457–1461
20. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J et al. Rehabilitation after critical illness: A randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2003, 31:2456–2461
21. Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Shintani A, Truman B, May L, Ely EW. Six-month neuropsychological outcome of medical intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2003, 31:1226–1234
22. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Int Care Med* 2004, 30:450–455
23. Nickel M, Leiberich P, Nickel C, Tritt K, Mitterlehner F, Rother W et al. The occurrence of posttraumatic stress disorder in patients following intensive care treatment: a cross-sectional study in a random sample. *J Int Care Med* 2004, 19:285–290
24. Boyle M, Murgo M, Adamson H, Gill J, Elliott D, Crawford M. The effect of chronic pain on health related quality of life amongst intensive care survivors. *Aust Crit Care* 2004, 17:104–113
25. Chelluri L, Im KA, Belle SH, Schulz R, Rotondi AJ, Donahoe MP et al. Long-term mortality and quality of life after prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2004, 32:61–69
26. Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, McJanet L, Wang M et al. Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intens Care Med* 2005, 31:86–91
27. Weinert C, Meller W. Epidemiology of depression and antidepressant therapy after acute respiratory failure. *Psychosomatics* 2006, 47:399–407
28. Guentner K, Hoffman LA, Happ MB, Kim Y, Dabbs AD, Mendelsohn AB et al. Preferences for mechanical ventilation among survivors of prolonged mechanical ventilation and tracheostomy. *Am J Crit Care* 2006, 15:65–77
29. Griffiths J, Gager M, Alder N, Fawcett D, Waldmann C, Quinlan J. A self-report-based study of the incidence and associations of sexual dysfunction in survivors of intensive care treatment. *Int Care Med* 2006, 32:445–451
30. Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients—a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007, 51:671–678
31. Sukantarat K, Greer S, Brett S, Williamson R. Physical and psychological sequelae of critical illness. *Br J Health Psychol* 2007, 12:65–74
32. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Int Care Med* 2007, 33:978–985
33. Girard TD, Shintani AK, Jackson JC, Gordon SM, Pun BT, Henderson MS et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Crit Care* 2007, 11:R28
34. Jubran A, Lawm G, Duffner LA, Collins EG, Lanuza DM, Hoffman LA et al. Post-traumatic stress disorder after weaning from prolonged mechanical ventilation. *Int Care Med* 2010, 36:2030–2037
35. Tøien K, Myhren H, Bredal IS, Skogstad L, Sandvik L, Ekeberg Ø. Psychological distress after severe trauma: a prospective 1-year follow-up study of a trauma intensive care unit population. *J Trauma* 2010, 69:552–1559
36. Myhren H, Ekeberg Ø, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. Post-traumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care* 2010, 14:R14
37. Οικονόμου Α, Μπαλτόπουλος Γ. Συστήματα μέτρησης της βαρύτητας της νόσου και πρόβλεψης της έκβασης των βαρέως πασχόντων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1999, 16:295–314
38. Lobo A, Campos R. Managing the Psychiatry/Primary Care Interface in Perspectives in Psychiatry. In: Robertson MM, Katona CLE (eds) *Depression and Physical Illness*. John Wiley & Sons, Chichester, 1997:42–45
39. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:943–952

40. Μαυρέας Β, Σκαπινάκης Π. *Πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα ψυχοπαθολογίας ενηλίκων*. Τμήμα Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2012
41. Spindler H, Pedersen SS. Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosom Med* 2005, 67:715–723
42. Lusk B, Lash, AA. The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2005, 24:25–31
43. Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. I. Preclinical studies. *Depress Anxiety* 2002, 15:126–147
44. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ). Κατάθλιψη. (11 Μαρτίου 2013) Διαθέσιμο από www.depressionanxiety.gr
45. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:1048–1060
46. Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *J Genl Specif Med* 2002, 5:34–40
47. Ζέρβας Ι. Αγχώδεις διαταραχές. Στο: Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ (Σύντ.) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006:321–351
48. Sadock BJ, Sadock VA. *Anxiety disorders*. In: *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. (ed) Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2003:591–642
49. Huffman JC, Stern TA, Januzzi JL. *The psychiatric management of patients with cardiac disease*. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds) *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Mosby, Philadelphia, 2004:547–569
50. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004, 82:217–225
51. McQuaid JR, Pedrelli P, McCahill ME, Stein MB. Reported trauma, posttraumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psych Med* 2001, 31:1249–1257

Αλληλογραφία: Ε. Ασημακοπούλου, Βαλτινών 4, 114 73 Αθήνα,
Τηλ: (+30) 210-64 29 172
e-mail: easimak@yahoo.gr

Ανασκόπηση Review

Η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Κ. Παναγιωτίδου, Γ. Ζέρβας

*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών
Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2014, 25:270–284

Οι κοινωνικές αλλαγές αλλά και οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη, ώθησαν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην αναγκαιότητα υιοθέτησης νέων ρόλων σε σχέση με τις πρακτικές αυτοαποκάλυψής τους. Η σχέση γιατρού-ασθενούς έχει ισορροπήσει σε ένα διαφορετικό επίπεδο, ευνοώντας την ισοτιμία και την αυτονομία του δεύτερου. Ο περισσότερο και καλύτερα πληροφορημένος σύγχρονος ασθενής κάνει περισσότερες ερωτήσεις στον κλινικό και αξιώνει περισσότερες απαντήσεις. Τα όρια μεταξύ «επαγγελματικού» και «προσωπικού» είναι λιγότερο απόλυτα και οι ασθενείς πιστεύουν ότι έχουν δικαίωμα να γνωρίζουν αν οι προσωπικές εμπειρίες (εκπαιδευτικές, κλινικές, ερευνητικές) των θεραπευτών τους, τους καθιστούν ικανούς να τους κατανοήσουν και να τους βοηθήσουν. Επιπλέον, αν και στην τελευταία έκδοση του Κώδικα Δεοντολογίας της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας (APA, 2002) δεν υπάρχουν ρητές οδηγίες αναφορικά με την αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή, σε πολλά σημεία του ενυπάρχει το μήνυμα ότι οι θεραπευτές δεν μπορούν πλέον να επιλέγουν τη μη-αποκάλυψη δίχως να έχουν σκεφτεί το θέμα πολύ προσεκτικά. Η μη-αποκάλυψη όχι μόνο δεν μπορεί να αποτελεί πλέον την εύκολη λύση, αλλά ενδέχεται να πλήξει τη θεραπευτική σχέση και κατ' επέκταση το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η διαμόρφωση αυτών των νέων συνθηκών ώθησε τους εκπροσώπους όλων των ψυχοθεραπευτικών κατευθύνσεων να επανεξετάσουν τις παραδοσιακές θέσεις τους ως προς την αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή, να τις προσαρμόσουν στις διαφοροποιημένες ανάγκες των θεραπευομένων και τις σύγχρονες απαιτήσεις της θεραπευτικής διαδικασίας, και να ορίσουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο η διεξαγωγή της θα είναι όχι μόνο ακίνδυνη, αλλά και αποτελεσματική. Στην παρούσα ανασκόπηση επιχειρείται η περιγραφή της έννοιας, η χρήση και οι λειτουργίες της αυτοαποκάλυψης στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία, αφού προηγηθεί μια ιστορική αναδρομή του όρου στις άλλες κύριες ψυχοθεραπευτικές σχολές (ψυχαναλυτική, προσωποκεντρική, συστημική). Καθώς το επίκεντρο κάθε ψυχοθεραπείας είναι ο θεραπευόμενος, κρίθηκε σκόπιμο να αναφερθούν οι εμπειρίες των ίδιων των θεραπευομένων από τις αυτοαποκαλύψεις των θεραπευτών τους. Οι περιγραφές αυτές αποκαλύπτουν με αρκετή σαφήνεια όχι μόνο τα οφέλη της αποκάλυψης του θεραπευτή αλλά και τους κινδύνους που ελλοχεύουν στη μη κατάλληλη χρήση της. Τέλος, επιχειρείται να οριστεί ένα πλαίσιο εργασίας με τη μορφή προτάσεων, όπως αυτά προκύπτουν από την έως τώρα εμπειρική και θεωρητική έρευνα. Καθώς οι θεραπευτές αναπόφευκτα θα βρεθούν αντιμέτωποι με το θέμα της αυτοαποκάλυψης στην επαγγελματική τους πορεία, θα κληθούν να αποφασίσουν, όχι αν θα πρέπει να προβούν σε αποκάλυψεις, αλλά σε ποιον

θα αποκαλυφθούν, τι θα αποκαλύψουν, τότε, γιατί και πώς θα το επιχειρήσουν. Οι κατευθυντήριες αυτές προτάσεις φιλοδοξούν να βοηθήσουν τους θεραπευτές να χρησιμοποιήσουν την αυτοαποκάλυψη με τρόπο αποτελεσματικό και ηθικά δεοντολογικό και να περιορίσουν στο ελάχιστο τους πιθανούς κινδύνους της.

Λέξεις ευρετηρίου: Αυτοαποκάλυψη, θεραπευτής, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, θεραπευόμενοι, κατευθυντήριες προτάσεις.

Εισαγωγή

Στα πλαίσια της ψυχικής υγείας, μια ευρέως διαδεδομένη άποψη ήταν εκείνη που υποστήριζε ότι η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή θα πρέπει να αποφεύγεται καθώς οι κίνδυνοι από τη χρήση της είναι πολλοί. Ωστόσο οι νέοι όροι στη σχέση γιατρού-ασθενούς, που διαμόρφωσαν οι αλματώδεις κοινωνικές αλλαγές και οι εξελίξεις στον χώρο της Ιατρικής επέβαλαν την επανεξέταση και αναθεώρηση της παραπάνω θέσης.¹ Ο ασθενής «έχει τη δυνατότητα να θέτει ερωτήματα και να λαμβάνει απαντήσεις», όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην τελευταία έκδοση του Κώδικα Δεοντολογίας της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας (APA 2002) στο εδάφιο που αναφέρεται στη σύναψη του συμβολαίου.² Ο στόχος λοιπόν ήταν πλέον η αναζήτηση ενός πλαισίου που θα λάμβανε υπ' όψιν τόσο τους ενδεχομένους κινδύνους όσο και τα πιθανά οφέλη που προκύπτουν από την αποκάλυψη του θεραπευτή, και θα δημιουργούσε τις προϋποθέσεις για τη βέλτιστη δυνατή χρήση της. Έτσι η εμπειρική και θεωρητική έρευνα άρχισε να κινείται προς την κατεύθυνση αυτή.

Στη βιβλιογραφία βρίσκουμε ένα ευρύ φάσμα ορισμών και υποκατηγοριών που αφορούν στην αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή. Οι Constantine και Kwan (2003) την περιγράφουν ως λεκτικές ή μη λεκτικές συμπεριφορές των θεραπευτών με τις οποίες αποκαλύπτουν προσωπικές πληροφορίες στους πελάτες τους.³ Οι Hill και Knox (2002) την ορίζουν ως λεκτικές δηλώσεις του θεραπευτή που γίνονται σκόπιμα και αποκαλύπτουν κάτι προσωπικό για τον ίδιο, αποκλείοντας έτσι τις μη λεκτικές συμπεριφορές.⁴

Ο Pizer (1993) διακρίνει την αυτοαποκάλυψη σε τρεις υποκατηγορίες: (α) αναπόφευκτη, όταν πραγματικά γεγονότα στη ζωή του θεραπευτή επηρεάζουν το περιβάλλον της θεραπείας (π.χ. εγκυμοσύνη), (β) ακούσια, η οποία λαμβάνει χώρα στα πλαίσια με-

ταβίβασης-αντιμεταβίβασης και μπορεί να συμπεριλαμβάνει τον τόνο της φωνής και τις εκδηλώσεις συναισθηματικής κατανόησης («ενσυναίσθηση»: empathy), και (γ) σκόπιμη, για την οποία δίνει ασάφεις πληροφορίες, λέγοντας ότι διευρύνει το διυποκειμενικό πεδίο ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή.⁵ Ωστόσο σύμφωνα με τους Andersen και Anderson (1989) η σκόπιμη αυτοαποκάλυψη υποδιαιρείται επίσης σε τρεις τύπους: (α) αποκάλυψη πληροφοριών σχετικών με την προσωπική ταυτότητα και τις εμπειρίες του θεραπευτή, (β) αποκάλυψη συναισθηματικών αντιδράσεων, και (γ) αποκάλυψη πληροφοριών που αφορούν στην επαγγελματική ταυτότητα του θεραπευτή.⁶

Σύμφωνα με τους Farber (2006) και Knox et al (1997), διακρίνονται δύο μεγάλες κατηγορίες αυτοαποκάλυψης: (α) αυτές κατά τις οποίες οι θεραπευτές αποκαλύπτουν γεγονότα και πληροφορίες της προσωπικής τους ζωής (factual or self-revealing or self-disclosing disclosures), και (β) αυτές στις οποίες αποκαλύπτουν σκέψεις και συναισθήματα για τον πελάτη ή τη θεραπεία (self-involving or immediacy or countertransference disclosures).^{7,8}

Τέλος, σύμφωνα με τους Hill και O' Brien (1999) και Kim et al (2003), υπάρχουν τουλάχιστον 7 υποκατηγορίες αποκαλύψεων:

- α. Αποκάλυψη γεγονότων, π.χ.: «έχω διδακτορικό στη συμβουλευτική ψυχολογία και δουλεύω κυρίως με φοιτητές».
- β. Αποκάλυψη συναισθημάτων, π.χ.: «όταν ήμουν σε παρόμοια κατάσταση με τη δική σου, ένιωθα φοβισμένος γιατί δεν ήξερα πως θα εξελιχθούν τα πράγματα για μένα».
- γ. Αποκάλυψη σκέψεων, π.χ.: «όταν είχα μια παρόμοια διαμάχη με έναν συμφοιτητή μου, διέκοψα τη σχέση μου μαζί του, διότι φοβόμουν ότι θα με απέρριπτε, όπως ο πατέρας μου».
- δ. Αποκάλυψη στρατηγικών, π.χ.: «όταν αντιμετώπιζω καταστάσεις σαν τη δική σου, με βοηθάει το

να συγκεντρώνω όσο περισσότερες πληροφορίες μπορώ, ώστε να είμαι προετοιμασμένος για κάθε ενδεχόμενο».

ε. Αποκάλυψη διαβεβαίωσης/υποστήριξης, π.χ.: «κατανόω το άγχος σου γιατί κι εμένα μου είναι δύσκολο να μιλήσω μπροστά σε κόσμο».

στ. Αποκάλυψη πρόκλησης, π.χ.: «δεν ξέρω αν το γνωρίζεις, αλλά κι εγώ είμαι διαζευγμένος και χρειάστηκε να σκεφτώ το δικό μου μερίδιο ευθύνης στη αποτυχία του γάμου».

ζ. Αποκάλυψη οικειότητας, π.χ.: «έτσι όπως περιγράφεις τις ψυχρές σχέσεις της οικογένειάς σου, νιώθω κι εγώ πολύ απόμακρος από σένα. Αναρωτιέμαι αν ένοιωθες το ίδιο στην οικογένειά σου».^{9,10}

Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Μια από τις βασικότερες και πιο διαδεδομένες θέσεις της ψυχανάλυσης αποτέλεσε η άποψη του Freud (1912/1958 σελ. 118) για την ιδανική στάση του θεραπευτή, την οποία προσομοίαζε με λευκή οθόνη. «Ο θεραπευτής οφείλει να είναι αδιαφανής, αδιαπέραστος και όπως ένας καθρέφτης να μη δείχνει στους ασθενείς του τίποτε άλλο παρ' εκτός αυτό που του δείχνουν εκείνοι».¹¹ Στόχος ήταν η ουδετερότητα η οποία με τη σειρά της θα εξασφάλιζε την προβολή των μεταβιβαστικών αντιδράσεων του ασθενούς και την ερμηνεία τους. Θεωρούσε την αυτοαποκάλυψη αντιμεταβιβαστικό λάθος, που εμπόδιζε την αναλυτική διαδικασία. Ωστόσο, είναι επίσης γνωστό ότι ο ίδιος ο Freud έστειλε ενίοτε κάρτες στους ασθενείς του, τους δάνειζε βιβλία, τους προσέφερε δώρα, τους μιλούσε για την οικογένειά του, κάποιους τους ενίσχυε οικονομικά, και έκανε ανάλυση στην ίδια του, την κόρη.¹²

Από τα μέσα του προηγούμενου αιώνα η στάση αυτή άρχισε να διαφοροποιείται. Οι αντιδράσεις του αναλυτή απέναντι στον ασθενή θεωρούνται πολύτιμη πηγή πληροφοριών και η έμφαση άρχισε να δίνεται όχι στο αν θα έπρεπε να έχει θέση η αυτοαποκάλυψη του στη θεραπεία, αλλά ποια θα ήταν η καταλληλότερη δυνατή και δεοντολογική ώστε να μην αποτελέσει παραβίαση των ορίων της διαδικασίας ή εκμετάλλευση του ασθενούς αλλά να ενισχύσει τη θεραπευτική συμμαχία και να αποβεί υπέρ του τελευταίου.¹³

Σύμφωνα με τον Meissner (2002), η σημασία της ποιότητας της αλληλεπίδρασης αναλυτή-αναλυόμενου και ο ενεργός ρόλος του πρώτου στην αναλυτική διαδικασία όχι μόνο επιτρέπουν, αλλά συχνά απαιτούν την αυτοαποκάλυψη του. Καθώς όλα στη συμπεριφορά και στην έκφραση του αναλυτή είναι κατά μία έννοια αποκαλυπτικά (self-revealing) όπως π.χ.: ο τρόπος που ντύνεται, που μιλάει, το που έχει το γραφείο του, το πώς το διακοσμεί, η γλώσσα του σώματός του, το φύλο του κ.λπ., αυτό που ονομάζουμε αυτοαποκάλυψη (self-disclosure), έχει να κάνει με την εκούσια και σκόπιμη έκφραση στον ασθενή των υποκειμενικών σκέψεων και συναισθημάτων του αναλυτή όπως αυτά εγείρονται κατά την ανάλυση, αλλά και των εμπειριών του τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική του ζωή. Οι απόλυτες συστάσεις –είτε για αποκαλύψεις χωρίς όρια είτε για πλήρη αδιαφάνεια– όχι μόνο δεν προάγουν την αναλυτική διαδικασία, αλλά δρουν επιβαρυντικά στη θεραπευτική συμμαχία. Τόσο τα συναισθήματα και οι σκέψεις που εγείρονται στον αναλυτή, όσο και τα συχνά πιεστικά ερωτήματα του αναλυόμενου ο οποίος «απαιτεί» αποκαλύψεις, κρύβουν πολύτιμες πληροφορίες και θα πρέπει να αποτελούν οδηγό για περαιτέρω διερεύνηση. Το καθοριστικό κριτήριο για το «πότε», το «τι», το «πώς» και το «πόσο» της αυτοαποκάλυψης, θα πρέπει να είναι το όφελος του θεραπευόμενου και κατ' επέκταση της αναλυτικής διαδικασίας.¹⁴ Οι κίνδυνοι της αυτοαποκάλυψης δεν είναι βέβαια ανύπαρκτοι. Μπορεί να αποτελέσει το μέσο για την ικανοποίηση των ναρκισσιστικών τάσεων του αναλυτή, να υπογραμμίσει την ανικανότητά του για αυτοέλεγχο, να μετατοπίσει στον ίδιο την εστίαση της θεραπείας, να γίνει ο ίδιος ασθενής και η όλη διαδικασία να μετατραπεί σε μια συναλλαγή μεταξύ δύο ασθενών. Στα χέρια ενός άπειρου θεραπευτή μπορεί να είναι σαν ένα «καλάσνικοφ», ή σαν ένα νυστέρι στα χέρια ενός παιδιού. Όταν ο αναλυτής είναι έμπειρος, υπεύθυνος, δημιουργικός, σε επαφή με τον εαυτό του και με προτεραιότητά του την πρόοδο του αναλυόμενου και της αναλυτικής διαδικασίας, αναδύονται οι θετικές όψεις της αυτοαποκάλυψης, όπως η επιβεβαίωση της αυθεντικότητας και του ενδιαφέροντός του για την εξέλιξη του αναλυόμενου, η αναγνώριση του άλλου ως πρόσωπου, η παροχή άμεσης συναισθηματικής επικοινωνίας ως αντιστάθμισμα της διανοητικοποίησης, η εισαγωγή στοιχείων συμμετρίας μέσα στο αναλυτικό πλαίσιο, η ελαχιστοποίηση της εξιδανίκευσής του όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν ή το απαιτούν, και η αποκάλυψη στοιχείων της ψυχικής κατάστασής του.

Ο αναλυόμενος θα καταφέρει έτσι να συνειδητοποιήσει το πώς είναι δυνατόν να κατακτήσει ένα παρόμοιο επίπεδο επαρκούς εσωτερικής οργάνωσης και να διατηρήσει την ελπίδα του για αλλαγή.¹⁵

Προσωποκεντρική προσέγγιση

Η ανθρωπιστική ψυχολογία ξεκίνησε σε έναν βαθμό ως αντίδραση απέναντι στην «ουδετερότητα» του θεραπευτή που πρέσβευε η ψυχανάλυση. Το κέντρο βάρους δεν ήταν η ψυχοπαθολογία του ατόμου που έψαχνε βοήθεια, αλλά η ανάγκη του να αξιοποιήσει το δυναμικό του σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους. Στόχος ήταν η προσωπική του ανάπτυξη και όχι η λύση των ενδοψυχικών του συγκρούσεων. Ο θεραπευτής καλείται τώρα να διευκολύνει αυτή τη διαδικασία αυτοπραγμάτωσης, όντας μια πλήρης ανθρώπινη παρουσία, όχι ένας καθρέφτης. Προσπαθεί να μπει στον κόσμο του ασθενούς μέσα από τη διαδικασία της συναισθηματικής κατανόησης («ενσυναίσθηση»: empathy), θεωρεί τον ασθενή ένα ανοιχτό σύστημα που μπορεί να εξελιχθεί, και χρησιμοποιεί τα συναισθήματά του, για να μειώσει την απόστασή του απ' αυτόν.¹⁶ Η γνησιότητα, η προσήγεια και η ειλικρίνεια του θεραπευτή θεωρούνται στοιχεία εκ των ων ουκ άνευ, για μια αυθεντική σχέση με τον θεραπευόμενο. Η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή αποτελεί ένα θεραπευτικό εργαλείο που προάγει την αυτογνωσία, την εμπιστοσύνη, την εγγύτητα και την ψυχολογική αλλαγή του θεραπευόμενου.¹⁷

Ο Sidney Jourard (1971) υπογράμμισε την ανάγκη για διαφάνεια από μέρους του θεραπευτή, δηλαδή την επαφή του τόσο με τον εσωτερικό του κόσμο όσο και με το εξωτερικό περιβάλλον και την προθυμία του να αποκαλύψει τον εαυτό του στους άλλους.¹⁸ Με τον όρο «δυναμική επίδραση» (dyadic effect), υποστήριξε ότι η αποκάλυψη γεννά αποκάλυψη. Όσο πιο αυτοαποκαλυπτικός είναι ο θεραπευτής, τόσο πιο πιθανό είναι να υιοθετήσει μια παρόμοια συμπεριφορά ο θεραπευόμενος.¹⁹ Στο ίδιο σκεπτικό ο Carl Rogers (1961) υποστηρίζει «...θα ήθελα τα συναισθήματά μου, στη σχέση μου, μαζί του, να είναι όσο το δυνατόν πιο ξεκάθαρα και διαυγή, έτσι ώστε να τα θεωρεί μια σαφή πραγματικότητα, στην οποία θα μπορεί να επανέρχεται ξανά και ξανά».²⁰ Τη διαφάνεια του θεραπευτή υποστηρίζει και ο Irvin Yalom (2002). Διακρίνει τρία είδη αυτοαποκάλυψης που αφορούν: (α) στον μηχανισμό θεραπείας, (β) στα συναισθήματα του θεραπευτή στο

εδώ και τώρα, και (γ) στην προσωπική του ζωή. Η πρώτη σχετίζεται με την παροχή πληροφοριών σχετικών με τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία, καθώς: «οι ασθενείς είναι ήδη επιβαρυνμένοι από το πρωτογενές άγχος που τους φέρνει στη θεραπεία, γι' αυτό δεν έχει και πολύ νόημα να τους βυθίσει κανείς σε μια διαδικασία που μπορεί να προκαλέσει δευτερογενές άγχος – άγχος για την έκθεσή τους σε μια ασαφή κοινωνική συνθήκη, χωρίς οδηγίες για την κατάλληλη συμπεριφορά ή για τη συμμετοχή τους». Η αποκάλυψη των συναισθημάτων του θεραπευτή στο εδώ και τώρα αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών και προϋπόθεση για μια αυθεντική σχέση με τον θεραπευόμενο, αρκεί να είναι προς όφελός του. Τέλος η αυτοαποκάλυψη που αφορά στην προσωπική ζωή του θεραπευτή, ενδέχεται να διευκολύνει τη θεραπεία αλλά δεν θα πρέπει να υποκαθιστά τη διερεύνηση των αιτιών για τις προσωπικές πληροφορίες που ζητά ο θεραπευόμενος.²¹

Συστημική προσέγγιση

Οι θεωρητικοί της οικογενειακής θεραπείας υιοθέτησαν διαφορετικές στάσεις σχετικά με τη διαφάνεια του θεραπευτή. Θα αναφερθούμε σε αυτές, στα έξι κύρια μοντέλα οικογενειακής θεραπείας.²²

Στα δύο πρώτα μοντέλα (δομικό/στρατηγικό) υιοθετήθηκαν ψυχοδυναμικές ιδέες, σε ό,τι αφορά στα όρια μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου γενικά και της αποκάλυψης του πρώτου ειδικότερα. Ο θεραπευτής, από μια θέση ισχύος και ευθύνης, διατηρεί τον έλεγχο της διαδικασίας χρησιμοποιώντας τον εαυτό του, αλλά η αποκάλυψη προσωπικών βιωμάτων του αποφεύγεται, καθώς αποσπά την προσοχή από την οικογένεια και τη στρέφει στον θεραπευτή. Ιστορίες από την προσωπική ζωή του θεραπευτή νομιμοποιούνται μόνο στα πλαίσια του "joining" (σύνδεση) του θεραπευτή με την οικογένεια, π.χ. έχω κι εγώ δύο κόρες στην ίδια ηλικία).

Στο συμβολικό-βιωματικό μοντέλο, προτείνεται ένας υψηλότερος βαθμός αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή, τόσο απέναντι στην οικογένεια, όσο και μεταξύ των συνθεραπευτών μπροστά στην οικογένεια. Η αμεσότητα της έκφρασης του τρόπου σκέψης του θεραπευτή, με έναν τρόπο σχεδόν προκλητικό, ωθεί τα μέλη της οικογένειας να βγάλουν στην επιφάνεια την υποκειμενικότητά τους (ακόμα και τον παραλογισμό τους) ώστε να τεθούν υπό εξέταση και να επαναπροσδιοριστούν τα όρια επικοινωνίας.

Στο μοντέλο του Bowen, η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή θεωρείται σημαντική καθώς υποστηρίζεται ότι το στάδιο ζωής στο οποίο βρίσκεται ο ίδιος, επηρεάζει συνολικά τη διαδικασία της θεραπείας. Ωστόσο η φεμινιστική προσέγγιση είναι εκείνη που συνηγόρησε ανοιχτά υπέρ της αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή, καθώς υποστηρίζει ότι συμβάλλει στην απομυθοποίηση της θεραπείας, προάγει τη συνεργασία με τους θεραπευόμενους, περιορίζει την ιεραρχία, επικυρώνει τα βιώματά τους, και αναγνωρίζει τις διαφορές ισχύος που ενυπάρχουν στα κοινωνικά πλαίσια.

Στις ομάδες αναστοχασμού του Anderson, ενθαρρύνεται η αυτοαποκάλυψη των μελών της ομάδας. Τα μέλη μοιράζονται με την οικογένεια προσωπικές ιστορίες και εμπειρίες που σχετίζονται με θέματα παρόμοια με αυτά που η ίδια αντιμετωπίζει και τα μέλη της οικογένειας καλούνται να σχολιάσουν όσα αποκαλύπτονται.

Τέλος στην αφηγηματική προσέγγιση του Michael White, οι θεραπευτές αποκαλύπτουν προσωπικά βιώματα, τρόπους σκέψης και προσωπικές αξίες στους θεραπευόμενούς τους, οι οποίοι καλούνται να κάνουν το ίδιο.

Γνωσιακή-Συμπεριφορική προσέγγιση

Η καλή θεραπευτική σχέση αποτελεί τη βάση κάθε ψυχοθεραπείας και είναι καθοριστική στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος.²³ Ο θεραπευτής, μέσα σε μια ατμόσφαιρα θέρμης, άνεσης, αποδοχής και συναισθηματικής κατανόησης, καλείται να διερευνήσει τους νοητικούς χάρτες του θεραπευόμενου, να αναδείξει κεντρικά σχήματα, να εξηγήσει τη γνωσιακή συλλογιστική, να διατυπώσει υποθέσεις και μέσα από την καθοδηγούμενη αποκάλυψη να αναζητήσουν μαζί με τον θεραπευόμενο εναλλακτικές λύσεις δουλεύοντας στο «εδώ και τώρα». Ο Beck με την έννοια του συνεργατικού εμπειρισμού (Collaborative Empiricism) περιγράφει μια σχέση συμμαχίας, συνεργασίας και αλληλοκατανόησης. Οι ρόλοι και οι στόχοι θεραπευτή και θεραπευόμενου δεν συγκρούονται αλλά είναι συμπληρωματικοί, συμβατοί και αμοιβαίοι σε κάθε επίπεδο της θεραπευτικής διαδικασίας.²⁴ «Θεωρώντας τον ασθενή ως συνεργάτη, ο θεραπευτής εμπνέει τον σεβασμό και εξασφαλίζει πολύτιμη βοήθεια. Από την άλλη, η παρουσίαση της θεραπείας μέσα σε μια ατμόσφαιρα μυστηρίου, ευνοεί την εξάρτηση, αφού υπαινίσσεται πως ο ασθενής δεν είναι σε θέση για μια πλή-

ρη κατανόηση και συμμετοχή στη θεραπεία. Η απομυθοποίηση της θεραπευτικής διαδικασίας υποβοηθεί να αναγνωρισθεί ο ασθενής ως ένα άτομο πιο καταρτισμένο που έχει πλήρη ικανότητα να ξεκινά και να διατηρεί τον κατάλληλο βηματισμό για αυτοβελτίωση».²⁵

Η επιδίωξη αυτών των πολλαπλών στόχων από τον θεραπευτή προϋποθέτει ένα βασικό «εργαλείο»: τον εαυτό του, τόσο τον «επαγγελματικό» (εκπαίδευση, γνώσεις, τεχνικές) όσο και τον «προσωπικό» (χαρακτηριστικά προσωπικότητας, σύστημα πεποιθήσεων, εμπειρίες ζωής). Σύμφωνα με τη Dewane (2006) ο όρος «χρησιμοποίηση του εαυτού» (use of self) σημαίνει την αποτελεσματική συγχώνευση των δύο παραπάνω πλευρών του θεραπευτή και περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση: (α) της προσωπικότητας, (β) των πεποιθήσεων, (γ) της ικανότητας του «σχετίζεσθαι», (δ) του άγχους, και (ε) της αυτοαποκάλυψης.²⁶ Οι Edwards και Bess (1998) υποστηρίζουν στο ίδιο μήκος κύματος, ότι ο συνδυασμός επαγγελματικών δεξιοτήτων και προσωπικών εμπειριών του θεραπευτή είναι καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική «χρησιμοποίηση του εαυτού» του θεραπευτή.²⁷ Η MacLaren (2008) στηριζόμενη στις προτάσεις των Dewane, Edwards και Bess παρουσιάζει την εφαρμογή τους μέσα από την οπτική της γνωσιακής ψυχοθεραπείας.²⁸

α. *Χρησιμοποίηση της προσωπικότητας*: Ο θεραπευτής ενθαρρύνεται να επεξεργαστεί τα προσωπικά του θέματα και να εφαρμόσει τις γνωσιακές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές τεχνικές πρώτα στον εαυτό του, να μπορεί να αναγνωρίζει και να χειρίζεται τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του, ώστε να είναι προετοιμασμένος να προβεί σε λεπτούς χειρισμούς όταν θα έρθει αντιμέτωπος με τους θεραπευόμενούς του.

β. *Χρησιμοποίηση των πεποιθήσεων*: Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει διερευνήσει σε βάθος τις προσωπικές του πεποιθήσεις για τον κόσμο, τους άλλους και τον εαυτό του. Η αυτεπίγνωση αυτή τον καθιστά ικανότερο στην αλληλεπίδρασή του με τον θεραπευόμενο. Τον βοηθάει να αξιολογήσει το σύστημα πεποιθήσεων του με όρους λειτουργικότητας, και μέσα από τη Σωκρατική μέθοδο αναζητά εναλλακτικούς τρόπους που θα τον οδηγήσουν στην αλλαγή.

γ. *Χρησιμοποίηση του «σχετίζεσθαι»*: Η αποδοχή, η συναισθηματική κατανόηση, η θέρμη και η αυθεντικότητα του θεραπευτή αποτελούν καθοριστικές συνιστώσες της θεραπευτικής σχέσης και του

θεραπευτικού αποτελέσματος. Η συνεργασία που απαιτεί η ΓΣ θεραπεία, έχει ως προαπαιτούμενο τη θεραπευτική συμμαχία.

δ. *Χρησιμοποίηση του άγχους*: Ο θεραπευτής ενθαρρύνεται να είναι ειλικρινής και για τις αρνητικές του αντιδράσεις απέναντι στον θεραπευόμενο, αφενός γιατί αποτελούν ένα σημάδι ότι κάτι δεν πάει καλά στη διαδικασία, και αφετέρου γιατί τον αποσπά από τη θεραπευτική ατζέντα, παρεμποδίζοντας έτσι τη συνέχιση της διαδικασίας.

ε. *Η αυτοαποκάλυψη* του θεραπευτή αποτελεί την πιο πολυσυζητημένη όψη της «χρησιμοποίησης του εαυτού».

Η Judith S. Beck (2007) γράφει: «...χρησιμοποιώ πολύ συχνά την αυτοαποκάλυψη σε περιπτώσεις που κρίνω ότι θα έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Σε ασθενείς που έχουν θέμα τελειοθρίας μπορεί να αποκαλύψω τους κανόνες που εφαρμόζω στον εαυτό μου και έχω διδάξει στα παιδιά μου: εφικτοί στόχοι, σε εύλογο χρονικό διάστημα. Σε ασθενείς που πιστεύουν ότι είναι κατώτεροι γιατί δεν πέτυχαν όσα περίμεναν τόσο οι ίδιοι όσο και οι άλλοι απ' αυτούς, μιλάω για τον γιο μου που έχει σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες, και ότι αυτό δεν πιστεύω ότι τον κάνει ούτε κατώτερο, ούτε ανώτερο από τους άλλους. Σε ασθενείς με χαμηλή αυτοεκτίμηση, περιγράφω πως επιβραβεύω τον εαυτό μου όταν πετυχαίνει έναν στόχο (ή ένα μέρος ενός στόχου), ακόμα και όταν είναι μικρός ή όχι ιδιαίτερα δύσκολος. Μετά τις αποκαλύψεις μου πάντα συζητώ με τους θεραπευόμενους, το κατά πόσο πιστεύουν ότι όσα είπα μπορεί να έχουν εφαρμογή στους ίδιους. Δεν χρησιμοποιώ την αυτοαποκάλυψη με όλους τους ασθενείς μου, αλλά τη χρησιμοποιώ με τους περισσότερους. Συχνά τους παρέχει έναν διαφορετικό τρόπο να σκεφτούν τα προβλήματά τους. Και επίσης ενισχύει τη σχέση μου μαζί τους, καθώς βλέπουν ότι είμαι ένας άνθρωπος, πρόθυμος να μοιραστεί κάτι δικό του για να τους βοηθήσει».²⁹

Στη Θεραπεία Σχημάτων, δύο είναι οι κύριοι τρόποι με τους οποίους η θεραπευτική σχέση προάγει την αλλαγή του θεραπευόμενου: η συναισθηματική κατανόηση και αντιπαράθεση αφενός και η «διορθωτική γονική στάση» του θεραπευτή αφετέρου. Η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή είναι ουσιαστική και στις δύο αυτές περιπτώσεις. Στη συναισθηματική κατανόηση και αντιπαράθεση ο θεραπευτής εκφράζει την κατανόησή του για το πώς δημιουργήθηκε το

σχήμα του θεραπευόμενου σύμφωνα με την ιστορία της ζωής του και τη δυσκολία του να αλλάξει, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζει την αναγκαιότητα αυτής της αλλαγής. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει την «αλήθεια» του, εκφράζει την κατανόησή του γι' αυτήν και δεν διστάζει να απολογηθεί για κάτι που ο ίδιος έκανε ή είπε και ήταν οδυνηρό για τον θεραπευόμενο. Κατόπιν ο θεραπευτής στα πλαίσια της αντιπαράθεσης, υποβάλλει την «αλήθεια» αυτή σε λογικό και εμπειρικό έλεγχο για να διαπιστωθεί η προσφορότητα της αντίδρασης του ασθενούς. Εδώ υπεισέρχεται η χρήση της αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή, ο οποίος εκφράζει στον θεραπευόμενο τις σκέψεις και τα συναισθήματά του για την αντίδραση του ασθενούς, και προσπαθούν στη συνέχεια να βρουν, συνεργαζόμενοι, εναλλακτικούς τρόπους ερμηνείας της ιστορίας του και αντιμετώπισης αντίστοιχων καταστάσεων στη ζωή του. Όταν μιλάμε για «διορθωτική γονική στάση», εννοούμε ότι ο θεραπευτής παρέχει στον θεραπευόμενο –μέσα στα όρια της θεραπευτικής σχέσης– τις συναισθηματικές εμπειρίες που ο τελευταίος στερήθηκε ως παιδί. Στην προσπάθειά του αυτή ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την αυτοαποκάλυψη για να εκφράσει τα θετικά του συναισθήματα προς τον ασθενή, να τον ενισχύσει και να τον επιβραβεύσει. Την αυτοαποκάλυψη χρησιμοποιεί όμως και για να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματα που του προκαλεί ο θεραπευόμενος ώστε να αναδείξει τη δυσλειτουργική συμπεριφορά του και να του θέσει όρια, χωρίς ωστόσο να γίνεται απορριπτικός ή τιμωρητικός.³⁰ Τέλος, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι στην περίπτωση που ο θεραπευτής αποκαλύπτει ένα προσωπικό του βίωμα στα πλαίσια της θεραπείας, οφείλει αυτό να είναι κάτι ήδη «λυμένο» γι' αυτόν. Με τον τρόπο αυτόν η αποκάλυψη του πώς αντέδρασε σε μια δύσκολη κατάσταση στην προσωπική του ζωή θα μπορεί να αποτελέσει ουσιαστική βοήθεια στον θεραπευόμενο και στη θεραπευτική διαδικασία εν γένει. Έτσι ο θεραπευτής θα καταστεί ένα πρότυπο για τον θεραπευόμενο, βοηθώντας τον να αντιληφθεί νέες προοπτικές και να κατανοήσει ότι οι δυσκολίες του είναι διαχειρίσιμες.³¹

Σύμφωνα με τους Goldfried et al (2003), η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία χρησιμοποιείται για έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους σκοπούς, οι οποίοι δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενοι:³²

α. Ανατροφοδότηση σε διαπροσωπικό επίπεδο

Αν θεωρήσουμε τη θεραπευτική σχέση ως ένα δείγμα των σχέσεων που δημιουργεί ο θεραπευόμενος στη ζωή του, τότε ο αντίκτυπος που έχει η αλληλεπίδραση αυτή στον θεραπευτή μπορεί να παραλληλιστεί με την επίδραση που έχει η συμπεριφορά του πρώτου στους άλλους. Όταν λοιπόν ο θεραπευτής αποκαλύπτει στοιχεία για την επίδραση αυτή, στην ουσία παρέχει στον θεραπευόμενο πολύτιμη, επίκαιρη και ίσως ρεαλιστικότερη ανατροφοδότηση για το πώς διαμορφώνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

Είναι σίγουρα πιο εύκολο, αν και όχι χωρίς προϋποθέσεις, να αποκαλύψει ο θεραπευτής θετικές σκέψεις και συναισθήματα που μπορεί να του διακινεί ο θεραπευόμενος, παρά αρνητικά. Στην περίπτωση λοιπόν αυτή θα πρέπει να φροντίσει να γίνεται με όρους αδιαπραγμάτευτης αποδοχής και εμπιστοσύνης, ώστε να μη ληφθεί ως κριτική εκ μέρους του, ενισχύσει την αμυντικότητα του θεραπευόμενου, πυροδοτήσει τον θυμό του και οδηγήσει τελικά σε δυσάρεστες περιπέτειες όχι μόνο την αυτοεκτίμησή του, αλλά και τη θεραπευτική σχέση. Η αποκάλυψη αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων θα πρέπει να επικοινωνεί στον ασθενή το μήνυμα ότι ο θεραπευτής δεν θα ήθελε να νιώθει έτσι και ότι πρόκειται για προβλήματα που παρεμποδίζουν τη διαδικασία και τον ίδιο να γίνει κατανοητός και οικείος, και ότι ο μοναδικός στόχος αυτής της αποκάλυψης είναι η επεξεργασία και η επίλυσή τους.

β. Ενίσχυση θετικών προσδοκιών και κινήτρου για αλλαγή

Κοινές προϋποθέσεις για την αλλαγή του θεραπευόμενου, σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές σχολές, αποτελούν οι θετικές προσδοκίες και το κίνητρό του για αλλαγή. Ο ρόλος τους δεν περιορίζεται μόνο στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, καθώς πολύ συχνά κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας το κίνητρο του ασθενούς μειώνεται όταν έρχονται στην επιφάνεια ανεπίλυτα, κατά το παρελθόν, προβλήματα. Επιπλέον, πολύ συχνά το κίνητρο του πελάτη για αλλαγή δεν είναι τόσο ισχυρό όσο του θεραπευτή! Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Beck (1990) σε ένα παράδειγμα αντίδρασης του θεραπευτή στην αργή διαδικασία αλλαγής της θεραπευόμενης (*in vivo* έκθεση-οδήγηση από το σπίτι στη δουλειά): *απογοητευμένος ο θεραπευτής από*

την αργή πρόοδό της, αναζήτησε και εντόπισε τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις του «...κοίτα τι κάνουμε εδώ, ολόκληρη φασαρία για ενάμιση μίλι... είναι τόσο φοβερό να οδηγήσεις το αμάξι για ένα ηλίθιο ενάμιση μίλι; Απλά μπες στο αμάξι και κάν' το!». Ωστόσο αντί να «αποκαλύψει» την απογοήτευσή του, αποκρίθηκε στις αυτόματες σκέψεις του, ως εξής «οι στόχοι μου δεν μπορεί να είναι δικοί της στόχοι. Δεν μπορώ να την αναγκάσω να κάνει αυτό που θέλω. Πρέπει να προχωρήσει με τον δικό της ρυθμό. Πρέπει να χαμηλώσω τις απαιτήσεις μου. Ότι είναι ασήμαντο για μένα δεν είναι και για εκείνη».^{33b}

γ. Ενδυνάμωση του θεραπευτικού δεσμού

Αν και γνωρίζουμε ότι η Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιεί ένα πλήθος από τεχνικές για την επίτευξη της επιθυμητής αλλαγής του θεραπευόμενου, ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης είναι καθοριστικός τόσο στη διαδικασία αλλαγής όσο και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Χωρίς αυτήν ακόμα και οι πιο ισχυρές τεχνικές αποδεικνύονται αδύναμες. Άλλωστε η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί ένα συνεργατικό μοντέλο και η εξασφάλιση της συνεργασίας του θεραπευόμενου προϋποθέτει έναν θεραπευτικό δεσμό και μάλιστα ισχυρό. Ένας πραγματικά ικανός ΓΣ θεραπευτής είναι αυτός που να μην μπορεί να διατυπώνει κλινικά προβλήματα με γνωσιακούς και συμπεριφορικούς όρους, αλλά παράλληλα αλληλεπιδρά με τον ασθενή με θέρμη και συναισθηματική κατανόηση. Θα πρέπει να είναι ανθρώπινος, και ένας τρόπος να επικοινωνήσει αυτή του την ιδιότητα είναι η αποκάλυψη βιωμάτων παρόμοιων με αυτά που αντιμετωπίζει ο θεραπευόμενος. Του μεταφέρει έτσι το μήνυμα ότι μπορεί να τον κατανοήσει όχι μόνο λογικά αλλά και συναισθηματικά.

δ. Φυσιολογικοποίηση της αντίδρασης του θεραπευόμενου

Οι ασθενείς συχνά επιδεινώνουν τα προβλήματά τους με το να δίνουν αρνητικές ερμηνείες γι' αυτό που βιώνουν. Για παράδειγμα ένας φοβικός ντρέπεται για τους φόβους του, ή ένας καταθλιπτικός θλίβεται που έχει κατάθλιψη. Αυτές οι δευτερογενείς σκέψεις τους, αν δεν εντοπιστούν και δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, μπορούν να υποσκάψουν τη θεραπευτική διαδικασία. Αν και ο θεραπευτής μπορεί να εξηγήσει αυτό το φαινόμενο στον ασθενή, στοχεύοντας στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται τα προβλήματά του, η αυτοαποκάλυψη ανάλογων δυσκο-

λιών του ίδιου μπορεί να αποτελέσει μια πιο άμεση και αποτελεσματική παρέμβαση. Πολύ συχνά οι θεραπευόμενοι νιώθουν ότι οι δυσκολίες και τα προβλήματά τους είναι μοναδικά. Ο θεραπευτής μπορεί να αποκαλύψει αντίστοιχα θέματα που αντιμετώπισε τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική του ζωή. Να μιλήσει για ανάλογες δυσκολίες που αντιμετώπισαν άλλοι ασθενείς του, αλλά και για παρόμοια θέματα που αντιμετώπισε ο ίδιος. Με τον τρόπο αυτόν θα τον βοηθήσει να νιώσει λιγότερο «ξένος» ή απομονωμένος από τους υπόλοιπους ανθρώπους, αλλά και θα του ενσταλάξει την ελπίδα για την επιτυχή έκβαση της προσπάθειάς του.

ε. Μείωση των φόβων του θεραπευόμενου

Σύμφωνα με την κοινωνικο-γνωστική θεωρία, αιτία της ψυχοπαθολογίας είναι η δυσλειτουργική εκμάθηση συμπεριφορών, προσδοκιών, προδιαγραφών για αυτοεπιβράβευση και –το σπουδαιότερο– πεποιθήσεων σχετικών με την αντίληψη του ατόμου για την αυτεπάρκειά του. Όπως όλα τα είδη μάθησης, έτσι και οι δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις μαθαίνονται ως αποτέλεσμα της άμεσης εμπειρίας ή ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε ανεπαρκή ή άρρωστα πρότυπα. Η μίμηση ζωντανού προτύπου με συμμετοχή (ένα πρότυπο επιδεικνύει την επιθυμητή συμπεριφορά και στη συνέχεια βοηθάει το υποκείμενο να μάθει κάθε φορά και πιο δύσκολες αντιδράσεις) αποδείχθηκε πολύ ισχυρή θεραπεία στην αντιμετώπιση φοβιών.³⁴ Η επαφή ενός φοβικού ατόμου που παρατηρεί ένα επίσης φοβικό πρόσωπο, να αντιμετωπίζει επιτυχώς την αιτία του φόβου του, μειώνει τον δικό του. Όταν ο θεραπευτής πρόκειται να παίξει αυτό τον ρόλο μέσω της αυτοαποκάλυψης, θα πρέπει να περιγράφει λεπτομερώς τις σκέψεις και τα συναισθήματά του και να υπογραμμίζει τις όποιες δυσκολίες συνάντησε στην προσπάθειά του αυτή. Έτσι η αυτοαποκάλυψή του θα αποτελέσει ένα πρότυπο του τι τελικά συμβαίνει μέσα στη θεραπεία, που είναι στην ουσία μια γνωσιακή και/ή συμπεριφορική πρόβα στη χρήση δεξιοτήτων αντιμετώπισης. Μια πολύ σημαντική εφαρμογή της αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή έχει να κάνει με τον φόβο εκείνων των πελατών που τους αποτρέπει από το να εκφράσουν τα πραγματικά τους συναισθήματα στις σχέσεις τους με τους άλλους. Στην περίπτωση αυτή, η έκφραση των συναισθημάτων του ίδιου του θεραπευτή, μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, μπορεί να αποτελέσει μια χρή-

σιμη απόδειξη, του ότι είναι θεμιτό να πάρει κανείς το ρίσκο να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ευαισθησίες του, ξεκινώντας μάλιστα από ένα πλαίσιο ασφαλές και οικείο, όπως είναι το θεραπευτικό.

στ. Δημιουργία προτύπου αποτελεσματικότητας

Όπως φάνηκε από τα παραπάνω, μια σημαντική λειτουργία της αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή είναι να καταδείξει τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς που είναι καινούργιες για τον ασθενή, και μέσα από μια διαδικασία μίμησης προτύπου να τις υιοθετήσει. Μια τέτοια τεχνική μπορεί να είναι ιδιαίτερα επωφελής σε θεραπευόμενους που δεν γνωρίζουν αποτελεσματικές τεχνικές αντιμετώπισης προβλημάτων ή λειτουργικών συμπεριφορών, διότι δεν είχαν καμία ευκαιρία να τις μάθουν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον ή και αργότερα.

Σύμφωνα με τον Beck (1990), σε διαταραχές του άξονα I, ο θεραπευτής έχει περισσότερο τον ρόλο του ειδικού ο οποίος γνωρίζει τη διαδικασία που θα βοηθήσει τον ασθενή να απαλλαγεί από τα επώδυνα συμπτώματά του και τον εκπαιδεύει σε αυτήν. Σε διαταραχές προσωπικότητας, ένα μεγάλο μέρος του ρόλου του θεραπευτή συνίσταται στην επιστροφή των προσωπικών βιωμάτων και της σοφίας του, ώστε να προτείνει πιθανές λύσεις στα προβλήματα του ασθενούς και να τον εκπαιδεύσει σχετικά με τη φύση των προσωπικών σχέσεων. Κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό με οριακούς ασθενείς, τα ελλείμματα των οποίων τους εμπόδισαν στο να αποκτήσουν και να εδραιώσουν βασικές δεξιότητες αυτοελέγχου και σταθερών σχέσεων με τους άλλους. Με την πάροδο του χρόνου, ο θεραπευτής γίνεται ένα πρότυπο για τον ασθενή – κάποιος που ο ασθενής μιμείται, δείχνοντας κατανόηση, ευαισθησία και διακριτικότητα απέναντι στους οικείους του. Πολλοί είναι εκείνοι που υπογραμμίζουν ότι έχουν υιοθετήσει πολλά από τα χαρακτηριστικά των θεραπειών τους (π.χ. να παραμένουν ήρεμοι υπό στρεσογόνες συνθήκες, να μην υπεραντιδρούν στην απογοήτευση, να σκέφτονται πριν πουν ή κάνουν κάτι).³⁵ Σύμφωνα με τον Bandura (1986), η μίμηση προτύπου (modeling) είναι ένας «από τους πιο ισχυρούς τρόπους μεταβίβασης αξιών, στάσεων, τρόπων σκέψης και συμπεριφοράς... οι παρατηρητές υιοθετούν συμπεριφορές επιτυχημένων προτύπων». Η δύναμη που φέρει η συγκεκριμένη παρέμβαση υποχρεώνει τους θερα-

πευτές να είναι προσεκτικοί και απόλυτα σαφείς όταν τη χρησιμοποιούν. Όχι μόνο να προσδιορίζουν λεπτομερώς την επιθυμητή συμπεριφορά, αλλά και να λεκτικοποιούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα που σχετίζονται με αυτήν.

Με όλα τα παραπάνω δεν υπονοείται σε καμία περίπτωση ότι από μόνη της η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή μπορεί να οδηγήσει σε ένα θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, και σίγουρα δεν χρησιμοποιείται χωρίς προϋποθέσεις. Οι θεραπευτές θα πρέπει προτού προβούν σε αυτοαποκαλύψεις να έχουν απαντήσει σε μερικά κρίσιμα ερωτήματα: Ποιες και πόσες πληροφορίες πρέπει να μεταφέρει; Ποια χρονική στιγμή είναι η καταλληλότερη; Ποιος είναι ο πιθανός αντίκτυπος που θα έχει στον θεραπευόμενο; Τίνος τις ανάγκες καλύπτει; Ποιες είναι οι πιθανές παγίδες της; Πώς μπορούμε να τις αποφύγουμε; Πριν επιχειρήσουμε να παρουσιάσουμε κάποιες κατευθυντήριες προτάσεις που είναι πολύ πιθανό να αποβούν χρήσιμες στους θεραπευτές και να απαντούν στα παραπάνω ερωτήματα, θα είχε ενδιαφέρον να δούμε την έννοια της αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή, μέσα από τα μάτια των ίδιων των θεραπευομένων.

Η οπτική των θεραπευομένων

Πώς αντιμετωπίζουν οι θεραπευόμενοι τις αποκαλύψεις των θεραπευτών τους; Τις βρίσκουν βοηθητικές ή τους αποπροσανατολίζουν; Τι εκτιμούν και τι αξιολογούν σε κάθε αποκάλυψη; Οι θεραπευτές θα πρέπει να λάβουν υπ' όψιν τους τις πιθανές αντιδράσεις των θεραπευομένων και να συνυπολογίσουν το γεγονός ότι ενδέχεται να προκαλέσουν αποτελέσματα διαφορετικά από τα επιδιωκόμενα.

Δύο μελέτες^{36,37} που διεξήχθησαν διερευνώντας την οπτική των θεραπευομένων κατέληξαν στα παρακάτω συμπεράσματα:

α. Οι αποκαλύψεις των θεραπευτών είναι πιο πιθανό να αξιολογηθούν ως χρήσιμες από τους θεραπευόμενους, και οι μη αποκαλύψεις ως μη χρήσιμες. Στην πρώτη περίπτωση νιώθουν επαφή, οικειότητα, θέρμη, εμπιστοσύνη, ασφάλεια, αποδοχή, φροντίδα, αλλά και μια αίσθηση ότι τους δίνεται η ευκαιρία να ταυτιστούν με τον θεραπευτή τους, ο οποίος είναι ένα ανθρώπινο πλάσμα που μπορεί να κάνει λάθη και να αναλάβει την ευθύνη τους. Στη δεύτερη περίπτωση, όταν οι θεραπευόμενοι ζητούν αποκαλύψεις και δεν τις λαμβάνουν εν-

δέχεται να νιώσουν μη αποδεκτοί, μη αγαπητοί, ακόμα και ντροπιασμένοι, με αποτέλεσμα να αυτοπεριορίζονται, να αυτολογοκρίνονται, με αποτέλεσμα να πλήττεται η θεραπευτική συμμαχία. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην περίπτωση που ο θεραπευτής αποφασίσει ότι δεν θα ενδώσει σε αποκαλύψεις, θα πρέπει αυτό να γίνει με κάποια δεξιότητα. Να μην είναι άκαμπτος, αλλά να αιτιολογήσει την απόφασή του αυτή με έναν τρόπο που να γίνει κατανοητός και συναισθηματικά και λογικά από τον θεραπευόμενο, και να τον πείσει ότι η απόφαση αυτή είναι ευεργετική γι' αυτόν, παρά τα αρχικά αρνητικά του συναισθήματα.

Ανεξάρτητα ωστόσο από τα παραπάνω, γίνεται λόγος και για «μη βοηθητικές αποκαλύψεις» ή «βοηθητικές μη αποκαλύψεις». Στην πρώτη περίπτωση πλήττεται το αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας του θεραπευόμενου «*όταν εξέφρασα το φόβο μου για το επικείμενο διαζύγιό μου ειδικά γιατί τα παιδιά μου είναι μικρά, ο θεραπευτής μου, μου είπε ότι κι αυτός ήταν χωρισμένος και είχε μικρά παιδιά, άρα είναι κάτι που συμβαίνει... νομίζω ότι μου το είπε γιατί ήθελε να βγούμε ραντεβού. Δεν ξαναπήγα γιατί ένιωσα συναισθηματικά ανασφαλής*». Στη δεύτερη περίπτωση όταν δεν αποκαλύπτεται ο θεραπευτής, οι θεραπευόμενοι νιώθουν ελεύθεροι να φανταστούν ό,τι θέλουν «*όταν γελούσε με κάτι που είπα ο θεραπευτής μου και δεν μου αποκάλυπτε τον λόγο, συμπεράνα ότι σήμαινε ότι είχε δει ανθρώπους σε πιο δύσκολη θέση από τη δική μου, οι οποίοι τα κατάφεραν. Για μένα αυτό ήταν ελπιδοφόρο και δεν ήθελα να ξέρω τίποτα άλλο*».

β. Η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή ειδικά στα πρώτα στάδια της θεραπείας, συμβάλλει στη διαμόρφωση και την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Οι θεραπευόμενοι υποστηρίζουν ότι οι αποκαλύψεις στην αρχή της θεραπείας βοηθούν στο να «σπάσει ο πάγος», να νιώσουν πιο άνετα και να χαλαρώσουν με το να μην είναι, προσωρινά έστω, το κέντρο της προσοχής. Επίσης προωθούν μια πιο ισότιμη και ισορροπημένη σχέση καθώς αποκαλύπτουν την ανθρώπινη πλευρά του θεραπευτή, καθιστώντας τον έτσι λιγότερο τυπικό ή απόμακρο και περισσότερο φιλικό ή προσεγγίσιμο («*έχω την αίσθηση ότι ο θεραπευτής μου είναι σοφός, αλλά όχι ότι είναι καλύτερος από μένα*», «*έχεις στο πίσω μέρος του μυαλού σου ότι αυτός είναι ο θεραπευτής σου, αλλά είναι ο θεραπευτής*

σου που είναι ένας πραγματικός άνθρωπος»). Ωστόσο κάποιοι θεραπευόμενοι βρίσκουν τις αποκαλύψεις στα πρώτα στάδια της θεραπείας, περίεργες και απροσδόκητες με έναν τρόπο που τους δημιουργεί σύγχυση και αβεβαιότητα. Θέτουν υπό αμφισβήτηση την ικανότητα του θεραπευτή ως επαγγελματία, βιώνουν μια αντιστροφή των ρόλων ή νιώθουν ότι μιλούν σε έναν φίλο τους, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο σεβασμός στο πρόσωπό του και στην ίδια τη διαδικασία («είχα περίπου μια ιδέα για το πώς πρέπει να είναι ένας θεραπευτής, αλλά όταν άρχισε να μου λέει προσωπικά του πράγματα, δεν ήμουν σίγουρη πόσο μακριά θα πήγαινε», «σαν να ήμουν εγώ ο θεραπευτής και εκείνος ο ασθενής που έβγαζε τα εσώψυχά του», «όχι ότι δεν τη σεβόμουν, αλλά μάλλον δεν την εκτιμούσα ως θεραπεύτρια. Ήταν σαν να πήγαινα να συναντήσω μια φίλη, όχι μια γιατρό ή κάτι τέτοιο»).

γ. Οι αποκαλύψεις του θεραπευτή επικυρώνουν το κατά πόσον ο θεραπευτής είναι «παρών» στη θεραπεία και εναρμονισμένος με τις ανάγκες τους. Η ομοιότητα και η συνάφεια του περιεχομένου της αυτοαποκάλυψης αξιολογούνται ιδιαίτερα από τους θεραπευόμενους. Όταν πληρούνται αυτές οι προϋποθέσεις οι ασθενείς νιώθουν ότι έγιναν κατανοητοί και αποδεκτοί «είχα τον φόβο ότι δεν γίνομαι κατανοητός. Και όταν μου αποκαλύφθηκε ο θεραπευτής μου... ένιωσα μια ανακούφιση ότι δεν θα με θεωρεί περίεργο και ότι τα έχω κάνει θάλασσα, γιατί είχε κι αυτός ανάλογες εμπειρίες». Στην περίπτωση όμως που το περιεχόμενο της αυτοαποκάλυψης κριθεί ανόμοιο, άσχετο ή ιδιαίτερος πολύπλοκο από τον ασθενή, νιώθει όχι μόνο ότι δεν γίνεται κατανοητός αλλά και ότι ο θεραπευτής του είναι απρόθυμος ή ακόμη και ανίκανος να τον βοηθήσει «όταν απογοητεύεσαι από τον θεραπευτή σου, δεν έχεις εμπιστοσύνη στις συμβουλές ή τις στρατηγικές που σου προτείνει».

δ. Οι θεραπευόμενοι θεωρούν ότι οι αυτοαποκαλύψεις των θεραπευτών τους, τους «δεσμεύουν» στη θεραπεία με έναν πιο ουσιαστικό τρόπο. Είναι μια πρόσκληση να μιλήσουν ανοιχτά για τα προβλήματα τους, να μειώσουν τον φόβο, τους δισταγμούς και τις αναστολές τους «η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή μου, με έκανε να νιώσω ότι μπορώ να είμαι ειλικρινής μαζί του, ακόμα και για πράγματα που συνήθως δεν είμαι ειλικρινής με άλλους ανθρώπους». Ωστόσο ενδέχεται αυτή η εγγύτητα να εκληφθεί ως αποπροσανατολιστική και να μετατοπίζει το επίκεν-

τρο της θεραπείας στον θεραπευτή (ένας θεραπευόμενος υποστηρίζει πως αν μετρούσε τα λεπτά που ο θεραπευτής «φλυαρούσε γύρω από τον εαυτό του» και χρεώνοντας 2 δολάρια το λεπτό, θα μπορούσε να ζητήσει επιστροφή χρημάτων 30 δολάρια μετά από κάθε συνεδρία).³⁸ Μπορεί επίσης να τους αιφνιδιάσουν σε τέτοιο βαθμό που να θελήσουν να προστατευτούν από τις αποκαλύψεις αυτές (μια θεραπευόμενη αναφέρει ότι παραπονιόταν στη θεραπεύτριά της πως δεν έδινε σημασία στη δυσφορία της που ο σύζυγός της είχε ξεχάσει τα γενέθλιά της. Η θεραπεύτρια ζήτησε συγγνώμη και την πληροφόρησε ότι τη προηγούμενη μέρα η εγγονή της είχε πνιγεί στην πισίνα του σπιτιού. Η θεραπευόμενη ένωσε αμηχανία και σύγχυση και έφυγε γρήγορα, απροετοίμαστη για μια τέτοια τραγική αποκάλυψη).³⁸ Τέλος ενδέχεται να θέλουν να μετριάσουν το συναίσθημα που μπορεί να φέρουν οι αποκαλύψεις των θεραπευτών τους «από κάποια στιγμή και μετά ήθελα να ξεφύγω από την εγγύτητα της στιγμής... τόσο πολύ συναίσθημα σε μια μέρα, ήθελα να ξεφύγω», ίσως ακόμα και να αποφύγουν μια ενδεχόμενη πλήξη που μπορεί να τους προκαλέσουν.

Κατευθυντήριες προτάσεις

Πολλές είναι οι πιθανές κακές χρήσεις της αυτοαποκάλυψης. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας συνήθως είναι απρόθυμοι να δημοσιεύσουν τα λάθη τους, με αποτέλεσμα η βιβλιογραφία να είναι ελλιπής. Μια ζημιογόνα αυτοαποκάλυψη μπορεί να παρεμποδίσει ή να αναιρέσει την πρόοδο της θεραπευτικής διαδικασίας με πολλούς τρόπους. Μπορεί να υπονομεύσει τη θεραπευτική σχέση, να καταστήσει τον ασθενή λιγότερο ικανό να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα ή τα συναισθήματά του, να υποσκάψει την αυτοεκτίμησή του ή να διακινήσει πλευρές του εαυτού του που δεν μπορεί να διαχειριστεί. Ο θεραπευτής ενδέχεται να αυτοαποκαλύπτεται με στόχο τον χειρισμό του ασθενούς προς ιδίαν ικανοποίηση, την εξασφάλιση βοήθειας εκ μέρους του, ή απλώς για να αποφύγει ψυχικό υλικό του ασθενούς που του προκαλεί άγχος. Μπορεί να δώσει με τις αποκαλύψεις του ικανοποιήσεις που ενδυναμώνουν την αντίσταση του ασθενούς, την προσκόλλησή του στον θεραπευτή, αλλά και να επαυξήσει τις απαιτήσεις του για περισσότερη ικανοποίηση με στόχο την αποφυγή ενοχλητικών

σκέψεων και συναισθημάτων. Χαμηλά επίπεδα γνησιότητας του θεραπευτή παρεμποδίζουν τη θεραπεία, αλλά και πολύ υψηλά επίπεδα δεν αυξάνουν τη λειτουργία του ασθενούς. Η ειλικρίνεια δεν είναι μια άδεια για ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων του θεραπευτή, ιδίως των εχθρικών προς τον ασθενή. Ο θεραπευτής είναι υποχρεωμένος να ελέγχει τις αντιδράσεις του.¹⁶

Η στιγμή στην οποία ο θεραπευτής βρίσκεται μπροστά στην ανάγκη να αποκαλυφθεί, συχνά συμβαίνει απροσδόκητα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και ο θεραπευτής καταλαμβάνεται εξ απίνης. Ως εκ τούτου, είναι σκόπιμο να σκεφτεί εκ των προτέρων την αντίδρασή του σε μια τέτοια περίπτωση, και οι παρακάτω κατευθυντήριες προτάσεις³⁹ φιλοδοξούν να τον βοηθήσουν στη διαμόρφωσή της.

Σε ποιον: Είναι προτιμότερο οι θεραπευτές να χρησιμοποιούν την αυτοαποκάλυψη με ασθενείς με τους οποίους έχουν μια δυνατή θεραπευτική συμμαχία και/ή μια θετική σχέση. Επίσης όταν οι θεραπευτές ζουν και εργάζονται σε μια μικρή κοινωνία, μια μικρή πόλη για παράδειγμα, οπότε οι ασθενείς είναι πολύ πιθανό να γνωρίζουν ήδη πράγματα γι' αυτούς, έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο. Η αυτοαποκάλυψη είναι προτιμότερο να αποφεύγεται σε ασθενείς με ασταθή όρια, ή σε εκείνους που έχουν την τάση να εστιάζουν περισσότερο στις ανάγκες των άλλων παρά στις δικές τους, σε ασθενείς με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, και τέλος σε εκείνους με αδύναμο εγώ ή αίσθηση εαυτού.

Επιπλέον, υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι όχι μόνο δεν νιώθουν άνετα με τις αποκαλύψεις του θεραπευτή, αλλά τους επιβαρύνει να γνωρίζουν πράγματα για την προσωπική του ζωή. Πιθανόν να είναι όσοι δεν μπορούν να χειριστούν μια θετική ανατροφολογία σχετικά με την επιρροή που ασκούν στους άλλους, χωρίς να τη θεωρήσουν «εισβολή». Τέλος υπάρχουν και οι ασθενείς οι οποίοι δεν αξιώνουν αποκαλύψεις εκ μέρους του θεραπευτή, γιατί φοβούνται ότι η περιέργειά τους θα θεωρηθεί εισβολή στην ιδιωτική του ζωή ή μια κίνηση που δηλώνει έλλειψη σεβασμού, ή τέλος γιατί έχουν μια αόριστη αίσθηση απαγόρευσης ή ταμπού.

Τι: Ποιες πληροφορίες κρίνονται περισσότερο κατάλληλες για αποκάλυψη εκ μέρους του θεραπευτή: (α) δημογραφικές πληροφορίες, π.χ.: εκπαίδευση, θεωρητική κατεύθυνση, επαγγελματική και οικογενεια-

κή κατάσταση, (β) συναισθήματα και σκέψεις για τον ασθενή και/ή τη θεραπευτική διαδικασία, (γ) θεραπευτικά λάθη εκ μέρους του θεραπευτή και ανάληψη της ευθύνης τους, (δ) παρόμοια προβλήματα του θεραπευτή με αυτά του ασθενούς, τα οποία όμως ο πρώτος, έχει «επιλύσει» επιτυχώς, (ε) ομοιότητες μεταξύ των δύο. Ωστόσο, όσον αφορά στις δύο τελευταίες κατηγορίες, οι θεραπευτές θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικοί όταν τα θέματα αυτά έχουν να κάνουν με εθισμούς ή διαταραχές, ακόμα κι αν τα έχουν αντιμετωπίσει με επιτυχία. Τέτοιες αποκαλύψεις είναι δυνατόν να εγείρουν την αυτολογοκρισία των θεραπευομένων από φόβο μήπως επηρεάσουν αρνητικά τον θεραπευτή, ή ακόμα και μια αίσθηση ανταγωνισμού μαζί του.

Τέλος, σε ό,τι αφορά θέματα αξιών (ιδεολογικών ή θρησκευτικών) και παρά τις διαφωνίες των συγγραφέων, υπάρχει μια τάση να προτιμάται η αποκάλυψή τους, ιδιαίτερα όταν αυτές είναι σε σύγκρουση μεταξύ τους (αξίες θεραπευτών-θεραπευομένων), ώστε να αποφευχθεί μια ενδεχόμενη προσπάθεια προσηλυτισμού, ή τάση συμμόρφωσης των τελευταίων στους πρώτους.

Πότε: Πολλοί είναι οι συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι το στάδιο της θεραπείας είναι καθοριστικός παράγοντας για τις αποφάσεις που αφορούν στην αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή. Π.χ. κάποιοι απαντούν σε ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με τη θεωρητική τους κατεύθυνση ή τις προσωπικές τους αξίες, στην πρώτη κιόλας συνεδρία, καθώς θεωρούν ηθική τους υποχρέωση την ενημέρωση του θεραπευόμενου. Μάλιστα υπογραμμίζουν ότι οι ασθενείς που ανήκουν σε διάφορες μειονοτικές ομάδες συχνά αναζητούν θεραπευτές αντίστοιχων επιλογών, με την ελπίδα να εισπράξουν μεγαλύτερη κατανόηση γύρω από θέματα καταπίεσης και αυτοαποδοχής.

Άλλοι λόγοι που υποστηρίζουν την αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή στα πρώτα στάδια της θεραπείας, είναι η ανακούφιση των αρχικών φόβων των ασθενών, η εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας, αλλά και η ευγένεια με όρους κοινωνικούς. Τέλος πολλοί υποστηρίζουν ότι είναι καλό οι ασθενείς να είναι ενημερωμένοι εκ των προτέρων ότι ο θεραπευτής ενδέχεται κάποιες στιγμές να αποκαλύψει τις σκέψεις ή τα συναισθήματά του έχοντας ως στόχο την προαγωγή της θεραπευτικής διαδικασίας, ώστε να αποφευχθεί ένα πιθανό σοκ των θεραπευομένων.

Μετά τα αρχικά στάδια της θεραπείας, άλλοι υποστηρίζουν τη χρήση λιγότερης, ενώ κάποιοι άλλοι περισσότερης αυτοαποκάλυψης. Στο στάδιο του τερματισμού υπάρχει μεγαλύτερη ομοφωνία. Οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι στα τελευταία στάδια της θεραπείας η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή βοηθάει τον αποχωρισμό, καθώς ξεδιπλώνει όψεις της πραγματικής υπόστασης του θεραπευτή ως πρόσωπο, απομυθοποιεί τη διαδικασία της θεραπείας και ανταποδίδει τα αισθήματα εκτίμησης του ασθενούς.

Γιατί: Όταν οι θεραπευτές αποφασίζουν να προβούν σε αποκαλύψεις, είναι ιδιαίτερα κρίσιμο να το πράττουν έχοντας μια σαφή αιτιολογία.

Να θεωρούν, για παράδειγμα, ότι είναι ηθική τους υποχρέωση, όπως αναφέραμε προηγουμένως για το αρχικό συμβόλαιο και την πληροφόρηση του ασθενούς. Άλλες κατάλληλες αιτίες μπορούν να στοιχειοθετήσουν τα εξής: (α) η πρόκληση της αυτοαποκάλυψης του ασθενούς, (β) η ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης/συμμαχίας, (γ) η παροχή προτύπου στους ασθενείς, (δ) η ενθάρρυνση της αυτονομίας τους, (ε) η διευκόλυνση της αυτοδιερεύνησής τους και της αποκάλυψης διαπροσωπικών μοτίβων συμπεριφοράς τους, (στ) ο έλεγχος της πραγματικότητας, (ζ) η φυσιολογικοποίηση των βιωμάτων τους και η δημιουργία συναισθημάτων οικουμενικότητας, (η) η εξίσωση των «δυναμικών» θεραπευτή-θεραπευόμενου, (θ) η αποκατάσταση ρήξης της συμμαχίας ή η αποφυγή ενός αδιεξόδου στη θεραπεία, (ι) η αποσαφήνιση παρανοήσεων, όπως π.χ. μια αντίληψη του θεραπευτή ως παντοδύναμου ή παντογνώστη, (κ) η βοήθεια στους ασθενείς να αναγνωρίσουν και να κατονομάσουν τα συναισθήματά τους, (λ) η κατάδειξη κοινών σημείων με τον θεραπευτή, (μ) ο καθησυχασμός τους, (ν) η ενίσχυση της αυτοεκτίμησής τους, (ξ) η απομυθοποίηση της θεραπευτικής διαδικασίας, (ο) η ενίσχυση και/ή η διαμόρφωση της επιθυμητής συμπεριφοράς τους, (π) η παροχή εναλλακτικών τρόπων σκέψεων ή δράσεων, (ρ) η συμβολή στην προσπάθεια των ασθενών να διακρίνουν τα όρια ανάμεσα σε αυτό που σκέφτονται και αισθάνονται οι ίδιοι και σε αυτό που σκέφτονται και αισθάνονται οι άλλοι, (σ) η παροχή στους θεραπευόμενους μιας αυθεντικής, ανθρώπου προς άνθρωπο, επικοινωνίας. Τέλος η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα εμπιστοσύνης σε θεραπευόμενους

διαφορετικής κοινωνικο-πολιτισμικής προέλευσης, από αυτήν των θεραπευτών τους.

Στην περίπτωση που οι θεραπευτές αποκαλύπτουν τους σεξουαλικούς προσανατολισμούς τους, σε θεραπευόμενους με παρόμοιες επιλογές, οι παραπάνω αιτίες θα μπορούσαν να έχουν την εξής συλλογιστική: (α) να δημιουργήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον, στο οποίο οι ασθενείς να γνωρίζουν ότι δεν θα κριθούν αρνητικά, (β) να έρθουν αντιμέτωποι οι θεραπευόμενοι με τα εσωτερικευμένα συναισθήματα εχθρότητας και ντροπής, (γ) να θεωρηθούν οι θεραπευτές ως μια πιο αξιόπιστη πηγή βοήθειας από εκείνους που δεν έχουν ανάλογο προσανατολισμό, και (δ) να ενισχύσει τη συναισθηματική και λογική κατανόηση, την αποδοχή, τη γνησιότητα, την αυθορμησία, την εμπιστοσύνη, τη δύναμη, την ειλικρίνεια και τη δέσμευση.

Για τους θεραπευτές που βιώνουν ασθένεια και/ή πένθος στην προσωπική τους ζωή, κατάλληλες αιτίες για να προβούν σε αποκαλύψεις, μπορεί να αποτελέσουν: (α) να μειώσουν τον φόβο εγκατάλειψης, ή τα αισθήματα θυμού των ασθενών, τα οποία ενδέχεται να εγείρουν οι απουσίες των θεραπευτών, (β) να εκμαιεύσουν συναισθήματα συμπόνιας, συμπάθειας και ενδιαφέροντος, και (γ) να δώσουν τη δυνατότητα στους θεραπευόμενους να δουλέψουν με δικά τους θέματα απώλειας από το παρελθόν.

Πώς: (α) Οι θεραπευτές θα πρέπει να αυτοαποκαλύπτονται σπάνια. Έχει βρεθεί ότι η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή είναι μια από τις λίγες στιγμές που οι θεραπευόμενοι θυμούνται μετά το τέλος της θεραπείας. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι αποτελεί μια από τις σπάνιες θεραπευτικές τεχνικές Εικάζεται λοιπόν ότι η συχνή χρήση της θα μείωνε τη δραστηριότητά της.

(β) Η αυτοαποκάλυψη πρέπει να χρησιμοποιείται με περίσκεψη, ξεκινώντας από το τι πραγματικά αναζητούν οι θεραπευόμενοι όταν «ζητούν» αποκαλύψεις του θεραπευτή. Πολλές από τις ερωτήσεις των ασθενών αποτελούν στην ουσία δηλώσεις, καθώς κάποιοι θέλουν με τον τρόπο αυτόν να δοκιμάσουν τον θεραπευτή ενώ κάποιοι άλλοι αναζητούν ικανοποίηση ή επιβεβαίωση. Στις περιπτώσεις αυτές οι θεραπευτές θα πρέπει να προσπαθήσουν να διερευνήσουν τι κρύβεται πίσω από τις ερωτήσεις αυτές, παρά να απαντήσουν. Όταν ο θεραπευτής αποφασίζει να προβεί αυτόκλητα σε αυτοαποκαλύψεις

θα πρέπει να σκεφτεί κατά πόσον είναι σχετικές με όσα συμβαίνουν εκείνη την ώρα στη θεραπεία. Να μπορεί να αναγνωρίσει αν ανταποκρίνονται στους θεραπευτικούς στόχους που έχουν θέσει από κοινού με τον θεραπευόμενο, ή αν έχουν να κάνουν με τις φιλοδοξίες που ο ίδιος έχει για εκείνον. Πιο συγκεκριμένα, ο θεραπευτής οφείλει να θέτει στον εαυτό του και να μπορεί να απαντήσει, τα εξής ερωτήματα: είναι η αποκάλυψή μου σε συμφωνία με τις ανάγκες του ασθενούς και τους θεραπευτικούς στόχους; Είναι σε συμφωνία με το είδος της θεραπείας που παρέχω και με τη θεωρητική μου κατεύθυνση; Μήπως αντανakλά τις προσωπικές μου ανάγκες (να μιλήσω για τον εαυτό μου, να μετατοπίσω την εστίαση της θεραπείας σε μένα); Ποιος είναι ο σκοπός μου τη δεδομένη στιγμή; Έχω αξιολογήσει το πιθανό ρίσκο ή τα μειονεκτήματα της αποκάλυψής μου σε αυτόν τον ασθενή, σε αυτή τη συγκεκριμένη συνθήκη, αυτή τη συγκεκριμένη στιγμή; Μήπως με απομακρύνει μια τέτοια ενέργεια από τη συνήθη τακτική μου; Αν ναι, προς τι αυτή η αλλαγή; Θα δίσταζα να συζητήσω την αποκάλυψή μου με τον επόπτη μου ή να την καταγράψω στον φάκελο του ασθενούς; Αν ναι, για ποιους λόγους;³⁹

(γ) Η διατύπωση της αυτοαποκάλυψης έχει εξαιρετική σημασία. Το νόημα και το συναίσθημα που μεταφέρει θα πρέπει να είναι εναρμονισμένο με τις ανάγκες του ασθενούς (π.χ. ανάγκη πληροφόρησης; ανάγκη επαφής;). Ο βαθμός οικειότητας που φέρουν οι αποκαλύψεις του θεραπευτή είναι πολύ σημαντικός καθώς: οι θεραπευτές που αποκαλύπτονται με έναν τρόπο που δεν υπονοεί οικειότητα δέχονται πιο ευνοϊκές κριτικές από εκείνους που αποκαλύπτουν πολύ προσωπικό υλικό. Ωστόσο κάποιος βαθμός οικειότητας κρίνεται απαραίτητος καθώς η ευεργετική επίδραση της αυτοαποκάλυψης έχει να κάνει με την αίσθηση του ασθενούς ότι ο θεραπευτής είναι ανθρωπίνος, τους κάνει ένα λεκτικό δώρο και τον εμπιστεύεται με πληροφορίες που αφορούν στην προσωπική του ζωή. Επιπλέον, οι αποκαλύψεις του θεραπευτή θα πρέπει να περιέχουν μόνο τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες στην προαγωγή της θεραπευτικής διαδικασίας και όχι περαιτέρω λεπτομέρειες.

(δ) Οι θεραπευτές θα πρέπει να παρατηρούν προσεκτικά τις αντιδράσεις των θεραπευομένων στις αποκαλύψεις τους, να τις συζητούν μαζί τους και να χρησιμοποιούν τις πληροφορίες αυτές τόσο για

να τους κατανοήσουν περισσότερο, όσο και για να αποφασίσουν πώς θα προχωρήσουν στη συνέχεια. Επίσης, καθώς η επίδραση της αυτοαποκάλυψης δεν γίνεται πολλές φορές άμεσα αντιληπτή από τον ασθενή και καθώς το νόημά της γι' αυτόν συχνά αλλάζει μέσα στον χρόνο, προτείνεται οι θεραπευτές να επανεξετάζουν τις επιρροές της και αργότερα στη θεραπεία – ιδίως όταν πιστεύουν ότι οι αποκαλύψεις τους άλλαξαν την πορεία της.

(ε) Οι θεραπευτές οφείλουν αμέσως μετά την αποκάλυψη να επαναφέρουν στον ασθενή τον εστιασμό της θεραπείας. Αν και κάτι τέτοιο γίνεται ούτως ή άλλως όταν ο θεραπευτής ζητήσει ανατροφοδότηση για την αποκάλυψή του, όπως ειπώθηκε παραπάνω, κάποιοι ασθενείς ενδέχεται να επιμείνουν να παραμείνει στραμμένη η προσοχή στον θεραπευτή, και ως εκ τούτου θα πρέπει αυτός να επαγρυπνεί για ένα τέτοιο ενδεχόμενο.

Τέλος, οι θεραπευτές θα πρέπει να μπορούν να επιβεβαιώσουν ότι δεν προβαίνουν σε αυτοαποκαλύψεις για κανέναν από τους παρακάτω λόγους: (α) να ελέγξουν ή να χειραγωγήσουν τους ασθενείς, (β) να επιτεθούν ή να τους προσβάλουν, (γ) να τους ευχαριστήσουν, (δ) να υπογραμμίσουν τις διαφορές τους, εκτός εάν ενδείκνυται θεραπευτικά, (ε) να ικανοποιήσουν τις προσωπικές τους ανάγκες, να επεξεργαστούν δικά τους θέματα, να επιδιώξουν επιβεβαίωση και αποδοχή ή να εκφράσουν συναισθήματα –π.χ. θυμό– όταν δεν ενδείκνυται θεραπευτικά.

Επίλογος

Η θεραπευτική σχέση, όπως ειπώθηκε στην αρχή, έχει αλλάξει εξασφαλίζοντας στον θεραπευόμενο έναν ρόλο περισσότερο αυτόνομο και ισότιμο σε σχέση με τον θεραπευτή. Από μια τέτοια θέση ο θεραπευτής καλείται πολύ πιο συχνά απ' όσο παλιότερα να «συστήσει» και να «αποκαλύψει» τον εαυτό του, με έναν τρόπο που βοηθάει τον θεραπευόμενο και διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία.

Έγινε ωστόσο αντιληπτό ότι η αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή δεν είναι πάντα κατάλληλη, δεν είναι πάντα θεραπευτική, δεν είναι πάντα επιθυμητή από τον θεραπευόμενο, και δεν είναι ποτέ χωρίς κινδύνους. Θα ήταν λάθος όμως να αποφεύγουμε τη χρήση της σκεπτόμενοι τους πιθανούς κινδύνους, χάνοντας έτσι τις πιθανά οφέλη της, και περιορίζο-

ντας κατ' επέκταση το θεραπευτικό μας ρεπερτόριο. Η ψυχοθεραπευτική έρευνα φαίνεται να ανταποκρίνεται στην ανάγκη διερεύνησής της και να μας εφοδιάζει με όλο και περισσότερες πληροφορίες για την αποτελεσματική και ηθικά δεοντολογική χρήση της. Άλλωστε θα μπορούσε κανείς να πει πως η ισχύς της εξαρτάται από τους ίδιους παράγοντες που καθορίζουν τη δραστηριότητα κάθε θεραπευτικής τεχνικής, δηλαδή τη δοσολογία της, τη χρονική στιγμή στην οποία επιλέγουμε να τη χρησιμοποιήσουμε, το πλαίσιο στο οποίο διεξάγεται και το περιεχόμενο που τη χαρακτηρίζει.

Η αξιολόγηση της χρησιμότητας της αυτοαποκάλυψης του θεραπευτή θα πρέπει να βασίζεται στο αν εξυπηρετεί τις ανάγκες του θεραπευόμενου, και αυτό είναι κάτι που μπορεί να διαφανεί από την επίδραση που έχει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Το ερώτημα λοιπόν που εγείρεται είναι προφανές: μπορεί η αυτοαποκάλυψη ενός θεραπευτή να είναι αξιωματική ή συνταρακτική, αλλά οδηγεί στην επιθυμητή αλλαγή;⁴⁰ Καθώς τελικά το κύριο μέλημά μας ως θεραπευτών είναι ο θεραπευόμενος, θα πρέπει ο ρόλος, οι στόχοι και οι τεχνικές μας να είναι προσαρμοσμένοι στον ίδιο και στις ανάγκες του.

Therapist self-disclosure in cognitive-behavioral therapy

K. Panagiotidou, I. Zervas

*1st Department of Psychiatry, Cognitive Psychotherapy Department,
Eginition Hospital, Medical School, University of Athens, Athens, Greece*

Psychiatriki 2014, 25:270–284

Social changes and developments in medical science prompted mental health professionals to adopt new roles in relation to their self-disclosure practices. The physician-patient relationship has balanced on a different level, promoting the equity and the autonomy of the second. The contemporary patient is better informed, asks more questions and requires more answers. The boundaries between “professional” and “personal” are less strict and patients believe that they have a right to know whether the personal experiences (educational, clinical, research) of their therapists enable them to understand and help them. Although the latest version of the American Psychological Association’s Ethics Code (APA, 2002) offers no explicit guidance on therapist self-disclosure, it incorporates an implicit message that therapists can no longer choose non-disclosure without having considered the issue carefully. Non-disclosure is no longer the easy answer, as it may affect adversely the therapeutic relationship and the therapeutic effect. These new circumstances prompted representatives of all psychotherapeutic orientations to reconsider traditional positions on therapist self-disclosure, to adapt to the diverse needs of the patients and the modern requirements of the therapeutic process and to define the framework within which its conduct is not only safe but also effective. This review attempts to describe the concept of therapist self-disclosure and its use and its functions in Cognitive-Behavioral Therapy, following a history of the term in other major therapeutic schools (psychoanalytic, client-centered and systemic). As the focus of any psychotherapy is the patient himself, we added reports of patients’ experiences by their therapists’ disclosures. Those descriptions reveal clearly not only the benefits of therapist self-disclosure but also the dangers posed by improper use. Finally, we attempt to set a framework in the form of proposals, as these result from existing empirical and theoretical research. As therapists will inevitably be confronted with the issue of self-disclosure in their careers, they will have to make decisions on if, what, when, why, to whom, and how to disclose. These guidelines aspire to be of help to therapists so they can use self-disclosure efficiently and ethically and to minimize potential risks.

Key words: Self-disclosure, therapist, cognitive-behavioral therapy, patients, guidelines.

Βιβλιογραφία

1. Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry: *Re-examination of Therapist Self-Disclosure*. *Psychiatric Services* 2001, 52:1489–1493
2. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. *Am Psychol* 2002, 57:1060–1073
3. Constantine MG, Kwan KK. Cross-Cultural considerations of therapist self-disclosure. *J Clin Psych/In Session* 2003, 59, 5:581–588
4. Hill CE, Knox S. Self-disclosure. In: Norcross JC, Goldfried MR (eds) *Handbook of psychotherapy & behaviour change*. 4th ed. New York, Oxford University Press, 2002
5. Pizer B. *When the analyst is ill: Dimensions of self-disclosure*. *Psychoanal Quart* 1993, 64:466–495
6. Andersen B, Anderson W. Counselors' reports of their use of self-disclosure with clients. *J Clin Psych* 1989, 45:302–308
7. Farber BA. *Self-disclosure in psychotherapy*. Guilford Press, New York, 2006
8. Knox S, Hess SA, Petersen DA, Hill CE. A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *J Couns Psych* 1997, 44:274–283
9. Hill CE, O' Brien KM. Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action. Washington, DC, *Am Psychol Assoc* 1999
10. Kim BSK, Hill CE, Gelso CJ, Goates MK, Asay PA, Harbin JM. Counselor self-disclosure, East Asian American client adherence to Asian cultural values, and counseling process. *J Couns Psych* 2003, 50:324–332
11. Freud S. The dynamics of transference. In: Strachey J (ed) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 1958, 12:97–108 Hogarth Press, London (Original work published 1912)
12. Gutheil TG, Gabbard GO. The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions. *Am J Psych* 1993, 150:188–196
13. Barglow P. Self-Disclosure in Psychotherapy. *Am J Psych* 2005, 59:83–99
14. Meissner WW. The Problem of Self-Disclosure in Psychoanalysis. *J Am Psychoan Assoc* 2002, 50:827–867
15. Bolognini S, Sechaud E. Affective Self-Disclosure by the Analyst. *Int J Psych* 2000, 81:164–165
16. Weiner MF. *Therapist Disclosure: Use of Self in Psychotherapy*. Butterworths, Boston, 1978
17. Tantillo MM. The therapist's use of self-disclosure in a relational therapy approach for eating disorders. *Eat Disorders* 2004, 12:51–73
18. Jourard SM. *Self Disclosure, An Experimental Analysis of the Transparent Self*. Wiley, New York, 1971
19. Riley GD, Cozby PC, White GD, Kjos GL. Effect of therapist expectations and need for approval on self-disclosure. *J Clin Psych* 1983, 39:221–226
20. Ρότζερς Κ. *Το γίνεσθαι του προσώπου*. Ερευνητές, 2006
21. Γιάλομ, Ι. *Το δώρο της ψυχοθεραπείας*. Ανοιχτή επιστολή σε μια νέα γενιά ψυχοθεραπευτών και στους ασθενείς τους. Άγρα, 2004
22. Roberts J. Transparency and Self-Disclosure in Family Therapy: Dangers and Possibilities. *Fam Proc* 2005, 44:45–63
23. Gilbert P, Leahy RL. *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. Routledge, London, New York, 2007:26
24. Παπακώστας ΙΓ. *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία-Θεωρία και Πράξη*. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Αθήνα, 1994
25. Bedrosian RC, Beck AT. Principles of cognitive Therapy. In: Mahoney MJ (ed) *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. Plenum Press, New York, London, 1980:127–152
26. Dewane CJ. Use of self: A primer revisited. *Clin Soc Work J* 2006 34:543–558
27. Edwards J, Bess J. Developing effectiveness in the therapeutic use of self. *Clin Soc Work J* 1998, 26:89–105
28. MacLaren C. Use of Self in Cognitive Behavioral Therapy. *Clin Soc Work J* 2008, 36:245–253
29. Beck JS. *Self disclosure in Cognitive Therapy*. Cognitive Behavior Therapy News, Beck Institute Blog, 2007
30. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications, 2003:198–202
31. Arntz A, Genderen HV. *Schema Therapy for Borderline Personality Disorders*. Wiley-Blackwell, UK, 2009:43–44
32. Goldfried MR, Burkell LA, Eubanks-Carter C. Therapist Self-Disclosure in Cognitive-Behavior Therapy. *J Clin Psych/In Session* 2003, 59:555–568
33. Beck AT, Freeman AM. *Associates. Cognitive therapy of personality disorder*. The Guilford Press, New York, 1990:66, 295
34. Πέρβιν Λ, Τζον Ο. *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές*. Τυπωθήτω, 2001
35. Bandura, A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall, 1986:208
36. Hanson J. Should your lips be zipped? How therapist self-disclosure and non-disclosure affects clients. *Counsel Psychother Research* 2005, 5:96–104
37. Audet CT, Everall RD. Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: a phenomenological study from the client perspective. *Br J Guid Couns* 2010, 38:327–342
38. Pope KS, Keith-Spiegel P. A practical approach to Boundaries in Psychotherapy: Making Decisions, Bypassing Blunders and Mending Fences 2008, *J Clin Psych/In Session*, 64:638–652
39. Henretty JR, Levitt HM. The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clin Psych Review* 2010, 30:63–67
40. Stricker G. The many faces of self-disclosure. *J Clin Psychology/ In Session* 2003, 59:623–630

Αλληλογραφία: Κ. Παναγιωτίδου, Ψυχολόγος, συνεργάτις Ιατρείου Ψυχικής Υγείας Γυναίκων Αιγινήτειου Νοσοκομείου, Αθήνα
 Τηλ: (+30) 25210-46 721
 e-mail: panagiotidou@yahoo.com

Η υποχρεωτική θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα: Ηθικά και νομικά προβλήματα

M. Μητροσύλη

Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας-Πρόνοιας, Α-ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:285–292

Aυτό το άρθρο επικεντρώνεται στην εξέταση του μέτρου της υποχρεωτικής θεραπείας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όχι μόνο από την άποψη των δικαιωμάτων του ανθρώπου και ειδικότερα των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αλλά και από την άποψη της ηθικής και δεοντολογίας στην παροχή κλινικής φροντίδας. Εξετάζεται περαιτέρω η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης του ψυχικά πάσχοντα στη θεραπεία στην περίπτωση που το άτομο χρήζει εκούσιας ή ακούσιας νοσηλείας, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας. Σ' αυτό το εγχείρημα βασικά σημεία αναφοράς και ερμηνείας αποτελούν, ιδίως, η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του Συμβουλίου της Ευρώπης (Σύμβαση του Οβιέδο) που κυρώθηκε με τον ν. 2619/1998, άλλα διεθνή κείμενα (ΟΗΕ), καθώς και η ειδική εθνική νομοθεσία για την ψυχική υγεία (ν. 2071/1992, Κεφάλαιο vi). Η αρχή της συναίνεσης και η οριοθέτηση εξαιρέσεων από αυτήν αποτελούν βασική προϋπόθεση της προσέγγισής μας. Ειδικότερα το ενδιαφέρον μας στρέφεται στο άρθρο 7 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν. 2619/1998), το οποίο αναφέρεται ειδικά στην προστασία των ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Ενισχύεται η άποψη ότι η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης στην ψυχιατρική θεραπεία και η ακούσια νοσηλεία είναι έννοιες και διαδικασίες διακριτές, αλλά όχι πάντα αλληλοαποκλειόμενες. Σε κάθε περίπτωση, η υποχρεωτική θεραπεία δημιουργεί μείζονα διλήμματα σε σχέση με τη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης του ατόμου στην ψυχιατρική θεραπεία, καθώς θέτει ζητήματα που θίγουν την αυτονομία του προσώπου. Ωστόσο σήμερα υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν διεθνώς τις δημόσιες πολιτικές να υιοθετήσουν το μέτρο της υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα. Πώς δικαιολογείται και νομιμοποιείται ο παράδοξος δεσμός: υποχρεωτική θεραπεία και κοινότητα; Με τη θέσπισή του σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής, το ανωτέρω μέτρο ασφαλώς δημιουργεί προβληματισμό για νέους τρόπους στην άσκηση της σύγχρονης ψυχιατρικής. Το ζήτημα είναι σε πιο πλαίσιο φροντίδας και θεραπευτικής σχέσης με τον ψυχικά ασθενή εγγράφεται η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα. Παρά ταύτα η τελευταία συνεχίζει να διχάζει τον ψυχιατρικό και νομικό κόσμο γιατί εγείρει έντονους προβληματισμούς από νομική, ηθική, δεοντολογική και κλινική πλευρά, καθώς προσβάλλει θεμελιώδη δικαιώματα του προσώπου. Στο πλαίσιο ενός νομικού πολιτισμού που η αρχή της κατόπιν ενημέρωσης συναίνεσης ή άρνησης αποτελεί σήμερα πρωταρχικό κανόνα νομιμοποίησης της ιατρικής και ψυχιατρικής πράξης, κάθε απόκλιση από αυτόν έχει επιπτώσεις στον ασθε-

νή και σε μια καλώς συγκερασμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Αντίβαρο στο παραπάνω μέτρο θα μπορούσε να αποτελέσει η ρύθμιση νομοθετικά των προγενέστερων οδηγιών και η πρόβλεψη για ορισμό από τον ψυχικά πάσχοντα προσώπου εμπιστοσύνης.

Λέξεις ευρετηρίου: Υποχρεωτική θεραπεία, ακούσια νοσηλεία, συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, προγενέστερες οδηγίες, πρόσωπο εμπιστοσύνης, νομοθεσία.

Εισαγωγή

Η ακούσια κυρίως φαρμακευτική αγωγή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα εκτός των χώρων της περίθαλψης αποτελεί σήμερα μια νέα πρακτική η οποία, αν και δέχεται έντονη κριτική από την άποψη των δικαιωμάτων των «ληπτών» και της ηθικής στην παροχή κλινικής φροντίδας, ενσωματώνεται σταδιακά στις νομοθεσίες των περισσότερων κρατών-μελών της Ένωσης, καθώς και πολλών Πολιτειών της Βορείου Αμερικής. Σ' αυτή τη θεσμοθέτηση συνετέλεσαν ασφαλώς πολλοί παράγοντες, όπως η επίδραση της λεγόμενης περιπατητικής ιατρικής στην ψυχιατρική, η μείωση των ψυχιατρικών κρεβατιών, η αποϊδρυματοποίηση, η μετεξέλιξη των δοκιμαστικών θεραπευτικών εξόδων και η επιβολή μέτρων ασφαλείας και ελέγχου για τους ψυχικά πάσχοντες στην κοινότητα.

Η Αρχή της συναίνεσης και η ψυχιατρική νοσηλεία

Με την καθιέρωση της κατόπιν ενημέρωσης συναίνεσης ή άρνησης στην άσκηση της σύγχρονης ιατρικής¹⁻⁴ γίνεται αποδεκτό ότι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στον σεβασμό της αυτονομίας, στον αυτοκαθορισμό και στην αυτοδιάθεση του προσώπου τους, καθώς και στον σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου.^{5,6} Οι εκάστοτε αποφάσεις για την υγεία τους λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες και γίνονται σεβαστές στο πλαίσιο μιας ασύμμετρης σχέσης.^{6,7}

Είναι αποδεκτό ότι και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ανεξάρτητα αν νοσηλεύονται εκούσια ή ακούσια, διαθέτουν το σύνολο των ανωτέρω δικαιωμάτων, αλλά και της σωματικής τους ακεραιότητας, όπως συμβαίνει με ασθενείς για σωματικές ή άλλες νόσους. Διαφορετικά τίθεται θέμα διακρίσεων.⁸ Είναι όμως αυτό τόσο αυτονόητο;

Καταρχάς, είναι προαπαιτούμενο οι ψυχικά πάσχοντες που νοσηλεύονται και θεραπεύονται με τη θέλησή τους να έχουν ικανότητα συναίνεσης. Εξαίρεση

αποτελεί μια τυχόν αιφνίδια επιδείνωση της κατάστασης της ψυχικής υγείας εκούσια νοσηλεύομένου ασθενούς, η οποία μπορεί να δικαιολογήσει την άμεση επέμβαση του ψυχιάτρου για ακούσια θεραπεία και την ταυτόχρονη προσφυγή για μετατροπή του καθεστώτος νοσηλείας. Εντούτοις, ακούσια νοσηλεία και ακούσια θεραπεία δεν επικαλύπτονται. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η ικανότητα συναίνεσης δεν ταυτίζεται και δεν καλύπτεται από την ικανότητα δικαιοπραξίας.^{9,10} Ακόμη πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η κατόπιν ενημέρωσης συναίνεση ή η άρνηση δεν καλύπτει την εκμαίευση της συναίνεσης, εφόσον για την τελευταία τίθεται πάντα θέμα αξιολόγησης της εγκυρότητάς της. Επιπλέον υπάρχουν περιπτώσεις που η συναίνεση στην ψυχιατρική πράξη είναι νόμιμη, αλλά δεν είναι ηθική. Αναφέρεται συχνά το παράδειγμα του καταθλιπτικού ασθενούς, χωρίς διάθεση να ενημερωθεί και συναίνεσει, ο οποίος επαφίεται στον θεραπευτή του να αποφασίσει «εν λευκώ» γι' αυτόν. Αντίθετα υπάρχουν ασθενείς για τους οποίους θεμελιώνεται ηθικά, όχι όμως και νομικά, η από τον θεραπευτή παραγνώριση της άρνησης συναίνεσης για ψυχιατρική επέμβαση. Αφορά στην περίπτωση παρανοϊκού ασθενή που ενεργεί απειλητικά και βίαια, ο οποίος υφίσταται υποχρεωτική καταπραϋντική θεραπεία, χωρίς άμεσο θεραπευτικό όφελος για την υγεία του.¹¹

Στο ερώτημα πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί στην ψυχιατρική πράξη ένα πρόσωπο χωρίς ικανότητα συναίνεσης, η Σύμβαση του Οβιέδο (άρθρο 7), έχοντας ως σκοπό τον περιορισμό των περιπτώσεων που μπορούν να υποβληθούν χωρίς τη συναίνεσή τους σε θεραπεία της ψυχικής διαταραχής τους, προβλέπει αυτή τη δυνατότητα στην περίπτωση που το πάσχον πρόσωπο ...*χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανό να έχει σοβαρή βλάβη της υγείας του.*^{12,13}

Ανεξαρτήτως λοιπόν του τρόπου νοσηλείας, και πιο συγκεκριμένα μετά τη Σύμβαση του Οβιέδο, και στην ακούσια νοσηλεία αναζητείται η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, εφόσον η κατάσταση της ψυχικής υγεί-

ας του ατόμου βελτιώνεται και η συμμετοχή του εκ των πραγμάτων είναι εφικτή. Ο Hoerni¹⁴ υποστηρίζει ότι η αυτονομία των ασθενών περνά από την αυτονομία των θεραπειών, δίνοντας έμφαση στη σχέση θεραπευτή-θεραπευμένου. Ωστόσο, η ενημέρωση των ψυχικά ασθενών από τους ψυχιάτρους και άλλους επαγγελματίες σε πολλές χώρες είναι ελλειμματική

Στο ελληνικό δίκαιο, κατά κανόνα, εκτός των επείγουσών καταστάσεων¹⁶ ή των περιπτώσεων νομικά ανίκανων ατόμων που η συναίνεση δίνεται από τον νόμιμο αντιπρόσωπό τους, η υποχρεωτική θεραπεία δεν επιτρέπεται. Όμως, όσον αφορά στους ψυχικά πάσχοντες που εισάγονται εκούσια για νοσηλεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας με τον νόμο 2071/1992¹⁷ (άρθρο 94), αυτοί διαθέτουν την ικανότητα συναίνεσης ή άρνησης στη θεραπεία η οποία πρέπει να εκφραστεί, διαφορετικά η παραμονή τους υπό αυτό το καθεστώς για νοσηλεία και θεραπεία είναι παράνομη ή και άκυρη, εγείροντας ζητήματα ποινικής, αστικής και πειθαρχικής ευθύνης.^{1,3,18}

Αντίθετα η ακούσια νοσηλεία δεν διακρίνεται ρητά από την υποχρεωτική θεραπεία στον νόμο 2071/1992¹⁷ (άρθρα 95-101). Και αν συνδέεται άμεσα η ακούσια νοσηλεία με τον σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου,¹⁹⁻²³ δεν είναι τόσο προφανής ο δεσμός ακούσιας εισαγωγής με την υποχρεωτική θεραπεία. Γιατί πάντα ζητούμενο κάθε θεραπευτικού πρωτοκόλλου είναι η αναζήτηση της συναίνεσης, ως βάση από ηθική και θεραπευτική πλευρά μιας βαθιάς συνεργασίας με το υγιές κομμάτι του Εγώ του ψυχικά πάσχοντα. Κατά συνέπεια, η ακούσια νοσηλεία δεν σημαίνει εξ ορισμού τη λήψη οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής ή μέτρου ασφαλείας χωρίς συναίνεση. Ενώ οι «επεμβάσεις» που μπορεί να γίνουν χωρίς τη συναίνεση του ατόμου με ψυχικές διαταραχές (άρθρο 7 της Σύμβασης του Οβιέδο) δεν είναι δυνατόν να προκαλέσουν μη αναστρέψιμες καταστάσεις στην ψυχική και σωματική του ακεραιότητα.^{12,13}

Η παραπάνω διάταξη της Σύμβασης του Οβιέδο¹² (άρθρο 7) θέτει ερωτήματα επιλογών πολιτικής ψυχικής υγείας, καθώς και ερμηνευτικά νομικά προβλήματα. Συνδέει την υποχρεωτική θεραπεία με τη νοσηλεία για θεραπεία επικίνδυνων ψυχικά ασθενών για τον εαυτό τους και τους άλλους; Ή ανοίγει τον δρόμο της υποχρεωτικής ψυχιατρικής αγωγής για ψυχικά πάσχοντες στην κοινότητα; Κλίνω προς τη

δεύτερη εκδοχή, ανεξάρτητα από τα θετικά ή αρνητικά σημεία του ανωτέρω μέτρου, γιατί οι πολιτικές ψυχικής υγείας, αλλά και οι νομοθεσίες σε ευρωπαϊκό επίπεδο σπεύδουν να ρυθμίσουν προς αυτήν την κατεύθυνση το ζήτημα. Υπάρχει κάτι που μετακινείται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο διεθνές περιβάλλον λόγω της πολυεπίπεδης κρίσης. Το πρόσταγμα: Όλοι έξω, όλοι εν δυνάμει «λήπτες» υπό επιτήρηση μέσω υποχρεωτικής θεραπείας, κυρίως χημικής, φαίνεται να επιβεβαιώνει την ανάλυση του Μ. Φουκώ²⁴ για τη βιοεξουσία, και διευκολύνεται από την ταξινομητική λογική του DSM.²⁵

Εντούτοις, στη νομολογία των δικαστηρίων πολλές φορές περιλαμβάνονται αποφάσεις που δημιουργούν πιο σύνθετους προβληματισμούς. Αναφέρω ενδεικτικά τη νομολογία του διοικητικού δικαστηρίου της Γενεύης (7 mars 1995, K.C.DASS et IUPG) που εξέδωσε μια πρωτοφανή απόφαση, το εύρος της οποίας περιορίστηκε κάπως στη συνέχεια με νομοθετική ρύθμιση. Σύμφωνα με αυτήν, το Δικαστήριο θεωρεί ότι η βούληση του ψυχικά αρρώστου να μην του δοθούν υποχρεωτικά νευροληπτικά σε επείγουσα κατάσταση είναι σεβαστή, εφόσον υπάρχουν άλλοι τύποι αγωγής που μπορούν να σώσουν τη ζωή του ή να διαφυλάξουν το δημόσιο συμφέρον, κυρίως αν η βούληση συνάγεται από προγενέστερες οδηγίες.

Η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα

Όπως αναφέρθηκε ήδη, παράλληλα με την ακούσια νοσηλεία για θεραπεία σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας αναπτύσσεται διεθνώς μια νέα πολιτική ψυχικής υγείας: Η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα.

Οι ψυχικά ασθενείς, στη βάση κάποιου υποχρεωτικού θεραπευτικού πρωτοκόλλου, χωρίς τη συναίνεσή τους, υποχρεώνονται να υποβληθούν σε ψυχιατρική αγωγή στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ διαβιούν στις κοινοτικές μονάδες, στην κατοικία τους ή ακόμη και στον «δρόμο». Αυτή η τελευταία αναφορά αναφέρεται σε άστεγους ή ανθρώπους χωρίς σταθερή διαμονή που ζουν στους δημόσιους χώρους. Τα συγκεκριμένα άτομα, που συχνά διαταράσσονται ψυχικά λόγω κοινωνικο-οικονομικών πιέσεων, αποτελούν κάτι καινούργιο για τη δημόσια ψυχιατρική: την «κλινική της αβεβαιότητας/ευαλωτότητας».^{26,27}

Η ακούσια αγωγή είναι κυρίως φαρμακευτική, όπως η λήψη νευροληπτικών σκευασμάτων ενώπιον των

επαγγελματιών υγείας ή η μηνιαία ένεση με νευροληπτικά βραδείας αποδέσμευσης. Αυτή αποκτά θεραπευτική διάσταση, μόνο όταν εξασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας.

Παρόλο που η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ακούσιας θεραπείας είναι αμφισβητούμενη διεθνώς ως προς τη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ή τη βελτίωση της κλινικής εικόνας και της κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου,²⁸⁻³⁰ η θέσπισή της δεν παύει να πληθαίνει, όπως αποδεικνύει η τροποποίηση της *Mental Health Act (2007)*³¹ στο Ηνωμένο Βασίλειο ή της *Loi du 27 Jullet 1990 (2011)*³² στη Γαλλία. Ταυτόχρονα υπάρχουν πολλές επιφυλάξεις για την επιβολή ακούσιας θεραπείας στην κοινότητα σε σχέση με την προσβολή των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου: της ελευθερίας, της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και της περιθάλψης. Πώς είναι δυνατόν να υποχρεωθεί ακουσίως ο ασθενής, που είναι ικανός να ζει στην κοινότητα, σε υποχρεωτική θεραπεία; Πράγματι αυτό ενέχει ένα παράδοξο.

Αυτή η θεραπεία φαίνεται να ακουμπά σε διαχειριστικές πολιτικές στραμμένες προς τον έλεγχο του υποκειμένου και την ασφάλεια της κοινότητας, και ταυτόχρονα σε κάποιες κακές πρακτικές άσκησης της ψυχιατρικής. Βέβαια σ' αυτήν την κατεύθυνση συνέβαλαν και οι προσεγγίσεις της μηδενικής ανοχής που έδωσαν έμφαση στην τιμωρία απορρίπτοντας την κοινωνική επανένταξη. Αυτές οι πολιτικές και πρακτικές, όμως, πόρρω απέχουν ως προς τη φιλοσοφία τους από την επιστημονική σύλληψη της ψυχιατρικής του τομέα, στην οποία ασφαλώς μπορεί να υπάρχει θεραπευτικός παρεμβατισμός ο οποίος διαφοροποιείται βασικά γιατί στηρίζεται σε μια ηθική και δεοντολογική διαπραγμάτευση για συναίνεση, αφού συνδέει τη φαρμακευτική ή άλλη αγωγή με τη θεραπευτική σχέση.

Παράλληλα το νέο μέτρο της υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα προσβάλλει την ελευθερία και την αξιοπρέπεια των ψυχικά ασθενών και ενδέχεται να αποτελεί αυθαίρετη ιατρική πράξη ως προσβολή της προσωπικότητας, αν δεν προβλέπονται δικαιοδοτικές εγγυήσεις. Αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο από τη νομοθετική ρύθμιση, αλλά και από την ουσιαστική εφαρμογή της νομοθεσίας. Στην περίπτωση της υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα, η ελευθερία μπορεί να μην αφορά άμεσα στην ελευθερία της κίνησης ή της ιδιωτικής ζωής, όπως

συμβαίνει στην ακούσια νοσηλεία, αλλά είναι κατά τη γνώμη μου μια ελευθερία υπό όρους, ενώ η αξιοπρέπεια του ψυχικά αρρώστου κινδυνεύει από τυχόν εργαλειοποίησή του για την εξυπηρέτηση άλλου σκοπού, πλην του θεραπευτικού. Όμως ο θεραπευτικός σκοπός δεν νομιμοποιεί οποιαδήποτε πράξη, καθώς ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του προσώπου εκδηλώνεται με σεβασμό στη σωματική και ψυχική του ακεραιότητα.¹⁸

Επίσης, η υποχρεωτική θεραπεία θέτει σοβαρά νομικά προβλήματα όσον αφορά στη διαδικασία λήψης του μέτρου, ελέγχου της αναγκαιότητας, της αναλογικότητας και της παύσης του, ενώ ενέχει ηθικά εκβιαστικά διλήμματα του τύπου «ακούσια νοσηλεία» ή «υποχρεωτική κοινότητα» τόσο για τους επαγγελματίες όσο και τους ψυχικά αρρώστους. Αντίβαρο ως έναν βαθμό αποτελούν η ποιότητα της διαδικασίας και το περιεχόμενο της ψυχιατρικής γνωμάτευσης, η οποία πρέπει να είναι συγκεκριμένη και αιτιολογημένη ώστε να παρέχει πραγματικές εγγυήσεις στους πάσχοντες ή ενδεχομένως στη Δικαιοσύνη.

Οι ψυχικά άρρωστοι που υποβάλλονται σε αυτό το μέτρο υφίστανται τον κοινωνικό έλεγχο, στιγματίζονται και απομονώνονται σε βαθμό πρωτόγνωρο μέσα στον ίδιο τον κοινωνικό ιστό, αφού θεωρούνται ως εν δυνάμει επικίνδυνοι για την ασφάλεια των άλλων μελών της κοινότητας.^{30,33,34} Αυτή η στροφή στην πρόληψη της επικινδυνότητας αποτελεί συνέπεια της διαμόρφωσης των νέων ιστορικο-κοινωνικών συνθηκών στον 21ο αιώνα. Οι εφαρμοζόμενες δημόσιες πολιτικές φέρνουν τους ψυχικά πάσχοντες αντιμέτωπους με μια εχθρική κοινωνία που βρίσκεται λόγω της οικονομικής κρίσης και της ρήξης των κοινωνικών δεσμών, σε κατάσταση ανασφάλειας και αβεβαιότητας, και αποδέχεται ως πολιτική ψυχικής υγείας μόνο την πολυφαρμακία και την ασυνεχή παρακολούθηση.

Η έννοια της επικινδυνότητας, που εξοστρακίστηκε τις δεκαετίες '60-'90 από την ψυχιατρική του τομέα όπου δόθηκε έμφαση στη «δι-υποκειμενικότητα» των θεραπευτικών σχέσεων μέσω φαρμάκων, ψυχοθεραπειών και προτάσεων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, εμφανίζεται σήμερα διεθνώς ως ένα νέο παράδειγμα δημόσιας πολιτικής, και επανέρχεται σε νομοθετικό και θεσμικό επίπεδο μέσα από στρατηγικούς σχεδιασμούς «αστυνόμευσης και ασφάλειας». Αυτό δεν σημαίνει ότι υπάρχει παλινδρό-

μηση σε μια ασυλικού τύπου ψυχιατρική περίθαλψη των αρχών του 20ού αιώνα.

Την εποχή ακμής της τεχνολογίας και του πολιτισμού των δικαιωμάτων εμπεδώνεται σταδιακά σε επίπεδο πολιτικής υγείας μια ψυχιατρική φροντίδα, η οποία επικαλείται λεκτικά τα δικαιώματα του ανθρώπου τα οποία στην πράξη αναιρεί. Οι ψυχικά ασθενείς προσβάλλονται ως προς τα θεμελιώδη δικαιώματά τους και εγκαταλείπονται στον «δρόμο» από το κοινωνικό κράτος, που μόλις τους είχε απελευθεώσει, περιπλανώμενοι στους δημόσιους χώρους. Κατά συνέπεια, το κλείσιμο των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι μια ορθή πολιτική ψυχικής υγείας, υπό την προϋπόθεση ότι στη θέση τους λειτουργούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας που εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας σε επίπεδο πρόληψης-θεραπείας-αποκατάστασης. Διαφορετικά αυτή η δημόσια πολιτική οδηγεί τους ασθενείς στην εξαθλίωση ιδιαίτερα σε μια δύσκολη ιστορική συγκυρία, επιβάλλοντας μέτρα ασφαλείας: αφενός τον νέο-ιδρυματισμό σε μονάδες για δύσκολους ασθενείς και αφετέρου τη λήψη του μέτρου της υποχρεωτικής θεραπείας διά της ακούσιας αγωγής στην κοινότητα.^{30,33,34}

Η θέσπιση των προγενέστερων οδηγιών και ο ορισμός προσώπου εμπιστοσύνης ως εναλλακτικές προτάσεις

Αν δεχτούμε ότι η ακούσια νοσηλεία και η υποχρεωτική θεραπεία είναι επώδυνα μέτρα για τους ψυχικά ασθενείς και ότι προσβάλλουν συχνά κατά την πρακτική τους εφαρμογή τα δικαιώματα του ανθρώπου, τότε θα πρέπει να λαμβάνονται σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Μια εναλλακτική πρόταση μπορεί να αποτελέσουν οι προγενέστερες οδηγίες ή η ψυχιατρική διαθήκη ή η σύμβαση του Οδυσσέα.³⁵⁻³⁷

Η Σύμβαση του Οβιέδο¹² προβλέπει τις προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες, όταν ο ασθενής κατά τη διάρκεια της επέμβασης δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του (άρθρο 9). Αυτός ο κανόνας επιχειρεί να επαναφέρει το θέμα της συναίνεσης στην ιατρική πράξη, καλύπτοντας τυχόν μελλοντικές καταστάσεις όταν το άτομο δεν μπορεί να εκφράσει έγκυρα τη συναίνεσή του, λόγω απουσίας ικανότητας συναίνεσης.^{12,13} Εξαίρεση αποτελούν οι περιπτώσεις χειρισμού επειγόντων περιστατικών όπου αναγνωρίζεται το θεραπευτικό πρόνομο. Αυτό μπορεί να συμβεί όχι μόνο σε περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής, αλλά και σε άλλες

ασθένειες. Οι επαγγελματίες υγείας συνεκτιμούν την προγενέστερη επιθυμία του ασθενούς στη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων, χωρίς να δεσμεύονται από αυτήν. Ενδέχεται να ανακύψουν λόγοι που είναι δεσμευτικοί για λήψη πρόσφατης συναίνεσης, όταν για παράδειγμα υπάρχει μεγάλη χρονική απόκλιση από την έκφραση της επιθυμίας του προσώπου ή όταν υπάρχουν νέες τεχνικές στην αντιμετώπιση της αρρώστιας λόγω προόδου της επιστήμης. Όμως η μη συνεκτίμηση της εκφρασμένης θέλησης των ασθενών θα πρέπει να είναι αιτιολογημένη, επειδή παραγνωρίζει το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του προσώπου. Εντούτοις η Σύμβαση του Οβιέδο¹² κατοχυρώνει το επιτρεπτό των προγενέστερων οδηγιών και προτρέπει τους εθνικούς νομοθέτες να διαμορφώσουν πιο προωθημένους νόμους από το παραπάνω ελάχιστο όριο. Αυτή την πολιτική υγείας ενδυναμώνει το Συμβούλιο της Ευρώπης με την R1859 (2012).³⁸

Χωρίς να είναι απλό θέμα η θέσπιση των προγενέστερων οδηγιών σε σχέση με τον τύπο, το περιεχόμενο και τον σχεδιασμό εύκολης πρόσβασης των γιατρών, αυτή η ρύθμιση είναι μια πρόκληση για την Ελλάδα. Ήδη στον ΚΙΔ³⁹ γίνεται αναφορά στο δεοντολογικό καθήκον του γιατρού να λαμβάνει υπόψη του τις εκ των προτέρων εκφρασθείσες επιθυμίες, επαναλαμβάνοντας ουσιαστικά τη Σύμβαση του Οβιέδο¹² (άρθρο 29 παρ 2). Παρά ταύτα, δεν δίνονται κατευθύνσεις σε σύνθετα δεοντολογικά ζητήματα που ανακύπτουν καθημερινά στην πράξη, γιατί σε ηθικό επίπεδο διατηρούν τη σημασία τους προβληματισμοί σε σχέση με την επίλυση συγκρουόμενων αξιών, όπως της αυτονομίας και της ωφελιμότητας.

Ειδικότερα στην ψυχική υγεία είναι φανερό η σημασία των προγενέστερων οδηγιών, καθώς η χρήση τους συμβάλλει στον σεβασμό της ελευθερίας, της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των ψυχικά αρρώστων, στην περίπτωση ψυχιατρικής επέμβασης χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς που αποβλέπει ιδίως στην αποτροπή πράξεων βίας προς τρίτους. Ταυτόχρονα λειτουργεί θεραπευτικά, αφού αναγνωρίζει τον αυτοκαθορισμό των προσώπων ως ηθική βάση της θεραπευτικής σχέσης.

Όμως αντικείμενο δεοντολογικού και νομικού προβληματισμού παραμένει η επέμβαση σε πράξη βίας κατά του εαυτού και τα όριά της. Στην ελληνική νομοθεσία (ν. 2071/1992),¹⁷ όπως επίσης σε αλλοδαπές νομοθεσίες, οι προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλεί-

ας περιλαμβάνουν τόσο τις πράξεις βίας κατά τρίτων όσο και τις πράξεις βίας κατά του ίδιου.

Εκτός από την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, οι προγενέστερες οδηγίες αποτελούν ένα πολύτιμο κλινικό εργαλείο με προληπτικές και θεραπευτικές διαστάσεις ιδίως για ορισμένες μορφές ψυχικών διαταραχών (διπολικές ψυχώσεις...) ή για ασθενείς με συχνές υποτροπές. Επίσης ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί στην αποδοχή της αρρώστιας του, στη συνειδητοποίηση της κρίσης ή της υποτροπής, στη συμφωνία τήρησης ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου και στην αποφυγή εκούσιας ή ακούσιας νοσηλείας.

Οι προγενέστερες οδηγίες είναι έγγραφες και ελευθέρως ανακλητές. Προηγούνται χρονικά της ψυχιατρικής πράξης και δίνονται από ενήλικο πρόσωπο που έχει συνείδηση των πράξεών του για την περίπτωση που θα βρεθεί σε ανικανότητα να εκφράσει τη βούλησή του. Εν προκειμένω η συναίνεση απαιτείται, κατά τη γνώμη μου, να δίνεται εγγράφως και θα μπορούσε να ισχύει για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και ακολούθως να αναθεωρείται. Όσον αφορά στο περιεχόμενό τους, εκτός των προσωπικών στοιχείων και άλλων τυπικών στοιχείων, στις προγενέστερες οδηγίες δίνεται η συναίνεση υγιούς ατόμου ή

ψυχικά αρρώστου σε περιόδους «ύφεσης» της ασθένειας. Αυτές στοχεύουν στην επιλογή της θεραπείας από τον ψυχίατρο, όταν η λήψη της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης είναι προβληματική ή αδύνατη.¹⁴ Επιπροσθέτως στις οδηγίες μπορεί να καθορίζεται από τον ασθενή και ένα άτομο που καλείται πρόσωπο εμπιστοσύνης ή συνοδό στη θεραπεία πρόσωπο, το οποίο συντρέχει γενικά τον ψυχικά άρρωστο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας του ή αναπληρώνει τη θέληση του πάσχοντα μέσα στα όρια που δίνονται από αυτόν. Το πρόσωπο αυτό δεν χρειάζεται να συμπιπτει με τον δικαστικό συμπαραστάτη, και δημιουργεί μεγαλύτερη ασφάλεια δικαίου η μη ταύτισή του.

Συμπέρασμα

Έχοντας ως βάση την προηγηθείσα ανάλυση και έρευνα επί του θέματος, έγιναν κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους ορισμένες νομοθεσίες έχουν ήδη προχωρήσει σε νομοθετικές ρυθμίσεις εναλλακτικών τρόπων για την επίλυση ζητημάτων που προκύπτουν κατά την ακούσια νοσηλεία και θεραπεία. Προτείνεται η Ελλάδα να προχωρήσει στη ρύθμιση των προγενέστερων οδηγιών, καθώς και στην επιλογή από τον ψυχικά πάσχοντα προσώπου εμπιστοσύνης.

Involuntary treatment of mental patients in the community: Legal and ethical dilemmas

M. Mitrossili

Department of Health and Social Welfare Management, TEI of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:285–292

This article focuses on the measure of involuntary treatment of mental patients in the community, not only with regard to human rights and more specifically those of persons with mental disorders, but also with regard to ethics and deontology in mental healthcare delivery service. In this light, the important role of informed consent in psychiatry with regard to the psychiatric act is examined. Informed consent of mental patients in treatment when they are in need of voluntary or involuntary hospitalization is further examined, while emphasis is being put on the case of involuntary treatment. The Convention for Human Rights and Biomedicine (Convention of Oviedo), the European Convention of Human Rights, other documents of International Organizations (UN) and specialized national legislation (A. 2071/1992, Chapter vi, Greek law) constitute basic reference and interpretation points. The examination of consent and the demarcation of the exceptions are important issues that need to be approached. More particularly, our interest lies with the article 7 of the Convention

for Human Rights and Biomedicine, which specifically refers to the protection of person who suffers from a mental disorder. The opinion that informed consent in psychiatric treatment and involuntary treatment are concepts and processes which are distinct but not always mutually exclusive is enhanced. In any case, involuntary treatment causes major dilemmas as far as informed consent in the psychiatric act is concerned, as it raises issues that affect the autonomy of the person. Today, however, there are many factors which influence public politics towards the adoption of the measure of involuntary treatment within the community. How is it that this paradoxical link is legitimized and justified: involuntary treatment and community? The enactment of the above mentioned measure in many European and North American countries has created new paths in the practice of contemporary psychiatry. Nonetheless, it continues to divide the psychiatric and legal word for it causes intense questioning from a legal, ethical, deontological and clinical aspect, as it offends fundamental rights of the individual. In a legal civilization, in which the principle of informed consent or refusal constitutes a basic rule of the lawfulness of the medical and psychiatric act, any divergence from this rule has consequences for the patients and affects a well-tempered therapeutic treatment. The above mentioned measure could be counterbalanced by the legal regulation of advance directives and the provision for the appointment of a proxy person by the mental patient.

Key words: Involuntary treatment, involuntary hospitalization, informed consent, advance directives, proxy person, legislation.

Βιβλιογραφία

1. Φουντεδάκη Α. *Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας* (ν. 3418/2005). Στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ, Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε (Επιμ. εκδ.) *Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 1*. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2006:13–38
2. Κουτσελίνη Α, Μιχαλοδημητράκη Μ. *Ιατρική Ευθύνη*. Gutenberg, Αθήνα, 1984
3. Κανελλοπούλου-Μπότη Μ. *Ιατρική Ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και αγγλοσαξωνικό δίκαιο*. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1999
4. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, *Έκθεση: Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*, 2010, Available www.bioethics.gr
5. Unesco (IBC), Report on Consent, 2008, Available www.unesco.org/shs/bioethics
6. Maclean A. *Autonomy, Informed Consent and Medical Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009
7. Βασιλόγιαννης Φ. Η αρχή και οι κανόνες της συναίνεσης του ασθενούς: ζητήματα ερμηνείας και εφαρμογής. Στο: Παπαδημητρίου Ι, Δρακοπούλου Μ (Επιμ. εκδ.) *Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα*. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2010: 25–46
8. Ν. 4074/2012 (ΦΕΚ 88/Α/11.4.12). Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Πρόσθετου Πρωτοκόλλου για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες. ΟΗΕ, 2006
9. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*. Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993
10. Γκαρανίη-Παπαδάτου Τ, Πλουμπίδης Δ. Η έννοια της ικανότητας στην ψυχική υγεία: νέες προσεγγίσεις. *Ψυχιατρική* 2005, 3:257–268
11. CNE Λουξεμβούργου, Avis 1, 1999 Available www.cne.public.lu/.../avis 1999
12. Ν. 2619/1998 (ΦΕΚ 132/Α/19.6.98), Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Σύμβαση για τα Ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, Οβιέδο, 1997
13. Council of Europe, Explanatory report to the Convention on Human rights and Biomedicine Available www.coe.int.org/
14. Hoerni B. *Ethique et déontologie médicale*. Masson, Paris, 2000
15. Ντουράκη Θ. *Η αναγκαστική στέρηση της προσωπικής ελευθερίας των ψυχικά πασχόντων μέσα από τη νομολογία των δικαιοδοτικών οργάνων της ΕΣΔΑ*. Στο: Σύμμεικτα. Βεγλερή ΦΘ, τ.Β, Αθήνα, 1988:303–319
16. Βιδάλης Τ. *Η «εικαζόμενη συναίνεση». Επιθεώρηση Βιοηθικής*, 2007–2008, Ι, Ι:107–111
17. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/15.7.92). *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*
18. Μητροσύλη Μ. *Δίκαιο της Υγείας. Μονάδες Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, Ασθενείς*. Παπαζήση, Αθήνα, 2009
19. Συνήγορος του Πολίτη, Ειδική Έκθεση: *Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών*. Αθήνα, 2007. Available www.synigoros.gr
20. Κοσμάτος Κ. *Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας, Ερευνητικές διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του νόμου 2071/1992*, Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2002
21. Φυτράκης Ε. Τα δικαιώματα των Ψυχικά Ασθενών. Από την ανοχή στην υποστήριξη. *Θέματα Αναπηρίας* 2011, 25:4–7
22. Παρασκευόπουλος Ν. Ο εγκλεισμός σε Ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφαλείας του ελληνικού Ποινικού Κώδικα. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1997, 60:27–31

23. Μανιτάκης Α. Οι εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας της ΕΣΔΑ και η κράτηση «ψυχασθενούς» σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Η συνταγματικότητα της ισχύουσας σχετικής νομοθεσίας. *ΕΕΕυρωΔ* 1983, 537–555
24. Foucault M. *La volonté du savoir*. Paris, Gallimard, 1976
25. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders*, edition IV-TR, V, Washington DC, 1994
26. Μητροσύλη Μ. Όψεις της Δυσφορίας στον Πολιτισμό Σήμερα. *Εκ των Υστέρων*, 2012, Τεύχος 24
27. Furtos J. *Les cliniques de la précarité*. Masson, Paris, 2011
28. Kisely S, Campbell LA, Perston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Rev* 2005, 3: CD004408 (PubMed)
29. Swanson JW, Swartz MS, Wagner R, Burns BJ, Borum R, Hiday VA. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with several mental illness. *Br J Psych* 2000, 176:324–331
30. Woolley S. Involuntary treatment in the community: role of community treatment orders. *Psychiatr Line* 2010, 34:441–446
31. Mental Health Act 2007. Available legislation.gov.uk
32. Loi no 2011-803 du 5 Juillet 2011. Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *JORF* no 0155 du 6 juillet 2011
33. Martin JP. Consentement aux soins et servitude contrainte. *VST-Vie Sociale et Traitements* 2011/4, no 112:112–116, DOI : 10.3917/vst.112.0112
34. Senon JL. Soins ambulatoires sous contrainte: une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *Information Psychiatrique* 2005, 81:627–634
35. Szmukler G. Advance statements in Psychiatry. *Psychiatry* 2007, 6:49–51 (Elsevier)
36. Widdershoven G, Bergahmans R. Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. *J Med Ethics* 2001, 27:92–97
37. Scheyett A, Kim M, Swanson J, Swartz M. Psychiatric Advance Directives: A tool for consumer empowerment and recovery. *Psych Rehab J* 2007, 31:70–75
38. Council of Europe, Recommendation of the Committee of Ministers, No. R 1859 (2012) Available www.coe.int/
39. Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/Α/28.11.05), Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Αλληλογραφία: Μ. Μητροσύλη, Δικηγόρος, Επίκουρος Καθηγήτρια
Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας-Πρόνοιας, Α-ΤΕΙ Αθήνας, Ευγενίου
Βουλγάρεως 34Α, 116 36 Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-92 48 417
e-mail: mariamitrossili@gmail.com

Υπογονιμότητα: Ψυχολογικές-ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις και γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις

Χ. Μήτση,¹ Κ. Ευθυμίου^{1,2}

¹Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, ²Τομέας Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:293–302

Η υπογονιμότητα είναι η ανικανότητα για φυσιολογική σύλληψη παιδιού ή η ανικανότητα να ολοκληρωθεί η εγκυμοσύνη. Οι αιτίες αφορούν τόσο στη γυναίκα όσο και στον άνδρα. Συγκλίνουσες μετρήσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ένα στα έξι ζευγάρια θα αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια του κοινού βίου του κάποια μορφή υπογονιμότητας, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την κατατάσσει πλέον στα μείζονα θέματα της παγκόσμιας δημόσιας υγείας. Οι προσφερόμενες θεραπείες και οι ερευνητικές μελέτες στον χώρο αυτόν έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο τα ποσοστά επιτυχίας των υπάρχοντων ιατρικών παρεμβάσεων αφήνουν ακάλυπτο ένα μεγάλο ποσοστό ζευγαριών, ενώ το κόστος –τόσο το οικονομικό όσο και το συναισθηματικό– για το ζευγάρι που εισέρχεται στη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ υψηλό, μιας και από την πρώτη φάση της διάγνωσης μέχρι την τελική θεραπευτική αντιμετώπιση τα άτομα αναγκάζονται να έρθουν αντιμέτωπα με πολλές και επίπονες ιατρικές διαδικασίες οι οποίες είναι ιδιαίτερα στρεσογόνες και κατά τη διάρκεια των οποίων τα άτομα βιώνουν ματαίωση, θυμό και αποτυχία. Η διάγνωση της υπογονιμότητας αποτελεί ένα ιδιαίτερα δύσκολο γεγονός στη ζωή ενός ζευγαριού και στη φάση αυτή εμφανίζονται πολύ συχνά καταθλιπτικά, ψυχοσωματικά και αγχώδη συμπτώματα στα υπογόνιμα ζευγάρια, τα οποία με τη σειρά τους δυσχεραίνουν την αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων. Το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαφόρων μορφών υπογονιμότητας, έχει στραφεί τα τελευταία χρόνια και σε άλλες κατευθύνσεις εκτός των ιατρικών παρεμβάσεων. Η σημασία της σχέσης νου-σώματος (mind-body connection) και η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στην υπογονιμότητα έχει εντωμεταξύ γίνει σαφής και το επιστημονικό ενδιαφέρον για τη διερεύνηση αυτής της σχέσης έντονο. Το εύρημα αυτό έχει οδηγήσει στη σταδιακή διερεύνηση πιθανής χρήσης διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, σε συνδυασμό με τις υπάρχουσες ιατρικές θεραπευτικές μεθόδους, μιας και η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στα ζευγάρια αυτά φαίνεται πως είναι βοηθητική για ένα καλό αποτέλεσμα στη θεραπευτική διαδικασία. Ιδιαίτερα, η συμβολή της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας (ΓΣΘ) έχει αναγνωρισθεί ως σημαντική, και ολοένα περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ατομικά αλλά και κυρίως ομαδικά δομημένα πρωτόκολλα παρεμβάσεων –στηριζόμενα σε αυτό το μοντέλο ψυχοθεραπείας– οδηγούν σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα, αφενός μειώνοντας τις ψυχολογικές επιπτώσεις μιας πιθανής απο-

τυχίας σύλληψης και αφετέρου αυξάνοντας έμμεσα την πιθανότητα σύλληψης, μέσω της μείωσης της ψυχολογικής επιβάρυνσης, του στρες και του ελέγχου των διαταραχών της διάθεσης. Η εφαρμογή της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας κυρίως μέσω ομαδικών δομημένων προγραμμάτων φαίνεται να βελτιώνει τα συμπτώματα αυτά και σύμφωνα με τα ευρήματα της μέχρι τώρα έρευνας, πιθανώς να βοηθά στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα κατά τη φάση της ιατρικής παρέμβασης, τουλάχιστον για κάποιες μορφές υπογονιμότητας.

Λέξεις ευρετηρίου: Υπογονιμότητα, εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), ψυχολογικές επιπτώσεις, ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις, γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Εισαγωγή

Η υπογονιμότητα είναι η ανικανότητα για φυσιολογική σύλληψη παιδιού ή η ανικανότητα να ολοκληρωθεί η εγκυμοσύνη. Ωστόσο για να θεωρηθεί ένα ζευγάρι υπογόνιμο πρέπει να πληρούνται τα εξής βασικά κριτήρια: (1) το ζευγάρι να μην έχει συλλάβει μετά από 12 μήνες προσπάθειας όταν η γυναίκα είναι κάτω των 35 ετών, (2) το ζευγάρι να μην έχει συλλάβει μετά από εξαμήνη προσπάθεια, όταν η γυναίκα είναι πάνω από 35, και (3) όταν παρότι η γυναίκα καταφέρνει να συλλάβει, να μη μπορεί να φέρει εις πέρας την εγκυμοσύνη.^{1,2}

Τα επιδημιολογικά στοιχεία για την υπογονιμότητα και τις ηλικίες που πλήττονται από αυτήν, δείχνουν ότι επηρεάζεται το 10% των ατόμων σε παραγωγική ηλικία και το 15% των ζευγαριών που προσπαθούν να τεκνοποιήσουν. Το 40% των περιπτώσεων οφείλονται σε συμμετοχή του άνδρα, το 40% των περιπτώσεων οφείλονται σε συμμετοχή της γυναίκας και στο 20% των περιπτώσεων συμμετέχουν και οι δύο ή η υπογονιμότητα δεν μπορεί να αποδοθεί σε έναν από τους δύο συντρόφους καθότι δεν μπορεί να προσδιορισθεί σαφής αιτιολογικός παράγοντας για την ύπαρξη της υπογονιμότητας, ή υπάρχουν κάποιοι σημαντικοί ψυχολογικοί παράγοντες που εμποδίζουν τη διαδικασία της γονιμοποίησης.^{3,4}

Αναφορικά με τις αιτίες για την ύπαρξη της υπογονιμότητας σε ένα ζευγάρι, φαίνεται πως αυτές δεν είναι πάντοτε ξεκάθαρες, αλλά γενικά οι πιο συχνές είναι οι εξής: όσον αφορά στη γυναικεία υπογονιμότητα αυτή μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, στην ύπαρξη διαβήτη, σε ορμονικές διαταραχές (μειωμένη έκκριση LH, FSH), σε προβλήματα στην ωορρηξία, σε διαταραχές των σαλπίγγων, της μήτρας και του τραχήλου ή σε ενδομητρίωση και μολύνσεις της αναπαραγωγικής δόδου, ή εξαιτίας ανοσολογικών προβλημάτων που εμποδίζουν τη γονιμοποίηση

ή την εμφύτευση.⁵ Η ανδρική υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε ενδοκρινολογικούς παράγοντες, σε υποθαλαμικές ανωμαλίες, σε χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, σε μειωμένη παραγωγή και παροχή του ικανοποιητικού αριθμού υγιών σπερματοζωαρίων.^{2,6}

Παρόλο που η εμφάνιση της υπογονιμότητας παραμένει στα ίδια επίπεδα από την αρχή του 20ού αιώνα, οι προσφερόμενες θεραπείες και οι ερευνητικές μελέτες στον χώρο αυτόν, στην παρούσα φάση έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια.⁷ Ωστόσο τα ποσοστά επιτυχίας των υπάρχοντων ιατρικών παρεμβάσεων συνήθως κυμαίνονται από 20% έως 23%, ενώ το κόστος –τόσο το οικονομικό όσο και το συναισθηματικό– για το ζευγάρι που εισέρχεται στη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ υψηλό, μιας και από τη πρώτη φάση της διάγνωσης μέχρι την τελική θεραπευτική αντιμετώπιση τα άτομα αναγκάζονται να έρθουν αντιμέτωπα με πολλές και επίπονες ιατρικές διαδικασίες οι οποίες είναι ιδιαίτερα στρεσογόνες και κατά τη διάρκεια των οποίων τα άτομα βιώνουν ματαίωση και αποτυχία.^{4,2}

Αντίθετα, αρχίζει πια και γίνεται σαφής η σημασία της σχέσης νου-σώματος (mind-body connection) και η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στην υπογονιμότητα. Το εύρημα αυτό έχει οδηγήσει στη σταδιακή χρήση διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, σε συνδυασμό με τις υπάρχουσες ιατρικές θεραπευτικές μεθόδους, μιας και μία ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στα ζευγάρια αυτά φαίνεται πως είναι βοηθητική για ένα καλό αποτέλεσμα στη θεραπευτική διαδικασία.^{8,9} Ιδιαίτερα, η μελέτη και η χρήση της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας (ΓΣΘ) έχει δείξει πως στην περίπτωση της υπογονιμότητας τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά για τη μείωση των ψυχολογικών επιπτώσεων αλλά και για την πιθανότητα σύλληψης.^{10,11}

Στο παρόν άρθρο γίνεται ανασκόπηση των ψυχολογικών παραγόντων που πιθανώς επηρεάζουν την υπογονιμότητα ή την επίδρασή τους στην απόπειρα γονιμοποίησης με τις υπάρχουσες θεραπευτικές τεχνικές. Επιπλέον, γίνεται σύντομη αναφορά στις ψυχολογικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας εν γένει και της εμπειρίας της θεραπευτικής διαδικασίας στο ζευγάρι. Τέλος, μελετάται η αποτελεσματικότητα της Ομαδικής Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας σε ζευγάρια, και γίνονται κάποιες προτάσεις όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση της υπογονιμότητας.

Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της υπογονιμότητας

Το ψυχολογικό στρες είναι παρόν σε καταστάσεις υπογονιμότητας και πολλές φορές δυσκολεύει ιδιαίτερα τόσο την αποτελεσματικότητα των ιατρικών μεθόδων όσο και την ίδια τη ζωή των ατόμων.¹² Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι σχέσεων μεταξύ της υπογονιμότητας και των ψυχολογικών παραγόντων. Ο πρώτος αναφέρεται στην επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στην ικανότητα σύλληψης, ο δεύτερος στην επίδραση της διάγνωσης της υπογονιμότητας στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και στην πιθανή εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων,³ και ο τρίτος αναφέρεται στην ταυτόχρονη και αμφίδρομη σχέση των ψυχολογικών παραγόντων και της υπογονιμότητας, χωρίς να ασχολείται με τις δύο παραμέτρους σε πλαίσιο αιτίου-αιτιατού.

Και οι τρεις τύποι σχέσεων των ψυχολογικών παραγόντων βασίζονται στο μοντέλο του ψυχοενδοκρινολογικού στρες της υπογονιμότητας¹³ με βάση το οποίο γίνεται η υπόθεση πως η ύπαρξη αυξημένου στρες μπορεί να οδηγήσει μέσω του υποθαλαμικού-υποφυσιακού-επινεφριδιακού άξονα, σε προβλήματα στην αναπαραγωγική λειτουργία, στα επίπεδα συγκέντρωσης κορτιζόλης στο αίμα και στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και της καρδιαγγειακής λειτουργίας, προβλήματα τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τόσο την ικανότητα σύλληψης όσο και τα αποτελέσματα των ιατρικών παρεμβάσεων.^{5,14,15}

Ωστόσο, παρόλο που η ύπαρξη ψυχολογικών συνεπειών στην υπογονιμότητα είναι συχνή, οι δύο κύριες υποθέσεις για τη σχέση των ψυχολογικών παραγόντων και της υπογονιμότητας δεν έχουν ακόμη επιβεβαιωθεί, μιας και πολλές φορές τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα όσον αφορά στην επίδραση της

μιας στην άλλη και στον καθορισμό τους με όρους αιτίου-αιτιατού.¹⁶

Η υπογονιμότητα ως αποτέλεσμα των ψυχολογικών παραγόντων

Το κύριο εύρημα σε αυτήν την υπόθεση αφορά στην επίδραση του στρες και διαφόρων συναισθηματικών καταστάσεων στη νευροενδοκρινολογική λειτουργία, στην ικανότητα εγκυμοσύνης και στο αποτέλεσμα της υποβοηθούμενης σύλληψης.³ Η παρουσία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, αρκετών αρνητικών γεγονότων ζωής, φοβικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας (phobic traits), εργασιακού άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αναφέρεται ότι μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα σύλληψης και την εμφάνιση της υπογονιμότητας.³ Μια πρόσφατη μελέτη υποστηρίζει πως τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα όπως υψηλό άγχος, καταθλιπτικά και σωματικά συμπτώματα, έχουν λιγότερες πιθανότητες να επιτύχουν μια σύλληψη σε μέσον όρο 28 μηνών από τη στιγμή που γίνεται η εξέταση.¹⁷ Αντίστοιχα, φαίνεται πως τα επίπεδα άγχους που έχουν τα ζευγάρια στην πρώτη τους επαφή με το ιατρικό προσωπικό, συσχετίζονται αρνητικά με την απόκτηση παιδιού για το επόμενο εξάμηνο τουλάχιστον, της παρακολούθησής τους.¹⁸ Επίσης, κάποιιοι επιπλέον ψυχολογικοί παράγοντες έχουν θεωρηθεί πως συμβάλλουν στην ανικανότητα σύλληψης και αυτοί είναι η ικανοποίηση του ζευγαριού –τόσο από τη μεταξύ τους σχέση όσο και από τη ζωή του γενικά–, οι ερμηνείες των ατόμων για την υπογονιμότητα και οι αιτιώδεις αποδόσεις γι' αυτή, στον εαυτό τους ή στον σύντροφό τους.¹⁷ Ωστόσο κάποιες άλλες μελέτες, όπως αυτή των Downey και McKinney¹⁹ δεν υποστηρίζουν την αιτιακή σχέση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων όπως για παράδειγμα των καταθλιπτικών/ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και του άγχους από τη μια, και της υπογονιμότητας από την άλλη.

Οι ψυχολογικές συνέπειες της υπογονιμότητας

Το δεύτερο μοντέλο αναφέρει πως η εμπειρία της υπογονιμότητας επιβάλλει συναισθηματικό βάρος στο άτομο και στο ζευγάρι. Αυτή η κατάσταση είναι πηγή ψυχολογικού και κοινωνικού στρες. Σχεδόν οι μισές γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία γονιμότητας χαρακτηρίζουν την υπογονιμότητα ως την πιο στρεσογόνο εμπειρία της ζωής τους.³ Ταυτόχρονα ένα ζευγάρι που προσπαθεί να συλλάβει και δεν τα

καταφέρνει, θα βιώσει σίγουρα απογοήτευση και ματαίωση. Ιδιαίτερα αν η διαδικασία χαρακτηριστεί ως «υπογονιμότητα» μπορεί να καταλήξει σε προσβολή της αυτοπεποίθησης μιας και η διάγνωση της υπογονιμότητας και οι συνεχείς, πολλές φορές, απόπειρες θεραπείας έχουν επίδραση στην εικόνα σώματος των ατόμων και στην αίσθηση της ελκυστικότητάς τους. Ταυτόχρονα, η διάγνωση της υπογονιμότητας φαίνεται ότι παράγει άγχος, καταθλιπτική διάθεση και έντονο θυμό.¹⁶ Τα συμπτώματα αυτά αυξάνουν ανάλογα με τη φάση της θεραπείας και είναι ιδιαίτερα έντονα κατά την αναμονή των αποτελεσμάτων και κατά τη φάση που πρέπει να αντιμετωπιστεί μία αποτυχία στη θεραπευτική παρέμβαση.¹⁶ Μπορεί επίσης να διαφέρουν ανάλογα με το πού και σε ποιον αποδίδεται η ευθύνη για την υπογονιμότητα.²⁰ Πολλές φορές ωστόσο ο θυμός που βιώνουν τα υπογόνιμα ζευγάρια δεν εκφράζεται, κάτι το οποίο φαίνεται να δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στη λειτουργία του οργανισμού.²¹ Το ζευγάρι –τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα– χάνουν το αίσθημα της ταυτότητας (αφού δεν μπορούν να ανταποκριθούν στον ρόλο τους) και ως αποτέλεσμα αυτών ενεργοποιούνται σχήματα αναξιοσύνης και ανεπάρκειας τα οποία δυσχεραίνουν τη θεραπεία.¹⁶

Η ύπαρξη κατάθλιψης στην υπογονιμότητα

Η εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου στα ζευγάρια που προσέρχονται για θεραπεία υπογονιμότητας ποικίλει από 15–54%.^{20,22,23} Οι γυναίκες με ιστορικό καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχουν διπλάσιες πιθανότητες για εμφάνιση υπογονιμότητας.¹¹ Η ύπαρξη κατάθλιψης μπορεί να αναστείλει τη γονιμότητα και να οδηγήσει σε χαμηλά ποσοστά επιτυχούς εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF).²⁰ Σε μια μελέτη βρέθηκε πως οι γυναίκες που είχαν ανεπιτυχή έκβαση στη θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) και στο παρελθόν είχαν εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα, σε επόμενες προσπάθειες είχαν ένα ποσοστό επιτυχίας 13%, σε αντίθεση με εκείνες που δεν είχαν εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα και πέτυχαν τελικά τη γονιμοποίηση σε ποσοστό 29%.²⁴

Αντίστροφα, οι γυναίκες που περιμένουν να υποβληθούν σε θεραπεία υπογονιμότητας (IVF), φαίνεται να εμφανίζουν τέσσερις φορές πιο συχνά καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς προβλήματα γονιμότητας.³ Τα χαρακτηριστικά αυτά

είναι πιο έντονα μετά από αποτυχημένες προσπάθειες, κατά τη διάρκεια της αναμονής των αποτελεσμάτων και μετά από την πρώτη προσπάθεια για τεχνητή γονιμοποίηση.¹⁶ Ωστόσο, παρά τη μεγάλη αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των συμπτωμάτων άγχους κατά την περίοδο της διαδικασίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μέσω IVF, έχει αναφερθεί πως στα ζευγάρια τα οποία αποτυγχάνουν τελικά να αποκτήσουν παιδί, τα συμπτώματα αυτά επανέρχονται τελικά στο αρχικό επίπεδο χωρίς επιπλοκές. Αυτή η καλή προσαρμογή φαίνεται να συνδέεται κυρίως με την αλλαγή των στόχων ζωής εκ μέρους του ζευγαριού, μια προσαρμογή που είναι πολύ δύσκολη και με πιθανή παραμονή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην περίπτωση που το ζευγάρι επιμένει στις συνεχείς προσπάθειες για τεκνοποίηση.²⁵

Σε σχέση με τις συνεχείς προσπάθειες για τεκνοποίηση, ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι αυτό της μεγιστοποίησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των γυναικών στον δεύτερο με τρίτο χρόνο της υπογονιμότητας, σε σύγκριση με αυτές που βιώνουν το πρόβλημα για λιγότερο από έναν χρόνο ή για περισσότερο από 6 χρόνια.³ Αυτή η αλλαγή ουσιαστικά φαίνεται να σχετίζεται με το ότι στην αρχή της διάγνωσης, η ύπαρξη ελπίδας προστατεύει τις γυναίκες από την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και μετά τα έξι χρόνια η αποδοχή της κατάστασης τις προστατεύει από την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή τους βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό την ήδη υπάρχουσα κατάθλιψη.³ Τα πιο πάνω δεδομένα καθιστούν σαφές πως η εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να επηρεάσει την πορεία της υπογονιμότητας αλλά και την ποιότητα ζωής και για τον λόγο αυτόν ίσως θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν.

Η ύπαρξη άγχους στην υπογονιμότητα

Αντίστοιχες μελέτες για το κλινικό άγχος στα υπογόνιμα ζευγάρια δείχνουν πως η εμφάνιση άγχους είναι συχνότερη στα ζευγάρια αυτά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και η εμφάνιση του κλινικού άγχους σε αυτά τα ζευγάρια αγγίζει το 8–18%.^{26,23} Από τη φάση των εξετάσεων για τη διάγνωση της υπογονιμότητας, τα ζευγάρια βιώνουν έντονο άγχος λόγω κυρίως της συμμετοχής του ιατρικού προσωπικού σε πτυχές του ζευγαριού που δεν είναι ανακοινώσιμες.⁴ Ταυτόχρονα εμφανίζεται ένα είδος σύγκρουσης στα

άτομα μεταξύ της αντιμετώπισης της τεχνητής γονιμοποίησης ως του μόνου τρόπου για την απόκτηση παιδιού και της ενοχής και αβεβαιότητας για τη χρήση μιας «μη φυσικής» τεχνικής, μια σύγκρουση η οποία τελικά παράγει άγχος.⁴ Το άγχος μπορεί να αυξάνεται στις περιόδους που το ζευγάρι βρίσκεται στη διαδικασία μιας ακόμη προσπάθειας, κατά τη φάση των μακροχρόνιων διαγνωστικών διαδικασιών ή των μακροχρόνιων θεραπευτικών παρεμβάσεων,¹⁶ ενώ ταυτόχρονα σε κάθε νέα προσπάθεια αυξάνεται και η ντροπή.²⁷

Μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια σύλληψης, το άγχος και η κατάθλιψη αυξάνονται, ωστόσο όταν υπάρχουν κάποιοι αρνητικοί παράγοντες όπως η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οι ελλιπείς δεξιότητες, η μειωμένη ικανοποίηση από τον γάμο και η ύπαρξη γνωσιακών παραποιήσεων, τα συμπτώματα επιδεινώνονται.²⁸ Μάλιστα έχει υποστηριχθεί πως όλοι αυτοί οι αρνητικοί παράγοντες μπορούν επηρεάσουν ακόμη και τα αποτελέσματα μιας θεραπευτικής παρέμβασης, π.χ. IVF.¹⁷ Ταυτόχρονα έχει βρεθεί πως κατά τη φάση της προσπάθειας γονιμοποίησης μπορεί να εμφανιστεί σωματοποίηση του άγχους.²⁹

Ωστόσο φαίνεται πως και μετά την επιτυχημένη IVF τα ζευγάρια βιώνουν έντονο στρες σε σχέση με τα ζευγάρια που συλλαμβάνουν φυσιολογικά.³⁰ Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε επιτυχημένη IVF τείνουν να έχουν μεγαλύτερη μυϊκή ένταση, υψηλότερα ποσοστά άγχους όσον αφορά στην πιθανότητα αποβολής, σωματικό άγχος, θυμό και ενοχή. Αντίστοιχα, οι άνδρες μετά από IVF τείνουν να έχουν υψηλότερο άγχος που πηγάζει από τη σκέψη ότι το παιδί δεν θα είναι φυσιολογικό, σε σχέση με τους άνδρες με φυσιολογική σύλληψη.³⁰

Παρόλ' αυτά, η υπόθεση ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους επιδρούν στη γονιμότητα και η μείωση του άγχους βοηθάει στην προσπάθεια σύλληψης, δεν έχει επιβεβαιωθεί πλήρως και μάλιστα υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν πως δεν υπάρχει επίδραση του στρες στη θεραπεία με IVF.³¹ Μάλιστα, σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην ύπαρξη στρες μεταξύ των γυναικών που είχαν επιτυχημένη IVF και αυτών που δεν τα κατάφεραν τελικά.³² Ωστόσο ο όγκος των εργασιών τα τελευταία χρόνια που υποστηρίζουν τη συμμετοχή του άγχους στη διαδικασία σύλληψης και τη συμβολή της

ψυχοθεραπείας στη βελτίωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης είναι μεγάλος.^{11,4,14}

Οι στόχοι της ΓΣΘ στη θεραπεία υπογονιμότητας

Με βάση την πληθώρα των ευρημάτων που υποστηρίζουν τόσο την ύπαρξη της επίδρασης του άγχους στην υπογονιμότητα αλλά και αντίστροφα, την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων άγχους στα υπογόνιμα ζευγάρια, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως τα προγράμματα θεραπείας της υπογονιμότητας θα πρέπει πια να περιλαμβάνουν και μια ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της κατάστασης.^{11,4} Ως εκ τούτου προτείνεται πως η κατάθλιψη δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως στάδιο πένθους, αλλά και ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει έντονα τη ζωή του υπογόνιμου ζευγαριού, και λόγω του ότι η Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία είναι αυτή που συστήνεται για την κατάθλιψη, η χρήση της στην περίπτωση της υπογονιμότητας φαίνεται να είναι ιδιαίτερος χρήσιμη.³³ Μάλιστα σε μια πρόσφατη μελέτη αναφέρεται πως ακόμη και η παροχή ενός τηλεσυμβουλευτικού προγράμματος ψυχοεκπαίδευσης για τις υπογόνιμες γυναίκες, μπορεί να έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα στο στρες που βιώνουν, αν και στο άρθρο δεν αναφέρονται εκτεταμένα οι πληροφορίες που παρέχονται.³⁴

Όσον αφορά στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με το μοντέλο της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας (ΓΣΘ), οι στόχοι της στη θεραπεία υπογονιμότητας είναι κυρίως: η κατανόηση και αντιμετώπιση των πολλών και μακρόχρονων ιατρικών διαδικασιών, η αντιμετώπιση των γνωσιακών και συναισθηματικών αντιδράσεων που προκαλούνται από τη δυσκολία σύλληψης, η μείωση του άγχους, η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η προσπάθεια αύξησης της πιθανότητας σύλληψης, η βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας του ζευγαριού και η ικανοποίηση, η μείωση της αίσθησης της αβοηθητότητας, η βελτίωση της επικοινωνίας στο ζευγάρι και η προσαρμογή στη νέα κατάσταση.^{4,11,35}

Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ομαδικής ΓΣ ψυχοθεραπείας σε ζευγάρια με πρόβλημα υπογονιμότητας διαρκεί συνήθως 4–6 μήνες, περιλαμβάνει μία θεραπευτική συνεδρία κάθε εβδομάδα η οποία διαρκεί 2 ώρες και ανάλογα με το πλαίσιο μπορούν ή όχι να συμμετέχουν και τα δύο μέλη του ζευγα-

ριού. Αποτελείται από τρία μέρη: (1) το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο, (2) τις τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης άγχους και (3) τις γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Ωστόσο οι τρεις φάσεις στην ομαδική ΓΣΘ μπορούν εναλλακτικά να χρησιμοποιηθούν ως μεμονωμένες παρεμβάσεις, οι οποίες όμως θα έχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά όμως την αμοιβαία υποστήριξη την οποία δίνουν τα μέλη μεταξύ τους, την εστίαση σε συγκεκριμένα τρέχοντα προβλήματα, και τη διάδραση μεταξύ των θεραπευόμενων.³⁶

Οι τρεις φάσεις της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας στην υπογονιμότητα περιλαμβάνουν κάποιες επιμέρους τεχνικές που είναι διαφορετικές για την κάθε μία. Η φάση της ψυχοεκπαίδευσης μπορεί να περιλαμβάνει τρία βασικά στοιχεία: (α) ενημέρωση για την υπογονιμότητα, (β) ενημέρωση για τη σωστή διατροφή (υγιεινή του ύπνου, διακοπή καπνίσματος, αλκοόλ, μείωση καφεΐνης), (γ) ενημέρωση για την άσκηση και (δ) ενημέρωση για την επίδραση της υπογονιμότητας στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων και στη σχέση τους.^{11,14} Η φάση των τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης άγχους μπορεί να περιλαμβάνει κυρίως τις εξής τεχνικές: (α) προοδευτική μυϊκή χαλάρωση,³⁷ (β) τεχνικές καθοδηγούμενης φαντασίας, (γ) αυτογενή εκπαίδευση, (δ) αναγνώριση στρεσογόνων παραγόντων, (ε) αυτοπαρατήρηση άγχους (καταγραφή των καταστάσεων που θεωρούν αγχογόνες και εμφανίζουν άγχος), (στ) αναγνώριση του τι προηγείται του άγχους, (ζ) διαφραγματική αναπνοή.^{11,4} Τέλος η τρίτη φάση των γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών μπορεί να περιλαμβάνει τις εξής τεχνικές: (α) εκπαίδευση στο Γνωσιακό μοντέλο, (β) εστίαση και αναγνώριση των γνωσιακών παραποιήσεων που σχετίζονται με την υπογονιμότητα, (γ) εστίαση στα αρνητικά συναισθήματα, κυρίως θυμού και ενοχής, και απελπισίας, (δ) γνωσιακή αναδόμηση – π.χ. των μη ρεαλιστικών στόχων (για παράδειγμα μια συμμετέχουσα που έχει αναγνωρίσει την αυτόματη σκέψη «Δεν θα αποκτήσω ποτέ παιδί» μπορεί να αναδομήσει τη σκέψη αυτή ως εξής: «Κάνω ό,τι μπορώ για να μείνω έγκυος»), (ε) εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, (στ) εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά, (ζ) άσκηση στην επικοινωνία, (η) βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας του ζευγαριού, (θ) πρόγραμμα ευχάριστων δραστηριοτήτων.³⁸

Η αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στις ομάδες υπογόνιμων ατόμων

Οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στα υπογόνιμα ζευγάρια μέχρι τώρα δείχνουν πως η συγκεκριμένη παρέμβαση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική κατά τη διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας.³⁵ Μάλιστα έχει υποστηριχθεί πως ακόμη και μετά την επιτυχημένη τεχνητή γονιμοποίηση (IVF) τα ζευγάρια ίσως θα έπρεπε να συνεχίζουν την ψυχοθεραπεία για τη μείωση του άγχους στα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης.³⁰

Τα πιο βασικά αποτελέσματα μετά τη χρήση της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας στην υπογονιμότητα είναι τα μειωμένα επίπεδα άγχους,⁴ η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των σκέψεων της αβοηθητότητας, καθώς και η μείωση του συζυγικού άγχους και η βελτίωση της σεξουαλικής ζωής του ζευγαριού.³⁵

Σε μια μελέτη φάνηκε πως μετά από παρέμβαση ομαδικής ΓΣΘ σε γυναίκες που προσπαθούσαν να συλλάβουν για 1–2 χρόνια, ο ρυθμός σύλληψης στην ομάδα της ΓΣΘ σε σχέση με την ομάδα που δεν έλαβε καμία ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, ήταν αυξημένος και στατιστικά σημαντικός.¹¹ Επίσης σε μια σχετικά πρόσφατη μελέτη των Berga et al,³⁹ στην οποία η υπογονιμότητα οφειλόταν σε υποθαλαμική αμηνόρροια, η χρήση ΓΣ παρέμβασης οδήγησε σε βελτίωση της παραγωγής ωαρίων κατά 87,5%. Αντίστοιχα, μετά από τη ΓΣΘ παρέμβαση σε ομάδες στις οποίες συμμετείχαν και οι άνδρες, η συγκέντρωση των σπερματοζωαρίων αυξήθηκε και συνεπώς, υπήρχαν περισσότερες πιθανότητες σύλληψης,³⁵ ενώ η χρήση της ΓΣΘ σε ομάδες υπογόνιμων γυναικών οι οποίες είχαν αυξημένη αντίδραση του συμπαθητικού συστήματος (αυξημένα επίπεδα άγχους) φάνηκε να μειώνει την αντίδραση του συστήματος υποθάλαμος-υπόφυση-αδρενεργικός άξονας, σε στρεσογόνους παράγοντες, με αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους.¹⁴ Σε μια αντίστοιχη μελέτη αναφέρθηκε πως ακόμη και στις περιπτώσεις που η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε υπερδραστηριότητα του HPA –συνεπώς μπορεί να αποκατασταθεί με χορήγηση γοναδοτροπινών– η χρήση της ΓΣΘ φάνηκε να παρέχει τη δυνατότητα παραγωγής ωαρίων, σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη καταστολή της λειτουργίας του HPA, η οποία δεν έχει αποκα-

τασταθεί μόνο με τη χορήγηση γοναδοτροπινών.⁴⁰ Η συνέχιση της αυξημένης ενεργοποίησης του HPA, παρά την παραγωγή ωαρίων μέσω της χορήγησης γοναδοτροπινών, μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές τόσο στην εγκυμοσύνη όσο στο νεογνό.^{40,41} Μια αντίστοιχη μελέτη των Brundu et al⁴² στην οποία χρησιμοποιήθηκε η ΓΣΘ με σκοπό να βελτιωθούν οι προβληματικές συμπεριφορές λόγω άγχους των γυναικών με λειτουργική υποθαλαμική αμηνόρροια, βρέθηκε ότι η αμηνόρροια ανεστάλη στις περισσότερες γυναίκες, πιθανώς μέσω της καταστολής της λειτουργίας του υποθαλαμο-υπόφυση-αδρενεργικού άξονα (HPA) και της επακόλουθης αύξησης της GnRH ορμόνης.

Σε άλλες μελέτες έχει βρεθεί πως η ΓΣΘ βοηθάει στην πρόληψη εμφάνισης έντονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων που είναι ιδιαίτερα εμφανή κατά τον δεύτερο και τον τρίτο χρόνο της υπογονιμότητας,¹¹ και στη βελτίωση στην ικανότητα χειρισμού των αλλαγών στην ενδοοικογενειακή/συζυγική επικοινωνία, με αποτέλεσμα την καλύτερη επικοινωνία ανάμεσα στο ζευγάρι, τόσο σε θέματα που αφορούν την υπογονιμότητα και τους χειρισμούς της, όσο και σε ανεξάρτητα θέματα.¹⁰

Επίσης η χρήση της ΓΣΘ σε ομάδες ζευγαριών κατά τη διάρκεια της αναμονής για τη θεραπεία με εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), φαίνεται να μειώνει την αίσθηση του άγχους, τη σωματοποίηση και την αίσθηση αβοηθητότητας, τα οποία αυξάνονται κατά την περίοδο αναμονής.²⁸

Τέλος, υπάρχουν κάποιες αναφορές που υποστηρίζουν πως τα ζευγάρια που λαμβάνουν μέρος σε ομάδες ΓΣΘ τείνουν να εμφανίζουν μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυξημένα ποσοστά σύλληψης,^{43,44} κάτι το οποίο ωστόσο δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα.³

Σε δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών στην υπογονιμότητα βρέθηκε πως δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ ομαδικής και ατομικής ψυχοθεραπείας ως προς τα αποτελέσματα.^{9,44} Ωστόσο οι ομαδικές παρεμβάσεις που έχουν στόχο την ψυχοεκπαίδευση και οι οποίες περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε δεξιότητες, τεχνικές διαχείρισης άγχους και τεχνικές χαλάρωσης, φαίνεται πως έχουν καλύτερα αποτελέσματα ως προς την ικανότητα αντιμετώπισης οποιασδήποτε έκβασης στη θεραπεία υπογονιμότητας, σε σύγκριση με αυτές που είναι κυρίως υποστηρικτικές.

Ταυτόχρονα το κύριο εύρημα και των δύο ήταν πως οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις οδηγούσαν στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του άγχους, και ότι είναι πιθανό να βοηθούν στην αύξηση των ποσοστών σύλληψης. Τέλος, φαίνεται πως τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες ωφελούνται εξίσου από τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις κατά τη φάση της θεραπείας της υπογονιμότητας.^{9,44}

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα συμπτώματα άγχους είναι αρκετά συχνά στα υπογόνιμα ζευγάρια και –σύμφωνα με μια μερίδα εργασιών– πολλές φορές μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα σύλληψης κατά τη διάρκεια κάποιας θεραπευτικής αντιμετώπισης της υπογονιμότητας με ιατρικά μέσα.³ Με βάση λοιπόν τα δεδομένα για την έντονη αλληλεπίδραση της υπογονιμότητας και των ψυχολογικών παραγόντων, η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία αποτελεί μια ιδιαίτερα φιλόδοξη επικουρική παρέμβαση στη θεραπεία της υπογονιμότητας, η αποτελεσματικότητα της οποίας φαίνεται να έχει τεκμηριωθεί μέσα από ένα πλήθος ερευνών.^{3,45,46,35}

Ωστόσο, αυτό που καθίσταται πλέον σαφές είναι η αποτελεσματικότητα της ομαδικής ΓΣΘ ως προς τη βελτίωση του άγχους/κατάθλιψης που νιώθουν τα ζευγάρια, ως προς την ικανότητα χειρισμού του στρες που παράγει η ίδια η διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, και ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.^{44,3,4} Μάλιστα προτείνεται η άμεση παρέμβαση με τη Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία έτσι ώστε να υπάρχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, μιας και φαίνεται πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνουν καθώς αυξάνεται και η διάρκεια της υπογονιμότητας.⁴⁴

Παρόλ' αυτά τα αποτελέσματα παραμένουν ακόμη αντικρουόμενα ως προς την αύξηση του αριθμού των συλλήψεων μετά από ΓΣΘ.³ Το εύρημα της θετικής επίδρασης της ΓΣΘ στην πορεία της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης, ενώ υποστηρίζεται από μέρος των μελετών,^{35,11} δεν είναι καθολικά αποδεκτό, εφόσον προς το παρόν είναι αρκετά επίφοβο να αποδοθεί η οποιαδήποτε επιτυχημένη σύλληψη αποκλειστικά στη χρήση της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής ή οποιασδήποτε άλλης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, καθότι πάντοτε παρεμβάλλεται η ιατρική θερα-

πρωτογενή παθολογία.⁴⁴ Μάλιστα, από τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι κάποιες μορφές υπογονιμότητας –π.χ. υποθαλαμική αμηνόρροια– έχουν μελετηθεί αρκετά ως προς τα αποτελέσματα της ΓΣΘ,⁴⁰ ενώ κάποιες άλλες βρίσκονται ακόμη υπό έρευνα. Για τον λόγο αυτόν θα ήταν σκόπιμο οι μελ-

οντικές μελέτες που θα αφορούν στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης να ενσωματώσουν συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις έτσι ώστε να μελετηθεί προσεκτικά η επίδραση της ψυχοθεραπείας στην αύξηση του ρυθμού σύλληψης στις διάφορες μορφές υπογονιμότητας.

Infertility: Psychological-psychopathological consequences and cognitive-behavioural interventions

C. Mitsi,¹ K. Efthimiou^{1,2}

¹*Institute of Behavioral Research and Therapy, Athens,* ²*Department of Psychology, School of Philosophy, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece*

Psychiatriki 2014, 25:293–302

Infertility primarily refers to the biological inability of a man or a woman to contribute to conception. Infertility may also refer to the state of a woman who is unable to carry a pregnancy to full term, however other causes can be found in both sexes. The diagnosis of infertility and the concurrent medical treatment are rather stressful events for the couple and can provoke a number of negative symptoms such as depression, anxiety and psychosomatic symptoms which may interfere with the medical therapeutic procedures especially with the *in-vitro* fertilisation technique. The relationship between infertility and psychological factors has not been explored fully and are still under research. However current findings can be summarized in three basic hypotheses; namely, the effect of psychological factors on the appearance of infertility, the psychological consequences of infertility at the couple, and the reciprocal relation of psychological factors and infertility. Stress and anxiety activate the hypothalamic-adrenal axis (HPA), and this activation can disturb the hormones of fertility. The presence of depressive/anxiety symptoms seems to have a negative impact on the treatment of infertility and sometimes can be a risk factor for lower pregnancy rate. There is a possibility that psychological complaints could develop, prior, during and after the diagnosis of infertility and may interfere with the fertilisation therapy. Should such psychological complaints develop it is suggested that psychotherapeutic treatment is used in conjunction with the treatment approach of infertility, e.g. IVF. The above mentioned suggestion is supported by a large number of researchers and current research efforts focus on different psychotherapeutic interventions such as Cognitive-Behavioural Therapy. Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) has shown during research its superiority compared to other psychotherapeutic interventions and that could be an effective way to decrease the depressive and anxiety symptoms during several stages of the infertility treatment. Moreover Cognitive-Behavioural Group Therapy seems to strengthen the infertile couple's ability to deal with possible changes and the stress during the infertility treatment. It has also been reported in the research community that the use of CBT can improve the pregnancy rate. However, this finding should be viewed with caution due to its insufficient body of evidence and methodological problems incurred.

Key words: Infertility, *in vitro* fertilization (IVF), psychological consequences, psychopathological consequences, cognitive behavioral therapy (CBT).

Βιβλιογραφία

1. Gnoth C, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Friol K, Tigges J, Freundl G. Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Hum Reprod* 2005, 20:1144–1147
2. Keye WR. *Ιατρικές πιυχές της υπογονιμότητας για τον σύμβουλο*. Στο: Hammer-Burns LH, Covington SN (eds) Υπογονιμότητα (συμβουλευτική, τόμος Α). Εκδόσεις Παπαζήση. 1η έκδοση. Αθήνα, 2002:27–67
3. Lintsen AME, Verhaak CM, Ekjkemans MJC, Smeenk JMJ, Braat DDM. Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Hum Reprod* 2009, 1:1–7
4. McNaughton-Cassill ME, Bostwick M, Vanscoy SE, Arthur NJ, Hickman TN, Rob Neal GS. Development of brief stress management support groups for couples *in vitro* fertilization treatment. *Fertil Steril* 2000, 74:87–93
5. Kalantaridou SN, Makrigiannakis A, Zoumakis E, Chroussos GP. Stress and the female reproductive system. *J Reprod Immunol* 2004, 62:61–68
6. Rowe PJ, Comhaire FH, Hargreave TB, Mahmoud AMA. *WHO Manual for the Standardized Investigation, Diagnosis and Management of the Infertile Male*. Cambridge University Press, Cambridge, 2000
7. Hammer-Burns LH, Covington SN. *Η ψυχολογία της υπογονιμότητας*. In: Hammer-Burns LH, Covington SN (eds) *Υπογονιμότητα (συμβουλευτική, τόμος Α)*. 1η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2002:27–67
8. Bresnick E, Taymor ML. The role of counselling in infertility. *Fertil Steril* 1979, 32:154–156
9. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003, 57:2325–2341
10. Schmidt L, Tjornhoj-Thomsen T, Boivin J, Nyboe-Andersen A. Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Educ Couns* 2005, 59:252–262
11. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in women. *Fertil Steril* 2000, 73:805–811
12. Connolly KJ, Edelmann RJ, Bartlett H, Cooke ID, Lenton E, Pike S. An evaluation of counselling for couples undergoing treatment for *in vitro* fertilization. *Hum Reprod* 1993, 8:1132–1138
13. Wasser SK, Isenberg DY. Reproductive suppression: pathology or adaptation. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1986, 5:153–175
14. Facchinetti F, Tarabusi M, Volpe A. Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoendocrin* 2004, 29:162–174
15. Demyttenaere K, Nijs P, Evers-Kiebooms G, Koninckx PR. The influence of personality characteristics and stress responses on the outcome of *in vitro* fertilization. *Psychoneuroendocrinology* 1992, 17:655–665
16. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod* 2002, 17:2986–2994
17. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction-what are the research priorities? *Hum Fertil* 2009, 12:14–20
18. Takefman J, Brender W, Boivin J, Tulandi T. Sexual and emotional adjustment of couples undergoing infertility investigation and the effectiveness of preparatory information. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990, 11:275–290
19. Downey J, McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiat* 1992, 62:196–205
20. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Hum Reprod Adv Access* 2009:1–11
21. Lavoie KL, Miller SB, Conway M, Fleet RP. Anger, negative emotions, and cardiovascular reactivity during interpersonal conflict in women. *J Psychosom* 2001, 51:503–512
22. Lukse MP, Vacc NA. Grief, Depression and Coping in Women Undergoing Infertility Treatment. *Obstet Gynecol* 1999, 93:245–251
23. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* 2004, 19:2313–2318
24. Thiering P, Beaurepaires J, Jones M, Saunders D, Tennant C. Mood state as a predictor of treatment outcome after *in vitro* fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *J Psychosom Res* 1993, 37:481–491
25. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Nahuis MJ, Kremer JAM, Braat DDM. Long term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* 2007, 22:305–308
26. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res* 2003, 54:353–355
27. Hammarber K, Astbury J, Baker H. Women's experience of IVF: a follow up study. *Hum Reprod* 2001, 16:374–383
28. Verhaak CM, Smeenk JMJ, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaimaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod* 2005, 20:2253–2260
29. Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004, 25:273–279
30. Hjelmsstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Matthesen AS, Collins A. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003, 82:152–161
31. Harlow CR, Fahy UM, Wardle PG, Hull MGR. Stress and stress-related hormones during *in vitro* fertilization treatment. *Hum Reprod* 1996, 11:274–279
32. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Moller A. Does psychological stress affect the outcome of *in vitro* fertilization? *Hum Reprod* 2007, 20:2969–2975
33. Hunt J, Monach JH. Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Hum Reprod* 1997, 12:188–194

34. Cousineau TM, Green TC, Corsini E, Seibring A, Showstack MT, Applegarth L et al. Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2007, 1:1–13
35. Tuschen-Caffier B, Florin I, Krause W, Pook M. Cognitive-behavioural therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother Psychosom* 1999, 68:15–21
36. Moorey S, Greer S. *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. 1st ed. Oxford University Press, Oxford, 2002
37. Jacobson E. *Progressive relaxation*. University of Chicago Press, Chicago, Midway reprint, 1974
38. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosom Med* 2000, 62:304–308
39. Berga S, Marcus MD, Loucks TL, Hlastala S, Ringham R, Krohn MA. Recovery of ovarian activity in women with functional hypothalamic amenorrhea who were treated with cognitive behavior therapy. *Fertil Steril* 2003, 80:976–981
40. Berga SL, Loucks TL Use of Cognitive behavior therapy for functional hypothalamic amenorrhea. *Ann NY Acad Sci* 2006, 10:114–129
41. Berga SL, Loucks TL. The diagnosis and treatment of stress-induced anovulation. *Minerva Ginecol* 2005, 57:45–54
42. Brundu B, Loucks TM, Adler LJ, Cameron JL, Merga SL. Increased cortisol in the cerebrospinal fluid of women with functional hypothalamic Amenorrhea. *J Clin Endocr Metab* 2006, 91:1561–1565
43. Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counselling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001, 22:133–144
44. De Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod* 2005, 20:1324–1332
45. Domar AD, Seibel MM, Benson H. The mind/body program for infertility: a new behavioural treatment approach for women with infertility. *Fertil Steril* 1990, 53:246–249
46. Domar A, Zuttermeister PC, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioural treatment: a replication. *Fertil Steril* 1992, 58:144–147

Αλληλογραφία: Κ. Ευθυμίου, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Γλάδστωνος 10, Πλ. Κάννιγγος, 106 77 Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-38 40 129, 6974 124 411
e-mail: kefthim@psych.uoa.gr

Σύντομο άρθρο Brief communication

Ψυχιατροδικαστική και ισλαμικό δίκαιο

Γ. Τζεφεράκος, Ε. Λύκουρας, Α. Δουζένης

2η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών – ΠΓΝ «Αττικόν», Αθήνα

Ψυχιατρική 2014, 25:303–308

Το Ισλάμ, όπως ο Χριστιανισμός, είναι μία από τις μονοθεϊστικές θρησκείες, που υπάρχουν στον κόσμο και αποτελεί την κυρίαρχη θρησκεία σε 56 χώρες περίπου. Οι οπαδοί του ονομάζονται μουσουλμάνοι και αριθμούν περί το 1,2 δισεκατομμύρια παγκοσμίως. Το Ισλάμ προσβύει έναν ολοκληρωμένο τρόπο και μοντέλο ζωής, που υπερβαίνει τις κοσμικές εξουσίες και τους κανόνες που εκπορεύονται από αυτές. Αυτό σημαίνει ότι οι θεϊκές προέλευσης νόμοι, όπως διαγράφονται και διατυπώνονται μέσα στα ιερά κείμενα του Ισλάμ, πρέπει να υπερέχουν των νόμων του κράτους. Στις αμιγώς ισλαμικές χώρες, όπως π.χ. η Σαουδική Αραβία, επικρατεί το ισλαμικό δίκαιο ή η λεγόμενη *Shari'ah*, που σημαίνει το μονοπάτι. Ο δρόμος, δηλαδή, που πρέπει να ακολουθήσει κάθε πιστός μουσουλμάνος, σύμφωνα με τις εντολές του Θεού. Η σχέση του Ισλάμ με την ψυχική υγεία παρουσιάζει ενδιαφέρουσες ιδιαιτερότητες: από τη μία μεριά είναι έντονη και επιτακτική η ανάγκη προστασίας και φροντίδας ευπαθών ομάδων και ανθρώπων, και από την άλλη υπάρχουν οι λαϊκές προκαταλήψεις και ο κοινωνικός στιγματισμός. Ο ισλαμικός κόσμος υπήρξε πρωτοπόρος στις απαρχές της ιστορικής του διαδρομής όσον αφορά σε θέματα ψυχικής φροντίδας και περίθαλψης, χαρακτηριστικό όμως που ατόνησε με το πέρασμα των αιώνων. Σήμερα, στο μεγαλύτερό του μέρος, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπολείπονται σημαντικά των αντίστοιχων του δυτικού κόσμου. Την ίδια περίπου ιστορική πορεία ακολούθησε και ο μεταϊχμακός, μεταξύ Δικαίου και Ψυχιατρικής, τομέας της Ψυχιατροδικαστικής. Στην ιστορική αυτή πορεία, πάντως, μπορούμε να διαπιστώσουμε αρκετά κοινά στοιχεία με την αντίστοιχη πορεία της Ψυχιατροδικαστικής στην αρχαία ελληνική νομική παράδοση, το ρωμαϊκό δίκαιο και το σύγχρονο ευρωπαϊκό δίκαιο.

Λέξεις ευρητηρίου: Ισλάμ, ψυχική υγεία, ψυχιατροδικαστική, ισλαμικό δίκαιο.

Εισαγωγή

Το Ισλάμ είναι μια μονοθεϊστική θρησκεία και ιδρυτής της είναι ο προφήτης Μωάμεθ, ο οποίος γεννήθηκε το 570 μ.Χ. Ο Μωάμεθ, ένας έμπορος που διαλογιζόταν σε μια ερημική σπηλιά κοντά στη Μέκκα, σε ηλικία 40 ετών άρχισε να ακούει τα λόγια του Θεού

(Αλλάχ), τα οποία μεταφέρονταν σε αυτόν από τον αρχάγγελο Γαβριήλ. Αυτό συνεχίστηκε για 23 χρόνια, μέχρι τον θάνατό του το 632 μ.Χ. Υπό τον φόβο πολιτικών διώξεων μετακινήθηκε από τη Μέκκα στη Μεδίνα το 622 μ.Χ. Το γεγονός αυτό (*hijra*) σηματοδοτεί την έναρξη του Ισλαμικού ημερολογίου, το οποίο αποτελείται από 12 σεληνιακούς μήνες, έχει 354 ημέ-

ρες και δεν σχετίζεται με εποχές.¹ Στη Μεδίνα ίδρυσε την πρώτη κοινότητα των οπαδών του. Οι οπαδοί του Ισλάμ ονομάζονται μουσουλμάνοι και πιστεύουν ότι οι επιταγές της θρησκείας τους βρίσκουν εφαρμογή σε κάθε τομέα της ζωής τους, αποτελώντας ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ζωής.² Οι μουσουλμάνοι είναι η πλειοψηφία σε 56 χώρες, ενώ υπολογίζεται ότι αποτελούν το ένα πέμπτο των ανθρώπων παγκοσμίως (1,2 δισεκατομμύρια).³

Νομοθεσία στο ισλαμικό δίκαιο

Ο ισλαμικός νόμος ή Shari'ah, που σημαίνει το μονοπάτι, ξεκίνησε να διαμορφώνεται από τον Abu Hanifah (699–767 μ.Χ.) μέσα από την ανάγκη κοινωνικής αναδόμησης, η οποία να στηρίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης και της συμπόνιας, ενάντια στη διεφθαρμένη διακυβέρνηση των Umayyad (661–750 μ.Χ.).⁴ Η Shari'ah εφαρμόζεται σε χώρες της Μέσης Ανατολής, Αφρικής και Ασίας,⁵ από τις οποίες η Σαουδική Αραβία εφαρμόζει την πιο καθαρή της μορφή. Σε πολλές από αυτές, πάντως, ιδιαίτερα σε παλιές ευρωπαϊκές αποικίες, παρατηρείται το φαινόμενο να ισχύουν μείγματα δικαίων.⁶ Για παράδειγμα στο βόρειο τμήμα της Νιγηρίας, όπου η πλειοψηφία του πληθυσμού είναι μουσουλμάνοι, ισχύει και το ισλαμικό αλλά και το αγγλοσαξονικό δίκαιο, ενώ στο νότιο τμήμα ισχύει μόνο το δεύτερο.⁷ Στην Αίγυπτο, το ισλαμικό δίκαιο εφαρμόζεται στον μουσουλμανικό πληθυσμό σε θέματα οικογενειακού και κληρονομικού δικαίου, αλλά και σε ζητήματα ατομικής φύσεως. Αν και οι μη μουσουλμάνοι υπόκεινται στους νόμους της Shari'ah όσον αφορά σε θέματα κληρονομικά, σε όλα τα υπόλοιπα ζητήματα επιτρέπεται η εφαρμογή του εθνικού δικαίου.⁸

Η νομοθεσία, τα κείμενα της οποίας ονομάζονται Naḥḥ, στο ισλαμικό δίκαιο έχει θεϊκή και όχι ανθρώπινη προέλευση. Αντίστοιχη αντίληψη, περί της θείας προελεύσεως των νόμων, μπορούμε να εντοπίσουμε και στην αρχαία Ελλάδα:⁹ η νομοθεσία του Λυκούργου συνετάγη κατ' εντολήν ή μετά από σύμφωνη γνώμη του Απόλλωνα. Τα κείμενα, λοιπόν, του ισλαμικού δικαίου αποτελούνται από:¹⁰

1. Το Aḥkām του Qur'an (Κορανίου), που είναι 500 περίπου στίχοι-εντολές.

2. Τη Hadith, που είναι η καταγραφή της ζωής του προφήτη Μωάμεθ.

Οι εντολές του Κορανίου είναι πέραν πάσης αμφισβήτησης. Κάποιοι από αυτούς τους στίχους-εντολές είναι πιο εξειδικευμένοι, ενώ κάποιοι άλλοι έχουν γενικότερο χαρακτήρα, χωρίς όμως να μπορούν να καλύψουν κάθε πιθανή κατάσταση ή ερώτημα. Για τον λόγο αυτόν, οι νομικοί μελετητές του ισλαμικού δικαίου καλούνται να ασκήσουν την ijtiḥad, δηλαδή την ευσυνείδητη και λογική αναγωγή των εντολών από το Κοράνι και τη Hadith στις συνεχώς μεταβαλλόμενες προκλήσεις της κάθε εποχής. Η άσκηση της ijtiḥad γίνεται με βάση αυστηρά καθορισμένες αρχές, που ονομάζονται uḥūl al-fiqh, και οι οποίες αποτελούν και αυτές πηγές δικαίου. Οι κυριότερες από αυτές είναι: (1) Η Ijmā', που σημαίνει νομική ομοφωνία, και (2) Η Qiya's, που σημαίνει αναλογία.

Τα κείμενα της Hadith, σε αντίθεση με αυτά του Κορανίου, δεν έχουν όλα την ίδια σταθερότητα, ομοιομορφία και βαρύτητα. Από αυτά τα κείμενα, εκείνα που αναγνωρίζονται ως τα πλέον σημαντικά, με ιδιαίτερα βαρύνουσα σημασία και καθολική αποδοχή, ονομάζονται Sunnah. Υπάρχουν έξι αναγνωρισμένες συλλογές της Sunnah, οι οποίες γράφτηκαν τον 9ο και 10ο αιώνα μ.Χ.³

Με την πάροδο του χρόνου αναπτύχθηκαν διάφορα μοντέλα νομικής προσέγγισης των ιερών κειμένων, μέσω της Fiqh, τα οποία εξελίχθηκαν τελικά σε 4, κυρίως, «σχολές» του ισλαμικού δικαίου: (1) Mālikī, (2) Shāfi'i, (3) Ḥanbalī, (4) Ḥanafī.⁹

Ψυχική υγεία στον ισλαμικό κόσμο

Οι τρεις βασικές τάσεις στην ψυχιατρική, από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, είναι:^{11,12} (α) Η Οργανική προσέγγιση, που εξηγεί τις ψυχικές νόσους με βάση βιολογικούς όρους, (β) Η Ψυχολογική, που προσεγγίζει τις ενδοψυχικές συγκρούσεις και (γ) Η «Μαγική» ή «Ιερά», που εισάγει την έννοια του υπερφυσικού και του θεϊκού στοιχείου στην ψυχική διαταραχή. Οι τρεις αυτές συνιστώσες, στον ισλαμικό κόσμο, βρίσκονται σε μια δυναμική και μεταβαλλόμενη ισορροπία. Ισορροπία ανάμεσα στις προκαταλήψεις και στον κοινωνικό στιγματισμό, από τη μία μεριά, και στην έντονη θρησκευτική και ηθική υποχρέωση να στηριχθούν ευπαθείς ομάδες ανθρώπων από την άλλη.

Ο ισλαμικός κόσμος, στα πρώιμα χρόνια του, υπήρξε πρωτοπόρος όσον αφορά στην ψυχική υγεία και στην επιστήμη της ψυχιατρικής. Τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία ιδρύθηκαν σε αραβικές χώρες:^{13,14} Βαγδάτη 705 μ.Χ. (κατά τη διάρκεια της βασιλείας του χαλίφη El Waleed ibn Abdel Malek), Κάιρο 800 μ.Χ. και Δαμασκός 1270 μ.Χ., ενώ το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο στη Δυτική Ευρώπη, το Bethlem Hospital του Λονδίνου, ιδρύθηκε τον 13ο αιώνα.¹⁵ Σημαντικές φυσιολογικές της αραβικής ιατρικής είναι ο Ραζής (860–932 μ.Χ.) και ο Αβικέννας (980–1037 μ.Χ.).¹⁶ Έχουν πλούσιο συγγραφικό έργο όπως π.χ. το Kitab al-Hawī και το Al-Qanun fi al-tibb, που είναι πολύτιμα ιατρικά συγγράμματα. Καταπολέμησαν τη δεισιδαιμονία (που είχε ήδη επικρατήσει στον χριστιανικό κόσμο¹⁷), υιοθέτησαν την ιπποκρατική οργανική ψυχιατρική και εφάρμοσαν ψυχολογικές μεθόδους θεραπείας.

Στον κόσμο υπάρχουν περισσότερες από 50 ισλαμικές χώρες, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη μια απλή περιγραφή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις χώρες αυτές. Κάποιες παρέχουν προηγμένες θεραπείες¹⁸ και έχουν σύγχρονο νομικό πλαίσιο (Σουδάν 1998, Ιορδανία 2002, Ομάν 1992), ενώ αντίθετα σε κάποιες άλλες η θεραπεία των ψυχικά ασθενών περιλαμβάνει καυτηριασμό, εξορκισμό και σωματική βία. Οι περισσότερες, πάντως, αραβικές χώρες είτε δεν έχουν συγκεκριμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία (Υεμένη, Σαουδική Αραβία, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Μπαχρέιν) είτε το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο είναι αρχαιώμενο (Αίγυπτος 1944, Μαρόκο 1959, Συρία 1981),⁸ δεν έχουν πιστοποιημένη εκπαίδευση στην ψυχιατροδικαστική και οργανωμένες ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες,¹⁹ ενώ διάχυτη είναι η λαϊκή πεποίθηση ότι η ψυχική νόσος οφείλεται είτε σε τιμωρία από τον Θεό είτε σε δαιμονοκατοχή.^{1,20,21} Πολλές φορές οι άνθρωποι καταφεύγουν σε θρησκευτικούς θεραπευτές²² οι οποίοι χρησιμοποιούν στίχους του Κορανίου ως θεραπευτικό μέσο. Είναι δε τόσο μεγάλη η επιρροή των θεραπειών αυτών, που σε ορισμένες χώρες αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα της ενσωμάτωσής τους στο εθνικό σύστημα υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί η σημασία που αποδίδει ο ισλαμικός νόμος στην έννοια της εμπιστευτικότητας ανάμεσα στον ιατρό-θεραπευτή και τον ασθενή.

Το ιατρικό απόρρητο είναι ιερό, σύμφωνα με τη Shari'ah, αφού ακόμα και οι δικαστές δεν μπορούν να πιέσουν έναν ψυχίατρο να αποκαλύψει πληροφορίες που του έχει εμπιστευτεί ο ασθενής του. Είναι τέτοια η σημασία της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση, ώστε κάποιες σχολές υποστηρίζουν ότι ο Θεός δεν θα τιμωρήσει έναν γιατρό ο οποίος θα καταθέσει ψευδώς σε μια δίκη προκειμένου να διαφυλάξει το ιατρικό απόρρητο.² Πάντως, σε δίκες μουσουλμάνων γίνονται δεκτές απόψεις και γνώμες μόνο μουσουλμάνων ψυχιάτρων.³

Παρόλη τη σπουδαιότητα που αποδίδει το ισλαμικό δίκαιο στο απαραβίαστο του ιατρικού απορρήτου, φαίνεται ότι σε περιπτώσεις αποπειρών αυτοκτονίας η ισχύς του αποδυναμώνεται.² Η αυτοκτονία θεωρείται βαρύτατη αμαρτία, μια μορφή δολοφονίας (στη Δύση, κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, ο όρος που χρησιμοποιείτο για την αυτοκτονία ήταν "self murder", ο οποίος αντικαταστάθηκε σχετικά πρόσφατα από τον όρο "suicide"²³), απαγορεύεται αυστηρά από τον νόμο και η απόπειρα αυτοκτονίας θεωρείται βαρύτατο έγκλημα.²⁴ Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι απόπειρες αυτοκτονίας σπάνια να καταγράφονται ως τέτοιες (η παραδοχή μιας απόπειρας θα μπορούσε να οδηγήσει σε άσκηση διώξεως εναντίον του ασθενούς), καθιστώντας ιδιαίτερα επισημασμένες οποιεσδήποτε εκτιμήσεις για τη συχνότητά τους.^{1,15} Εκτός από την αυτοκτονία, άλλες απαγορευμένες πράξεις (όπως στον Ιουδαϊσμό και στον Χριστιανισμό) είναι η ομοφυλοφιλία, οι εξωσυζυγικές σχέσεις, η πορνεία και η κατανάλωση αλκοόλ.²⁵

Ψυχιατροδικαστική και ισλαμικό δίκαιο

Η έννοια του mens rea, της ένοχης πρόθεσης, είναι πλήρως αποδεκτή και στο ισλαμικό δίκαιο. Δεν υπάρχει έγκλημα, εάν δεν υπάρχει εγκληματική πρόθεση. Αντίστοιχη ανάδειξη της σπουδαιότητας του υποκειμενικού στοιχείου μιας εγκληματικής πράξης (και όχι μόνο του αποτελέσματος της πράξης αυτής) παρατηρείται σταδιακά στη Δυτική Ευρώπη μέσω της «δημοσιοποίησης» του ποινικού δικαίου, η οποία κορυφώνεται κατά την περίοδο της βασιλείας του Καρλομάγνου (768–814 μ.Χ.).²⁶ Σε σχέση με την πρόθεση του δράστη, οι εγκληματικές πράξεις χωρίζονται σε:⁹ (1) 'Amd, εκ προμελέτης και (2) Khaṭā,

εξ αμελείας. Υπάρχει και μια τρίτη κατηγορία, η οποία αναφέρεται μόνο σε περιπτώσεις ανθρωποκτονιών: (3) η *Shibh al-'amd*, δηλαδή η οιονεί από πρόθεση ανθρωποκτονία. Η κατηγοριοποίηση του ισλαμικού δικαίου, τουλάχιστον όσον αφορά στις ανθρωποκτονίες, θυμίζει την αντίστοιχη τριμερή κατηγοριοποίηση που προέβλεπε το ποινικό δίκαιο του Δράκοντα. Είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε εδώ ότι εάν η οικογένεια του θύματος αποφασίσει να δεχτεί αποζημίωση και να μην τιμωρηθεί ο δολοφόνος, τότε ο τελευταίος αφήνεται ελεύθερος, εκτός εάν υπάρχει απόφαση των αρχών για επιπρόσθετη τιμωρία. Αντίθετα, εάν η οικογένεια δεν δεχτεί την αποζημίωση, τότε οι αρχές δεν μπορούν να τροποποιήσουν την ποινή. Όλη αυτή η διαδικασία μοιάζει πολύ με τις αντίστοιχες διαδικασίες της «ποινής» και της «αϊδέσεως», του συμβιβασμού των αντιδίκων, δηλαδή, είτε με χρηματική αποζημίωση είτε με συγχώρεση, που υπήρχε στο δίκαιο των ομηρικών χρόνων.

Σύμφωνα με τη *Shari'ah*, οι παράφρονες (*Majnun*, που σημαίνει επίσης δάσκαλος, μάγος ή προφήτης) έχουν διαταραγμένη τη λειτουργία της κρίσης και της βούλησης, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι για τις πράξεις τους. Η «παραφροσύνη» στα αραβικά ονομάζεται *Junūn* και η ετυμολογική ρίζα της σημαίνει «κρυμμένο» ή «αόρατο». Η ετυμολογία αυτή οφείλεται στην πεποίθηση ότι η παραφροσύνη – ψυχική διαταραχή οφείλεται στην κατοχή του ασθενούς από «αόρατα» ή «κρυφά» πνεύματα (*jinn*). Στην αραβική γλώσσα η λέξη "*jinn*" έχει πολλές έννοιες, όπως καταφύγιο, ασπίδα, οθόνη, έμβρυο και τρέλα. Σύμφωνα με την ισλαμική θρησκεία, το "*jinn*" είναι ένα υπερφυσικό πνεύμα που μπορεί να πάρει μορφή ανθρώπου ή ζώου και να είναι είτε καλό είτε κακό.¹⁵

Η παραφροσύνη μπορεί να είναι: (α) Απόλυτη ή συνεχής, (β) Διαλείπουσα, και (γ) Μερική.⁹ Ο ισλαμικός νόμος, λοιπόν, εισάγει την τριμερή κατηγοριοποίηση της παραφροσύνης προσεγγίζοντας αρκετά τις αρχές που αποδέχεται ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας, ο οποίος στα άρθρα 34, 35 και 36 περιγράφει τις απαραίτητες προϋποθέσεις για το ακαταλόγιστο ή τον μερικό καταλογισμό των εγκληματικών πράξεων, ενώ παράλληλα εισάγει την έννοια της "*actio libera in causa*". Στην περίπτωση της διαλείπουσας παραφροσύνης θα πρέπει να αποδειχτεί ότι

η εγκληματική πράξη έγινε κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης της όποιας ψυχικής διαταραχής, ώστε να μην υπάρχει καταλογισμός της πράξης αυτής. Σε αντίθετη περίπτωση, η πράξη είναι πλήρως καταλογιστέα. Η ομοιότητα με την έννοια των "*lucida intervalla*" ή "*intermissio*" του ρωμαϊκού δικαίου και των «άνακωχών» ή «διαλειμμάτων» του βυζαντινού δικαίου είναι εμφανής. Ως προς τον καταλογισμό, το ισλαμικό δίκαιο αναγνωρίζει άλλες δύο κατηγορίες, παρόμοιες με την παραφροσύνη: (α) τη *Dahish*, που σημαίνει «αιφνίδιο σάστισμα», και (β) την *'Atah*, που σημαίνει νοητική υστέρηση ή άνοια.

Τέλος, αξίζει να σημειώσουμε τη στάση του ισλαμικού δικαίου ως προς το πολύ σημαντικό ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας. Σύμφωνα με την αρχή της *Al-Hajjer*, το κράτος μπορεί να αναλάβει την οικονομική διαχείριση της περιουσίας ενός ατόμου, εάν αυτό δεν την ασκεί «σωστά». Επεκτείνοντας την ισχύ και σημασία της νομικής αυτής διαδικασίας, η *Shari'ah* αποδέχεται την αναγκαστική νοσηλεία, με βάση όμως την «ανάγκη για θεραπεία» του ατόμου (συμπεριλαμβάνοντας ασθενείς με διαταραχή χρήσης ουσιών) και όχι με βάση το κριτήριο της επικινδυνότητας.² Η αντίστοιχη νομοθεσία στις περισσότερες χώρες της ΕΕ προβλέπει την αναγκαστική νοσηλεία είτε για λόγους επικινδυνότητας (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία) είτε για τον συνδυασμό ανάγκης για θεραπεία ή επικινδυνότητας (Δανία, Φινλανδία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο). Μόνο τρεις χώρες χρησιμοποιούν το κριτήριο της ανάγκης για θεραπεία: Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία.

Συμπεράσματα

Η μελέτη άλλων πολιτισμών και η εξοικείωση με τις ιδιαιτερότητές τους έχει καταστεί αδήριτη ανάγκη σε έναν κόσμο που συνεχώς αλλάζει. Μέσα από τη μελέτη αυτή διαπιστώνουμε ότι, παρόλες τις διαφορές μας, υπάρχουν πολλά κοινά σημεία, τα οποία μπορούν και πρέπει να αποτελέσουν το εφαλτήριο για έναν ειλικρινή και ισότιμο διάλογο μεταξύ των λαών. Η αναγκαιότητα αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στον χώρο της Ψυχιατρικής και της Ψυχιατροδικαστικής, όπου η υποκειμενική πραγματικότητα και ταυτότητα του κάθε ανθρώπου βρίσκεται σε μια δυναμική και εύπλαστη ισορροπία με τις συνθήκες γύρω του.

Forensic psychiatry and islamic law

G. Geferakos, L. Lykouras, A. Douzenis

2nd Psychiatric Department, University of Athens, "Attikon" General Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2014, 25:303–308

Islam is the second most popular monotheistic religion in the world. Its followers, the Muslims, are about 1.2 billion people and are the majority in 56 countries around the globe. Islam is an holistic way and model of life and its rules, according to a large proportion of Muslims, should have more power than the laws deriving from any secular authority. This means that the divine laws, as depicted from Islam's holy scripts, should be the laws of the land. In the strict Islamic states, as Saudi Arabia, the Islamic law or the Shari'ah prevails. Shari'ah means the path, the road each faithful Muslim should follow according to the rules of God. The Islamic views on mental health have some interesting characteristics: on the one hand, the moral necessity for the protection and care of the vulnerable individuals is very strong, but on the other hand superstitions and stigmatization influence the peoples' attitude against mental health patients. At the beginning of its historical course, Islamic world was a pioneer concerning mental health care. Unfortunately, as time passed by, we have observed considerable regression. In our days mental health services provided in most of the Islamic states cannot be considered adequate according to modern Western standards. The same course characterizes the Forensic Psychiatric services and the relevant legislation in the Islamic world.

Key words: Islam, mental health, forensic psychiatry, Islamic law.

Βιβλιογραφία

- Dubovsky SL. Psychiatry in Saudi Arabia. *Am J Psychiatry*, 1983, 140:1455–1459
- Chaleby KS. Issues in Forensic Psychiatry in Islamic Jurisprudence. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 1996, 24:117–124
- Pridmore S, Iqbal Pasha, M. Psychiatry and Islam. *Australasian Psychiatry* 2004, 12:380–385
- Bloom J, Blair S. *Islam: A Thousand Years of Faith and Power*. TV Books, New York, 2000
- Abdalla-Filho, E, Bertolote, JS. Forensic psychiatric systems of the world. *Rev Bras Psiquiatr* 2006, 28(Supl II):56–61
- Brown D. *A new Introduction to Islam*. Blackwell Publishing, Oxford, 2004
- Mafullul, YM. Forensic Psychiatry in Nigeria: the current status. *Am J Forens Psychiatry* 2003, 24:45–64
- Gharaibeh N. *Psychiatry and Arab Laws*. Arabpsynet e. Journal, 2008:20
- Κυριακόπουλος, Π. *Αρχαίο Ελληνικό Δίκαιο*. 2η έκδοση. Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα, 2002
- Chaleby, KS. Forensic Psychiatry in Islamic Jurisprudence. 2nd ed. Petaling Jaya: The international institute of Islamic thought, 2004
- Alexander FR, Selesnick SH. *The history of Psychiatry*. Harper & Row, New York, 1966
- Roccatagliata G. *A History of Ancient Psychiatry*. Greenwood Press, Connecticut, 1986
- Mohit, A. Mental health and psychiatry in the Middle East: historical development. *Eastern Mediterran Hlth J* 2001, 7:336–347
- Youssef, HA, Youssef, FA. Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. *Hist Psychiatry* 1996, 7: 55–62
- Forshaw D, Rollin H. The history of forensic psychiatry in England. In: Bluglass R, Bowden P (eds) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Churchill-Livingstone, Edinburgh, 1990: 61–101
- Okasha, A. Mental Health in Egypt. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2005, 42:116–125
- Χαρτοκόλλης Π. *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1991:37–43
- Murad I, Gordon H. Psychiatry and the Palestinian population. *Psychiatr Bull* 2002, 26:28–30
- Okasha, A. Mental Health services in the Arab world. *Arab Stud Quart* 2003, 25:112–116
- Gilani AI, Gilani UI, Kasi PM, Khan MM. Psychiatric Health laws in Pakistan: From lunacy to mental health. *PLoS Med* 2005, 2:e317
- Alyahya, F. Saudi Arabia: acknowledging problems in a transitional culture. In: Appleby L, Araya R (eds) *Mental Health Services in the Global Village*. Gaskell, London, 1991

22. Al-Subaie A. Traditional Healing experiences in patients attending a university out - patient clinic. *Arab J Psychiatry* 1994, 5: 83-91
23. Mora G. The mentally ill in the Middle Ages. *J Hist Behavior Sci* 1995, 31:236-249
24. Eapen, Valsamma and El-Rufaie. Country Profile: United Arab Emirates (UAE) *Intern Psychiatry* 2008, 2:38-40
25. Elsayed YA, Al-Zahrani M, Rashad MM. Characteristics of mentally ill offenders from 100 psychiatric court reports. *Ann Gen Psychiatry* 2010, 9
26. Κουράκης Ν. *Ποινική Καταστολή*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2009:74-111
27. Biscardi Arn. *Αρχαίο Ελληνικό Δίκαιο*. Εκδόσεις Παπαδήμα, Αθήνα, 2005:274-276
28. Κουράκης Ν. *Θεωρία της ποινής*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2008:2-10
29. Scheltema HJ, Holwerda D, Van Der Wal N. *Basilicorum libri IX*. Groningen, Bouma's Boekhuis Wolters Noordhoff, 1955-1988
30. Ζερου Ι, Ζερου Ρ. *Jus Graecoromanum II*. Athens, 1931, Aalen: 1962 (επανέκδοση)
31. Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States (Final report). Mannheim: European Commission –Health & Consumer Protection Directorate– General Research Project, 2002

Αλληλογραφία: Κ.Γ. Τζεφεράκος, Ψυχίατρος, Διον. Αιγινίτου 8, 115 28 Αθήνα, Τηλ: 6932 733 592
e-mail: tzefgr@yahoo.gr

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις Future scientific meetings

23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής & 2ο Πανελλήνιο Ψυχοφαρμακολογικό Συνέδριο

Οργάνωση: Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Ξενοδοχείο Larissa Imperial, Λάρισα
23–26 Απριλίου 2015

Στο πλαίσιο του συνεδρίου εντάσσονται και οι παρακάτω επιστημονικές εκδηλώσεις:

- 1η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Ημερίδα Νέων Ψυχιάτρων
- 29η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Ημερίδα Ελλήνων Ειδικευομένων Ψυχιάτρων

Επιστημονική Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: (+30) 210-72 14 184, Fax: (+30) 210-72 42 032,
E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr

Γραμματεία Συνεδρίου:
ERA Ltd • CONGRESSES • EVENTS • BUSINESS TRAVEL • INCENTIVES • TOURISM
Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, Ελλάδα
Τηλ.: (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690
E-mail: ntourkantoni@era.gr, Web site: www.era.gr

• 5ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ναύπλιο, Ελλάδα

22–25 Ιανουαρίου 2015

Οργάνωση: (α) Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, (β) Ελληνική Νευροψυχιατρική Εταιρεία

Επιστημονικός συνεργάτης: ΕΛ.Ε.Γ.Ε.ΙΑ

Υπεύθυνος Επικοινωνίας: Καθ. Φ. Γουρζής

Γραμματεία Συνεδρίου: ERA ΕΠΕ, Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα

Τηλ: (+30) 210-36 34 944, 210-36 32 950, Fax: (+30) 210-36 31 690

E-mail: info@era.gr, Website: www.psychprimecare2015.gr

• 2ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Σεξολογίας, Θεσσαλονίκη

30 Ιανουαρίου– 1η Φεβρουαρίου 2015

Οργάνωση: International Society of Brain & Behavior

Γραμματεία Συνεδρίου: PRAXICON

Εθνικής Αντιστάσεως 101, 551 34 Καλαμαριά Θεσσαλονίκη

Τηλ: (+30) 2310-460 682, 2310-460 652, FAX: (+30) 2310-435 064

E-mail: info@praxicon.gr, Website: www.praxicon.gr

• 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας & Πρόληψης των Αυτοκτονιών και της Βίας, Αθήνα

13–15 Φεβρουαρίου 2015

Οργάνωση: Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας & Πρόληψης των Αυτοκτονιών και της Βίας

Οργανωτικό Γραφείο: Easy Travel, Αναγνωστοπούλου 19, 106 73 Αθήνα, Ελλάδα

Τηλ: (+30) 210-36 15 201/210-36 09 442, Fax: (+30) 210-36 25 572

E-mail: easytravel@hol.gr

• 5ο Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

19–21 Μαρτίου 2015

Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Υγεία

Συνεργασία: Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Οργανωτικό Γραφείο: PRAXICON, Εθν. Αντιστάσεως 101

551 34 Καλαμαριά, Θεσσαλονίκης

Τηλ: (+30) 2310-460 682, Fax: 2310-435 064

E-mail: info@praxicon.gr, Website: www.praxicon.gr

• 6th World Congress on Women's Mental Health, Tokyo, Japan

22–25 March 2015

Organizer: International Association for Women's Mental Health

Collaboration: Tokyo Women's Medical University Medical School

Tel: +511 222 1656, +519 979 05507

E-mail: iawmh2015@congre.co.jp, Website: www.congre.co.jp/iawmh2015

• 23rd European Congress of Psychiatry, Vienna, Austria

28–31 March 2015

Organizer: European Psychiatric Association (EPA)

Congress Secretariat: Kenes International, 1-3 Rue de Chantepoulet, P.O.

Box 1726 CH-1211, Geneva 1, Switzerland

Tel: (+41) 22 908 0488, Fax: (+41) 22 906 9140

Website: www.epa-congress.org

• 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής & 2ο Πανελλήνιο Ψυχοφαρμακολογικό Συνέδριο, Λάρισα

23–26 Απριλίου 2015

Ξενοδοχείο Larissa Imperial, Λάρισα

Στο πλαίσιο του συνεδρίου εντάσσονται

και οι παρακάτω επιστημονικές εκδηλώσεις:

- 1η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Ημερίδα Νέων Ψυχιάτρων

- 29η Πανελλήνια Εκπαιδευτική Ημερίδα Ελλήνων

Ειδικευομένων Ψυχιάτρων

Επιστημονική Γραμματεία: ΕΨΕ, Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τηλ: (+30) 210-72 14 184, Fax: (+30) 210-72 42 032

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

Γραμματεία Συνεδρίου: ERA Ltd • CONGRESSES • EVENTS • BUSINESS TRAVEL • INCENTIVES • TOURISM

Ασκληπιού 17, 106 80 Αθήνα, Ελλάδα

Τηλ: (+30) 210-36 34 944, Fax: (+30) 210-36 31 690

E-mail: ntourkantoni@era.gr, Website: www.era.gr

- **International Psychological Applications Conference and Trends, Ljubljana, Slovenia**

2–4 May 2015

Organizers: Portuguese Association of Psychoanalysis and

Psychoanalytic Psychotherapy

E-mail: secretariat@inpact-psychologyconference.org,

Website: www.inpact-psychologyconference.org

- **4th International Congress on Neurobiology, Psychopharmacology & Treatment Guidance, Agios Nikolaos Crete, Greece**

14–17 May 2015

Organizers: (a) International Society of Neurobiology and

Psychopathology, (b) World Psychiatric Association (WPA)

Under the auspices of: (a) School of Medicine Aristotle University

of Thessaloniki, Greece, (b) Hellenic Psychiatric Association (HPA),

(c) Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans (PAEEB)

Congress Secretariat: Global Events, 50A Stadiou Street, 555 35 Pilea,

Thessaloniki, Greece

Tel: (+30) 2310-247 743, 2310-247 734, Fax: (+30) 2310-247 746

E-mail: info@globalevents.gr, Website: www.globalevents.gr

- **41ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα**

10–13 Ιουνίου 2015

Οργάνωση: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών

Γραμματεία Συνεδρίου ΚΕΓΜ Τουριστικές & Συνεδριακές Επιχειρήσεις

AE-Congress World

Τηλ: (+30) 210-72 10 052, 210-72 10 001, Fax: 210-72 10 051

E-mail: info@congressworld.gr, Website: www.congressworld.gr

- **12th World Congress of Biological Psychiatry, Athens, Greece**

14–18 June 2015

Organizer: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Host: Hellenic Society for the Advancement of Psychiatry

and Related Sciences

Congress Secretariat: WFSBP Global Headquarters

Zum Ehrenhain 34, 22885 Barsbuttel, Germany

Tel: (+49) 4067088290

E-mail: info@wfsbp.org

- **20th Congress of European Association for Psychotherapy, Athens, Greece**

19–21 June 2015

Organizer: European Association for Psychotherapy (EPA)

Organizing Secretariat: mm Event Management, Conference &

Event Organization 475, Markopoulou street, P.O.B. 57, GR-190 03

Markopoulo, Attiki, Hellas

Tel: (+30) 22990-845 70, Fax (+30) 22990-845 72

Website: <http://www.eapathens2015.eu/#!registration/c1jpz>

- **Primary Care Mental Health: Innovation and Transdisciplinarity, Bucharest, Romania**

24–27 June 2015

Organizers: (a) World Psychiatric Association (WPA), (b) Romanian

Association of Psychiatry and Psychotherapy, (c) “Carol Davila”

Medical University of Bucharest, (d) Politechnica University Bucharest,

(e) National Society of Family Medicine, (f) Romanian Public Health

and Health Management Association

Conference Secretariat: Ralcom Exhibitions

Tel: (+40) 21 210 5814, 21 210 6540, 21 211 1541, Fax: (+40) 21 2122702

E-mail: registration@wpa2015bucharest.org,

abstracts@wpabucharest.org

- **2nd European Congress for Social Psychiatry “Social Psychiatry in the Age of Informatics”, Geneva, Switzerland**

1–3 July 2015

Organizer: Swiss Society for Social Psychiatry (SSPS-SGSP)

Co-sponsor: World Association for Social Psychiatry (WASP)

Congress Secretariat: Kuoni Congress Geneva

Tel: (+41) 58 702 6297

E-mail: ecsp2015@ch.kuoni.com,

Website: www.ecspsocialpsychiatry.org/

- **10th International Congress of the INA, Jerusalem, Israel**

14–16 October 2015

Organizing Secretariat: Target Conferences Ltd

Contact: Sarah, Target Conferences Ltd

Tel: 011-972-3-517-5150

E-mail: ina2015@target-conferences.com,

Website: <http://www.ina2015.com/>