



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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση
της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 58 410, Fax: 210-72 42 032

Εκδότης:

Βασίλης Κονταξάκης
E-mail: editor@psych.gr

Ιδιοκτήτης:

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επίτιμος Πρόεδρος:

Γ.Ν. Χριστοδούλου

Πρόεδρος:

Β. Κονταξάκης

Αναπληρωτής Πρόεδρος:

Δ. Πλουμπίδης

Μέλη:

Ι. Ζέρβας, Σ. Θεοδοροπούλου, Δ. Καραϊσκος,
Γ. Κωνσταντάκοπουλος 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

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





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

EXECUTIVE COUNCIL

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

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

DISCIPLINARY COUNCIL

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

ΕΞΕΛΕΓΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Ν. Τζαβάρας
Φ. Μωρόγιαννης
Ι. Χριστόπουλος

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: Ν. 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

ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

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

SECTOR OF YOUNG PSYCHIATRISTS

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

ΕΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος: Γ. Σαμιωτάκης
Γραμματείς: Χ. Λιάπης
Ταμίας: Β. Ηλιάδου

ASSOCIATION OF GREEK PSYCHIATRIC TRAINEES

Chairman: G. Samiotakis
Secretary: C. Liapis
Treasurer: V. Iliadou



ΚΛΑΔΟΙ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

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

ΒΙΑΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Χ. Τσώπελας
Γραμματείς: Μ. Δημητράκη, Π. Ντούνας

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

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

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

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

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: Ι. Ηλιόπουλος
Γραμματείς: Γ. Νικολαΐδης, Α. Κομπορόζος

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

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

ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ &

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
Πρόεδρος: Ι. Ζέρβας
Γραμματείς: Ε. Λαζαράτου, Α. Λεονάρδου

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

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

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

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

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

SECTIONS

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

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

VIOLENT BEHAVIORS

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

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

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

CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY

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

EATING DISORDERS

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

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. Michopoulou
Secretaries: G. Garyfallos, S. Theodoropoulou

SUBSTANCE ABUSE

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

CHILD PSYCHIATRY

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

PREVENTIVE PSYCHIATRY

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

SEXUALITY AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Chairman: L. Athanasiadis
Secretaries: K. Papastamatis, H. Mourikis

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY

& PSYCHOSOMATICS
Chairman: 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: J. Iliopoulos
Secretaries: G. Nikolaidis, A. Komborozos

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



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Θεραπευτικές οδηγίες για τις ψυχικές διαταραχές: Πραγματικότητα ή αυταπάτη;

Κ.Ν. Φουντουλάκης 89

Ερευνητικές εργασίες

Αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας στον Ελληνικό Τύπο: 2001 vs 2011

Μ. Οικονόμου, Ε. Λουκή, Μ. Χαρίτση, Τ. Αλεξίου, Α. Πατελάκης,

Α. Χριστακάκη, Γ.Ν. Παπαδημητρίου 93

Η σχέση παραμέτρων του εργασιακού στρες με την επαγγελματική εξουθένωση και το προσλαμβανόμενο στρες

Α. Μπουγέα, Ε.Κ. Κλεισαρχάκης, Β. Γκιόκα, Σ. Μπελεγρή 106

Ανασκόπηση

Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις στη νόσο Parkinson

Ε. Οικονόμου & Θ. Παπαρρηγόπουλος 116

Ειδικά άρθρα

Η πρόληψη στην εξάρτηση από το αλκοόλ

Ά.Κ. Τροβά, Θ. Παπαρρηγόπουλος, Ι. Λιάππας, Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση 131

Σχολές γονέων: Εξέλιξη, δομή και περιεχόμενο

Λ. Κωνσταντινίδης & Π. Γκόγκα 141



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

Treatment guidelines for mental disorders: Reality or illusion?

K.N. Fountoulakis 89

Research articles

Representations of mental illness in the Greek Press: 2001 vs 2011

*M. Economou, E. Louki, M. Charitsi, T. Alexiou, A. Patelakis,
A. Christakaki, G.N. Papadimitriou* 93

Relationship of occupational stress parameters with burn-out and perceived stress

A. Bougea, M.K. Kleisarchakis, V. Gioka, S.A. Belegri 106

Review

Neuropsychiatric manifestations in Parkinson's disease

E. Oikonomou & Th. Paparrigopoulos 116

Special articles

Prevention of alcohol dependence

A.C. Trova, Th. Paparrigopoulos, I. Liappas, M. Ginieri-Coccosis 131

Parent schools: Definition, progress and structure

L. Konstadinidis & P. Goga 141

Θεραπευτικές οδηγίες για τις ψυχικές διαταραχές: Πραγματικότητα ή αυταπάτη;

Ψυχιατρική 2015, 26:89–92

Οι θεραπευτικές οδηγίες γίνονται όλο και περισσότερο ένα σημαντικό στοιχείο της ιατρικής πραγματικότητας ιδιαίτερα καθώς η μεταφορά των ερευνητικών εξελίξεων στην καθημερινή κλινική πράξη γίνεται όλο και πιο δύσκολη. Στόχος τους είναι να βοηθήσουν τους κλινικούς αλλά επίσης και εκείνους που κάνουν τον πολιτικό σχεδιασμό να πάρουν τις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία και στη φροντίδα των ασθενών. Θέτουν το πρότυπο της φροντίδας και της εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες υγείας και τελικά καθορίζουν τις προτεραιότητες της μελλοντικής έρευνας καθώς βασίζονται κυρίως στα διαθέσιμα δεδομένα αλλά επίσης όπου αυτά δεν είναι διαθέσιμα, στη γνώμη ειδικών.

Ειδικότερα στην Ψυχιατρική, η αθροισμένη γνώση είναι συχνά περίπλοκη, δημιουργεί σύγχυση και σε πολλές περιπτώσεις έρχεται σε αντίθεση με πεποιθήσεις και πρακτικές που είναι βαθιά εμπεδωμένες στην ψυχιατρική κουλτούρα και την εκπαίδευση κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Υπάρχει ένας αριθμός θεμάτων που χαρακτηρίζουν την ανάπτυξη των θεραπευτικών οδηγιών. Ένα από τα πιο πρόσφατα και αμφιλεγόμενα είναι η αντιπροσώπευση διαφορετικών ομάδων ενδιαφερομένων στην ομάδα εργασίας, δηλαδή να συμμετέχουν τόσο ασθενείς όσο και η φαρμακοβιομηχανία. Παρόλο που υποτίθεται ότι ο πυρήνας της ομάδας εργασίας θα έπρεπε να αποτελείται από έμπειρους επιστήμονες, δεν είναι ασυνήθιστο να κυριαρχούν πρόσωπα με ελάχιστη κλινική ή ερευνητική εμπειρία και συχνά η συντριπτική πλειοψηφία δεν είναι ψυχίατροι. Η σύγκρουση συμφερόντων δεν αναφέρεται πάντα με επαρκή τρόπο και αυτό αποτελεί ένα σοβαρό δεοντολογικό θέμα. Σύμφωνα με τις πιο σύγχρονες απόψεις, η σύγκρουση συμφερόντων δεν περιλαμβάνει μόνο απλά κάθε άμεση ή έμμεση οικονομική δραστηριότητα που σχετίζεται με το αντικείμενο (συμπεριλαμβανομένων των αμοιβών για ομιλίες και της υποστήριξης από τη φαρμακοβιομηχανία για τη συμμετοχή σε συνέδρια) αλλά επίσης και ακαδημαϊκά θέματα όπως χαρακτηριστικά της σταδιοδρομίας και θέσεις (π.χ. πρόεδρος επιστημονικής εταιρίας που σχετίζεται με συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο ή εστίαση της ερευνητικής δραστηριότητας σε ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πεδίο). Πρόσφατα η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία βρέθηκε σε αδιέξοδο όσον αφορά στη δημοσίευση των θεραπευτικών οδηγιών για τη διπολική διαταραχή λόγω της αυστηρής της πολιτικής όσον αφορά στη σύγκρουση συμφερόντων. Η ΑΨΕ υιοθέτησε μια νέα διαδικασία ανάπτυξης θεραπευτικών οδηγιών εναρμονισμένη με τα πρότυπα του Institute of Medicine που δημοσιεύθηκαν τον Μάρτιο του 2011 και έκτοτε οι περισσότερες θεραπευτικές της οδηγίες δεν ανανεώθηκαν.

Η μέθοδος βαθμίδωσης των δεδομένων είναι μεγάλης σημασίας για την ανάπτυξη θεραπευτικών οδηγιών καθώς αποτελεί το εργαλείο που οδηγεί στην ιεραρχική προτίμηση όσον αφορά στις θεραπευτικές επιλογές. Παρόμοιες μέθοδοι υπάρχουν ήδη από την αρχή της δεκαετίας του 1980. Όλες τους περιλαμβάνουν μια μέθοδο εκτίμησης της ποιότητας των δεδομένων και μια μέθοδο για ανάπτυξη συστάσεων στη βάση που μπορεί να υπάρξει βεβαιότητα ότι οι επιθυμητές ενέργειες μιας παρέμβασης είναι σημαντικότερες από τις ανεπιθύμητες. Οι αρχές και οι προσωπικές προτιμήσεις καθώς και το κόστος λαμβάνονται επίσης υπόψη από ορισμένες ομάδες εργασίας. Από το 1992 έχουν αναπτυχθεί πέντε βήματα συνοψίζοντας τη διαδικασία της απόφασης στο επίπεδο του συγκεκριμένου ασθενούς και δημοσιεύθηκαν το 2005.¹ Περιλαμβάνουν: (α) τη διατύπωση μιας ακριβούς και απαντήσιμης ερώτησης και αποφυγή αβεβαιότητας και ασαφών διατυπώσεων, (β) τη διενέργεια συστηματικής έρευνας και ανάκτησης όλων των διαθέσιμων δεδομένων, (γ) την κριτική ανασκόπηση και ταξινόμηση των δεδομένων που εντοπίστηκαν με τον εντοπισμό συστηματικών σφαλμάτων, διαφόρων τύπων προκατάληψης, παραπλανητικών παραγόντων, καθώς και διαφόρων θεμάτων αξιοπιστίας εγκυρότητας κ.λπ. Η κλινική σημασία και η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπό όψιν, (δ) εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην πράξη και (ε) αξιολόγηση της επίδοσης.²

Είναι σημαντικό να γίνεται εκτίμηση της ποιότητας των δεδομένων που προέρχονται από τις προαναφερθείσες πηγές. Η εκτίμηση της ποιότητας βασίζεται στο πόσο ελεύθερα είναι από τις διάφορες μορφές προκατάληψης που εμφανίζονται στην ιατρική

έρευνα. Υπό το πρίσμα αυτό, οι τριπλά τυφλές τυχαιοποιημένες και ελεγχόμενες με placebo-μελέτες, με πλήρη συνέχιση της παρακολούθησης που περιλαμβάνουν έναν ομοιογενή πληθυσμό ασθενών και ιατρικών καταστάσεων, θα πρέπει να θεωρείται ότι καταλαμβάνουν το υψηλότερο επίπεδο ποιότητας. Αντίθετα οι αναφορές περιπτώσεων θα πρέπει να θεωρείται ότι καταλαμβάνουν το χαμηλότερο. Η γνώμη ειδικών δεν θα πρέπει να θεωρείται ως πηγή δεδομένων παρόλο που μπορεί να είναι πολύτιμη για την ανάπτυξη θεραπευτικών οδηγιών.

Έως πρόσφατα έχει αναπτυχθεί από διαφορετικούς οργανισμούς ένας σημαντικός αριθμός συστημάτων βαθμίδωσης για την εκτίμηση της ποιότητας των δεδομένων. Ένας από αυτούς είναι ο US Preventive Services Task Force (USPSTF) ενώ άλλο σύστημα είναι το Oxford (UK) CEBM Levels of Evidence, το οποίο επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση διαγνωστικών δοκιμασιών, προγνωστικών δεικτών ή βλάβης και αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη του συστήματος σταδιοποίησης BCLC για τη διάγνωση και παρακολούθηση του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος στον Καναδά. Μια άλλη μέθοδος βαθμίδωσης των δεδομένων είναι η μέθοδος PORT η οποία και χρησιμοποιήθηκε από τη World Federation of Societies of Biological Psychiatry για την ανάπτυξη των θεραπευτικών της οδηγιών.³⁻⁵

Η πλέον λεπτομερειακή και ακριβής σύγχρονη μέθοδος για την ανάπτυξη οδηγιών φαίνεται να είναι η GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)⁶ η οποία διαχωρίζει καθαρά την ποιότητα των δεδομένων από το επίπεδο σύστασης και προτείνει ότι είναι αναγκαίο να διατυπώνεται μια καθαρή ερώτηση η οποία να περιλαμβάνει και τα τέσσερα στοιχεία της κλινικής διαχείρισης (ασθενείς, παρέμβαση, σύγκριση, έκβαση που ενδιαφέρει) και να βαθμίδωνεται η έκβαση σε κρίσιμη ή μη-κρίσιμη για τη λήψη αποφάσεων. Στο πλαίσιο αυτό, η αξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων είναι σημαντική καθώς αντανακλά τη σιγουριά ότι το αποτέλεσμα είναι επαρκές ώστε να υποστηρίξει σύσταση. Οι παράγοντες που είναι καθοριστικοί της ποιότητας περιλαμβάνουν τους περιορισμούς της μελέτης, την ασυνέπεια των αποτελεσμάτων, την έμμεση φύση των δεδομένων, την ανακρίβεια και την προκατάληψη στην αναφορά.⁷⁻¹²

Σήμερα η ανάπτυξη θεραπευτικών οδηγιών φαντάζει να είναι ένα απολύτως απαραίτητο στοιχείο όχι μόνο της κλινικής πράξης αλλά επίσης και της ίδιας της επιστημονικής έρευνας καθώς αποτελεί το τελικό εργαλείο για την αξιολόγηση της προόδου και των ανεκπλήρωτων αναγκών καθώς και για την πρόταση μελλοντικών δράσεων.

Κωνσταντίνος Ν. Φουντουλάκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Βιβλιογραφία

1. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K et al. Second International Conference of Evidence-Based Health Care T. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC medical education* 2005, 5:1
2. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD et al. *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2012, 6:CD000259
3. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Baldwin D, Licht R et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of bipolar disorders. Part I: Treatment of bipolar depression. *World J Biol Psychiatry* 2002, 3:115-124
4. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Baldwin D, Licht RW, Vieta E, Moller HJ. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders, Part II: Treatment of Mania. *World J Biol Psychiatry* 2003, 4:5-13
5. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Moller HJ. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders, part III: maintenance treatment. *World J Biol Psychiatry* 2004, 5:120-135
6. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008, 336:924-926
7. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D et al GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence-imprecision. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1283-1293
8. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M et al. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence-indirectness. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1303-1310
9. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence-inconsistency. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1294-1302
10. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence-publication bias. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1277-1282
11. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence-study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol* 2011, 64:407-415
12. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P et al. GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *J Clin Epidemiol* 2013, 66:151-157

Treatment guidelines for mental disorders: Reality or illusion?

Psychiatriki 2015, 26:89–92

Treatment guidelines are continuously becoming an important part of medical reality especially since the carrying of research findings to everyday clinical practice is becoming increasingly difficult. They aim to assist clinicians but also policy makers to arrive at decisions concerning the treatment and care of patients. They set the standard of care and training for health professionals and eventually they identify priority areas for further research since they are based primarily on the available evidence, but also, in areas where evidence is not available, on expert opinion.

Especially in psychiatry, the accumulated knowledge is often complex, confusing and in many instances in contrast to the beliefs and practices which are solidly embedded in psychiatric culture and training for the last few decades.

There is a number of issues that characterize the development of treatment guidelines. One of the most recent and controversial is the representation of different stakeholders in the workgroup, that is also patients and the pharmaceutical industry are represented. Although it is supposed that experienced scientists should constitute the core of the team, it is not unusual that persons with little clinical or research background take the lead, and often the overwhelming majority are not psychiatrists. Conflicts of interest are not always reported adequately and this constitutes a serious ethical problem. According to most recent concepts, the conflict of interest does not include merely any direct or indirect economic transaction related to the topic (including honoraria and even support by the industry to participate in congresses) but also academic-related issues like career characteristics and affiliations (e.g. chair of association related with a specific treatment option, or focus on research on a specific treatment field). Recently the American Psychiatric Association faced a dead end with the publication of the treatment guidelines for bipolar disorder because of its strict policy concerning the conflict of interest. APA adopted a new guideline development process to meet standards of the Institute of Medicine published in March 2011 and since then most of its guidelines have not been updated.

The method for the grading of data is of prime importance in the development of guidelines because it is the tool which leads to the hierarchical preference concerning treatment options. Such methods exist since the early 1980s. All of them include a method to assess the quality of data and a method to arrive at recommendations on the basis of the extent to which we can be confident that the desirable effects of an intervention outweigh the undesirable effects. The values and preferences factor as well as the cost are also taken into consideration by various workgroups. Starting in 1992 five steps were developed to summarize the process of individual-level decision making and they were published in 2005.¹ They include: (a) the formulation of a precise and answerable question and avoiding uncertainty and vague statements, (b) the performing of a systematic search and retrieval of the evidence available, (c) the critical review and classification of the retrieved evidence with the recognition of the presence of systematic errors, various types of bias, confounders, reliability and validity issues etc. The clinical significance and the generalizability of the results should be taken into account also, (d) application of results in practice and (e) evaluation of performance.²

It is important to assess the quality of the evidence which come from the sources described above. The quality assessment is based on the strength of their freedom from the various biases that beset medical research. In this frame, triple-blind, placebo-controlled trials with allocation concealment and complete follow-up involving a homogeneous patient population and medical condition should be considered to constitute the highest grade, while case reports should be considered to constitute the lowest grade. Expert opinion should not be considered to be a source of evidence although it could be a valuable tool for the development of guidelines.

Until recently there are a number of grading systems for assessing the quality of evidence which were developed by different organizations. One of them is the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) and another system is the Oxford (UK) CEBM Levels of Evidence, which also is useful for the grading of diagnostic tests, prognostic markers, or harm and constituted the basis for the use of the BCLC staging system for diagnosing and monitoring hepatocellular carcinoma in Canada. Another method to grade data is the PORT method which has been used by the World Federation of Societies of Biological Psychiatry for the development of the WFSBP guidelines.³⁻⁵

The most detailed and precise modern method seems to be the GRADE method (short for Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) for the development of guidelines⁶ which clearly separates quality of evidence from level of recommendation and suggests it is necessary to include a clear question which should include all four components of clinical management (patients, an intervention, a comparison, and the outcomes of interest) and to grade the outcomes into those who are critical for the decision making and into those who are not. In this frame, the assessment of the quality of evidence is important since it reflects the confidence whether the effect is adequate to support recommendations. The determinants of quality are study limitations, inconsistency of results, indirectness of evidence, imprecision and reporting bias.⁷⁻¹²

Today the development of guidelines seems to be an absolutely necessary element not only of clinical practice but also for scientific research itself, since it is the final tool to assess the advances and the unmet needs and to propose future actions.

Konstantinos N. Fountoulakis

*Associate Professor of Psychiatry,
3rd Department of Psychiatry,
Aristotle University of Thessaloniki*

References

1. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K et al. Second International Conference of Evidence-Based Health Care T. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC medical education* 2005, 5:1
2. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD et al. *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2012, 6:CD000259
3. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Baldwin D, Licht R et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of bipolar disorders. Part I: Treatment of bipolar depression. *World J Biol Psychiatry* 2002, 3:115-124
4. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Baldwin D, Licht RW, Vieta E, Moller HJ. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders, Part II: Treatment of Mania. *World J Biol Psychiatry* 2003, 4:5-13
5. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Moller HJ. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders, part III: maintenance treatment. *World J Biol Psychiatry* 2004, 5:120-135
6. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008, 336:924-926
7. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D et al GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence-imprecision. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1283-1293
8. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M et al. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence-indirectness. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1303-1310
9. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence-inconsistency. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1294-1302
10. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence-publication bias. *J Clin Epidemiol* 2011, 64:1277-1282
11. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence-study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol* 2011, 64:407-415
12. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P et al. GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *J Clin Epidemiol* 2013, 66:151-157

Ερευνητική εργασία Research article

Αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας στον Ελληνικό Τύπο: 2001 vs 2011

Μ. Οικονόμου,^{1,2} Ε. Λουκή,¹ Μ. Χαρίτση,¹ Τ. Αλεξίου,¹ Α. Πατελάκης,¹
Α. Χριστακάκη,² Γ.Ν. Παπαδημητρίου²

¹Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ),

²Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2015, 26:93–105

Τα ΜΜΕ έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της σύγχρονης εικόνας του ψυχικά ασθενούς και στη διαιώνιση του στίγματος που τον συνοδεύει. Πλήθος μελετών παγκοσμίως συγκλίνουν στη στιγματιστική «μηντιακή» παρουσίαση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, με κυρίαρχη αναπαράσταση αυτή που παραπέμπει στη βία και την επικινδυνότητα. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ποσοτική και ποιοτική διερεύνηση των αναπαραστάσεων της ψυχικής νόσου στον Ελληνικό τύπο και, ακολουθώντας την ίδια μεθοδολογία με αντίστοιχη μελέτη του 2001, στην αποτύπωση πιθανών αλλαγών στη «μηντιακή» προσέγγιση της ψυχικής νόσου κατά την τελευταία δεκαετία. Το δείγμα αποτέλεσαν τα αναφερόμενα στην ψυχική ασθένεια δημοσιεύματα των εφημερίδων πανελλαδικής κυκλοφορίας κατά τη χρονική περίοδο Ιούλιος–Νοέμβριος 2011. Πραγματοποιήθηκε θεματική κατηγοριοποίηση των δημοσιευμάτων και, στη συνέχεια, επεξεργασία και ανάλυσή τους βάσει της χρήσης στιγματιστικών λέξεων, της αναπαραγωγής διαδοσμένων μύθων σχετικά με την ψυχική ασθένεια, της συνολικής «διάθεσής» τους (στιγματιστικής, ουδέτερης ή αντι-στιγματιστικής), καθώς επίσης και του σημασιολογικού πλαισίου μεταφορικής χρήσης ψυχιατρικών όρων. Η θεματική κατηγοριοποίηση αναδεικνύει ως πολυπληθέστερη κατηγορία των δημοσιευμάτων του 2011 αυτή που αφορά στην οικονομική κρίση, ενώ ακολουθεί η κατηγορία που αφορά στη μεταφορική χρήση ψυχιατρικών όρων. Η σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων του 2001 και του 2011 εμφανίζει τις αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας βελτιωμένες σχετικά με το παρελθόν και καταδεικνύει υποχώρηση της στιγματιστικής «διάθεσης» των δημοσιευμάτων, ειδικά ως προς τη σχιζοφρένεια, γεγονός που συνοδεύεται από θεαματική αύξηση των ουδέτερων απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα κειμένων. Η υποχώρηση της τάσης για συναισθηματικά φορτισμένες περιγραφές και η στροφή των δημοσιογραφικών πρακτικών προς πιο αντικειμενικές παρουσιάσεις μπορεί να αποδοθεί στις στοχευμένες στον χώρο των ΜΜΕ αντι-στιγματιστικές παρεμβάσεις που έχουν γίνει κατά την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο, η έκφραση στίγματος φαίνεται να ακολουθεί λανθάνουσες οδούς, όπως προκύπτει από τις σημασιολογικές υποδηλώσεις της μεταφορικής χρήσης ψυχιατρικών όρων και την επίμονη προβολή της ψυχικής νόσου (ως αδιαφοροποίητης οντότητας) επ' αφορμή βίαιου εγκλήματος.

Λέξεις ευρητηρίου: Ψυχική ασθένεια, στίγμα, ΜΜΕ, βία, οικονομική κρίση.

Εισαγωγή

Το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές αποδεικνύεται ανθεκτικό στον χρόνο, παρά την επισημονική πρόοδο και τον εξορθολογισμό των αντιλήψεων. Οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχική νόσο, απηχώντας δοξασίες του παρελθόντος, ενσαρκώνονται, στην πιο πρόσφατη εκδοχή τους, σε φόβους διατάραξης και απειλής. Στη διαμόρφωση της σύγχρονης εικόνας του ψυχικά ασθενούς και στη διαιώνιση του στίγματος, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) φαίνεται να έχουν παίξει καθοριστικό ρόλο.

Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '70, ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι, κυρίως σε λαϊκά έντυπα και τηλεοπτικά προγράμματα ψυχαγωγικού χαρακτήρα, η εικόνα του ψυχικά ασθενούς προβάλλεται σταθερά σε σύνδεση με το βίαιο έγκλημα,¹⁻³ συχνά με διάθεση διασυρμού και τρομολαγνείας.⁴ Έκτοτε, πλήθος μελετών παγκοσμίως επιβεβαιώνει τέτοιες στερεοτυπικές και στιγματιστικές απεικονίσεις στα ΜΜΕ, συμπεριλαμβανομένου του «αντικειμενικού» ειδησεογραφικού λόγου.⁵⁻¹⁰ Επί δύο και πλέον δεκαετίες, όπως προκύπτει από την ανασκόπηση των Klin & Lemish,¹¹ οι σχετικές μελέτες καταγράφουν διαστρεβλωμένες αναπαραστάσεις του ψυχικά ασθενούς και έναν τρόπο μηντιακής παρουσίασης που αποσκοπεί στον εντυπωσιασμό και τη συγκινησιακή διέγερση του κοινού. Οι ακρότητες και οι συγκρούσεις προσδιορίζουν την «εμπορική αξία» της ειδήσης. Συνεπώς τα βίαια ή ακραία περιστατικά, το έγκλημα, η επικινδυνότητα ή και η θυματοποίηση του ψυχικά πάσχοντα, είναι αυτά που κατεξοχήν προβάλλονται ως αναφορά στην ψυχική νόσο.

Η αναπαράσταση της ψυχικής ασθένειας σε σύνδεση με την εγκληματικότητα είναι αυτή που προμοδοτείται από τις «μηντιακές» αναπαραστάσεις και στην Ελλάδα.¹² Στομφώδεις εκφράσεις που αναπαράγουν το στίγμα –π.χ. ο «ψυχοπαθής δολοφόνος», ο «σχιζοφρενής με το πριόνι»–¹³ βρέθηκαν να εμφανίζονται κατ' επανάληψη στον ελληνικό τύπο, σε περιγραφές γεγονότων της επικαιρότητας που δεν συνδέονταν τεκμηριωμένα με την παρουσία ψυχικής ασθένειας. Καθώς συχνά ο δράστης ενός στυγερού εγκλήματος παρουσιάζεται αβασάνιστα από τα ΜΜΕ ως «ψυχικά διαταραγμένος», στην κοινή λογική δημιουργείται η εντύπωση πως όποιος αντιμετωπίζει ψυχολογικά

προβλήματα είναι βίαιος, επικίνδυνος, ικανός για έγκλημα. Διεθνή στοιχεία επιβεβαιώνουν πως κατ' αυτόν τον τρόπο η ακραία βία αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα ψυχικής ασθένειας και, αντιστρόφως, η εικόνα του ψυχικά ασθενούς παραπέμπει σε σοβαρά εγκλήματα.⁵⁻⁶ Πέρα από το στερεότυπο της βίας και της επικινδυνότητας, η απεικόνιση του ψυχικά ασθενούς από τα ΜΜΕ ως δυσλειτουργικού, ανίκανου να εργασθεί και να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ζωής είναι επίσης χαρακτηριστική. Περιγραφές της ανθρώπινης δυστυχίας που προκαλούν τον οίκτο, επικεντρωμένες στην εξαθλίωση της ποιότητας ζωής ή στις συνθήκες εγκλεισμού, επίσης κινητοποιούν το συναίσθημα και αποτελούν «ελκυστικό μηντιακό» περιεχόμενο.^{7,10}

Μια άλλη, περισσότερο λανθάνουσα οδός αναπαγωγής του στίγματος από τα ΜΜΕ είναι η μεταφορική χρήση όρων σχετιζόμενων με την ψυχική ασθένεια,¹⁴ συχνή και στην καθημερινή γλώσσα. Σε αυτή την περίπτωση, η μεταφορική διατύπωση αποτελεί ένα εκφραστικό μέσο χωρίς σαφή στιγματιστική πρόθεση για την ψυχιατρική οντότητα στην οποία αναφέρεται. Ωστόσο, λειτουργώντας κατά κανόνα ως παραπομπή σε ιδιότητες που θεωρούνται χαρακτηριστικές των ψυχικά ασθενών, η μεταφορική αυτή χρήση αναπαράγει τα σχετικά στερεότυπα και επιτείνει έτσι την αρνητική σημασιολογική φόρτιση που συνοδεύει την ψυχική νόσο στις αναπαραστάσεις του κοινού. Ειδικότερα, ως προς τον όρο «σχιζοφρένεια», η συχνότητα με την οποία απαντάται σε μεταφορικό πλαίσιο θεωρείται ότι αντανάκλα τη διαχρονικότητα και την ένταση του στίγματος που συνοδεύει τη νόσο.¹⁵ Στον δημοσιογραφικό λόγο η μεταφορική χρήση της «σχιζοφρένειας» έχει βρει εφαρμογή σε πλήθος πεδίων: στην πολιτική επικαιρότητα, στην οικονομία, στα κοινωνικά προβλήματα, ακόμα και σε δελτία καιρού, στην αθλητική ειδησεογραφία ή στην περιγραφή των ακραίων ρυθμών και αντιφάσεων του σύγχρονου τρόπου ζωής.¹⁶

Η μελέτη του αντίκτυπου των «μηντιακών» αναπαραστάσεων της ψυχικής νόσου στην αναπαγωγή και διαιώνιση του στίγματος αποτελεί μια από τις συνεχείς δραστηριότητες του Προγράμματος «αντι-στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ). Η ηλεκτρονική παρακολούθηση, αποδελτίωση και ανάλυση δημοσιευμάτων που σχετίζονται με την ψυχική νόσο

επιτρέπει την ερευνητική θεμελίωση των δράσεων αποστιγματισμού που υλοποιεί το Πρόγραμμα, στον τομέα της επικοινωνίας με το ευρύ κοινό, της εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης ειδικών ομάδων του πληθυσμού (όπως οι επαγγελματίες των ΜΜΕ), αλλά και της επιστημονικής υποστήριξης δικτύων συνηγορίας για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Το 2001, η πρώτη συστηματική μελέτη αποσπασμάτων τύπου που αναφέρονταν στην ψυχική ασθένεια από το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα»¹² αποτύπωσε μια εικόνα συναφή με τα διεθνή ερευνητικά στοιχεία. Το δείγμα αποτέλεσαν 204 άρθρα εφημερίδων και περιοδικών που δημοσιεύθηκαν κατά την περίοδο Ιούλιος–Νοέμβριος του 2001, τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν στις εξής θεματικές ενότητες: δομές ψυχικής υγείας (40,2%), αγχώδεις διαταραχές (19,1%), συναισθηματικές διαταραχές (13,7%), προσωπικές γνώμες (13,7%) και σχιζοφρένεια (13,2%). Το 10,3% των δημοσιευμάτων βρέθηκαν να είναι στιγματιστικά, με επικρατέστερη αναπαράσταση για την ψυχική ασθένεια –και ειδικότερα για τη σχιζοφρένεια– τη σύνδεσή της με τη βία και την επικινδυνότητα. Τα δημοσιεύματα που αναπαρήγαγαν στιγματιστικές αναπαραστάσεις έφεραν εμφατικούς τίτλους και καταλάμβαναν πολύ μεγαλύτερη έκταση, σε σχέση με τα ουδέτερα ή τα αντι-στιγματιστικά άρθρα. Επίσης, από την έρευνα προέκυψε ότι τα μισά από τα άρθρα (γραμμένα από δημοσιογράφους) συμπεριλάμβαναν απόψεις και σχόλια ειδικών επιστημόνων και το 1/4 των δημοσιευμάτων έκανε αναφορά σε σχετική επιστημονική έρευνα· ωστόσο, μόλις το 6,9% είχε γραφεί από ειδικούς, ενώ απουσίαζε η «φωνή» των ίδιων των ασθενών, των οικογενειών τους ή των οργανώσεων που τους εκπροσωπούν.

Η παρούσα έρευνα, δέκα χρόνια μετά, αποσκοπεί να αποτυπώσει τη σύγχρονη «μηντιακή» ατμόσφαιρα αναφορικά με την ψυχική ασθένεια και, ακολουθώντας την ίδια μεθοδολογία με την έρευνα του 2001, να διερευνήσει πιθανές αλλαγές ως προς το στίγμα και την αναπαραγωγή του στα ΜΜΕ κατά την τελευταία δεκαετία. Η μελέτη των αναφερόμενων στην ψυχική ασθένεια δημοσιευμάτων σε εφημερίδες πανελλαδικής κυκλοφορίας κατά τη χρονική περίοδο Ιούλιος–Νοέμβριος 2011 εξετάζει τον τρόπο αναπαράστασης των ψυχικών διαταραχών, εστιάζοντας στην παρουσία ή την αναίρεση των μύθων που

τις συνοδεύουν, τη χρήση σχηματιστικής γλώσσας και άλλα χαρακτηριστικά της εν λόγω δημοσιογραφικής παρουσίας. Διερευνά επίσης, τις σημασιολογικές παραπομπές της μεταφορικής χρήσης ψυχιατρικών όρων, ως έμμεση έκφραση των σχετικών αναπαραστάσεων. Τέλος, εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο αποτυπώνεται η επίδραση της οικονομικής κρίσης –σημείου των καιρών– στην ψυχική υγεία.

Υλικό και μέθοδος

Το δείγμα αντλήθηκε από ηλεκτρονική βάση δεδομένων όπου αποδελτιώνονται συστηματικά τα δημοσιεύματα του ελληνικού τύπου αναφορικά με την ψυχική ασθένεια, βάσει κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού. Η αποδελτίωση των δημοσιευμάτων της χρονικής περιόδου Ιούλιος–Νοέμβριος 2011 βασίστηκε στις ίδιες «λέξεις-κλειδιά» που είχαν χρησιμοποιηθεί και στην έρευνα του 2001, με την προσθήκη επιπλέον λέξεων που ανταποκρίνονταν στους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας μελέτης (πίνακας 1). Από το σύνολο των αποδελτιωθέντων δημοσιευμάτων αποκλείστηκαν αυτά που προέρχονταν από τον τοπικό/επαρχιακό τύπο, τα περιοδικά ποικίλης ύλης και τα free press. Από το δείγμα απουσίαζαν επίσης οι εφημερίδες που κατά τη συγκεκριμένη περίοδο δεν κυκλοφορούσαν λόγω κινητοποιήσεων των εργαζομένων («Ελευθεροτυπία», «Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία», «Επενδυτής») και άλλες που είχαν κλείσει στο μεσοδιάστημα από την προηγούμενη διεξαγωγή της μελέτης («Απογευματινή», «Βήμα», «Χώρα», «Traffic»).

Αρχικά συγκεντρώθηκαν 1088 δημοσιεύματα, στα οποία έγινε θεματική επεξεργασία και ανάλυση (thematic analysis) με σκοπό τη συγκρότηση θεματικών κατηγοριών. Από τις κατηγορίες που προέκυψαν εξαιρέθηκαν όσες δεν αντιστοιχούσαν στους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας μελέτης (π.χ. εξαρτήσεις, χρήση ουσιών). Το τελικό μέγεθος του δείγματος των δημοσιευμάτων που υπάγονταν στις εναπομείνουσες κατηγορίες ήταν n=563.

Κάθε δημοσίευμα υποβλήθηκε σε ποιοτική επεξεργασία, βάσει εντύπου όπου συλλέχθηκαν πληροφορίες αναφορικά με:

- Τον τίτλο/υπότιτλο, την έκταση του δημοσιεύματος, τη φωτογραφία (εφόσον υπήρχε) και τον συντάκτη/πηγή του δημοσιεύματος (εάν ο συντάκτης ήταν δημοσιογράφος –μη ειδικός– που εξέφραζε προσωπική του εκτίμηση, εάν ήταν ειδικός ψυχικής

Πίνακας 1. Λέξεις-κλειδιά βάσει των οποίων έγινε η αποδελτίωση του δείγματος.

Αλκοόλ	Νευροψυχολογία	Ψυχιατρείο-Ψυχίατρος-Ψυχολόγος
Άσυλο-Άσυλοποίηση	Ξενώνας-Οικοτροφείο	Ψυχιατρικά Φάρμακα
Αυτοκτονία	Οικονομική Κρίση	Ψυχιατρική-Ψυχολογία
Δαφνί-Δρομοκαΐτειο	Ουσίες-Ναρκωτικά	Ψυχιατρικό Ίδρυμα/Ψυχιατρική Κλινική
Αιγινήτειο-ΕΠΙΨΥ	Πρόγραμμα «αντι-στίγμα»	Ψυχική Υγεία/Ασθένεια/Διαταραχή
Εθισμός-Εθιστικός-ή-ό	Στρες-Άγχος-Αγχώδεις Διαταραχές	Ψυχιατρικός-ή-ό
Επανάταξη	Σχιζοφρένεια-Σχιζοφρενής	Ψυχοφάρμακα
Κατάθλιψη	Τοξικοεξάρτηση	Ψυχικός-ή-ό
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	Τρελός-Παλαβός	Ψυχοεκπαίδευση-Ψυχοθεραπεία
Νευρολογική Κλινική	Ψυχάκιας-Ψυχοπαθής	Ψυχοσωματικός-ή-ό
Νευρολόγος-Νευρολογικός-ή-ό	Ψυχασθενής-Μανιακός	Ψύχωση-Ψυχοπάθεια

υγείας ή εάν γινόταν απλή αναπαραγωγή λόγων κάποιου ειδικού).

- Τη συχνότητα εμφάνισης στιγματιστικών λέξεων όπως: τρελός, ψυχασθενής, ψυχοπαθής, ψυχάκιας, σχιζοφρενής κ.λπ.
- Την αναφορά σε διαδεδομένους «μύθους» για τη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη, είτε μέσω της αναπαραγωγής τους είτε μέσω της αναίρεσής τους.

Συγκεκριμένα, για τη σχιζοφρένεια διερευνήθηκε η παρουσία των μύθων: «Η σχιζοφρένεια δεν αντιμετωπίζεται», «Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι βίαιοι και επικίνδυνοι», «Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι παράλογοι», «Για τη σχιζοφρένεια ευθύνεται το ίδιο το άτομο», «Αιτία για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας είναι η οικογένεια», «Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι ανίκανοι για εργασία».

Για την κατάθλιψη διερευνήθηκε η παρουσία των μύθων: «Η κατάθλιψη δεν θεραπεύεται», «Η κατάθλιψη δεν είναι πραγματική ασθένεια», «Η κατάθλιψη είναι θέμα προσωπικότητας», «Η κατάθλιψη περνά από μόνη της», «Η κατάθλιψη είναι το ίδιο με την κακή διάθεση», «Τα αντικαταθλιπτικά προκαλούν εθισμό».

Στη συνέχεια, αξιολογήθηκε η συνολική «διάθεση» κάθε δημοσιεύματος ως προς τον τρόπο αναπαραστάσης της ψυχικής νόσου, ως στιγματιστική, αντι-στιγματιστική ή ουδέτερη. Ως στιγματιστικά χαρακτηρίστηκαν τα δημοσιεύματα που αναπαρήγαγαν στερεότυπα και μύθους που συμβάλλουν στον κοινωνικό στιγματισμό. Ως αντι-στιγματιστικά ορίστηκαν εκείνα που παρουσίαζαν τα άτομα με ψυχική ασθένεια με θετικό αλλά επιστημονικά αντικειμενικό

τρόπο (π.χ. ικανά για κατάλληλη για αυτά εργασία) και συντελούσαν στην κατάρριψη των σχετικών μύθων και στην καταπολέμηση του στίγματος. Ως ουδέτερα ορίστηκαν εκείνα που απλώς μετέφεραν πληροφορίες χωρίς θετική ή αρνητική χροιά.

Τέλος, τα δημοσιεύματα στα οποία ψυχιατρικοί όροι χρησιμοποιούνταν με μεταφορική σημασία αναλύθηκαν έτσι ώστε να αναδειχθεί το σημασιολογικό πλαίσιο στο οποίο εμπίπτει αυτή η μεταφορική χρήση (οι σημασιολογικές παραπομπές που κατά τη μεταφορική χρήση υποδηλώνονται ως χαρακτηριστικές ιδιότητες των ατόμων με ψυχική διαταραχή).

Η επεξεργασία των δημοσιευμάτων πραγματοποιήθηκε από δύο ανεξάρτητους αξιολογητές και η μεταξύ τους συμφωνία (inter-rater reliability) εκτιμήθηκε με τον δείκτη Cohen's Kappa (Cohen's Kappa=0,87, που αποτυπώνει τον υψηλό βαθμό συμφωνίας μεταξύ των αξιολογητών). Η διερεύνηση διαφορών ανάμεσα στα έτη 2001 και 2011 ως προς τη συχνότητα εμφάνισης στιγματιστικών λέξεων, καθώς και ως προς την αναλογία στιγματιστικών, μη-στιγματιστικών και ουδέτερων δημοσιευμάτων, πραγματοποιήθηκε μέσω σύγκρισης ποσοστιαίων αναλογιών με δείκτη στατιστικού ελέγχου χ^2 .

Αποτελέσματα

Τα περισσότερα δημοσιεύματα προέρχονταν από ημερήσιες εφημερίδες (61,27%). Ακολουθούσαν οι κυριακάτικες (13,67%), τα ένθετα (9,41%), οι εβδομαδιαίες (6,21%), οι οικονομικές (5,86%) και τέλος οι αθλητικές (3,55%).

Από την κατηγοριοποίηση των δημοσιευμάτων (πίνακας 2), η πολυπληθέστερη θεματική κατηγορία που προέκυψε αφορά στην οικονομική κρίση, με 260 δημοσιεύματα (46,2% του δείγματος). Η μεγαλύτερη υποκατηγορία της, «Οικονομική κρίση και δομές ψυχικής υγείας» (n=108), αναφέρεται στις κυβερνητικές αποφάσεις για αποδόμηση της ψυχικής υγείας και τις αντιδράσεις των εργαζομένων σε αυτές, ενώ ακολουθεί η υποκατηγορία «Οικονομική κρίση και αυτοκτονία» (n=62). Η δεύτερη σε μέγεθος θεματική κατηγορία αφορά στη μεταφορική χρήση ψυχιατρικών όρων (ΜΧΨΟ), με 124 δημοσιεύματα (22% του δείγματος). Η κατηγορία άρθρων αναφορικά με τη σχιζοφρένεια βρέθηκε να περιλαμβάνει μόλις 10 δημοσιεύματα (1,8% του δείγματος).

Αναφορά σε ερευνητικά δεδομένα ή στη γνώμη ειδικών ψυχικής υγείας γίνεται στο 31,62% του συνόλου των δημοσιευμάτων, χωρίς ωστόσο να παρατίθενται συγκεκριμένα ερευνητικά ευρήματα, ενώ

μόνο το 5,7% των δημοσιευμάτων έχει γραφτεί από κάποιον ειδικό. Στην κατηγορία «Οικονομική κρίση» (n=260) τα αυτοτελή δημοσιεύματα παρέμβασης των ίδιων των ειδικών ψυχικής υγείας είναι ελάχιστα (n=18). Ωστόσο, σε 110 δημοσιεύματα της κατηγορίας γίνεται αναφορά σε ερευνητικά δεδομένα και 127 δημοσιεύματα περιλαμβάνουν ή αναπαράγουν τον λόγο των ειδικών. Στην κατηγορία «Σχιζοφρένεια», αν και όλα τα δημοσιεύματα κάνουν αναφορά σε έρευνες ή αναπαράγουν τον λόγο ειδικών ψυχικής υγείας, κανένα από αυτά δεν φέρει την υπογραφή ειδικού.

Τα δημοσιεύματα για τη σχιζοφρένεια βρέθηκαν στην πλειοψηφία τους να είναι μικρά σε έκταση, χωρίς στιγματιστικούς τίτλους/υπότιτλους.

Ως προς την αναπαραγωγή μύθων σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, στα οκτώ από τα δέκα δημοσιεύματα της κατηγορίας «Σχιζοφρένεια» δεν γίνεται καμία αναφορά σε μύθους. Αντίθετα, το στερεότυπο της βίας και της επικινδυνότητας αναπαράγεται

Πίνακας 2. Θεματική κατηγοριοποίηση δημοσιευμάτων για την ψυχική υγεία.

Θεματικές κατηγορίες	Υποκατηγορίες	n	(%)
Σχιζοφρένεια		10	1,78
Διαταραχές της διάθεσης		66	11,72
Αγχώδεις διαταραχές		37	6,57
Αυτοκτονία		33	5,86
Οικονομική κρίση		260	46,18
	Αυτοκτονία	62	11,01
	Εργασιακή ανασφάλεια	27	4,80
	Διαταραχές της διάθεσης	18	3,20
Οικονομική κρίση και	Επιπτώσεις σε παιδιά και εφήβους	10	1,78
	Δομές ψυχικής υγείας	108	19,18
	Προτάσεις διαχείρισης	35	6,22
Βίαιες πράξεις που αποδίδονται σε προβλήματα ψυχικής υγείας		33	5,86
ΜΧΨΟ*		124	22,02
	Οικονομία	21	3,73
	Τέχνη	3	0,53
	Πολιτική	36	6,39
ΜΧΨΟ* και	Show biz/lifestyle	11	1,95
	Αθλητισμός	49	8,70
	Τηλεόραση	4	0,71
Σύνολο		563	100,00

*Μεταφορική χρήση ψυχιατρικών όρων

έξι φορές στην κατηγορία «Άρθρο σχετικό με βίαιες πράξεις που αποδίδονται σε προβλήματα ψυχικής υγείας». Στα αναφερόμενα στην κατάθλιψη δημοσιεύματα βρέθηκε ότι οι σχετικοί μύθοι αναπαράγονται συνολικά 20 φορές, με επικρατέστερο αυτόν που εξομοιώνει την κατάθλιψη με την κακή διάθεση.

Σε ό,τι αφορά στη χρήση στιγματιστικών λέξεων, με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζονται η λέξη «τρελός» και τα παράγωγά της (n=183), ενώ ακολουθούν οι λέξεις «ψυχοπαθής» (n=8), «φρενοκομείο» (n=9), «παράφρων» (n=5), «παρανοϊκός» (n=6), «σχιζοφρενής» (n=5), «ψυχασθενής» (n=1) και «λόξα» (n=1).

Καμία στιγματιστική λέξη δεν απαντάται στις κατηγορίες/υποκατηγορίες: «Διαταραχές της διάθεσης», «Αγχώδεις διαταραχές», «Οικονομική κρίση και αυτοκτονία», «Οικονομική κρίση και επιπτώσεις σε παιδιά και εφήβους», «Οικονομική κρίση και προτάσεις διαχείρισης», οι οποίες καταλαμβάνουν σημαντικό μέρος του δείγματος. Αντίθετα, στην κατηγορία «Βίαιες πράξεις που αποδίδονται σε προβλήματα ψυχικής υγείας», παρά το μικρό μέγεθός της, εντοπίζεται συχνή χρήση στιγματιστικών λέξεων.

Στη μεγάλη πλειοψηφία τους ωστόσο, οι στιγματιστικές λέξεις εμφανίζονται στην κατηγορία μεταφορικής χρήσης ψυχιατρικών όρων (ΜΧΨΟ): η λέξη «τρελός» και τα παράγωγά της απαντώνται 163 φορές, η λέξη «φρενοκομείο» 9 φορές, η λέξη «σχιζοφρενής» 3 φορές, «ψυχοπαθής» 3 φορές, «παρανοια» 3 φορές, «παράφρων» 1 φορά και «λόξα» 1 φορά. Με τη μεγαλύτερη συχνότητα (83 φορές) η λέξη «τρελός» και τα παράγωγά της χρησιμοποιούνται στην υποκατηγορία «ΜΧΨΟ και Αθλητισμός», ενώ ακολουθεί η υποκατηγορία «ΜΧΨΟ και Πολιτική», με 40 αναφορές στη λέξη «τρελός» και τα παράγωγά της.

Από τη σημασιολογική ανάλυση της ΜΧΨΟ προέκυψαν, ως έμμεσες παραπομπές σε χαρακτηριστικά που αποδίδονται στην ψυχική ασθένεια, τα εξής εννοιολογικά πλαίσια: «αντίφαση/αντίθεση/διχασμός», «παραλογισμός/αδυναμία κατανόησης», «επικινδυνότητα/ασυνειδησία/αγριότητα», «υπερβολή/ακρότητα» και «χαώδης, ανεξέλεγκτη κατάσταση».

Η αξιολόγηση της συνολικής «διάθεσης» των δημοσιευμάτων ως προς την έκφραση στίγματος έδειξε ότι η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (76%) αποτελείται από ουδέτερα κείμενα. Τα στιγματιστικά δημοσιεύματα καλύπτουν ποσοστό 15% του δείγματος και τα αντι-στιγματιστικά μόλις το 9%. Τα περισσότε-

ρα στιγματιστικά δημοσιεύματα (n=32) εντοπίζονται στην υποκατηγορία «ΜΧΨΟ και Πολιτική», ενώ τα περισσότερα αντι-στιγματιστικά (n=15) στην υποκατηγορία «Οικονομική κρίση και Δομές ψυχικής υγείας» (πίνακας 3).

Σύγκριση αποτελεσμάτων 2001 vs 2011

Στο επιμέρους σύνολο των δημοσιευμάτων που πραγματεύονταν προβλήματα ψυχικής υγείας (σχιζοφρένεια, διαταραχές της διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές), παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ποσοστιαίας αναλογίας τους μεταξύ του 2001 και του 2011 (πίνακας 4).

Η σύγκριση των περιγραφικών αποτελεσμάτων του 2001 και του 2011 όσον αφορά στην κατηγοριοποίηση των δημοσιευμάτων σε αντι-στιγματιστικά, στιγματιστικά και ουδέτερα, εμφανίζει τις αναπαραστάσεις της ψυχικής ασθένειας βελτιωμένες σχετικά με το παρελθόν (πίνακας 5). Λόγω του πολύ μικρού δείγματος των συγκρινόμενων κατηγοριών δεν ήταν δυνατό να αποδειχθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ετών.

Συμπεράσματα

Η μειωμένη παρουσία στιγματιστικών δημοσιευμάτων στα ευρήματα του 2011, σε σχέση με αυτά του 2001, φαίνεται να σηματοδοτεί θετική εξέλιξη ως προς τη δημόσια έκφραση στίγματος. Η διαφοροποίηση αυτή συνοδεύεται από θεαματική αύξηση των ουδέτερων στη «διάθεσή» τους απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα κείμενων. Η υποχώρηση της τάσης για συναισθηματικά φορτισμένες παρουσιάσεις και η μεγαλύτερη έμφαση των δημοσιογραφικών πρακτικών σε μια αντικειμενική απεικόνιση της ψυχικής νόσου μπορεί να αποδοθεί στις παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που έχουν γίνει κατά την τελευταία δεκαετία, και ιδιαίτερα σε αυτές που απευθύνονταν στοχευμένα στον χώρο των ΜΜΕ. Παρά το βελτιωμένο αυτό «κλίμα», τα αντι-στιγματιστικά δημοσιεύματα βρέθηκαν επίσης μειωμένα σε σχέση με το 2001. Το γεγονός αυτό μπορεί να θεωρηθεί συναρτώμενο με τη μικρότερη συχνότητα παρεμβάσεων επιστημόνων από τον χώρο της ψυχικής υγείας με δικά τους κείμενα, τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις συντελούσαν στην αποκατάσταση ανακρίβειών και παραπλανητικών απεικονίσεων της ψυχικής νόσου. Επιπλέον, αξί-

Πίνακας 3. Αποτίμηση συνολικής «διάθεσης» των δημοσιευμάτων ως προς το στίγμα.

Θεματικές κατηγορίες	Υποκατηγορίες	Στιγματιστικά	Αντι-στιγματιστικά	Ουδέτερα
Σχιζοφρένεια		1	0	9
Διαταραχές της διάθεσης		2	4	60
Αγχώδεις διαταραχές		0	1	36
Αυτοκτονία		0	4	29
Οικονομική κρίση		4	42	214
	Αυτοκτονία	0	11	51
	Εργασιακή ανασφάλεια	0	5	22
	Διαταραχές της διάθεσης	2	3	13
Οικονομική κρίση και				
	Επιπτώσεις σε παιδιά και εφήβους	0	1	9
	Δομές ψυχικής υγείας	2	15	91
	Προτάσεις διαχείρισης	0	7	28
Βίαιες πράξεις που αποδίδονται σε προβλήματα ψυχικής υγείας		8	1	24
ΜΧΨΟ*		67	0	57
	Οικονομία	6	0	15
	Τέχνη	1	0	2
	Πολιτική	32	0	4
ΜΧΨΟ* και	Show biz/lifestyle	6	0	5
	Αθλητισμός	22	0	27
	Τηλεόραση	0	0	4

*Μεταφορική χρήση ψυχιατρικών όρων

ζει εδώ να σημειωθεί ότι, αν και στα αποτελέσματα του 2011 οι αναφορές επιστημονικών ερευνών στον δημοσιογραφικό λόγο έχουν αυξηθεί, συνήθως δεν παρουσιάζονται συγκεκριμένα ερευνητικά ευρήματα, με συνέπεια η αξιοπιστία των πληροφοριών να μη μπορεί να ελεγχθεί.

Ως προς τη σχιζοφρένεια ειδικότερα, η αναπαράστασή της καταγράφεται σημαντικά βελτιωμένη, όπως προκύπτει από την απουσία στιγματιστικής γλώσσας και την πολύ περιορισμένη αναπαραγωγή των «μύθων» που τη συνοδεύουν. Το ιδιαίτερα διαδεδομένο κατά το παρελθόν στερεότυπο που εμφάνιζε τη σχιζοφρένεια να συνδέεται, σχεδόν αυτόματα, με τη βία, τείνει να εξαλειφθεί από τον επίσημο ειδησεογραφικό λόγο. Φαίνεται πως οι τρομολαγνικές παρουσιάσεις έχουν δώσει τη θέση τους σε έναν πιο υπεύθυνο χειρισμό του θέματος, τουλάχιστον στον χώρο των έντυπων μέσων. Η εξέλιξη αυτή είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντική, ειδικά αν συγκριθεί με ευρήματα αντίστοιχης μελέτης στον αγγλικό τύπο.¹⁷ Η διερεύνηση πιθανών αλλαγών στην παρουσίαση της σχι-

ζοφρένειας ανάμεσα στο 1995 και το 2005, έδειξε να μην υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ως προς την εμφάνιση της θεματικής της βίας και τη χρήση στιγματιστικής γλώσσας. Επίσης, σε άλλη μελέτη από τη γειτονική Τουρκία,¹⁸ άρθρα με αρνητικές αναφορές ή μεταφορική χρήση της σχιζοφρένειας βρέθηκαν να εμφανίζονται στο δείγμα με τετραπλάσια συχνότητα από ό,τι οι θετικές αναφορές. Μάλιστα, χαρακτηριστικό είναι ότι οι μισές σχεδόν αναφορές του όρου ενέπιπταν σε μεταφορικό πλαίσιο.

Ωστόσο, το στερεότυπο της βίας και της επικινδυνότητας –διαχρονικό έρεισμα του στίγματος της σχιζοφρένειας– παραμένει παρόν με έναν περισσότερο «υπόγειο» και δυσδιάκριτο τρόπο, έχοντας μετατοπιστεί προς την ψυχική ασθένεια ως ενιαία και αδιαφοροποίητη οντότητα, χωρίς αναφορά σε συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία. Η θεματολογία της συσχέτισης της ψυχικής νόσου με τη βία συνιστά μια ολόκληρη κατηγορία του δείγματος «βίαιες πράξεις που αποδίδονται σε προβλήματα ψυχικής υγείας». Αν και στα δημοσιεύματα αυτά η δημοσιογραφική παρουσίαση

Πίνακας 4. Σύγκριση 2001 vs 2011 ως προς τη συχνότητα αναφοράς ψυχικών διαταραχών.

	2001	2011	χ^2 (df)	p-value
Σχιζοφρένεια	28,7%	7,6%	17,72 (1)	<0,001*
Διαταραχές της διάθεσης	29,8%	64,1%	25,80 (1)	<0,001*
Αγχώδεις διαταραχές	41,5%	28,2%	4,92 (1)	<0,05*

*p<0,05

Πίνακας 5. Σύγκριση 2001 vs 2011 ως προς τη στιγματιστική «διάθεση» των δημοσιευμάτων*.

	Αντι-στιγματιστικά		Στιγματιστικά		Ουδέτερα	
	2001 n (%)	2011 n (%)	2001 n (%)	2011 n (%)	2001 n (%)	2011 n (%)
Σχιζοφρένεια	3 (11,1)	0 (0,0)	6 (22,2)	1 (10,0)	18 (66,7)	9 (90,0)
Διαταραχές της διάθεσης	4 (14,3)	7 (8,3)	1 (3,6)	4 (4,8)	23 (82,1)	73 (86,9)
Αγχώδεις διαταραχές	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (2,6)	0 (0,0)	38 (97,4)	36 (97,3)

*Λόγω του πολύ μικρού δείγματος των συγκρινόμενων κατηγοριών δεν ήταν δυνατόν να αποδειχθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ετών

είναι μάλλον ουδέτερη –αρκετά «προσεκτική» ώστε να μην παραβιάζει κατάφωρα το δεοντολογικά ορθό–, αν και η σύνδεση του εγκλήματος με κάποιο ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο του δράστη παραμένει άρρητη ή πιθανολογούμενη, σε κάθε περίπτωση η επικινδυνότητα συνεχίζει να βρίσκεται στην «πρώτη γραμμή» της σχετικής με την ψυχική ασθένεια ειδησεογραφίας. Χαρακτηριστικά, τα μισά σχεδόν δημοσιεύματα της κατηγορίας «Βίαιες πράξεις που αποδίδονται σε προβλήματα ψυχικής υγείας» αφορούν στην υπόθεση του Άντερς Μπρέιβικ (που σκότωσε 77 άτομα και τραυμάτισε άλλα 151 στο νησί Ουτόγια της Νορβηγίας τον Μάρτιο του 2011), είτε διατυπώνοντας εικασίες για το ψυχοπαθολογικό υπόβαθρο της πράξης του είτε αναφερόμενα σε στοιχεία της ψυχιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης. Η ακραία βία σχεδόν μονοπωλεί το «μηντιακό» ενδιαφέρον. Με αυτόν τον τρόπο, όπως υποστηρίζουν οι Angermeyer και Schulze,¹⁹ η εστίαση στην εγκληματικότητα διαμορφώνει ανάλογα τη δημόσια εικόνα του ψυχικά ασθενούς και επηρεάζει αρνητικά τις στάσεις του κοινού απέναντί του.

Πέρα από τη θεματολογία της βίας, άλλες πτυχές της σοβαρής ψυχικής νόσου –π.χ. οι διεκδικήσεις των

πασχόντων και των οικογενειών τους, ο καθημερινός αγώνας απέναντι σε μια νόσο χρόνια και δύσκολη– μοιάζουν να μην αφορούν τη δημόσια σφαίρα και το κοινωνικό γίνεσθαι. Η διαπίστωση της μονομερούς αυτής παρουσίας έρχεται να προστεθεί σε προγενέστερες διεθνείς καταγραφές, σύμφωνα με τις οποίες σπάνια τα ΜΜΕ αναδεικνύουν θετικές προοπτικές της ψυχικής ασθένειας, αναφερόμενα στη βελτίωση των συνθηκών ζωής των ασθενών, στην κοινωνική ένταξή τους, στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων τους, στην πρόοδο στον τομέα της φαρμακοθεραπείας ή σε περιπτώσεις ατόμων που κατάφεραν να υπερβούν τις δυσκολίες τους.⁷ Ο λόγος των ιδίων των ασθενών ή των οικογενειών τους συνεχίζει να απουσιάζει από τα έντυπα μέσα, σε συμφωνία με τα ευρήματα του 2001 αλλά και με διεθνή στοιχεία.^{20–21}

Μια επιπλέον παράμετρος της «μηντιακής» παρουσίας της σχιζοφρένειας είναι το έλλειμμα «εκπροσώπησης» της σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές, με τα σχετικά δημοσιεύματα στην παρούσα μελέτη να καταλαμβάνουν ένα ελάχιστο μέρος του δείγματος και να είναι σημαντικά μειωμένα σε σχέση με το 2001. Τα κείμενα αυτά στην πλειοψηφία τους είναι «αθόρυβα» και μικρής έκτασης, σχε-

δόν μονόστηλα, με περιεχόμενο που δεν βοηθά τον αναγνώστη να κατανοήσει τη φύση της ασθένειας ή σε γλώσσα μη κατανοητή για το ευρύ κοινό. Η απουσία δημοσιευμάτων από ειδικούς ψυχικής υγείας και η γενικόλογη και μόνο αναφορά σε επιστημονικές μελέτες, χωρίς την παράθεση συγκεκριμένων στοιχείων, μικρή διαφοροποίηση συνιστά σε σχέση με προηγούμενες διεθνείς καταγραφές που υπογραμμίζουν τη σποραδικότητα αντικειμενικών παρουσιάσεων και παρουσίας επιστημονικών δεδομένων.⁷

Πολύ περισσότερο φαίνεται να προσελκύουν το «μηντιακό» ενδιαφέρον η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους. Η κατάθλιψη, ειδικότερα, έχει δεκαπλάσια σχεδόν εμφάνιση στα δημοσιεύματα του δείγματος από ό,τι η σχιζοφρένεια. Επ' αφορμή των συνθηκών της οικονομικής κρίσης, γίνεται συχνά λόγος για μια «καταθλιπτική χώρα» ή μια «καταθλιπτική κοινωνία». Καταφεύγοντας σε βερμπαλιστικές υπερβολές που εξυπηρετούν τους σκοπούς της δημοσιογραφικής παρουσίασης, τα ΜΜΕ παθολογικοποιούν έτσι τη θλίψη που εύλογα βιώνουν τα άτομα, ως φυσιολογική αντίδραση στην οδυνηρή πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν.²² Αλλά και εκτός του πλαισίου της οικονομικής κρίσης, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα σχετικά με την κατάθλιψη κείμενα είναι διανθισμένα από παραπλανητικές αναπαραστάσεις και στερούμενα επιστημονικής βάσης. Η κατάθλιψη παρουσιάζεται ταυτόσημη με τη μελαγχολία, τη θλίψη και την κακή διάθεση, αναπαράγοντας τον αντίστοιχο «μύθο», ενώ απουσιάζει η έγκυρη πληροφόρηση για την κλινική εικόνα και τα συμπτώματά της. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί η παρουσία πολλών αποπροσανατολιστικών δημοσιευμάτων με τίτλους όπως «Ο καφές είναι αντικαταθλιπτικό», «Τα συμπληρώματα διατροφής είναι αντίδοτο στην κατάθλιψη», «Το περπάτημα μέσο θεραπείας» και «Η κατάθλιψη συνώνυμο της απαισιοδοξίας».

Παρομοίως, η αναπαράσταση των διαταραχών άγχους χαρακτηρίζεται από την απουσία δημοσιευμάτων ειδικών ψυχικής υγείας με πληροφορίες για την αιτιολογία, τα συμπτώματα και την αντιμετώπισή τους. Το άγχος, ο φόβος και το στρες συχνά συγχέονται, έτσι ώστε ο αναγνώστης αδυνατεί να κατανοήσει πότε τέτοιες εκδηλώσεις συνιστούν διαταραχή. Κυριαρχεί μια επιφανειακή, “lifestyle” προσέγγιση, ενδεικτικοί της οποίας είναι τίτλοι όπως: «Στρες και παραλία», «Καταπολεμήστε το στρες τρώγοντας»,

«Εναλλακτική γυμναστική ενάντια στο άγχος» κ.ά. Το εργασιακό στρες και το άγχος του σύγχρονου τρόπου ζωής, στα οποία αναφέρονται αρκετά δημοσιεύματα, παρουσιάζονται με τρόπο επιπόλαιο και υπερβολικό, όπως προκύπτει από τίτλους: «Πανούκλα το εργασιακό στρες» και «Ο μαύρος θάνατος του 21ου αιώνα» ή με πληροφορίες του τύπου: «Μειώστε το άγχος της δουλειάς πίνοντας χυμό ροδιού», «Κολλητικό, όπως η γρίπη, το εργασιακό στρες».

Η αυτοκτονικότητα, θέμα με έντονο συναισθηματικό αντίκτυπο, έχει επίσης αξιοσημείωτη παρουσία στα δημοσιεύματα του δείγματος. Στο γεγονός αυτό δείχνει ωστόσο να συμβάλλει και η σύνδεσή της με την οικονομική κρίση, όπως διαφαίνεται από τον διπλάσιο αριθμό των δημοσιευμάτων της υποκατηγορίας «Οικονομική κρίση και αυτοκτονία» σε σύγκριση με αυτά που αναφέρονται στην αυτοκτονία μεμονωμένα. Ως προς τον χειρισμό του θέματος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο ρόλος του ψυχοπαθολογικού υπόβαθρου της αυτοκτονικότητας δεν αναδεικνύεται, γεγονός που φαίνεται να σχετίζεται με την απουσία απόψεων ειδικών που να επισημαίνουν αυτή τη διάσταση. Μία μόνο αυτοτελής παρέμβαση ειδικού ψυχικής υγείας εντοπίζεται στην υποκατηγορία «Οικονομική κρίση και αυτοκτονία». Παρόλ' αυτά, στα δημοσιεύματα της συγκεκριμένης υποκατηγορίας γίνεται αναφορά σε επιδημιολογικά και ερευνητικά στοιχεία και σε απόψεις ειδικών που επιχειρούν να ερμηνεύσουν τη ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων με κοινωνιολογικούς όρους.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι από την υποκατηγορία «Οικονομική κρίση και προτάσεις διαχείρισης» απουσιάζουν –με μία μόνο εξαίρεση– δημοσιεύματα ενημέρωσης του κοινού για τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Είναι τεκμηριωμένο ότι οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες συντελούν στην αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας.²³ Ειδικότερα για την Ελλάδα, πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν την αυξημένη επικράτηση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, σε συσχέτιση με τον βαθμό οικονομικής δυσχέρειας του πληθυσμού.^{24,25} Παράλληλα, άλλα ελληνικά ευρήματα καταδεικνύουν την αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στους δείκτες αυτοκτονίας και τη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας.²⁶ Με τα δεδομένα αυτά, είναι ιδιαίτερα σημαντική η διάχυση της ενημέρωσης για τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής

υγείας και άμεσης βοήθειας, όπως είναι οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης. Ο ρόλος, ειδικότερα, των υπηρεσιών τηλεφωνικής βοήθειας και οι ανάγκες που μπορούν να καλύψουν, ως ένα πρώτο επίπεδο διαχείρισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, γίνονται πρόδηλες στις αφηγήσεις των καλούντων στη Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη του ΕΠΙΨΥ, όπου με αυξανόμενη συχνότητα γίνεται αναφορά στις ψυχικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.²⁷ Συνεπώς, ειδικά υπό τις τρέχουσες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, η απουσία σχετικών ενημερωτικών δημοσιευμάτων στα έντυπα πανελλαδικής κυκλοφορίας συνιστά ένα σημαντικό έλλειμμα πληροφόρησης.

Ωστόσο, στο ευρύτερο πλαίσιο προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας από τα ΜΜΕ, η επικαιρότητα της οικονομικής κρίσης και το καθολικό ενδιαφέρον που παρουσιάζει αναδεικνύονται καθοριστικά: θέματα σχετικά με την οικονομική κρίση που, με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, άπτονται της ψυχικής υγείας καταλαμβάνουν το 46,18% των δημοσιευμάτων του 2011, συγκροτώντας την πολυπληθέστερη κατηγορία του δείγματος. Η επικέντρωση της πλειοψηφίας αυτών στη συρρίκνωση της Δημόσιας Ψυχικής Υγείας (κλείσιμο δομών, απολύσεις επαγγελματιών, κατάρρευση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης) φαίνεται να αντανάκλα τη διαχρονικά προσφιλή στα ΜΜΕ τάση «καταγγελίας» των κακώς κειμένων· ωστόσο, από την κατηγορία «Οικονομική κρίση» δεν λείπουν τα δημοσιεύματα που συνδέουν τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβολές με διαταραχές της διάθεσης. Η σύνδεση αυτή μπορεί ενδεχομένως να ερμηνεύσει τον υπερδιπλασιασμό του ποσοστού των δημοσιευμάτων που αναφέρονται στις διαταραχές της διάθεσης και τη συνακόλουθη αναλογική μείωση του ποσοστού που αφορά στη σχιζοφρένεια και στις αγχώδεις διαταραχές στη σύγκριση μεταξύ των ευρημάτων του 2001 και του 2011.

Η καταλυτική κοινωνική παρουσία της οικονομικής κρίσης «τροφοδοτεί» και τη μεταφορική χρήση όρων σχετιζόμενων με την ψυχική νόσο, στο πλαίσιο της πολιτικής και οικονομικής επικαιρότητας. Φράσεις όπως: «Τρελό για τα σίδερα νομοσχέδιο», «Η τρέλα του Δημοσίου», «Φοροεισπρακτική επίθεση τρέλας», «Οι αγορές τρελάθηκαν», «Τρελάθηκαν τα σπρεντ» και «Ιστορίες ελληνικής τρέλας», ή μεμονωμένες λέξεις όπως «Τρελαμένοι», «Τρέλα», «Φρενοκομείο» χρησιμοποιούνται για να απαξιώσουν, να λοιδορήσουν και να δυσφημίσουν. Η μεταφορική χρήση της

«τρέλας» παραμένει ιδιαίτερα δημοφιλής και στον χώρο της αθλητικής ειδησεογραφίας – με μάλλον θετικό πρόσημο σε αυτή την περίπτωση, υπονοώντας τον υπερβολικό ενθουσιασμό ή το πάθος–, αναπαράγοντας όμως σταθερά μια διαστρεβλωμένη εικόνα για την ψυχική ασθένεια.

Αν και η περιορισμένη μεταφορική χρήση της λέξης «σχιζοφρενής»/«σχιζοφρένεια» θα μπορούσε να καταγραφεί εδώ ως θετικό εύρημα, σε συνολική προοπτική η μεταφορική χρήση ψυχιατρικών όρων παραμένει ενδεικτική της «μηντιακής» πρακτικής του εντυπωσιασμού. Προκειμένου να παρουσιαστούν εμφατικά καταστάσεις που ενέχουν το στοιχείο της υπερβολής, της αντίφασης, της έντασης, της ακρότητας ή του χάους –και εκλαμβάνοντας τα στοιχεία αυτά ταυτόσημα με την ψυχική νόσο– αναπαράγονται τα στερεότυπα που ταυτίζουν τον ψυχικά πάσχοντα με τις πιο αρνητικές διαστάσεις της ασθένειάς του. Χαρακτηριστικό είναι άλλωστε το γεγονός ότι στην κατηγορία της μεταφορικής χρήσης ψυχιατρικών όρων εντοπίζεται ο κύριος όγκος των στιγματιστικών λέξεων που βρέθηκαν στο δείγμα της παρούσας μελέτης. Παρότι συνολικά η χρήση στιγματιστικής γλώσσας φαίνεται να έχει υποχωρήσει, η συχνότητά της στον μεταφορικό λόγο, αν και δεν στοχοποιεί ευθέως τον ίδιο τον πάσχοντα, προδίδει την ανθεκτικότητα του στίγματος στις συλλογικές αναπαραστάσεις.

Αντί επιλόγου

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παράλληλα με τη διερεύνηση αλλαγών στην έκφραση του στίγματος στα ελληνικά ΜΜΕ, θα παρουσίαζε και η σύγκριση των ευρημάτων αυτών με το σύγχρονο διεθνές «τοπίο» στο πεδίο αυτό. Ωστόσο κάτι τέτοιο καθίσταται αδύνατον λόγω απουσίας πρόσφατων μελετών από άλλες χώρες που να αποτυπώνουν την εξέλιξη των «μηντιακών» αναπαραστάσεων της ψυχικής νόσου στον χρόνο – με την εξαίρεση, κατά την τελευταία πενταετία, δύο μόνο μελετών, οι οποίες ωστόσο εστιάζουν μεμονωμένα στη σχιζοφρένεια.¹⁷⁻¹⁸ Δεδομένου του επί δύο και πλέον δεκαετίες αυξημένου ερευνητικού ενδιαφέροντος που είχε προηγηθεί,¹¹ το γεγονός αυτό χρήζει σχολιασμού. Η αυξανόμενη τα τελευταία χρόνια τάση «εγκατάλειψης» αυτού του πεδίου μελέτης θα μπορούσε να αποδοθεί στην ομοιογένεια των σχετικών ευρημάτων,²⁸ τα οποία συγκλίνουν στη σημαντική επίδραση που έχει το περιεχόμενο των

ΜΜΕ ως προς τις πεποιθήσεις που υιοθετεί το κοινό για την ψυχική νόσο. Ως εκ τούτου, πολλοί μελετητές έχουν στραφεί προς τη διερεύνηση τρόπων αξιοποίησης των ΜΜΕ στο πλαίσιο στρατηγικών καταπολέμησης του στίγματος,²⁹⁻³⁰ εξετάζοντας την αποτελεσματικότητα αντι-στιγματιστικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιούν ποικίλες «μηντιακές» οδούς.³¹⁻³³

Παράλληλα, οι παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης που έχουν υλοποιηθεί σε παγκόσμια κλίμακα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, τόσο οι απευθυνόμενες στο ευρύ κοινό όσο και στους επαγγελματίες των ΜΜΕ, έχουν αλλάξει σημαντικά τα χαρακτηριστικά της παρουσίας της ψυχικής νόσου. Ειδικότερα οι αναφορές στην επικινδυνότητα, το διαχρονικά κυρίαρχο στερεότυπο, καταγράφονται μειωμένες.³⁴ Αυτή η θετική έκβαση είναι αναμενόμενο να συνοδεύεται από υποχώρηση του ενδιαφέροντος για περαιτέρω διερεύνηση των αναπαραστάσεων των «παραδοσιακών» ΜΜΕ. Από την άλλη πλευρά, ένα «μηντιακό» πεδίο το οποίο χρήζει διερεύνησης είναι το διαδίκτυο. Το πλήθος των πληροφοριών, οι συχνά χασοτικές διαστάσεις της διαδικτυακής επικοινωνίας, αλλά και τα ειδικά χαρα-

κτηριστικά της, όπως η ανεξαρτησία από κεντρικούς διαύλους διακίνησης της πληροφορίας και η δυνατότητα αδιαμεσολάβητης έκφρασης και άμεσης αλληλεπίδρασης του κοινού, διαμορφώνουν δυναμικές που θέτουν σημαντικές προκλήσεις στην έρευνα. Παράλληλα όμως, ο ίδιος ο καινοτόμος χαρακτήρας του και οι ανεξερεύνητες δυνατότητές του ανοίγουν νέες προοπτικές αξιοποίησης του μέσου αυτού.

Ως προς τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ο συγκινησιακός αντίκτυπος του θέματος, ο εντυπωσιασμός και η συναισθηματική εμπλοκή του δέκτη παραμένουν η κυρίαρχη οδός προς τη δημοσιότητα. Σήμερα όμως, υπό το δυσοίωνα πρίσμα της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης, το «μηντιακό» ενδιαφέρον στρέφεται στην οικονομική κρίση και στις σαρωτικές επιπτώσεις της για το σύνολο του πληθυσμού. Η εστίαση των μηχανισμών ανάδειξης ειδησεογραφικά «ελκυστικών» θεμάτων έχει μετατοπιστεί στον κύριο όγκο της μαστιζόμενης από την κρίση κοινωνίας: πλέον η ακρότητα, η βαναυσότητα και ο παραλογισμός φαίνεται πως αφορούν τον μέσο άνθρωπο.

Representations of mental illness in the Greek Press: 2001 vs 2011

M. Economou,^{1,2} E. Louki,¹ M. Charitsi,¹ T. Alexiou,¹ A. Patelakis,¹
A. Christakaki,² G.N. Papadimitriou²

¹University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens,

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

Psychiatriki 2015, 26:93-105

The media seem to have played a prominent role in shaping the contemporary social image of people with mental illness, by perpetuating the stigma attached to it. Worldwide, a vast amount of research findings converge to the stigmatizing representation of people with mental illness by the media, with reference to the dominant stereotype of violence. The present study aims to explore the representations of mental illness in the Greek Press using a quantitative and qualitative approach. Potential changes in the media portrayal of mental illness during the last decade are also being examined: findings are compared to those of a previous research that took place in 2001, following the same methodology. The sample consisted of press articles referring to mental illness, that were indexed daily from the Greek newspapers during the period July-November 2011. The items were categorized into thematic categories and further analyzed taking in account the use of stigmatiz-

ing vocabulary, the reproduction of common myths concerning mental illness, the overall valence of each article (stigmatizing, neutral or anti-stigmatizing) towards people with mental illness, as well as the contextual implications conveyed in the use of psychiatric terms as a metaphor. The largest thematic category that emerged from the sample was that referring to the repercussions of the economic crisis to mental health, followed by the category of articles where psychiatric terms are used as a metaphor. The comparisons made between 2001 and 2011 revealed an improved representation of mental illness in terms of stigma, especially regarding schizophrenia. The public expression of stigma has decreased, with fewer stigmatizing articles and notably more neutral in valence articles. The findings of this study suggest a decline of the media propensity for emotionally charged descriptions and a shift towards objective journalism regarding mental illness. This is most likely to be attributed to the anti-stigma campaigns, targeting media workers, that have been implemented during the last decade in Greece. Nevertheless, the public expression of stigma remains present by taking more subtle forms. Such examples are demonstrated by the semantic context of articles in which psychiatric terms are used as a metaphor, or by the recurrent reference of (unspecified) mental illness on the occasion of violent crime.

Key words: Mental illness, stigma, media, violence, economic crisis.

Βιβλιογραφία

1. Steadman H, Cocozza J. Selective reporting and the public's misconceptions of the criminally insane. *Publ Opin Q* 1978, 41: 523–533
2. Barnes RC. Mental illness in British newspapers (or my girlfriend is a Rover Metro). *Psychiatr Bull* 1993, 17:673–674
3. Philo G. Media images and popular beliefs. *Psychiatr Bull* 1994, 18:173–174
4. Wolff G. Attitudes of the media and public. In: Leff J (ed) *Care in the Community: Illusion or Reality*. John Wiley and Sons, Toronto, 1997
5. Cutcliffe J, Hannigan B. Mass media, monsters and mental health clients: the need for increased lobbying. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001, 8:315–321
6. Coverdale J, Nairn R, Claasen D. Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *Austr N Zeal J Psychiatr* 2002, 36:697–700
7. Wahl O. News media portrayal of mental illness. *Am Behaviour Sci* 2003, 46:1594–1600
8. Magli E, Buizza C, Pioli R. Mental illness and media. *Recent Prog Med* 2004, 95:302–307
9. Corrigan P, Watson A, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall L. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv* 2005, 56:551–556
10. Levin A. When mental illness makes news, facts often missing in action. *Psychiatr News* 2005, 40:18–20
11. Klin A, Lemish D. Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *J Health Commun* 2008, 13:434–449, DOI:10.1080/10810730802198813
12. Economou M, Kourea A, Gramandani C, Leontiadou A, Louki E, Stefanis C. Mental disorder and Mental Health representations in Greek newspapers and magazines. *World Psychiatr* 2005, 4:45–49
13. Οικονόμου Μ, Χαρίτση Μ, Κολοστούμπης Δ, Γιώτης Λ. Η περίπτωση της σχιζοφρένειας στα ΜΜΕ: Ψυχιατρικός όρος ή μεταφορά; *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 98:17–20
14. Sontag S. *Illness as Metaphor*. Penguin Books, London, 1978
15. Duckworth K, Halpern J, Schutt R, Gillespie C. Use of Schizophrenia as a metaphor in US newspapers. *Psychiatr Serv* 2003, 54:1402–1404
16. Οικονόμου Μ, Χαρίτση Μ, Δημητριάδου Ε. ΜΜΕ και ψυχική ασθένεια: Απεικονίσεις της σχιζοφρένειας στον ελληνικό Τύπο. *Ψυχολογία* 2006, 13:59–85
17. Clement S, Foster N. Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points. *Schizophr Res* 2008, 98:1778–1783, DOI:10.1016/j.schres.2007.09.028
18. Boke O, Aker S, Aker AA, Sarisoy G, Sahin AR. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2007, 42:457–461, DOI:10.1007/s00127-007-0198-8
19. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatr* 2001, 24:469–486
20. Nairn RG, Coverdale JH. People never see us living well: an appraisal of personal stories about mental illness in a prospective print media sample. *Austr N Zeal J Psychiatr* 2005, 39:281–287
21. Wahl O, Wood A, Richards R. Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? *Psychiatr Rehabil Skills* 2002, 6:9–31
22. Χριστοδούλου ΓΝ, Χριστοδούλου ΝΓ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική* 2013, 24:95–96

23. Lund C, Breen A, Flisher A, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med* 2010, 71:517–528
24. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis CN. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2011, 46:943–952
25. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* 2013, 145:308–314
26. Γιωτάκος Ο, Τσουβέλας Γ, Κονταξάκης Β. Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2012, 23:29–37
27. Οικονόμου Μ, Χαρίτση Μ, Λουκή Ε, Ντούμου Β, Ψαρομηλίγκου Θ. Οι προσωπικές ιστορίες που κρύβονται πίσω από τους αριθμούς: το ψυχικό κόστος της κρίσης. *Σύναψις* 2013, 9:4–10
28. Stuart H. Media Portrayal of mental illness and its treatments. *CNS Drugs* 2006, 20:99–106, DOI:1172-7247/06/0002-0099/s39.95/0
29. Benbow A. Mental illness, stigma, and the media. *J Clin Psychiatry* 2007, 68(Suppl 2):31–35
30. Campbel NN, Heath J, Bouknight J, Rudd K, Pender J. Speaking out for mental health. Collaboration of future journalists and psychiatrists. *Acad Psychiatr* 2009, 33:166–168
31. Finkelstein J, Lapshin O, Wasserman E. Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Educ Counsel* 2008, 71:204–214, DOI:10.1016/J.PEC.2008.01.002
32. Caputo NM, Rouner D. Narrative processing of entertainment media and mental illness stigma. *Health Commun* 2011, 26:594–604, DOI:10.1080/10410236.2011.560787
33. Quinn N, Shulman A, Knifton L, Byrne P. The impact of a national mental health arts and film festival on stigma and recovery. *Acta Psychiatr Scand* 2011, 123:71–81, DOI:10.1111/j.1600-0447.2010.01573.x
34. Stout PA, Villegas J, Jennings NA. Images of mental illness in the media. *Schizophr Bull* 2004, 30:543–561

Αλληλογραφία: Μ. Οικονόμου, Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Σαρανταπήχου 35, 114 71 Λυκαβηττός, Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-61 70 071–2, 210-72 89 409, 6944 591 280
e-mail: moikonom@med.uoa.gr, meconomu@otenet.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Η σχέση παραμέτρων του εργασιακού στρες με την επαγγελματική εξουθένωση και το προσλαμβανόμενο στρες

A. Μπουγέα,¹ Ε.Κ. Κλεισαρχάκης,² Β. Γκιοκά,³ Σ. Μπελεγρή⁴

¹Α' Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα,

²Πρόγραμμα Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Ηράκλειο, Κρήτη,

³Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα,

⁴Κοινωνική Υπηρεσία, Μονεμβασιά, Λακωνία

Ψυχιατρική 2015, 26:106–115

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι η επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνολο συμπτωμάτων που σχετίζεται με το χρόνιο στρες και περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη των προσωπικών επιτευγμάτων. Η έρευνα δείχνει ότι τα άσυλα αποτελούν στρεσογόνα περιβάλλοντα όπου το προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό στρες. Υπάρχει η τάση σε διάφορες μελέτες να αναλύσουν τα αίτια του στρες και τις μεθόδους διαχείρισής του, αλλά ελάχιστες, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια, διερεύνησαν την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό στρες στο προσωπικό ελληνικού ασύλου. Η ανάδειξη συσχέτισης του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σημαντική για την εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβατικών προγραμμάτων, προκειμένου να μειωθεί η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού, αυξάνοντας την παραγωγικότητα και το ηθικό των εργαζομένων. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ εξουθένωσης και του εργασιακού στρες του προσωπικού τού Ψυχιατρείου Λέρου. Σαράντα-εννέα εργαζόμενοι αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο Καταγραφής του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burn-out Inventory), του περιεχομένου εργασίας, την κλίμακα προσλαμβανόμενου στρες και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι υψηλοί μισθοί του προσωπικού συνδέονται με μεγαλύτερες ηλικίες εργαζομένων ($\chi^2=7,638$, $p=0,022$), ενώ σχετίζονται και με τα έτη στην εργασία ($\chi^2=10,094$, $p=0,006$). Οι άνδρες έχουν περισσότερα χρόνια εργασίας στο ίδρυμα κατά μέσον όρο από τις γυναίκες ($t=3,605$, $p<0,001$), καθώς και συνολικά έτη εργασίας ($t=4,914$, $p<0,001$). Η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται θετικά με τις απαιτήσεις στην εργασία ($r=0,484$, $p<0,001$) και το ψυχοσωματικό στρες ($r=0,381$, $p=0,006$) και αρνητικά με την υποστήριξη από τους συναδέλφους ($r=-0,332$, $p=0,019$) και τους ανωτέρους ($r=-0,296$, $p=0,038$). Σημαντική συσχέτιση σημειώνεται μεταξύ της έλλειψης των προσωπικών επιτευγμάτων, της κατάθλιψης ($r=-0,283$,

$p=0,048$) και της έλλειψης ικανοποίησης από την εργασία ($r=-0,430$). Επίσης αναδείχθηκε σημαντικά αρνητική η συσχέτιση μεταξύ της αποπροσωποποίησης και της υποστήριξης από τους ανωτέρους ($p=-0,300$, $p=0,036$). Οι εργαζόμενοι που βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($r=0,358$, $p=0,011$), διαταραχές ύπνου ($r=0,469$, $p<0,001$), ψυχοσωματικό ($r=0,381$, $p=0,006$) και σύνθετο ψυχοσωματικό στρες ($r=0,525$, $p<0,001$). Το περιεχόμενο της εργασίας στο ΠΙΚΠΑ Λέρου σχετίζεται θετικά και με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθιστώντας αναγκαία την αντιμετώπιση των παραπάνω παραγόντων μέσα από την εκπαίδευση του προσωπικού στη διαχείριση του στρες.

Λέξεις ευρητηρίου: Επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακό στρες, προσλαμβανόμενο στρες, συναισθηματική εξουθένωση, διαχείριση του στρες.

Εισαγωγή

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί το μείζον πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι λειτουργοί υγείας. Θεωρείται ψυχολογικό σύνδρομο εκφραζόμενο με συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων στον εργαζόμενο,¹ και αναπτύσσεται κυρίως σε κατηγορίες εργαζομένων που υπάρχει άμεση επαφή και αλληλεπίδραση με τον ασθενή.² Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει καταγραφεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε υψηλό βαθμό.³⁻⁵

Σύμφωνα με το μοντέλο εργασιακού στρες του Karasek, το περιεχόμενο της εργασίας αποκαλύπτει ότι συγκεκριμένες πηγές εργασιακού στρες, όπως οι υψηλές απαιτήσεις από την εργασία και ο χαμηλός έλεγχος του εργαζομένου στο αντικείμενο της εργασίας, είναι υπεύθυνοι για τη βίωση στρες στον χώρο εργασίας.⁶ Το προσωπικό ψυχιατρικών νοσοκομείων και ιδρυμάτων είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένο σε στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με τη φύση της φροντίδας που παρέχουν, αλλά και το οργανωτικό πλαίσιο των ψυχιατρικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Το συναισθηματικό φορτίο της φροντίδας των ασθενών με ψυχιατρικά προβλήματα,⁷ ο φόρτος εργασίας, το αίσθημα ελέγχου στην εργασία, η κοινωνική και οικονομική ανταμοιβή από την εργασία⁸ είναι παράγοντες που σχετίζονται με τη βίωση εργασιακού στρες και την επαγγελματική εξουθένωση.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συσχέτιση του περιεχομένου της εργασίας με την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στο Ψυχιατρείο Λέρου όπου διαβιούν άτομα με μαθησιακές δυσκο-

λίες, πολλαπλές αναπηρίες και ψυχιατρικά προβλήματα. Παλαιότερες ερευνητικές εργασίες που πραγματοποιήθηκαν στο Ψυχιατρείο Λέρου ανέδειξαν τη σπουδαιότητα της εφαρμογής παρεμβατικών προγραμμάτων αποασυλοποίησης και αποκατάστασης⁹⁻¹¹ και την ανάγκη υποστήριξης του προσωπικού που αντιμετωπίζει αυξημένο στρες και δυσκολίες στην εργασία του.¹²

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 49 εργαζόμενοι (13 άνδρες 26,5%, 36 γυναίκες 73,5%), νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του Ψυχιατρείου Λέρου, οι οποίοι κλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη κατόπιν ανακοίνωσης και προσωπικής ενημέρωσης. Ωστόσο 11 εργαζόμενοι αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα (7 γυναίκες και 4 άνδρες). Κριτήριο εισαγωγής των ατόμων στη μελέτη ήταν να είναι μόνιμοι εργαζόμενοι στο Ψυχιατρείο Λέρου.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν η συμπλήρωση ανωνύμου ερωτηματολογίου, κατόπιν αδείας της διεύθυνσης του ιδρύματος και σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Διακήρυξης του Ελσίνκι. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε κατά τους μήνες Οκτώβριο-Νοέμβριο 2010.

Μετρήσεις

Χορηγήθηκε ένα Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων που περιελάμβανε στοιχεία όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, τέκνα/αριθμός τέκνων, είδος προσφερόμενης εργασίας, ωράριο εργασίας, μηνιαίες

αποδοχές, προϋπηρεσία στο ίδρυμα, δυνατότητα αλλαγής βάρδιας.

Το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burn-out Inventory, MBI)*.¹³ Περιλαμβάνει 22 ερωτήματα που μετρούν τις τρεις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση, την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων και την αποπροσωποποίηση. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν τη συχνότητα με την οποία τους συμβαίνει μια συγκεκριμένη κατάσταση σε επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert από το 0 (ποτέ δεν μου συμβαίνει) έως το 7 (μου συμβαίνει κάθε μέρα). Η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha για την επαγγελματική εξουθένωση ήταν ($\alpha=0,838$), για τη συναισθηματική εξάντληση ($\alpha=0,902$) για τα προσωπικά επιτεύγματα ($\alpha=0,820$) και για την αποπροσωποποίηση ($\alpha=0,508$).

Το *Ερωτηματολόγιο Περιεχομένου Εργασίας (JCQ)*,¹⁴ το οποίο περιλαμβάνει 74 ερωτήματα που μετρούν τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων στην εργασία, τις απαιτήσεις από την εργασία (ψυχολογικές, σωματικές, απαιτήσεις προερχόμενος από το αντικείμενο της εργασίας), την ανασφάλεια στην εργασία, τη στήριξη από τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους, την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τις παρακάτω υποκατηγορίες: έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία, καταθλιπτικό συναίσθημα, ψυχοσωματικό στρες (εύκολη κόπωση, εφιδρώσεις, νευρική κατάσταση, μειωμένη όρεξη και λήψη τροφής) προβλήματα ύπνου των εργαζομένων και το σύνθετο ψυχοσωματικό στρες (Συνδυαστικό σκορ των προαναφερθέντων παραγόντων). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μία τετραβάθμια κλίμακα κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα). Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας του JCQ ερωτηματολογίου (Cronbach's alpha) ήταν ($\alpha=0,878$).

Η *Κλίμακα Προσλαμβανόμενου Στρες (PSS)*^{15,16} μέσω της οποίας ζητείται από τα άτομα να αναφέρουν τη συχνότητα 7 θετικών και 7 αρνητικών σκέψεων ή συναισθημάτων κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 βαθμών (από το 1=ποτέ έως το 5=πολύ συχνά). Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας Προσλαμβανόμενου Στρες ήταν ($\alpha=0,803$).

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος StataSE. Χρησιμοποιήθηκαν το χ^2 του Pearson και το Fisher's exact test για σύγκριση συχνοτήτων μεταξύ δύο υποομάδων, ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson (r), το t στατιστικό τεστ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για τη διαφορά των μέσων τιμών (Student's t -test). Στις περιπτώσεις που παραβιαζόταν η υπόθεση της κανονικότητας εφαρμόστηκαν οι μη παραμετρικοί αντίστοιχοι έλεγχοι, όπως ο έλεγχος Mann-Whitney U για τη διαφορά των μέσων τιμών μεταξύ δύο ομάδων και ο έλεγχος Kruskal-Wallis για τη διαφορά των μέσων τιμών μεταξύ περισσοτέρων από δύο ομάδων λόγω μη κανονικότητας των μεταβλητών. Η δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov test ή Shapiro-Wilk test χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της κανονικότητας των μεταβλητών. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) για τον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Οι έλεγχοι διεξήχθησαν σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Αποτελέσματα

Απευθυνθήκαμε σε 60 εργαζόμενους του Ψυχιατρείου Λέρου. Σαράντα εννέα (49) εργαζόμενοι αποδέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Από τη στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων (πίνακας 2) βρέθηκε ότι μεγαλύτεροι μισθοί συνδέονται με μεγαλύτερες ηλικίες εργαζομένων, ενώ σχετίζονται και με τα έτη στην εργασία. Οι άνδρες έχουν περισσότερα έτη εργασίας κατά μέσον όρο στο ίδρυμα από τις γυναίκες ($t=3,605$, $p<0,001$), καθώς και συνολικά έτη εργασίας.

Οι συσχετίσεις του Περιεχομένου της Εργασίας με τις τρεις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης κατέδειξαν ότι η Συναισθηματική Εξουθένωση (πίνακας 3) εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με τις παραμέτρους που αφορούν στις ψυχολογικές απαιτήσεις και στους στρεσογόνους παράγοντες συνολικά στην εργασία. Οι νοσηλευτές που απολαμβάνουν την υποστήριξη από συνεργάτες,

Πίνακας 1. Βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικά	n (%)
Φύλο	
Άνδρες	13 (26,5)
Γυναίκες	36 (73,5)
Ηλικία (έτη)	48,30 (7)
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	3 (6)
Έγγαμοι	38 (77)
Διαζευγμένοι	4 (8)
Χήροι	4 (8)
Τέκνα	
Ναι	43 (87)
Όχι	6 (12)
Αριθμός τέκνων	2 (1)
Τέκνα <6 έτη	
Ναι	8 (16)
Όχι	41 (83)
Κάπνισμα	
Ναι	28 (57)
Όχι	21 (42)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Δημοτικό	24 (48)
Γυμνάσιο	7 (14)
Λύκειο	4 (8)
IEK ή άλλη εξειδίκευση	8 (16)
ΤΕΙ/AEI	5 (10)
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	1 (2)
Νοσηλευτικό προσωπικό	
Νοσηλεύτες	14 (28)
Προϊστάμενοι	2 (4)
Βοηθοί θαλάμου	28 (57)
Διοικητικοί	5 (10)
Έτη στο νοσοκομείο	20 (6)
Συνολικά έτη εργασίας	23,60 (8)
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	39,60 (2)
Βάρδια	
Γρωινή	18 (36)
Απογευματινή	1 (2)
Κυκλική χωρίς βράδυ	9 (18)
Κυκλική με βράδυ	21 (42)
Μηνιαίες αποδοχές	
<1000	15 (30)
1000–1500	33 (67)
1500–2000	1 (2)
Δυνατότητα αλλαγής βάρδιας	
Δύσκολα	7 (14)
Σε εξαιρετική περίπτωση	15 (30)
Ευέλικτο ωράριο	27 (55)
Απαιτούμενο επίπεδο γνώσεων	
Δημοτικό	19 (38)
Γυμνάσιο	2 (4)
Λύκειο	4 (8)
IEK ή άλλη εξειδίκευση	13 (26)
ΤΕΙ/AEI	11 (22)
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0

τον προϊστάμενο και έχουν κοινωνική υποστήριξη, δηλώνουν χαμηλή συναισθηματική εξουθένωση. Η διάσταση της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο κατηγορίες της εποπτικής ευθύνης (Ναι/Όχι). Έτσι, τα άτομα με χαμηλή εποπτική ευθύνη έχουν αυξημένο σκορ στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης συσχετίζονται με ελλιπή υποστήριξη από τον προϊστάμενο.

Οι συσχετίσεις της ποιότητας ζωής των εργαζομένων με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης και το αντιλαμβανόμενο στρες εμφανίζονται στον πίνακα 4. Η συναισθηματική εξουθένωση παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το ψυχοσωματικό στρες, τα προβλήματα του ύπνου και το σύνθετο ψυχοσωματικό στρες. Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το καταθλιπτικό συναίσθημα και την έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία. Οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες παρουσιάζουν καταθλιπτικό συναίσθημα, αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου και εμφανίζουν ψυχοσωματικό και σύνθετο ψυχοσωματικό στρες.

Συζήτηση

Με την παρούσα μελέτη προσπαθήσαμε για πρώτη φορά να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και εργασιακού στρες στο Ψυχιατρείο Λέρου. Τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας προσφέρουν σημαντικές θετικές συσχετίσεις της συναισθηματικής εξουθένωσης με τις ψυχολογικές απαιτήσεις από την εργασία, τους στρεσογόνους παράγοντες, το ψυχοσωματικό στρες και το σύνθετο ψυχοσωματικό στρες.

Φαίνεται να επαληθεύεται ότι οι ψυχολογικές απαιτήσεις, οι οποίες είναι αυξημένες λόγω της φύσης της εργασίας στο Ψυχιατρείο Λέρου, μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματική εξάντληση στο προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα χρονίως ψυχικά ασθενών.¹⁷ Επιπλέον, οι στρεσογόνοι παράγοντες όπως εκφράζονται με τις ψυχολογικές απαιτήσεις από την εργασία σε συνδυασμό με την εργασιακή ανασφάλεια αποστραγγίζουν συναισθηματικά τους εργαζόμενους, αφού ο φόρτος από την εργασία δεν εξισορροπείται με τις ανάλογες ανταμοιβές όπως σταθερότητα στο εργασιακό περιβάλ-

Πίνακας 2. Σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των εργαζόμενων.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Μέση τιμή/η(±sd/%)		Τιμή στατιστικού τεστ	Stat. sign			
Διαφορές ανά φύλο							
	Άνδρες	Γυναίκες					
<i>Μισθός</i>							
< 1000	3 (6,12)	12 (24,48)	$\chi^2=0,665$	0,318			
1000–1500	9 (18,36)	24 (48,98)					
1500–2000	1 (2)	0					
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>							
Δημοτικό	9 (69,23)	15 (41,67)	$z=1,732$	0,083			
Γυμνάσιο	1 (7,69)	6 (16,67)					
Λύκειο	2 (15,38)	2 (5,56)					
ΙΕΚ/Εξειδίκευση		8 (22,22)					
ΤΕΙ/ΑΕΙ	1 (7,69)	4 (11,11)					
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό		1 (2,78)					
<i>Ώρες εργασίας/εβδομάδα</i>	39,84 (0,55)	39,47 (3,35)	$t=0,397$	0,692			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>							
Άγαμος		3 (8,33)	$\chi^2=0,046$	0,829			
Συμβίωση							
Έγγαμος	11 (84,62)	27 (75,00)					
Διαζευγμένος	2 (15,38)	2 (5,56)					
Χήρος		4 (11,11)					
<i>Ωράριο εργασίας</i>							
Πρωινό	4 (30,77)	14 (38,89)	$\chi^2=0,101$	0,751			
Απογευματινό	1 (7,69)						
Κυκλικό χωρίς βράδυ	2 (15,38)	7 (19,44)					
Κυκλικό με βράδυ	6 (46,15)	15 (41,67)					
<i>Νοσηλευτικά καθήκοντα</i>							
Νοσηλευτές	2 (15,38)	12 (33,33)	$\chi^2=0,905$	0,341			
Προιστάμενοι		2 (5,56)					
Βοηθοί θαλάμου	10 (76,92)	18 (50,00)					
Διοικητικοί	1 (7,69)	4 (11,11)					
<i>Έτη εργασίας</i>	26 (2,70)	18,80 (6,96)	$t=3,605$	0,001			
<i>Συνολικά έτη εργασίας</i>	31,30 (7,17)	20,80 (6,40)	$t=4,914$	0,001			
Διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα							
	<45	45–55	>55				
<i>Μισθός</i>							
< 1000	2 (4,08)	7 (14,28)	6 (12,24)	$\chi^2=9,908$			
1000–1500	13 (26,53)	20 (40,81)	0				
1500–2000	0	1 (2,04)	0				
<i>Έτη εργασίας</i>	16,80 (6,70)	21,22 (6,14)	27,14 (5,00)	$\chi^2=10,094$			
Ανά επίπεδο εκπαίδευσης							
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΙΕΚ	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Μεταπτ./Διδακτ.	
<i>Μισθός</i>							
< 1000	10 (20,4)	2 (4)	1 (2)	0	2 (4)	0	$\chi^2=3,254$ 0,660
1000–1500	14 (28,6)	5 (20,2)	3 (6,12)	8 (16,3)	2 (4)	1 (2)	
1500–2000	0	0	0	0	0	1 (2)	

Η τιμή του στατιστικού t αντιστοιχεί στο Student's t test, του z αντιστοιχεί στον έλεγχο Mann-Whitney και η τιμή χ^2 στον έλεγχο Kruskal-Wallis

Πίνακας 3. Συσχέτιση των σκορ του Περιεχομένου της Εργασίας με την Επαγγελματική Εξουθένωση.

Περιεχόμενο της Εργασίας (JCQ)	Burn-out		
	Συναισθηματική εξουθένωση	Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Αποπροσωποποίηση
Δυνατότητα αξιοποίησης προσόντων	r=-0,070 p=0,628	r=0,090 p=0,729	r=-0,274 p=0,056
Εξέλιξη προσόντων	r=-0,137 p=0,346	r=0,139 p=0,340	r=-0,261 p=0,069
Εξουσία λήψης αποφάσεων	r=-0,096 p=0,510	r=0,042 p=0,772	r=-0,191 p=0,187
Δυνατότητα λήψης αποφάσεων	r=-0,080 p=0,581	r=0,050 p=0,730	r=-0,218 p=0,132
Ψυχολογικές απαιτήσεις	r=-0,484 p<0,001	r=0,151 p=0,297	r=-0,144 p=0,322
Ανασφάλεια	r=-0,193 p=0,183	r=-0,164 p=0,259	r=-0,124 p=0,393
Ώρες εργασίας/εβδομάδα	r=-0,004 p=0,977	r=0,133 p=0,360	r=-0,098 p=0,502
Στρεσογόνοι παράγοντες (συνολικά)	r=-0,459 p<0,001	r=0,112 p=0,443	r=-0,135 p=0,352
Εποπτική ευθύνη (Ναι/Όχι)	p=0,266	p=0,040	p=0,950
Συμμετοχή σε εργατικό σωματείο/σύλλογο (Ναι/Όχι)	p=0,492	p=0,889	p=0,108
Υποστήριξη συνεργατών	r=-0,332 p=0,019	r=-0,184 p=0,205	r=-0,165 p=0,256
Υποστήριξη προϊσταμένου	r=-0,296 p=0,038	r=-0,029 p=0,839	r=-0,300 p=0,036
Κοινωνική υποστήριξη	r=-0,362 p=0,010	r=-0,168 p=0,246	r=-0,266 p=0,063
Σωματική κόπωση (Διαφωνώ απόλυτα/Διαφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα/Συμφωνώ)	p=0,596	p=0,429	p=0,432

JCQ: Job Content Questionnaire

λον και προοπτικές για επαγγελματική εξέλιξη.¹⁸ Η έκφραση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων από τους εργαζόμενους με συναισθηματική εξάντληση, ερμηνεύεται από τη βίωση έντονου στρες στην εργασία με επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία.¹⁹⁻²⁰ Προς την ίδια κατεύθυνση είναι και τα ευρήματα των Kozak et al,²¹ όπου η αρνητική επίδραση της φυσικής και ψυχολογικής εξάντλησης των εργαζομένων που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε άτομα με διανοητικά προβλήματα στη Γερμανία, επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους, ενώ παράλληλα ευθύνεται για τη μείωση της ικανοποίησης από τη ζωή και την εργασία.

Η κοινωνική υποστήριξη (υποστήριξη από τον προϊστάμενο και τους συναδέλφους) μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα έναντι των αρνητικών επιπτώσεων από τις απαιτήσεις της εργασίας και τη συναισθηματική εξάντληση.^{22,23} Σύμφωνα με το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου-υποστήριξης στην εργασία,²⁴ η υποστήριξη στην εργασία συμβάλλει στην ευημερία και την καλή υγεία των εργαζομένων, ενώ μπορεί να προταθεί και ως συστατικό παρεμβατικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του εργασιακού στρες.²⁵

Στην παρούσα μελέτη η διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης που μετράει την έλλειψη προσω-

Πίνακας 4. Περιεχόμενο εργασίας και ποιότητα ζωής: συσχέτιση με το αντιλαμβανόμενο στρες και την επαγγελματική εξουθένωση.

Περιεχόμενο της εργασίας (JCQ)	PSS	Συναισθηματική εξουθένωση	Burn-out	
			Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων	Αποπροσωποποίηση
Μη-ικανοποίηση από την εργασία	r=0,225 p=0,119	r=0,133 p=0,362	r=-0,430 p=0,002	r=0,116 p=0,424
Καταθλιπτικό συναίσθημα	r=0,358 p=0,011	r=0,495 p<0,001	r=-0,283 p=0,048	r=0,136 p=0,352
Ψυχοσωματικό στρες (εύκολη κόπωση, εφιδρώσεις, νευρικότητα, μειωμένη όρεξη και λήψη τροφής)	r=0,480 p<0,001	r=0,381 p=0,006	r=-0,231 p=0,110	r=0,007 p=0,960
Προβλήματα ύπνου	r=0,633 p<0,001	r=0,469 p<0,001	r=-0,002 p=0,987	r=0,129 p=0,374
Σύνθετο ψυχοσωματικό στρες (Συνδυαστικό σκορ των παραπάνω παραγόντων)	r=0,609 p<0,001	r=0,525 p<0,001	r=-0,218 p=0,132	r=0,098 p=0,502

πικών επιτευγμάτων από τον εργαζόμενο, παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα με ή χωρίς εποπτική ευθύνη. Πιθανόν, ο εργαζόμενος με εποπτική ευθύνη να αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο στην εργασία σε αντίθεση με τους εργαζόμενους που εποπτεύει, γεγονός που μπορεί να ενισχύεται και από την ιεραρχική θέση που κατέχει στην εργασία.

Το αντιφατικό εύρημα της αρνητικής συσχέτισης της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων με τη βίωση καταθλιπτικού συναισθήματος και της έλλειψης ικανοποίησης από την εργασία, πιθανόν να οφείλεται σε ενδιάμεσες μεταβλητές που παρεμβαίνουν στις παραπάνω σχέσεις, όπως αντικείμενο εργασίας, ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας, εκπαίδευση, οικονομικές απολαβές, ιεραρχική θέση στην εργασία.²⁶ Πρόσφατη έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό στην Κίνα, έδειξε ότι οι εργαζόμενοι με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο βίωναν εντονότερα κατάθλιψη και ένιωθαν λιγότερη ικανοποίηση από την εργασία.²⁷

Η αποπροσωποποίηση αποτελεί μια εξίσου σημαντική διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους με άμεση εμπλοκή με τον εξυπηρετούμενο και ιδιαίτερα σε δομές φροντίδας ατόμων με πολλαπλά προβλήματα όπως είναι το Ψυχιατρείο Λέρου.²⁸ Η υποστήριξη από τον προϊστάμενο φαίνεται να επιδρά αρνητικά στη βίωση της αποπροσωποποίησης από τους εργαζόμενους, καθώς οι περισσό-

τεροι εργαζόμενοι έχουν λάβει μόνο τη στοιχειώδη εκπαίδευση και δεν λαμβάνουν κανενός άλλου είδους εποπτεία για τη φροντίδα των εξυπηρετούμενων.

Το προσλαμβανόμενο στρες αποτελεί μια υποκειμενική αντίληψη για το στρες που βιώνουν οι εργαζόμενοι και φαίνεται να σχετίζεται με το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα προβλήματα ύπνου, το ψυχοσωματικό στρες και το σύνθετο ψυχοσωματικό στρες. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τους στρεσογόνους παράγοντες μπορεί να αποτελέσει τον διαμεσολαβητή για την επίδραση του εργασιακού στρες στο άτομο. Στην έρευνα των Lee et al σε νοσηλευτικό προσωπικό στην Κορέα,²⁹ το προσλαμβανόμενο στρες διμεσολαβούσε στην επίδραση του εργασιακού στρες με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της κατάθλιψης στους εργαζόμενους. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αποσαφηνίσει τον μηχανισμό επίδρασης του προσλαμβανόμενου στρες σε παράγοντες που σχετίζονται με το περιεχόμενο της εργασίας.

Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας περιλαμβάνουν τον μικρό αριθμό δείγματος, που επηρεάζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε άλλες ομάδες εργαζομένων σε ανάλογες δομές. Η συγχρονική φύση της μελέτης ανέδειξε συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών, οι οποίες όμως δεν είναι απαραίτητα όλες αιτιολογικές. Πολύ πιθανό να υπάρχει και κάποια άλλη, έμμεση μεταβλητή που να επενεργεί περισσότερο

(έλλειψη εκπαίδευσης, το ύψος των αμοιβών, δυνατότητες εξέλιξης, σύγκρουση ρόλων, ποιότητα συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού κ.ά.). Τέλος, η απουσία ομάδας ελέγχου περιορίζει τη σπουδαιότητα των ευρημάτων. Μελλοντικές μελέτες, θα πρέπει να λάβουν υπόψη τούς μεθοδολογικούς περιορισμούς της παρούσας μελέτης και να επεκτείνουν τα σχετιζόμενα, με το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση, αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπαγορεύουν την εκπαίδευση των εργαζομένων στη διαχείριση του εργασιακού στρες. Πιστεύουμε ακράδαντα

ότι σε εργασιακά περιβάλλοντα όπως το Ψυχιατρείο Λέρου, η εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης του στρες και η εκπαίδευση του προσωπικού σε νέα μοντέλα νοσηλευτικής φροντίδας, μπορούν να αποδώσουν σημαντικά και πολλαπλά οφέλη στην πλειοψηφία του προσωπικού.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τον κο Οικονομικό Χαράλαμπο, Διευθυντή ΤΑΜΕΑ Λέρου, την κα Ελευθερία Μανουσαρίδου, Προϊσταμένη της Β΄ Πτέρυγας και την κα Πέτρου Μαρία, Προϊσταμένη της Γ΄ Πτέρυγας για τη βοήθειά τους.

Relationship of occupational stress parameters with burn-out and perceived stress

A. Bougea,¹ M.K. Kleisarchakis,² V. Gioka,³ S.A. Belegri⁴

¹1st Department of Neurology, University of Athens, Eginition Hospital, Athens,

²Primary Educational Programme, Heraklion, Crete,

³3rd Department of Internal Medicine, University of Athens, General Hospital "Sotiria", Athens,

⁴Social Services, Monemvasia, Lakonia, Greece

Psychiatriki 2015, 26:106–115

One of the major problems concerning mental healthcare professionals is burn-out as a set of symptoms associated with chronic stress that encompasses three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Research has indicated that asylums are stressful environments where nurses are vulnerable to burn-out and occupational stress. There is a tendency for research studies to investigate causes of stress and ways of coping, but few studies, particularly in recent years, have considered burn-out and occupational stress among care staff at Greek asylum. Investigating possible correlation between occupational stress and burn-out is important for implementing appropriate interventional programmes, in order to reduce burn-out among healthcare staff while increasing employee productivity and morale. The aim of this study was the analysis of correlations between burn-out and occupational stress of care staff at Leros Psychiatric Hospital. Forty-nine employees were assessed by Maslach's Burn-out Inventory, the Scale of Job Content, the Perceived Stress Scale and sociodemographic questionnaire data. Higher wages are associated with older workers ($\chi^2=7.638$, $p=0.022$), and years at work ($\chi^2=10.094$, $p=0.006$). Men have more years of work on average at the asylum than women ($t=3.605$, $p<0.001$), and total working time ($t=4.914$, $p<0.001$). Emotional exhaustion is related positively to job demands ($r=0.484$, $p<0.001$) and psychophysiological stress ($r=0.381$, $p=0.006$) and negatively to support from colleagues ($r=-0.332$, $p=0.019$) and superiors ($r=-0.296$, $p=0.038$). A significant correlation was noted between lack of personal accomplish-

ment, depression ($r=-0.283$, $p=0.048$) and lack of job satisfaction ($r=-0.430$). We also found a significant negative correlation between depersonalization and support from superiors ($r=-0.300$, $p=0.036$). Also, employees who experienced high levels of perceived stress reported higher levels of depression ($r=0.358$, $p=0.011$), sleep problems ($r=0.469$, $p<0.001$), psychosomatic ($r=0.381$, $p=0.006$) and complex psychophysiological stress ($r=0.525$, $p<0.001$). A positive correlation has been revealed between job content and burn-out in their three dimensions such as emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Job content is positively associated with the three burn-out dimensions making it necessary to address these issues through staff education in stress management.

Key words: Burn-out, occupational stress, perceived stress, emotional exhaustion, stress management.

Βιβλιογραφία

- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burn-out. *Ann Rev Psychol* 2001, 52:397–422
- Freudenberger HS. Staff burn-out. *J Soc Issue* 1974, 30:159–185
- Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burn-out syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *Publ Hlth* 2012, 12:457
- Grau-Alberola E, Gil-Monte P, Garcia-Juesas JA, Figueiredo-Ferraz H. Incidence of burn-out in Spanish nursing professionals. A longitudinal study. *Intern J Nurs Stud* 2010, 47:1013–1020
- Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burn-out versus depression and sense of coherence: Study of Greece nursing staff. *Nurs Hlth Sci* 2001, 3:69–71
- Karasek R, Theorell T. *Stress productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York, 1990
- Mann S, Cowburn J. Emotional labour and stress within health mental nursing. *J Psychiatr Ment Hlth Nurs* 2005, 12:154–162
- Lasalvia A, Bonnetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marella G et al. Influence of perceived organizational factors on job burn-out survey of community mental health staff. *Br J Psychiatry* 2009, 195:537–544
- Kordoutis P, Kolaitis G, Perakis A, Papanikolopoulou P, Tsiantis J. Change in care staff's attitudes towards people with learning disabilities following intervention at the Leros PIKPA asylum. *Br J Psychiatry Suppl* 1995, 28:56–69
- Tsiantis J, Perakis A, Kordoutis P, Kolaitis G, Zacharias V. The Leros PIKPA asylum. Deinstitutionalisation and rehabilitation project. *Br J Psychiatry Suppl* 1995, 28:10–45
- Tsiantis J, Diareme S, Kolaitis G. The Leros PIKPA Asylum Deinstitutionalization and Rehabilitation Project: A follow-up study on care and staff fears and attitudes. *J Learn Disabil* 2000, 4:281–292
- Παπαδοπούλου Κ, Χριστογιώργος Σ, Ζαχαριάς Β, Τσιάντης Ι. Ανάγκες υποστήριξης και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Η εμπειρία των εργαζομένων στο Κοινωνικό Σπίτι «Η ΘΕΤΙΣ». *Τετράδι Ψυχιατρ* 1997, 57:84–89
- Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογ Θέμ* 1992, 5:183–202
- Karasek R, Brisson Q, Kawakami, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *J Occupat Hlth Psychol* 1998, 4:322–355
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Hlth Soc Behav* 1983, 24:386–396
- Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis C, Varvogli L, Gnardellis C, Chrousos GP et al. Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Greece. *Int J Environ Res Publ Hlth* 2011, 8: 3287–3298
- Shen HC, Cheng Y, Tsai PJ, Lee SS, Guo Y. Occupational Stress in Nurses in Psychiatric Institutions in Taiwan. *J Occupation Hlth* 2005, 47:218–225
- Schultz M, Damkroger A, Heins C, Wehlitz L, Lohr M, Driessen M et al. Effort-reward imbalance and burn-out among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *J Psychiatr Ment Hlth Nurs* 2009, 16:225–233
- Mark G, Smith AP. Occupational stress, job characteristics, coping and the mental health of nurses. *Br J Hlth Psychol* 2012, 17:505–521
- Bergman B, Ahmad F, Steward DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Research* 2003, 54:171–178
- Kozak A, Kersten M, Schillmoller Z, Nienhaus A. Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burn-out among staff working with people with intellectual disabilities. *Research Development Disabil* 2013, 34:102–115
- Pisaniello SL, Winefield HR, Delfabbro PH. The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *J Vocation Behav* 2012, 80:579–591
- Schmieder RA, Smith CS. Moderating effects of social support in shift working nurses. *Work Stress* 1996, 10:128–140
- Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random

- sample of the Swedish working population. *Am J Publ Hlth* 1988, 78:1336–1342
25. Gilbody S, Cahill J, Barkham M, Richards D, Bee P, Galville J. Can we improve the morale of staff working in psychiatric units? A systematic review. *J Ment Hlth* 2006, 15:7–17
26. Ozkan S, Celik Y, Younis ZM. The Effects of Individual and Organisational Characteristics on the Level of Burn-out Level: A Research on Physicians and Nurses in Turkey. *Ag Intern* 2012, 37:254–269
27. Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *J Advanc Nurs* 2012, 68:1166–1175
28. Perakis A, Kolaitis G, Kordoutis P, Kranidioti M, Tsiantis J. Mortality among institutionalised people with learning disabilities in Greece: a 30-year survey at the Leros ΠΙΚΡΑ asylum. *Br J Psychiatry* 1995, 28(Suppl):70–77
29. Lee JS, Joo EJ, Choi KS. *Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression*. Stress Health, 2012
-
- Αλληλογραφία:* Α. Μπουγέα, Ειδ. Νευρολόγος, Α΄ Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ροδίτη 5, 166 74 Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-96 81 724

Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις στη νόσο Parkinson

Ε. Οικονόμου, Θ. Παπαρρηγόπουλος

*Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Μονάδα Νευροψυχιατρικής,
Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2015, 26:116–130

Η νόσος Parkinson (NP) αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη εκφυλιστική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος, με συχνότητα 1% στις ηλικίες άνω των 60 ετών. Με τη βελτίωση της θεραπείας για τα κινητικά συμπτώματα της νόσου, οι νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως κύρια αιτία της αναπηρίας και της κακής ποιότητας ζωής στους ασθενείς με NP. Εξάλλου, σε ορισμένες περιπτώσεις, νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις προϋπάρχουν της εμφάνισης των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου και δυνητικά μπορούν να αποτελέσουν σημεία έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου και πρώιμων νοσοτροποποιητικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, τα συμπτώματα αυτά σχετίζονται με σημαντική επιβάρυνση των φροντιστών και αυξημένη υγειονομική δαπάνη. Η αιτιοπαθογένεια των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων στη NP είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει μηχανισμούς που σχετίζονται με την αντιπαρκινσονική αγωγή, τη νευροεκφυλιστική διεργασία καθώς και με ψυχολογικούς παράγοντες που συνοδεύουν τη νόσο. Το στρες της νόσου, η εκφύλιση ντοπαμινεργικών, νοραδρενεργικών και σεροτονινεργικών συστημάτων, η δυσλειτουργία των υποφλοιωδών πυρήνων, του προμετωπιαίου φλοιού και των ραβδωτό-θαλαμικών-προμετωπιαίων κυκλωμάτων θεωρούνται ως πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις αποτελούν επιπλοκές της θεραπείας με εν τω βάθει ερεθισμό του υποθαλαμικού πυρήνα. Τα περισσότερα νευροψυχιατρικά συμπτώματα της NP παραμένουν αδιάγνωστα και υποθεραπευόμενα στην κλινική πράξη. Υπάρχει συνεπώς ανάγκη για ορθή και έγκαιρη αναγνώριση, διάγνωση και θεραπεία των συμπτωμάτων αυτών. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών διαταραχών της NP μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ασθενών και να περιορίσει τη νοσηρότητα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων της NP είναι σύνθετη και συνίσταται στη βελτιστοποίηση της αντιπαρκινσονικής αγωγής, στην αντιμετώπιση υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων, και σε περιπτώσεις, στη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων. Παρόλο που η χορήγηση των νεότερων αντικαταθλιπτικών και άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων έχει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων της NP, η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή είναι συχνά κατώτερη της επιθυμητής και χωρίς επαρκή ερευνητική τεκμηρίωση. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι ψυχοκοινωνικές και συμπεριφορι-

κές παρεμβάσεις στον ασθενή και στον φροντιστή. Η κατάλληλη ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών διαταραχών με σκοπό την καλύτερη έκβαση της ΝΡ. Η παρούσα ανασκόπηση αναφέρεται στην επιδημιολογία, στην αιτιοπαθογένεια, στα κλινικά χαρακτηριστικά, στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων της ΝΡ, και συγκεκριμένα στην κατάθλιψη, στις αγχώδεις διαταραχές, στην ψύχωση, στην απάθεια, στην κόπωση, στις μεταβολές προσωπικότητας, στις διαταραχές των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, στις διαταραχές ύπνου, στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και στις σεξουαλικές διαταραχές.

Λέξεις ευρητηρίου: Νόσος Parkinson (NP), νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις, ψυχοπαθολογία, κατάθλιψη, ψύχωση, γνωσιακή έκπτωση.

Εισαγωγή

Η νόσος Parkinson (NP) αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη εκφυλιστική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος με συχνότητα 1% στις ηλικίες άνω των 60 ετών. Είναι μια προοδευτικά εξελισσόμενη νόσος με κύριες εκδηλώσεις τον τρόπο ηρεμίας, τη δυσκαμψία, τη βραδυκίνηση και την απώλεια των ανταντακλαστικών στάσεων. Με τη βελτίωση της θεραπείας για τα κινητικά συμπτώματα της νόσου, οι μη κινητικές διαταραχές της νόσου αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως κύρια αιτία της αναπηρίας και της κακής ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΝΡ. Εξάλλου, σε ορισμένες περιπτώσεις, νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις προϋπάρχουν της εμφάνισης των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου και δυνητικά μπορούν να αποτελέσουν σημεία έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου και πρώιμων νοσοτροποποιητικών παρεμβάσεων.¹ Η παρούσα ανασκόπηση αναφέρεται στις συχνότερες νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις της ΝΡ.

Κατάθλιψη

Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη νευροψυχιατρική διαταραχή στη ΝΡ,^{2,3} συνήθως συνυπάρχει με κάποια αγχώδη διαταραχή και σε ορισμένες περιπτώσεις προηγείται της εμφάνισης των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου επί έτη.^{2,4} Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι 5–20% των ασθενών με ΝΡ πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη ενώ επιπλέον 10–30% των ασθενών εμφανίζει συμπτώματα δυσθυμίας ή άτυπης κατάθλιψης.^{5–8} Η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΝΡ σχετίζεται με ταχύτερη εξέλιξη των σωματικών συμπτωμάτων, μεγαλύτερη

αναπηρία και μεγαλύτερη έκπτωση των νοητικών δεξιοτήτων και της αυτοφροντίδας.

Αιτιοπαθογένεια

Παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση κατάθλιψης αποτελούν η ηλικία, το γυναικείο φύλο,⁷ ο βαθμός έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών, το ατομικό⁹ ή οικογενειακό¹⁰ ιστορικό κατάθλιψης, η πρώιμη έναρξη ΝΡ,¹¹ τα συμπτώματα άτυπου παρκινσονισμού¹² και η συνύπαρξη με ψύχωση, άγχος, απάθεια, κόπωση και αϋπνία.^{7,13,14} Η έλλειψη τεστοστερόνης και η συνύπαρξη υποθυρεοειδισμού μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.¹⁵ Το στρες της νόσου, η εκφύλιση ντοπαμινεργικών, νοραδρενεργικών και σεροτονινεργικών συστημάτων, η δυσλειτουργία των υποφλοιωδών πυρήνων, του προμετωπιαίου φλοιού και των ραβδωτό-θαλαμικών-προμετωπιαίων κυκλωμάτων συντελούν στην εμφάνιση της κατάθλιψης στη ΝΡ.

Διάγνωση και κλινικά χαρακτηριστικά

Σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΝΡ και κατάθλιψη μπορεί να υποδιαγνωσθεί εφόσον χρησιμοποιηθούν τα DSM IV διαγνωστικά κριτήρια για τη μείζονα κατάθλιψη, λόγω της αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων της ΝΡ και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η κατάθλιψη στη ΝΡ παρουσιάζει συχνότερα συμπτώματα άγχους, λιγότερες ενοχές ή αίσθημα αποτυχίας και συχνές ιδέες αυτοκτονίας αλλά σπάνια απόπειρες (πρόσφατα δεδομένα αμφισβητούν την τελευταία διαπίστωση).¹⁶ Ψυχωσικά συμπτώματα, κυρίως με τη μορφή ψευδαισθήσεων, εμφανίζονται

σε ποσοστό 20% των παρκινσονικών ασθενών με κατάθλιψη.

Θεραπεία

Στις περισσότερες περιπτώσεις ήπιας συμπτωματολογίας, μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, όπως ενημέρωση του ασθενούς και ψυχοθεραπεία¹⁷ αποτελούν τις θεραπείες επιλογής. Σε πολλές περιπτώσεις, η βελτιστοποίηση της αντιπαρκινσονικής αγωγής είναι αρκετή για τη βελτίωση της διάθεσης. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι ηπραμιπεξόλη και η ροπινιρόλη βραδείας αποδέσμευσης βελτιώνουν την κατάθλιψη της ΝΡ.^{18,19}

Γενικά, 20–25% των παρκινσονικών ασθενών λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή, συνηθέστερα με κάποιον αναστολέα επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs),^{20,21} οι οποίοι αποτελούν την αντικαταθλιπτική αγωγή πρώτης επιλογής. Οι SSRIs δεν επιδεινώνουν γενικά τα κινητικά συμπτώματα της νόσου, ενώ έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις βελτίωσης.²² Η εμφάνιση σεροτονινεργικού συνδρόμου από τη συγχορήγηση σελεγιλίνης και SSRIs στην κλινική πράξη είναι σπάνια αλλά πρέπει να θεωρείται ενδεχόμενο. Η βουπροπριόνη και η βενλαφαξίνη αποτελούν εναλλακτικές επιλογές εφόσον δεν υπάρξει ανταπόκριση στους SSRIs. Η χορήγηση λιθίου και αμοξαπίνης πρέπει να αποφεύγεται λόγω της επιδείνωσης των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου. Σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη που απαιτείται είτε άμεση βελτίωση είτε παρουσιάζουν ανεπαρκή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή ή εμφανίζουν παρενέργειες από τη λήψη της, ενδείκνυται η ηλεκτροσπασμοθεραπεία η οποία οδηγεί και σε παροδική βελτίωση των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου. Εκτός από τις καθιερωμένες θεραπείες, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα με την εφαρμογή διακρανιακού μαγνητικού ερεθισμού (rTMS) στον αριστερό προμετωπιαίο φλοιό²³ όπως και με τη χορήγηση ωμέγα-3 λιπαρών οξέων.²⁴

Αγχώδεις διαταραχές

Επιδημιολογία

Από τις διάφορες μελέτες προκύπτει ότι το 40% των ασθενών με ΝΡ αντιμετωπίζει συμπτώματα άγχους.^{25,26} Τα συμπτώματα άγχους συνήθως εμφανίζονται μετά τη διάγνωση της νόσου, αλλά μπορεί να προηγούνται μέχρι και 20 χρόνια από την εμφάνιση

των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου.²⁷ Οι αγχώδεις διαταραχές εκδηλώνονται ως απλή φοβία, διαταραχή πανικού, διαταραχή γενικευμένου άγχους, κοινωνική φοβία και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Συχνότερες είναι η διαταραχή πανικού (30%) και η διαταραχή γενικευμένου άγχους (11%).²² Οι αγχώδεις εκδηλώσεις μπορεί να σχετίζονται με τις διακυμάνσεις των επιπέδων λεβοντόπα και στις περιπτώσεις αυτές εμφανίζονται κυρίως κατά την έναρξη των «περιόδων off» και συχνά συνυπάρχουν με νευροπαθητικά άλγη και μυϊκές κράμπες.¹⁵

Αιτιοπαθογένεια

Τα συμπτώματα άγχους αποτελούν σε σημαντικό βαθμό ψυχολογική αντίδραση στη νόσο και στη λειτουργική έκπτωση που τη συνοδεύει. Το άγχος έχει συσχετισθεί με αυτονομική δυσλειτουργία και αριστερή πλαγίωση των συμπτωμάτων της ΝΡ²⁸ και ως επιπλοκή του αμφοτερόπλευρου εν τω βάθει ερεθισμού των υποθαλαμικών πυρήνων.²⁹ Διαταραχές του χολινεργικού, νοραδρενεργικού και σεροτονινεργικού συστήματος, μεταβολές των νοραδρενεργικών ώσεων από τον υπομέλανα τόπο ως αποτέλεσμα της απώλειας της ντοπαμινεργικής αναστολής επί του υπομέλανος τόπου, και απώλεια αναστολής των θαλαμοφλοιωδών προβολών σχετίζονται με την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών. Επίσης, αυξημένα επίπεδα άγχους έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς που φέρουν το βραχύ αλληλίο της περιοχής του προαγωγέα του μεταφορέα της σεροτονίνης (promoter region for serotonin transporter).¹⁵

Διάγνωση και κλινικά χαρακτηριστικά

Οι αγχώδεις διαταραχές στη ΝΡ μοιάζουν κλινικά με τις πρωτογενείς αγχώδεις διαταραχές. Εντούτοις, η συνύπαρξή τους με κατάθλιψη και η αλληλοεπικάλυψη των σωματικών συμπτωμάτων του άγχους με τα συμπτώματα της ΝΡ δυσχεραίνουν τη διάγνωση των αγχωδών διαταραχών.³⁰ Στη ΝΡ παρατηρούνται μεγαλύτερες ημερήσιες διακυμάνσεις της έντασης του άγχους συγκριτικά με τη διαταραχή γενικευμένου άγχους.¹⁵

Θεραπεία

Δεν υπάρχουν συστηματικές μελέτες για τη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών στη ΝΡ. Η βελτιστοποίηση της αντιπαρκινσονικής αγωγής, ο έλεγχος του πόνου και η αντιμετώπιση των υποκείμενων πα-

θολογικών καταστάσεων συχνά επαρκούν για την ύφεση των συμπτωμάτων του άγχους. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι ψυχοκοινωνικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των αγχωδών εκδηλώσεων. Εντούτοις, σε αρκετές περιπτώσεις χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή. Οι βενζοδιαζεπίνες καλό είναι να αποφεύγονται λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Η βουσπιρόνη βελτιώνει τη δυσκινησία στους παρκινσονικούς ασθενείς. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως η 5-σιταλοπράμη και η βενλαφαξίνη μπορούν να αποτελέσουν τη θεραπεία πρώτης γραμμής. Η νορτριπυλίνη που έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης στη ΝΡ είναι αποτελεσματική και για τα συμπτώματα του άγχους. Επίσης, χαμηλές δόσεις τραζοδόνης συνιστώνται στις περιπτώσεις αϋπνίας.

Ψύχωση

Επιδημιολογία

Ψύχωση παρατηρείται σε ποσοστό μικρότερο από 10% των ασθενών με ΝΡ που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.³¹ Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε μετά την εισαγωγή στη θεραπευτική της νόσου των ντοπαμινεργικών παραγόντων. Ψύχωση με τη μορφή οπτικών ψευδαισθήσεων ή παραισθήσεων αναφέρεται σε ποσοστό 10–40% των ασθενών που λαμβάνουν αντιπαρκινσονική αγωγή²² και παραληρητικές ιδέες σε ποσοστό 5–10% των ασθενών.³² Η ύπαρξη ψύχωσης συσχετίζεται με μεγαλύτερη λειτουργική αναπηρία, σημαντική επιβάρυνση του φροντιστή και εισαγωγή του ασθενούς σε οικοτροφείο.

Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιοπαθογένεια της ψύχωσης στη ΝΡ είναι πολυπαραγοντική. Έχει προταθεί ότι η χρόνια λήψη θεραπείας υποκατάστασης της ντοπαμίνης οδηγεί σε υπέρμετρο ερεθισμό ή υπερευαισθησία των μεσοφλοιωδομεταιχμιακών υποδοχέων D2/D3.³³ Τα χολινεργικά ελλείμματα και η διαταραγμένη σεροτονινεργική/ντοπαμινεργική ισορροπία κυρίως στον πρωτοταγή οπτικό φλοιό και στις πρόσθιες/ραχιαίες συνειρμικές οδούς⁵ θεωρούνται ως πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί. Εκφύλιση της μεταιχμιακής, νεοφλοιώδους φαιάς ουσίας, συμπεριλαμβανομένου του προμετωπιαίου φλοιού, σχετίζεται με την ψύχωση στη ΝΡ.⁵

Παράγοντες κίνδυνου για την εμφάνιση ψύχωσης στη ΝΡ αποτελούν η ηλικία, η συνύπαρξη ανοϊκής συμπτωματολογίας, η λήψη ντοπαμινεργικών σκευασμάτων, η διάρκεια και η βαρύτητα της ΝΡ, η πολυφαρμακία, η παρουσία κατάθλιψης ή άγχους, οι παρατεταμένες διαταραχές ύπνου και η διαταραχή της όρασης.³¹ Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ψύχωση αποτελεί επιπλοκή του εν τω βάθει ερεθισμού του υποθαλαμικού πυρήνα.

Διάγνωση και κλινικά χαρακτηριστικά

Πρόσφατα προτάθηκαν κριτήρια για την ψύχωση στη ΝΡ με σκοπό τη διαφοροποίησή της από την ψύχωση που εμφανίζεται στο πλαίσιο κάποιου σωματικού νοσήματος.³⁴ Έτσι, στις ψευδαισθήσεις περιλαμβάνονται επιπρόσθετα οι παραισθήσεις, τα ψευδαισθητικά φαινόμενα παρουσίας (η έντονη αίσθηση ότι κάποιος βρίσκεται πίσω από τον ασθενή, έξω από το οπτικό του πεδίο) και τα «ψευδαισθητικά φαινόμενα passage» (η αντίληψη ότι ένα άτομο ή ζώο πέρασε γρήγορα μέσα από το οπτικό πεδίο του ασθενούς).³² Στους ασθενείς που εκδηλώνουν ψυχωσικά συμπτώματα πρώιμα κατά την πορεία της ΝΡ ή πριν την έναρξη αγωγής με ντοπαμινεργικά φάρμακα πρέπει να θεωρείται πιθανή η διάγνωση άνοιας με σωματίδια Lewy.³¹ Σημειωτέον ότι οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν ψευδαισθήσεις κατά τη διάρκεια των «περιόδων on-off».³⁵ Η εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων θεωρείται καθοριστική στην εξέλιξη της νόσου καθόσον υποστηρίζεται ότι η παρουσία ήπιων ψευδαισθήσεων προαναγγέλλει την εμφάνιση άνοιας.³⁶

Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ψύχωσης στη ΝΡ είναι σύνθετη. Η τροποποίηση του περιβάλλοντος και των συνθηκών ζωής είναι απαραίτητη για τον περιορισμό της ανησυχίας και της διέγερσης. Η αντιμετώπιση της συννόησης με σωματικά νοσήματα, η αντιμετώπιση συνυπάρχοντος delirium και η ρύθμιση της αντιπαρκινσονικής αγωγής μπορεί να επαρκέσει σε αρκετές περιπτώσεις, ιδίως βραχυπρόθεσμα.

Η αντιπαρκινσονική αγωγή συνήθως μειώνεται σταδιακά και κατά σειρά ξεκινώντας από τα αντιχολινεργικά φάρμακα, στη συνέχεια τη σελεγιλίνη, την αμανταδίνη, τους αγωνιστές ντοπαμίνης, τους αναστολείς της κατεχολαμινΟ-Ο-μεθυλτρανσφεράσης (COMT) και τη λεβοντόπα.

Η προσεκτική χορήγηση αντιψυχωσικής αγωγής συνιστάται όταν τα παραπάνω μέτρα έχουν αποτύχει και η ψυχωσική συμπτωματολογία εμμένει. Τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς δεν χρησιμοποιούνται στη ΝΡ λόγω της πιθανότητας επιδείνωσης των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου. Η κουετιαπίνη είναι το πλέον δοκιμασμένο άτυπο αντιψυχωσικό στη ΝΡ και αποτελεί την αντιψυχωσική αγωγή πρώτης επιλογής στους παρκινσονικούς ασθενείς.⁵ Η κλοζαπίνη αποτελεί το μόνο μεθοδολογικά ορθά μελετημένο φάρμακο για την ψύχωση στη ΝΡ και είναι αποτελεσματικό σε πολύ χαμηλότερες δόσεις από τις χρησιμοποιούμενες στις πρωτοπαθείς ψυχώσεις, αλλά σπάνια χρησιμοποιείται λόγω της προϋπόθεσης για τακτικές εξετάσεις αίματος. Η κλοζαπίνη οδηγεί σε βελτίωση του παρκινσονικού τρόμου και των δυσκινησιών που σχετίζονται με τη λήψη λεβοντόπα. Η χρήση της περιορίζεται σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται ή εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες από την κουετιαπίνη.

Αναφορικά με την αριπιπραζόλη, μελέτες στη σχιζοφρένεια έδειξαν ότι είτε δεν προκαλεί είτε προκαλεί μικρού βαθμού παρκινσονισμό. Παρόλ' ταύτα, σε μετα-ανάλυση μελετών στη σχιζοφρένεια, διαπιστώθηκε ότι η αριπιπραζόλη προκαλούσε περισσότερο τρόπομο από τη ρισπεριδόνη.³⁷ Επίσης, πρόσφατη μελέτη σε εφήβους με σχιζοφρένεια έδειξε δοσοεξαρτώμενη εμφάνιση παρκινσονισμού.³⁸ Δύο μικρές μελέτες στη ΝΡ, εντούτοις, διαπίστωσαν επιδείνωση της κινητικής λειτουργίας ακόμη και με χαμηλές δόσεις του φαρμάκου.^{39,40}

Τόσο η ρισπεριδόνη όσο και η ολανζαπίνη σχετίζονται με επιδείνωση των κινητικών διαταραχών. Η πιμαβανσερίνη, αποτελεί την πλέον πρόσφατη υπό δοκιμή θεραπεία για την ψύχωση στη ΝΡ. Η πιμαβανσερίνη είναι αντίστροφος αγωνιστής του υποδοχέα 2A της σεροτονίνης και δρα με μηχανισμό παρόμοιο με της κλοζαπίνης σε χαμηλές δοσολογίες.⁴¹ Δεν υπάρχουν δεδομένα για τη χρήση της ασεναπίνης στη ΝΡ. Η ζιπρασιδόνη, σύμφωνα με ανασκόπηση, τοποθετείται μεταξύ της ρισπεριδόνης (παρόμοιο προφίλ με τα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς) και της κλοζαπίνης (χωρίς αντιπαρκινσονικές παρενέργειες) όσον αφορά στην επίδραση στην κινητικότητα.⁴²

Όσον αφορά στην επίδραση των αναστολέων της χολινεστεράσης στην ψυχωσική συμπτωματολογία, προκύπτει μικρό μόνο όφελος στα ψυχωσικά συμ-

πτώματα με αμελητέα ή μικρή επιδείνωση της κινητικής λειτουργίας, κυρίως του τρόμου.³²

Η οντασετρόνη, ανταγωνιστής των 5HT₃ υποδοχέων της σεροτονίνης αναφέρεται ότι βελτιώνει τις ψευδαισθήσεις χωρίς να επιδεινώνει την κινητική λειτουργία αλλά είναι αναποτελεσματική στην αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών.³²

Τέλος, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ψυχωσική κατάθλιψη, καθώς και σε φαρμακοεπαγόμενη ψύχωση.

Απάθεια και κόπωση

Επιδημιολογία και κλινικά χαρακτηριστικά της απάθειας

Απάθεια παρατηρείται σε ποσοστό 4–30% των ασθενών με ΝΡ⁵ και συνυπάρχει συχνά με κατάθλιψη και γνωσιακή έκπτωση. Την απάθεια χαρακτηρίζει η απουσία στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς και το μειωμένο ενδιαφέρον και κίνητρο για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας. Αποτέλεσμα της απάθειας είναι η παραμέληση του εαυτού, η κακή συμμόρφωση στη θεραπεία και η κοινωνική απομόνωση. Διάφορες μελέτες έχουν συσχετίσει την απάθεια στη ΝΡ με διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών και της λεκτικής μνήμης, βραδυψυχισμό, μειωμένο όγκο των κατώτερων μετωπιαίων ελίκων, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης^{5,15} και λήψη αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης.⁴³

Επιδημιολογία και κλινικά χαρακτηριστικά της κόπωσης

Κόπωση αναφέρεται από το 1/3 των ασθενών με ΝΡ, παρουσιάζεται συνήθως πρώιμα στην πορεία της ΝΡ και μπορεί να προϋπάρχει των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου. Συνήθως συνυπάρχει με κατάθλιψη, γνωστικά ελλείμματα και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας.⁴⁴ Μπορεί να διαδράμει χρονίως ή να εμφανίζεται περιοδικά, και παρουσιάζει επιδείνωση κατά τη διάρκεια των περιόδων off.⁴⁵

Αιτιοπαθογένεια

Η απάθεια και η κόπωση αποδίδονται σε παθολογία των βασικών γαγγλίων και σε διαταραχή των μετωπο-υποφλοιωδών συνδέσεων.⁴⁶ Απάθεια μπορεί να παρουσιαστεί ως επιπλοκή μετά από διατομή της ωχράς σφαίρας και αμφοτερόπλευρο εν τω βάθει ερεθισμό των υποθαλαμικών πυρήνων. Η απάθεια σχετίζεται

συνήθως με προϋπάρχουσα διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, κυρίως εκτελεστική δυσλειτουργία, ενώ η κόπωση με διαταραχή σε δοκιμασίες που αφορούν στην προσοχή και συγκέντρωση και την ταυτόχρονη εκτέλεση πολλαπλών δοκιμασιών.⁴⁷

Διάγνωση

Η απάθεια, η οποία μπορεί να αποτελεί παροδική κλινική κατάσταση, μεμονωμένο σύμπτωμα ή σύνδρομο, ορίζεται ανεπαρκώς στη βιβλιογραφία και σε αυτό συμβάλλει η έλλειψη κοινά αποδεκτών κριτηρίων. Τα κριτήρια Marin για την απάθεια είναι τα χρησιμοποιούμενα διεθνώς παρόλο που δεν θεωρούνται επαρκή για τη χρήση τους σε ασθενείς με NP.⁴⁴ Επιπλέον, απαραίτητη είναι η διαφορική διάγνωση της απάθειας από την κατάθλιψη λόγω της διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης των δύο καταστάσεων. Δεν γνωρίζουμε κατά πόσο η συνύπαρξη κατάθλιψης και απάθειας είναι συχνότερη από την απάθεια χωρίς κατάθλιψη ή την κατάθλιψη χωρίς απάθεια^{46,48} και ο διαχωρισμός τους είναι ευκρινέστερος σε άλλα σωματικά νοσήματα όπως στην προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση σε σχέση με τη NP. Στη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά σε διάφορα εργαλεία εκτίμησης της απάθειας σε ασθενείς NP.⁴⁹

Όσον αφορά στην κόπωση, υπάρχει μεγάλος αριθμός κλιμάκων για χρήση στον γενικό πληθυσμό όπως και σε ειδικές ομάδες ασθενών. Η κλίμακα κόπωσης στη νόσο Parkinson (Parkinson's Fatigue Scale) δημιουργήθηκε για να ξεπεραστούν οι περιορισμοί των κλιμάκων αυτών που δεν υπολογίζουν τη συνύπαρξη των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου, και επιδιώκει να μετρήσει αποκλειστικά τον βαθμό σωματικής κόπωσης.⁵⁰

Θεραπεία

Οι μελέτες που αφορούν στη θεραπεία της απάθειας στη NP είναι περιορισμένες, και σε μια μελέτη παρατήρησης η απάθεια που εμφανίστηκε μετά από εν τω βάθει εγκεφαλικό ερεθισμό βελτιώθηκε με λήψη αγωνιστών ντοπαμίνης.⁵ Η χορήγηση μοδαφινίλης, τεστοστερόνης και ψυχοδιεγερτικών έχει δοκιμαστεί χωρίς σαφή αποτελέσματα. Τέλος, σημαντική βοήθεια προσφέρουν οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις όπως η εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος καθημερινής ρουτίνας με ποικίλες δραστηριότητες.

Όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση της σωματικής κόπωσης, βελτίωση έχει παρατηρηθεί με τη χορήγηση μεθυλφαινιδάτης, λεβοντόπα⁴⁴ και αγωνιστών ντοπαμίνης. Μια διπλή τυφλή μελέτη με μοδαφινίλη έδειξε βελτίωση της υπερβολικής υπνηλίας αλλά όχι της κόπωσης.⁵¹ Τέλος, η λήψη γ-υδροξυβουτυρικού οξέος (sodium oxybate) βελτίωσε τόσο την κόπωση όσο και την υπερβολική υπνηλία ασθενών με NP.⁵²

Μεταβολές της προσωπικότητας

Η προνοσηρή προσωπικότητα των παρκινσονικών ασθενών χαρακτηρίζεται συχνά από ακρίβεια, συνέπεια, εργατικότητα, ανελαστικότητα και έλλειψη αναζήτησης καινοφανών εμπειριών.⁵³ Τα χαρακτηριστικά αυτά παραμένουν και μετά την έναρξη των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου. Αριθμός επιδημιολογικών μελετών υποστηρίζει ότι τα άτομα που θα εμφανίσουν NP έχουν χαμηλό διά βίου κίνδυνο για κατανάλωση αλκοόλ, καφέ και νικοτίνης υποδηλώνοντας ότι υπάρχει ένα μοντέλο συμπεριφορών που σχετίζονται με χαμηλό ουδό του συστήματος ανταμοιβής, που προϋπάρχει της εμφάνισης της νόσου.⁵³

Στο 1/3 των ασθενών μετά από θεραπεία με αμφοτερόπλευρο εν τω βάθει ερεθισμό των υποθαλαμικών πυρήνων παρατηρούνται μεταβολές της προσωπικότητας με απάθεια, επιθετικότητα, παρορμητικότητα, άρση αναστολών, συναισθηματική ευμεταβλητότητα και παθολογικό κλάμα.¹⁵

Μεταβολές της προσωπικότητας μπορεί να προκύψουν και από τη λήψη της αντιπαρκινσονικής φαρμακευτικής αγωγής. Η πραμιπεξόλη έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση παθολογικής χαρτοπαιξίας¹⁵ και η αντιψυχωσική αγωγή έχει συσχετιστεί με δυσφορία και απάθεια.

Κατά τη διάγνωση των μεταβολών της προσωπικότητας είναι σημαντικό να αποκλείονται άλλες πρωτοπαθείς καταστάσεις οι οποίες μπορεί να ευθύνονται για τις μεταβολές αυτές όπως η ύπαρξη κατάθλιψης, θυρεοειδοπάθειας, ώσεων άλγους, η μη ορθή λήψη της αντιπαρκινσονικής αγωγής και η κατάχρηση ουσιών.

Σεξουαλικές διαταραχές

Οι διαταραχές της σεξουαλικότητας είναι συχνές στη NP. Η σωματική αναπηρία, οι παρενέργειες της

αντιπαρκινσονικής αγωγής και ψυχολογικοί παράγοντες που συνοδεύουν τη ΝΡ επηρεάζουν σημαντικά τη σεξουαλική ζωή των ασθενών και των συντρόφων τους. Οι ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές της επιθυμίας, της διέγερσης και του οργασμού. Εκτιμάται ότι 79% των ανδρών με ΝΡ παρουσιάζει στυτική δυσλειτουργία και διαταραχή εκσπερμάτισης και ότι 44% παρουσιάζει μειωμένη διάθεση για σεξουαλική επαφή ενώ το ποσοστό αυτό στις γυναίκες ανέρχεται σε 70%.⁵⁴

Οι διαταραχές αυτές οφείλονται εν μέρει στην εκφύλιση κεντρικών συμπαθητικών νευρώνων και μεταγαγγλιακών νευρικών ινών καθώς και σε παθολογία του κελύφους του φακοειδούς πυρήνα και της πρόσθιας έσω κάψας.⁵⁵ Η υπερσεξουαλικότητα και διάφορες παραφυλίες που εμφανίζονται σε ορισμένες περιπτώσεις συνήθως σχετίζονται με τη λήψη αγωνιστών της ντοπαμίνης.

Στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών διαταραχών, συνιστάται χορήγηση σιλδεναφίλης, βαρδεναφίλης ή τανταλαφίλης⁵⁴ με προσοχή για το ενδεχόμενο εμφάνισης ορθοστατικής υπότασης. Έρευνες έχουν δείξει βελτίωση της στυτικής λειτουργίας με τη λήψη απομορφίνης.⁵⁶ Ενδείκνυται ελάττωση της δόσης των αγωνιστών ντοπαμίνης και χορήγηση κλοζαπίνης στις επαγόμενες από ντοπαμινεργικούς παράγοντες παραφυλίες.¹⁵ Σε ποσοστό περίπου 35% των ασθενών με ΝΡ έχει παρατηρηθεί έλλειψη τεστοστερόνης,⁵⁷ οπότε συνιστάται θεραπεία υποκατάστασης.

Διαταραχές ύπνου

Επιδημιολογία

Οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν συχνότερες μη κινητικές διαταραχές της ΝΡ, με ποσοστό έως και 90% των ασθενών να αναφέρει αϋπνία, υπερβολική ημερήσια υπνηλία, κατακερματισμό του ύπνου, παραϋπνίες, σύνδρομο ανήσυχων κάτω άκρων, περιοδικές κινήσεις των άκρων και υπνική άπνοια.⁵ Το 40% των ασθενών με ΝΡ κάνει χρήση υπνωτικών, ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο από το αναφερόμενο στον γενικό πληθυσμό.¹ Εξάλλου, η διαταραχή συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο, η διαταραχή της όσφρησης και η παρουσία άγχους ή κατάθλιψης αποτελούν πρόδρομα συμπτώματα της ΝΡ.⁵⁸

Αιτιοπαθογένεια

Οι διαταραχές ύπνου στη ΝΡ αποδίδονται σε σταδιακή εκφύλιση του χολινεργικού σκελαιογεφυρικού πυρήνα και σε μειωμένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στο ραβδωτό σώμα.⁵ Πολλές από τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις στη ΝΡ επηρεάζουν τους μηχανισμούς ύπνου/εγρήγορσης. Νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στις λειτουργίες του ύπνου, όπως η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη, η ακετυλοχολίνη, η ντοπαμίνη και το GABA διαταράσσονται στη ΝΡ. Οι κινητικές δυσκολίες κατά την κατάκλιση, οι δυστονικές κινήσεις και το άλγος, η ύπαρξη κατάθλιψης, η αντιπαρκινσονική αγωγή και οι μεταβολές του ύπνου που σχετίζονται με την ηλικία επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου. Σχετικά με την αντιπαρκινσονική αγωγή, η λεβοντόπα ελαττώνει τη διάρκεια του ύπνου REM και οι αγωνιστές ντοπαμίνης αυξάνουν τη διάρκεια του σταδίου 1 του ύπνου και τον αριθμό των νυκτερινών αφυπνίσεων. Οι χαμηλές δόσεις αγωνιστών ντοπαμίνης σχετίζονται με αϋπνία, ενώ οι υψηλές δόσεις μπορούν να προκαλέσουν υπερβολική ημερήσια υπνηλία. Η νυκτερινή ενούρηση που απαντάται σε ποσοστό έως και 80% των ασθενών με ΝΡ μπορεί επιπλέον να επιδεινώσει την ποιότητα του ύπνου.¹

Αϋπνία

Οι παρκινσονικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα (74–88%) αϋπνία τύπου επελεύσεως και διακεκομμένο ύπνο. Πέραν του ιστορικού, η εκτίμηση των διαταραχών ύπνου μπορεί να γίνει με την εξειδικευμένη κλίμακα “Parkinson’s Disease Sleep Scale”,⁵⁹ ή σε ορισμένες περιπτώσεις με υποπολυγραφική καταγραφή.

Η αντιμετώπιση της αϋπνίας περιλαμβάνει μη φαρμακευτικούς (συμπεριφορικούς και γνωσιακούς) και φαρμακευτικούς χειρισμούς. Συχνά, η ρύθμιση της αντιπαρκινσονικής αγωγής αρκεί για να ανακουφίσει τον ασθενή από την αϋπνία. Για παράδειγμα, θετικό αποτέλεσμα μπορεί να έχει η ελάττωση των ντοπαμινεργικών ή χολινεργικών φαρμάκων, η χορήγηση χαμηλής δόσης λεβοντόπα για βελτίωση της αϋπνίας που οφείλεται στα κινητικά συμπτώματα της νόσου ή η αποφυγή βραδινής λήψης της σελεγιλίνης και η χρήση ρασαγιλίνης που έχει μικρότερη επίδραση στον ύπνο.²²

Τα μη βενζοδιαζεπινούχα υπνωτικά προτιμώνται έναντι των βενζοδιαζεπινών αλλά δεν είναι άνευ παρενεργειών. Σε ασθενείς με σημαντική γνωσιακή έκπτωση, ψυχωσική συμπτωματολογία ή έντονα όνειρα, η χρήση άτυπων αντιψυχωσικών σε χαμηλή δοσολογία, όπως η κουετιαπίνη ή η κλοζαπίνη, αποτελούν προτεινόμενες επιλογές.⁶⁰

Υπερβολική ημερήσια υπνηλία

Η υπερβολική ημερήσια υπνηλία παρατηρείται σε ποσοστό 15–50% των ασθενών με NP, σχετίζεται με γνωσιακή έκπτωση και κατάθλιψη, και η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνεται με την επιδείνωση της νόσου. Η αιτιολογία της είναι πολυπαραγοντική και οφείλεται σε δυσλειτουργία του ραβδωτό-θαλαμώ-μετωπιαίου συστήματος, στην έλλειψη ντοπαμίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών, στη λήψη αγωνιστών ντοπαμίνης και λεβοντόπα και τέλος στη συνύπαρξη άλλων διαταραχών του ύπνου, όπως η αϋπνία. Η νευροεκφύλιση περιοχών όπως ο δικτυωτός ενεργοποιητικός σχηματισμός, ο υπομέλας τόπος και ο σκελαιογεφυρικός πυρήνας μπορεί να ευθύνεται για την υπερβολική ημερήσια υπνηλία στη NP.

Η διάγνωση της ημερήσιας υπνηλίας βασίζεται στο ιστορικό, στην εκτίμηση με την κλίμακα “Erworth Sleepiness Scale” και τη δοκιμασία “Multiple Sleep Latency Test” στο εργαστήριο ύπνου.

Η θεραπεία συνίσταται σε συμπεριφορικές και περιβαλλοντικές παρεμβάσεις. Μείωση της δοσολογίας του αγωνιστή ντοπαμίνης ή αντικατάστασή του με άλλον μπορεί να βοηθήσει στη θεραπεία της υπνηλίας.²² Μελέτες με μοδαφινίλη σε ασθενείς με NP και υπερβολική υπνηλία αναφέρουν μικρή βελτίωση. Η χορήγηση μελατονίνης μπορεί επίσης να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου και να περιορίσει την ημερήσια υπνηλία στη NP.¹

Ασθενείς που παρουσιάζουν υπερβολική ημερήσια υπνηλία μπορεί να εκδηλώσουν αιφνίδιες προσβολές ύπνου σε ποσοστό μέχρι και 30%. Συχνά σχετίζονται με τη λήψη ροπινιρόλης καιπραμιπεξόλης.⁶¹ Στην αντιμετώπισή τους περιλαμβάνεται η εκπαίδευση και η λήψη μέτρων ασφαλείας.

Κινητικές διαταραχές κατά τον ύπνο

Στις κινητικές διαταραχές κατά τον ύπνο στη NP περιλαμβάνονται το σύνδρομο ανήσυχων κάτω ά-

κρων, οι περιοδικές κινήσεις των άκρων και οι νυκτερινές κράμπες, διαταραχές οι οποίες απαντώνται στο 15% των ασθενών και μπορούν να προκαλέσουν διακεκομμένο ύπνο και υπερβολική ημερήσια υπνηλία.⁶²

Αναφέρεται ότι το σύνδρομο ανήσυχων κάτω άκρων μπορεί να οφείλεται σε ένδεια σιδήρου στη μέλαινα ουσία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ντοπαμινεργική δυσλειτουργία παρά σε πρωτοπαθή νευροεκφυλιστική διεργασία.¹ Η ροπινιρόλη και ηπραμιπεξόλη χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του συνδρόμου, όπως επίσης οι βενζοδιαζεπίνες και τα οπιοειδή.

Υπνική άπνοια

Η υπνική άπνοια χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια διακοπής της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η αποφρακτικού τύπου υπνική άπνοια παρατηρείται σε ποσοστό μέχρι 20% στους παρκινσονικούς ασθενείς.⁶³ Η κεντρικού τύπου άπνοια και οι μεικτές μορφές υπνικής άπνοιας παρουσιάζονται εξίσου συχνά στους ασθενείς με NP.⁶⁴

Μετά την υποπολυγραφική επιβεβαίωση του προβλήματος μπορεί να χρειαστεί η θεραπευτική εφαρμογή μάσκας CPAP (continuous positive airway pressure) ή χορήγηση οξυγόνου κατά τη διάρκεια της νύκτας.

Διαταραχή συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο

Η διαταραχή συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο παρατηρείται σε ποσοστό 15–50% των ασθενών με NP και απαντάται συχνότερα στους ασθενείς που φέρουν την Park2 μετάλλαξη.¹⁵ Η διαταραχή, πλην των ιδιοπαθών περιπτώσεων, αποδίδεται σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου, κυρίως του στελέχους, και μπορεί να είναι συχνά πρώιμο-πρόδρομο σύμπτωμα της NP ή ανοϊκής συνδρομής.⁶⁰ Επίσης, η διαταραχή συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ψύχωσης σε ασθενείς με NP²² και μπορεί να παρουσιαστεί σε άλλες συνουκλεοπάθειες, όπως την άνοια με σωματία Lewy και την ατροφία πολλαπλών συστημάτων.¹ Η λήψη τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης σχετίζεται με

συμπτώματα της διαταραχής συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο.

Θεραπευτικά χορηγείται με καλά αποτελέσματα η κλοναζεπάμη πριν τη νυκτερινή κατάκλιση ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις βοηθά και η μελατονίνη.⁶⁰

Διαταραχή των ανώτερων νοητικών λειτουργιών

Γνωσιακή έκπτωση και άνοια της NP

Επιδημιολογία

Περίπου το 25% των ασθενών με NP παρουσιάζουν ήπια γνωσιακή έκπτωση⁶⁵ και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση άνοιας.^{66,67} Η άνοια της NP παρατηρείται στο 30–78% των ασθενών^{15,68} ανάλογα με τη μελέτη. Η γνωσιακή έκπτωση στη NP περιλαμβάνει διαταραχές στην εκτελεστική και οπτικοχωρική λειτουργία, στην προσοχή, στη μνήμη και στον λόγο,⁵ με σημαντική ετερογένεια ως προς το είδος της γνωσιακής έκπτωσης. Η γνωσιακή έκπτωση μπορεί να εμφανισθεί πρώιμα στην πορεία της νόσου και συμβάλλει καθοριστικά στην αναπηρία από τη νόσο, στην κακή ποιότητα ζωής⁶⁷ και στην επιβάρυνση των φροντιστών.

Αιτιοπαθογένεια

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση γνωσιακής έκπτωσης στη NP αποτελούν η γηραιότερη ηλικία και το άρρεν φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης της νόσου, η διάρκεια της νόσου, τα άτυπα παρκινσονικά συμπτώματα και μη κινητικά συμπτώματα όπως οι οπτικές ψευδαισθήσεις, η απάθεια, η κατάθλιψη και η διαταραχή συμπεριφοράς κατά τον REM ύπνο.⁵ Η εμφάνιση πρώιμης άνοιας σχετίζεται με τη βαρύτητα των κινητικών συμπτωμάτων, κυρίως των διαταραχών βάδισης και την παρουσία αμφοτερόπλευρων κινητικών συμπτωμάτων κατά την έναρξη της νόσου,¹⁵ με ιστορικό ήπιας γνωσιακής έκπτωσης, κυρίως διαταραχών της μνήμης και των εκτελεστικών λειτουργιών,⁶⁹ και με την παρουσία οπτικών ψευδαισθήσεων.⁶⁷

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι παθολογοανατομικά η διάχυτη υποφλοιώδης παρουσία σωματίων Lewy συμβάλλει στην εμφάνιση της γνωσιακής έκπτωσης στη NP.⁷⁰ Η πρώιμη εμφάνιση άνοιας στη NP μοιράζεται περισσότερο παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά με την άνοια με σωματία Lewy, με αυξημένο φορτίο σωματίων Lewy και πλακών αμυλοειδούς στον φλοιό του εγκεφάλου, συγκριτικά με ασθενείς που εμφανίζουν άνοια σε προχωρημένα

στάδια της NP, οι οποίοι παρουσιάζουν υποφλοιώδεις κυρίως παθολογοανατομικές βλάβες.⁷¹

Η ανεπάρκεια διαφόρων νευροδιαβιβαστών, όπως η ντοπαμίνη, η ακετυλοχολίνη, και η νορεπινεφρίνη, σε συνδυασμό με διάχυτη εκφύλιση της φαιάς και λευκής ουσίας, μεταβολικά ελλείμματα, γενετικές επιδράσεις όπως ο πολυμορφισμός val66met του νευροτροφικού παράγοντα BDNF και val158met της COMT, καθώς και διαταραχές στο φλοιοραβδωτό κύκλωμα συμβάλλουν στη γνωσιακή έκπτωση στη NP.⁵ Οι φορείς μεταλλάξεων στο γονίδιο της α-συνουκλείνης τείνουν να εμφανίσουν άνοια σε πρώιμο στάδιο της NP.⁶⁷

Διάγνωση

Υπάρχουν επίσημα κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση της άνοιας στη NP (Movement Disorder Society).⁷² Είναι σημαντική η διαφορική διάγνωση της άνοιας της NP από τη νόσο Alzheimer και την άνοια με σωματία Lewy διότι τα συμπτώματα, η πορεία και η αντιμετώπισή τους διαφέρουν. Η έκθεση της επιτροπής DLB Consortium (Dementia of Lewy Body Consortium) προτείνει ότι ο παρκινσονισμός πρέπει να προηγείται για 12 ή περισσότερους μήνες της γνωσιακής έκπτωσης ώστε να τεθεί η διάγνωση άνοιας της NP,⁷³ διαφορετικά πρέπει να τίθεται η διάγνωση άνοιας με σωματία Lewy.

Στην άνοια της NP παρατηρούνται παρκινσονικά συμπτώματα, διαταραχή της ομιλίας με δυσarthρία και υποφωνία, διαταραχή της μνήμης με δυσκολία στην ανάκληση πληροφοριών, και ψυχωσικά συμπτώματα τα οποία συνήθως σχετίζονται με την αντιπαρκινσονική αγωγή.²² Η ανταπόκριση των ασθενών στην αντιψυχωσική αγωγή ποικίλλει, με επιδείνωση του παρκινσονισμού σε υψηλές δοσολογίες, σε αντίθεση με την άνοια με σωματία Lewy όπου μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα παρκινσονισμού σε υπερβολικό βαθμό ακόμη και σε χαμηλές δόσεις αντιψυχωσικών φαρμάκων.

Στην άνοια με σωματία Lewy συνυπάρχουν συνήθως ψυχωσικά και παρκινσονικά συμπτώματα με την έναρξη της ανοϊκής συνδρομής. Τα ψυχωσικά συμπτώματα συνήθως είναι οπτικές ψευδαισθήσεις με ή χωρίς παραληρητικές ιδέες. Τόσο η διαταραχή της ομιλίας όσο και η διαταραχή της μνήμης εμφανίζονται καθυστερημένα στην πορεία της άνοιας. Επιπλέον, αναφέρονται διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, διαταραχή συμπεριφοράς κατά τον REM

ύπνο, συγκοπτικά επεισόδια και συχνές πτώσεις. Όσον αφορά στα παρκινσονικά συμπτώματα, συνήθως είναι ηπιότερα της NP, ο τρόμος ηρεμίας είναι εμφανής στο 20–50% των ασθενών, και η ανταπόκριση στη λεβοντόπα ποικίλλει.

Θεραπεία

Οι ενδείξεις ύπαρξης διαταραχής του χολινεργικού συστήματος στην άνοια της NP καθιστούν εύλογη τη χρήση αναστολέων της χολινεστεράσης για την αντιμετώπιση των γνωσιακών διαταραχών. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η ριβαστιγμίνη παρουσιάζει μέτρια αποτελεσματικότητα στο 20% των ασθενών.^{74,75} Οι αναστολείς της χολινεστεράσης σπάνια μπορεί να επιδεινώσουν τον τρόπο και άλλα παρκινσονικά συμπτώματα.⁷⁴ Πρόσφατα έχουν αναφερθεί θετικά αποτελέσματα με τη χορήγηση μεμαντίνης (ανταγωνιστής NMDA υποδοχέων) αναφορικά με τη βελτίωση της γνωσιακής λειτουργίας χωρίς όμως να βελτιώνονται τα υπόλοιπα συμπτώματα της άνοιας (ψυχωσική συμπτωματολογία, απάθεια, άγχος, διαταραχές ύπνου).⁷⁶ Βελτίωση της εκτελεστικής λειτουργίας έχει αναφερθεί με τη χορήγηση φλουοξετίνης, λεβοντόπα και την εφαρμογή διακρανιακού μαγνητικού ερεθισμού.¹⁵ Όσον αφορά στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρήση της άσκησης στη βελτίωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών.⁷¹

Ντελίριο

(οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο)

Το ντελίριο (delirium) εμφανίζεται συνήθως στα πλαίσια επιπλοκών της NP (π.χ. εισρόφηση, ειλεός), φαρμακευτικής αγωγής και απόσυρσης ντοπαμινεργικών παραγόντων (σύνδρομο που προσομοιάζει στο κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο) ή αμανταδίνης.¹⁵

Μετεγχειρητικό ντελίριο μπορεί να εμφανιστεί μετά την επέμβαση διατομής της ωχράς σφαίρας ή την εμφύτευση ηλεκτροδίων για εν τω βάθει εγκεφαλικό ερεθισμό.¹⁵

Η θεραπεία του delirium συνίσταται στην αντιμετώπιση του υποκείμενου αιτίου, σε θεραπευτικά μέτρα υποστήριξης, και συμπτωματική αγωγή. Η χορήγηση λοραζεπάμης και άτυπων αντιψυχωσικών δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς στη NP και πρέπει να χρησιμοποιούνται προσεκτικά διότι μπορούν να εκκλύσουν ή να επιδεινώσουν το ντελίριο.¹⁵

Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων και συναφείς διαταραχές –

Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων

Επιδημιολογία

Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων απαντώνται στο 1,5% του γενικού πληθυσμού (2), ενώ σε ασθενείς με NP αναφέρονται σε ποσοστό 6–25%⁷⁷ και κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν αγωνιστές ντοπαμίνης.⁵ Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται πληθώρα συμπεριφορών με συχνότερες στη NP την παθολογική χαρτοπαιξία, τις καταναγκαστικές αγορές, την καταναγκαστική σεξουαλική συμπεριφορά και την ανεξέλεγκτη υπερφαγία.

Αιτιοπαθογένεια

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση των διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων στη NP θεωρούνται το άρρεν φύλο, το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού και παθολογικής χαρτοπαιξίας, το ατομικό ιστορικό διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων προ της έναρξης της NP, χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η παρορμητική συμπεριφορά και η αναζήτηση καινοφανών εμπειριών, η πρώιμη έναρξη NP, η λήψη ντοπαμινεργικών φαρμάκων,⁵ και το ιστορικό διπολικής διαταραχής και κατάθλιψης.⁷⁷ Στην παθοφυσιολογία των διαταραχών εμπλέκονται περιοχές του εγκεφάλου όπως ο προμετωπιαίος φλοιός, το ραβδωτό σώμα και κυρίως ο επικλινή πυρήνας, και ο αμυγδαλοειδής πυρήνας.⁷⁷ Η διαταραχή του ντοπαμινεργικού συστήματος, με υπερευαίσθητοποίηση των D2/D3 υποδοχέων και μειωμένη διαθεσιμότητα του μεταφορέα της ντοπαμίνης, έχει ενοχοποιηθεί στην αιτιολογία τόσο των διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων όσο και στο σύνδρομο απορρύθμισης της ντοπαμίνης.⁵

Διάγνωση και κλινικά χαρακτηριστικά

Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων υποδιαγιγνώσκονται στην καθημερινή κλινική πρακτική. Οι ασθενείς προτού ενδώσουν στην παρόρμηση μπορεί να αισθάνονται έντονη επιθυμία ή διέγερση, ενώ κατόπιν βιώνουν αισθήματα απόλαυσης, ικανοποίησης, αίσθημα μεταμέλειας, ενοχή ή αυτομομφή.

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση των διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων συνίσταται στην τροποποίηση της αντι-

παρκινσονικής αγωγής και σε ορισμένες περιπτώσεις στη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων. Εντούτοις, αρκετοί ασθενείς δεν θέλουν ή δεν μπορούν να διακόψουν τη ντοπαμινεργική αγωγή. Πρόσφατα έχει περιγραφεί το σύνδρομο απόσυρσης από αγωνιστές της ντοπαμίνης με χαρακτηριστικά παρόμοια των συνδρόμων απόσυρσης από άλλες ουσίες (όπως άγχος, κρίσεις πανικού, κατάθλιψη, δυσφορία, κόπωση, άλγη, ορθοστατική υπόταση, έντονη επιθυμία για την ουσία).⁷⁸ Για τη θεραπεία της παθολογικής χαρτοπαιξίας στη ΝΡ έχει χορηγηθεί η αμανταδίνη με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Παρόλο που οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και τα αντιψυχωσικά φάρμακα χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων, δεν υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα για τη χρήση τους σε ασθενείς με ΝΡ.^{5,77} Υπάρχουν θετικές μεμονωμένες αναφορές για τη χρήση βαλπροϊκού και λιθίου.⁷⁷ Ο εν τω βάθει ερεθισμός του υποθαλαμικού πυρήνα σχετίζεται με βελτίωση των παρορμητικών συμπεριφορών αλλά υπάρχουν αναφορές για πυροδότηση ή παροδική επιδείνωση των συμπεριφορών μετά τη θεραπεία.⁷⁹ Η ψυχοθεραπεία μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη συμπληρωματική προσέγγιση.

Σύνδρομο απορρύθμισης της ντοπαμίνης

Το σύνδρομο απορρύθμισης της ντοπαμίνης αποτελεί μια σχετικά πρόσφατα περιγραφείσα ιατρογενή διαταραχή η οποία μπορεί να περιπλέξει τη χρόνια θεραπεία της ΝΡ. Ο επιπολασμός του συνδρόμου σε ασθενείς που παρακολουθούνται σε ειδικά ιατρεία για ΝΡ είναι 3–4%⁸⁰ και στη βιβλιογραφία περιγράφονται τα σχετικά διαγνωστικά κριτήρια.⁸¹ Οι ασθενείς περιγράφουν αναποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής στην αντιμετώπιση των κινητικών συμπτωμάτων τους και χαρακτηριστικά αναγνωρίζουν την αποφυγή της δυσφορίας που αισθάνονται κατά τις «περιόδους off» ως τη σημαντικότερη αιτία για την κατάχρηση των φαρμάκων που λαμβάνουν. Στην πορεία της διαταραχής οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκινησίες οφειλόμενες στην κατάχρηση της ντοπαμινεργικής αγωγής και διαταραχές της συμπεριφοράς, αλλά συνεχίζουν να λαμβάνουν την αγωγή παρά τις βλαβερές συνέπειες. Έχουν περιγραφεί διαταραχές του συναισθήματος, επιθετικότητα, ψυχοκινητική ανησυχία, και διαταραχές ελέγχου των πα-

ρορμήσεων σχετιζόμενες με τη λήψη λεβοντόπα και αγωνιστών ντοπαμίνης.⁸⁰

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου απορρύθμισης της ντοπαμίνης αποτελούν η πρώιμη έναρξη ΝΡ, το ατομικό ιστορικό χρήσης αλκοόλ ή ουσιών, η παρορμητικότητα και η αναζήτηση γρήγορης απόλαυσης ως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, το ιστορικό καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και η λήψη μεγάλης ποσότητας ντοπαμινεργικών φαρμάκων γρήγορης δράσης, όπως ενέσεις απομορφίνης και λεβοντόπα γρήγορης δράσης.⁸⁰

Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική η αναγνώρισή του και η αντιμετώπισή του με τη βοήθεια της οικογένειας του ασθενούς ώστε να επιτευχθεί σταδιακή μείωση των ντοπαμινεργικών φαρμάκων και καθιέρωση σταθερού προγράμματος λήψης της αγωγής. Τυχόν επεισόδια ψύχωσης χρήζουν νοσηλείας και αντιψυχωσικής αγωγής. Παρεμβάσεις του τύπου της γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, οικογενειακές προσεγγίσεις, τεχνικές πρόληψης της υποτροπής και αντιμετώπισης της κρίσης μπορούν να είναι χρήσιμες.

Στερεοτυπικές συμπεριφορές (punding)

Ως “punding” ορίζεται μια σύνθετη στερεοτυπική συμπεριφορά, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με επαναλαμβανόμενες τροποποιήσεις που αφορούν τεχνικό εξοπλισμό, με συνεχή συλλογή, διερεύνηση και ταξινόμηση αντικειμένων, με μονολόγους χωρίς περιεχόμενο, αποθησαύριση, άσκοπη οδήγηση και περιπάτους.⁸⁰ Σε πρόσφατη μελέτη, οι στερεοτυπικές συμπεριφορές παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 14% των ασθενών με ΝΡ, εκ των οποίων το 60% έκανε υπερδοσολόγηση ντοπαμινεργικής αγωγής με καταναγκαστικό τρόπο.^{80,82} Οι περισσότεροι ασθενείς αναγνωρίζουν την άσκοπη και αυτοκαταστροφική φύση των συμπεριφορών αλλά δύσκολα μπορούν να αντισταθούν στο καταναγκαστικό στοιχείο της συμπεριφοράς. Πρόσφατα αναφέρθηκε βελτίωση της στερεοτυπικής συμπεριφοράς σε ασθενή με ΝΡ μετά από χορήγηση αμανταδίνης.⁸³

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή απαντάται σπάνια στη ΝΡ. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα στη ΝΡ παρατηρούνται συχνότερα σε ασθενείς με βαρύ-

τερα κινητικά συμπτώματα με αριστερή πλαγίωση¹⁵ Οι συμπεριφορές «τακτοποίησης» αποτελούν τη συχνότερη εκδήλωση στους ασθενείς με ΝΡ.¹⁵ Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή όπως είναι γνωστό σχετίζεται με δυσλειτουργία των κυκλωμάτων μετωπιαίου φλοιού και βασικών γαγγλίων.¹⁵ Η διάγνωση τίθεται με βάση τα γνωστά διαγνωστικά κριτήρια. Έχει αναφερθεί βελτίωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής με εν τω βάθει ερεθισμό του υποθαλαμικού πυρήνα.¹⁵

Συμπέρασμα

Παρόλο που η ΝΡ θεωρείται παραδοσιακά ως διαταραχή της κινητικότητας και διαγιγνώσκεται με βάση αυτό το κριτήριο, ο υψηλός επιπολασμός των

γνωσιακών ελλειμμάτων και των πολλαπλών ψυχιατρικών διαταραχών που τη συνοδεύουν καθιστά ορθότερο τον προσδιορισμό της ως νευρογνωσιακής ψυχιατρικής διαταραχής.⁵

Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα και η γνωσιακή έκπτωση στη ΝΡ σχετίζονται με σημαντική αναπηρία και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, επιβάρυνση του φροντιστή και δαπάνη σημαντικών υγειονομικών πόρων. Η έγκαιρη και ορθή αναγνώριση και αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς, αλλά και για την επιστημονική διερεύνηση των νευροεκφυλιστικών διεργασιών στη ΝΡ.

Neuropsychiatric manifestations in Parkinson's disease

E. Oikonomou, Th. Paparrigopoulos

1st Psychiatric Department, Neuropsychiatric Unit, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2015, 26:116–130

Parkinson's disease (PD) is the second most common neurodegenerative disease after Alzheimer's disease affecting 1–2% of the population over 60. Although diagnosed by its characteristic motor manifestations, PD may be preceded, and is frequently accompanied, by a wide range of psychiatric and cognitive symptoms. These symptoms are often more debilitating than its motor complications and it is nowadays appreciated that they can be an important cause of excess disability in PD, frequently necessitating hospitalization and institutionalization. Despite their frequent occurrence, most PD-related neuropsychiatric symptoms remain under-recognized and undertreated in clinical practice and their diagnosis is challenging because of the overlap of the somatic features of the psychiatric disorders and the motor symptoms of PD. Even when identified, there is a common perception that many of these symptoms are untreatable. Their recognition is essential not only for ascertaining the functional status of patients but also for better appreciating the nature of the neurodegenerative process in PD. These symptoms may precede the onset of motor symptoms and can be used as screening tools allowing for very early disease identification and for trials of possible disease-modifying interventions. The pathophysiology of neuropsychiatric symptoms in PD involves complex and multifactorial mechanisms, including disease-related and psychological factors. Alterations in neurotransmitters like dopamine, serotonin, acetylcholine, involving subcortical projections and synaptic and neuronal changes involving limbic and cortical structures combine to result in these nonmotor symptoms. Potentially earlier evaluation and treatment of comorbid psychiatric and cognitive disorders in PD could improve quality of life and patient productivity, reduce morbidity and caregiver burden, and minimize healthcare costs. Management strategies include adjustment of dopaminergic medication, use of psychotropic treatments and behavioral and psychological interven-

tions. Dopaminergic medication may precipitate neuropsychiatric conditions, such as the dopamine dysregulation syndrome. The choice of psychotropic medication for the neuropsychiatric symptoms of PD is determined by a balance between potential benefit versus side effects, mostly in terms of worsening motor symptoms. Furthermore, treatments used in general psychiatry services may not be as effective in PD. This article provides an overview and focuses on the neuropsychiatric manifestations in PD including depression, anxiety, psychosis, apathy and fatigue, personality, sexual dysfunction, sleep disorders, cognitive impairment and dementia, impulse control disorders and related behaviours. The epidemiology, pathophysiology and risk factors, clinical presentation and management of the most common neuropsychiatric complications in PD are discussed.

Key words: Parkinson's disease, neuropsychiatric manifestations, psychopathology, depression, psychosis, cognitive impairment.

Βιβλιογραφία

1. Simuni T, Sethi K. Nonmotor manifestations of Parkinson's disease. *Ann Neurol* 2008, 64(Suppl 2):65–80
2. Simuni T. *Diagnosis and management of Parkinson's disease*. Medscape Neurology, August 30, 2007. www.medscape.com
3. Brandt-Christensen M, Kvist K, Nilsson FM, Andersen PK, Kessing LV. Treatment with antiparkinson and antidepressant drugs: a register-based, pharmaco-epidemiological study. *Mov Disord* 2007, 22:2037–2042
4. Ravina B, Camicioli R, Como PG, Marsh L, Jankovic J, Weintraub D et al. The impact of depressive symptoms in early Parkinson disease. *Neurology* 2007, 69:342–347
5. Weintraub D, Burn DJ. Parkinson's disease: the quintessential neuropsychiatric disorder. *Mov Disord* 2011, 26:1022–1031
6. Allain H, Schuck S, Mauduit N. Depression in Parkinson's disease. *BMJ* 2000, 320:1287–1288
7. Tandberg E, Larsen JP, Aarsland D, Cummings JL. The occurrence of depression in Parkinson's disease. A community-based study. *Arch Neurol* 1996, 53:175–179
8. Reijnders JS, Ehrst U, Weber WE, Aarsland D, Leentjens AF. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008, 23:183–189, quiz 313
9. Starkstein SE, Preziosi TJ, Bolduc PL, Robinson RG. Depression in Parkinson's disease. *J Nerv Ment Dis* 1990, 178:27–31
10. Leentjens AF, Lousberg R, Verhey FR. Markers for depression in Parkinson's disease. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:196–201
11. Cole SA, Woodard JL, Juncos JL, Kogos JL, Youngstrom EA, Watts RL. Depression and disability in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1996, 8:20–25
12. Starkstein SE, Petracca G, Chemerinski E, Tesón A, Sabe L, Merello M et al. Depression in classic versus akinetic-rigid Parkinson's disease. *Mov Disord* 1998, 13:29–33
13. Marsh L, Williams JR, Rocco M, Grill S, Munro C, Dawson TM. Psychiatric comorbidities in patients with Parkinson disease and psychosis. *Neurology* 2004, 63:293–300
14. Lou JS, Kearns G, Oken B, Sexton G, Nutt J. Exacerbated physical fatigue and mental fatigue in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2001, 16:190–196
15. Coffey, CE, McAllister, TW, Silver, JM. *Guide to Neuropsychiatric Therapeutics*. Lippincott Williams & Wilkins, 2007
16. Nazem S, Siderowf AD, Duda JE, Brown GK, Ten Have T, Stern MB et al. Suicidal and death ideation in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008, 23:1573–1579
17. Cole K, Vaughan FL. The feasibility of using cognitive behaviour therapy for depression associated with Parkinson's disease: a literature review. *Parkinsonism Relat Disord* 2005, 11: 269–276
18. Pahwa R, Stacy MA, Factor SA, Lyons KE, Stocchi F, Hersh BP et al. Ropinirole 24-hour prolonged release: randomized, controlled study in advanced Parkinson disease. *Neurology* 2007, 68:1108–1115
19. Barone P, Poewe W, Albrecht S, Debieuvre C, Massey D, Rascol O et al. Pramipexole for the treatment of depressive symptoms in patients with Parkinson's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2010, 9:573–580
20. Weintraub D, Moberg PJ, Duda JE, Katz IR, Stern MB. Recognition and treatment of depression in Parkinson's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003, 16:178–183
21. Richard IH, Kurlan R. A survey of antidepressant drug use in Parkinson's disease. Parkinson Study Group. *Neurology* 1997, 49:1168–1170
22. Weintraub D, Comella CL, Horn S. Parkinson's disease - Part 3: Neuropsychiatric symptoms. *Am J Manag Care* 2008, 14(Suppl 2):559–569
23. Pal E, Nagy F, Aschermann Z, Balazs E, Kovacs N. The impact of left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation on depression in Parkinson's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Mov Disord* 2010, 25:2311–2317
24. da Silva TM, Munhoz RP, Alvarez C, Naliwaiko K, Kiss A, Andreatini R et al. Depression in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study of omega-3 fatty-acid supplementation. *J Affect Disord* 2008, 111:351–359
25. Menza MA, Robertson-Hoffman DE, Bonapace AS. Parkinson's disease and anxiety: comorbidity with depression. *Biol Psychiatry* 1993, 34:465–470
26. Richard IH. Anxiety disorders in Parkinson's disease. *Adv Neurol* 2005, 96:42–55

27. Shiba M, Bower JH, Maraganore DM, McDonnell SK, Peterson BJ, Ahlskog JE, et al. Anxiety disorders and depressive disorders preceding Parkinson's disease: a case-control study. *Mov Disord* 2000, 15:669–677
28. Fleminger S. Left-sided Parkinson's disease is associated with greater anxiety and depression. *Psychol Med* 1991, 21: 629–638
29. Houeto JL, Mesnage V, Mallet L, Pillon B, Gargiulo M, du Moncel ST et al. Behavioural disorders, Parkinson's disease and subthalamic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002, 72:701–707
30. Marsh L, Berk A. Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease: recent advances. *Curr Psychiatry Rep* 2003, 5:68–76
31. Weintraub D, Stern MB. Psychiatric complications in Parkinson disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005, 13:844–851
32. Friedman JH. Parkinson's disease psychosis 2010: a review article. *Parkinsonism Relat Disord* 2010, 16:553–560
33. Wolters EC. Dopaminomimetic psychosis in Parkinson's disease patients: diagnosis and treatment. Review. *Neurology*1999, 52(Suppl 3):S10–13
34. Ravina B, Marder K, Fernandez HH, Friedman JH, McDonald W, Murphy D et al. Diagnostic criteria for psychosis in Parkinson's disease: report of an NINDS, NIMH work group. *Mov Disord* 2007, 22:1061–1068
35. Bayulkem K, Lopez G. Nonmotor fluctuations in Parkinson's disease: clinical spectrum and classification. *J Neurol Sci* 2010, 289:89–92
36. Goetz CG, Fan W, Leurgans S, Bernard B, Stebbins GT. The malignant course of "benign hallucinations" in Parkinson disease. *Arch Neurol* 2006, 63:713–716
37. Komossa K, Rummel-Kluge C, Schmid F, Hunger H, Schwarz S, El-Sayeh HG et al. *Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev, 2009, (4):CD006569
38. Findling RL, Robb A, Nyilas M, Forbes RA, Jin N, Ivanova S et al. A multiple-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of oral aripiprazole for treatment of adolescents with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2008, 165:1432–1441
39. Fernandez HH, Trieschmann ME, Friedman JH. Aripiprazole for drug-induced psychosis in Parkinson disease: preliminary experience. *Clin Neuropharmacol* 2004, 27:4–5
40. Friedman JH, Berman RM, Goetz CG, Factor SA, Ondo WG, Wojcieszek J et al. Open-label flexible-dose pilot study to evaluate the safety and tolerability of aripiprazole in patients with psychosis associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2006, 21:2078–2081
41. Meltzer HY, Mills R, Revell S, Williams H, Johnson A, Bahr D et al. Pimavanserin, a serotonin (2A) receptor inverse agonist, for the treatment of parkinson's disease psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2010, 35:881–892
42. Weiden PJ. Ziprasidone: a new atypical antipsychotic. *J Psychiatr Pract* 2001, 7:145–153
43. AJ G. Apathy and new antidepressants. *Biol Ther Psychiatry Newsletter* 1991, 14:925
44. Aarsland D, Marsh L, Schrag A. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009, 24:2175–2186
45. Friedman J, Friedman H. Fatigue in Parkinson's disease. *Neurology* 1993, 43:2016–2018
46. Dujardin K, Sockeel P, Devos D, Delliaux M, Krystkowiak P, Destre A et al. Characteristics of apathy in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007, 22:778–784
47. Rochester L, Hetherington V, Jones D, Nieuwboer A, Willems AM, Kwakkel G et al. Attending to the task: interference effects of functional tasks on walking in Parkinson's disease and the roles of cognition, depression, fatigue, and balance. *Arch Phys Med Rehabil* 2004, 85:1578–1585
48. Kirsch-Darrow L, Fernandez HH, Fernandez HF, Marsiske M, Okun MS, Bowers D. Dissociating apathy and depression in Parkinson disease. *Neurology* 2006, 67:33–38
49. Leentjens AF, Dujardin K, Marsh L, Martinez-Martin P, Richard IH, Starkstein SE et al. Apathy and anhedonia rating scales in Parkinson's disease: critique and recommendations. *Mov Disord* 2008, 23:2004–2014
50. Brown RG, Dittner A, Findley L, Wessely SC. The Parkinson fatigue scale. *Parkinsonism Relat Disord* 2005, 11:49–55
51. Adler CH, Caviness JN, Hentz JG, Lind M, Tiede J. Randomized trial of modafinil for treating subjective daytime sleepiness in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2003, 18: 287–293
52. Ondo WG, Perkins T, Swick T, Hull KL, Jimenez JE, Garris TS et al. Sodium oxybate for excessive daytime sleepiness in Parkinson disease: an open-label polysomnographic study. *Arch Neurol* 2008, 65:1337–1340
53. Menza M. The personality associated with Parkinson's disease. *Curr Psychiatry Rep* 2000, 2:421–426
54. Pfeiffer RF. Gastrointestinal, urological, and sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2010, 25(Suppl 1):94–97
55. Chaudhuri KR, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *Lancet Neurol* 2009, 8:464–474
56. O'Sullivan JD, Hughes AJ. Apomorphine-induced penile erections in Parkinson's disease. *Mov Disord* 1998, 13:536–539
57. Okun MS, McDonald WM, DeLong MR. Refractory nonmotor symptoms in male patients with Parkinson disease due to testosterone deficiency: a common unrecognized comorbidity. *Arch Neurol* 2002, 59:807–811
58. Claassen DO, Josephs KA, Ahlskog JE, Silber MH, Tippmann-Peikert M, Boeve BF. REM sleep behavior disorder preceding other aspects of synucleinopathies by up to half a century. *Neurology* 2010, 75:494–499
59. Chaudhuri KR, Pal S, DiMarco A, Whately-Smith C, Bridgman K, Mathew R et al. The Parkinson's disease sleep scale: a new instrument for assessing sleep and nocturnal disability in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002, 73:629–635
60. Menza M, Dobkin RD, Marin H, Bienfait K. Sleep disturbances in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2010, 25(Suppl 1): 117–122
61. Homann CN, Wenzel K, Suppan K, Ivanic G, Crevenna R, Ott E. Sleep attacks - facts and fiction: a critical review. *Adv Neurol* 2003, 91:335–341
62. Wetter TC, Collado-Seidel V, Pollmächer T, Yassouridis A, Trenkwalder C. Sleep and periodic leg movement patterns in

- drug-free patients with Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Sleep* 2000, 23:361-367
63. Arnulf I, Konofal E, Merino-Andreu M, Houeto JL, Mesnage V, Welter ML et al. Parkinson's disease and sleepiness: an integral part of PD. *Neurology* 2002, 58:1019-1024
 64. Diederich NJ, Vaillant M, Leischen M, Mancuso G, GolINVAL S, Nati R et al. Sleep apnea syndrome in Parkinson's disease. A case-control study in 49 patients. *Mov Disord* 2005, 20: 1413-1418
 65. Aarsland D, Bronnick K, Williams-Gray C, Weintraub D, Marder K, Kulisevsky J et al. Mild cognitive impairment in Parkinson disease: a multicenter pooled analysis. *Neurology* 2010 75: 1062-1069
 66. Janvin CC, Larsen JP, Aarsland D, Hugdahl K. Subtypes of mild cognitive impairment in Parkinson's disease: progression to dementia. *Mov Disord* 2006, 21:1343-1349
 67. Aarsland D, Kurz MW. The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. *J Neurol Sci* 2010, 289:18-22
 68. Aarsland D, Andersen K, Larsen JP, Lolk A, Kragh-Sørensen P. Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease: an 8-year prospective study. *Arch Neurol* 2003, 60: 387-392
 69. Levy G, Jacobs DM, Tang MX, Côté LJ, Louis ED, Alfaró B et al. Memory and executive function impairment predict dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002, 17:1221-1226
 70. Hurtig HI, Trojanowski JQ, Galvin J, Ewbank D, Schmidt ML, Lee VM et al. Alpha-synuclein cortical Lewy bodies correlate with dementia in Parkinson's disease. *Neurology* 2000, 54: 1916-1921
 71. Burn DJ. The treatment of cognitive impairment associated with Parkinson's disease. *Brain Pathol* 2010, 20:672-678
 72. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007, 22:1689-1707, quiz 837
 73. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005, 65:1863-1872
 74. Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004, 351:2509-2518
 75. Williams-Gray CH, Foltynie T, Lewis SJ, Barker RA. Cognitive deficits and psychosis in Parkinson's disease: a review of pathophysiology and therapeutic options. *CNS Drugs* 2006, 20:477-505
 76. Aarsland D, Ballard C, Walker Z, Bostrom F, Alves G, Kossakowski K et al. Memantine in patients with Parkinson's disease dementia or dementia with Lewy bodies: a double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet Neurol* 2009, 8:613-618
 77. Ceravolo R, Frosini D, Rossi C, Bonuccelli U. Impulse control disorders in Parkinson's disease: definition, epidemiology, risk factors, neurobiology and management. *Parkinsonism Relat Disord* 2009, 15(Suppl 4):111-115
 78. Rabinak CA, Nirenberg MJ. Dopamine agonist withdrawal syndrome in Parkinson disease. *Arch Neurol* 2010, 67:58-63
 79. Smeding HM, Goudriaan AE, Foncke EM, Schuurman PR, Speelman JD, Schmand B. Pathological gambling after bilateral subthalamic nucleus stimulation in Parkinson disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007, 78:517-519
 80. O'Sullivan SS, Evans AH, Lees AJ. Dopamine dysregulation syndrome: an overview of its epidemiology, mechanisms and management. *CNS Drugs* 2009, 23:157-170
 81. Giovannoni G, O'Sullivan JD, Turner K, Manson AJ, Lees AJ. Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000, 68:423-428
 82. Evans AH, Katzenschlager R, Paviour D, O'Sullivan JD, Appel S, Lawrence AD et al. Punding in Parkinson's disease: its relation to the dopamine dysregulation syndrome. *Mov Disord* 2004, 19:397-405
 83. Kashihara K, Imamura T. Amantadine may reverse punding in Parkinson's disease - observation in a patient. *Mov Disord* 2008, 23:129-130

Αλληλογραφία: Ε. Οικονόμου, Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασ. Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-72 89 313
e-mail: elina_oikonomou@yahoo.co.uk

Ειδικό άρθρο Special article

Η πρόληψη στην εξάρτηση από το αλκοόλ

Α.Κ. Τροβά, Θ. Παπαρρηγόπουλος, Ι. Λιάππας, Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - ΟΚΑΝΑ, Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», Αθήνα

Ψυχιατρική 2015, 26:131–140

Με εξαίρεση τα καρδιαγγειακά νοσήματα, καμία άλλη ιατρική κατάσταση δεν προκαλεί μεγαλύτερη δυσλειτουργία και περισσότερους πρόωρους θανάτους από τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση οινοπνεύματος. Τα ερευνητικά αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ παρουσιάζουν ένα εξαιρετικά υποβαθμισμένο επίπεδο ποιότητας ζωής, γεγονός που καταδεικνύει την αναγκαιότητα σχεδιασμού και υλοποίησης προληπτικών παρεμβάσεων σε βιολογικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό επίπεδο, με αποδέκτες τα άτομα που κάνουν χρήση, αλλά και τις οικογένειές τους. Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορεί να εντάσσονται σε τρία επίπεδα πρόληψης: (α) *πρωτογενής ή πρωτοβάθμια πρόληψη* (primary prevention), η οποία επικεντρώνεται στην προφύλαξη των υγιών ατόμων από την κατάχρηση και τη συνεπαγόμενη ανάπτυξη εξάρτησης από το οινόπνευμα και προσφέρεται σε γενικό ή καθολικό επίπεδο (universal), σε επιλεκτικό (selective) και σε ενδεδειγμένο (indicated) επίπεδο πρόληψης, (β) *δευτερογενής ή δευτεροβάθμια πρόληψη* (secondary prevention), η οποία στοχεύει στην αποφυγή της επιδείνωσης της αλκοολικής εξάρτησης και της υποτροπής, και απευθύνεται σε άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει πρόβλημα αλκοολισμού και (γ) *τριτογενής ή τριτοβάθμια πρόληψη* (tertiary prevention), η οποία εστιάζεται στον περιορισμό της έκπτωσης της λειτουργικότητας των ατόμων που πάσχουν από χρόνια αλκοολική εξάρτηση. Ο όρος «*τεταρτογενής πρόληψη*» (quaternary prevention) αναφέρεται στην πρόληψη των υποτροπών. Ως προς την πρωτογενή πρόληψη, οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εκτίμηση της επικινδυνότητας έναρξης της προβληματικής χρήσης, στην ενημέρωση και στην ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων και γενικότερα στην αγωγή υγείας. Οι παρεμβάσεις πραγματοποιούνται κατά κύριο λόγο σε σχολεία ή σε χώρους ψυχαγωγίας και εργασίας των νέων. Στο επίπεδο αυτό, ποικίλα προγράμματα έχουν εφαρμοστεί σε χώρες του εξωτερικού και στην Ελλάδα με θετικά αποτελέσματα (Preventure, Alcohollocks, LST, SFP, Alcohol Ignition Interlock Device). Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει την παροχή συμβουλευτικής και δομημένης βοήθειας με την εφαρμογή προγραμμάτων σε σχολεία και σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου ως προς την εξάρτηση (SAP, LST). Τα προγράμματα αυτά έχουν ως στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων και συμπεριφορών άρνησης της χρήσης οινοπνεύματος, την υιοθέτηση προτύπων συμπεριφοράς που αντιτίθενται στη χρήση, καθώς και την ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων γενικότερα. Στο πλαίσιο των σχετικών παρεμβάσεων χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές, όπως π.χ. η δραματοποίηση ρόλου (role playing). Η εφαρμογή κοινωνικών μέτρων σε επίπεδο πολιτικής συμβάλλει επίσης στην αποτελεσματικότητα των προληπτικών προγραμμάτων (π.χ. απαγόρευση πώλησης αλκοόλ σε ανη-

λικούς). Οι παρεμβάσεις τριτογενούς πρόληψης αποσκοπούν στην κινητοποίηση των εξαρτημένων ατόμων για αποχή από τη χρήση με απώτερο στόχο την πρόληψη της υποτροπής, καθώς και στην εκμάθηση συμπεριφορών που υποστηρίζουν την τροποποίηση του προβλήματος της εξάρτησης από το οινόπνευμα. Οι εν λόγω παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε πλαίσιο ψυχοθεραπευτικής παρακολούθησης (follow-up) των ατόμων που παρουσιάζουν την αλκοολική εξάρτηση και μπορεί να περιλαμβάνουν ποικίλες βραχείες παρεμβάσεις, όπως την κινητοποιητική συνέντευξη ή συνέντευξη παροχής κινήτρων (motivational interviewing), αλλά και εναλλακτικές μορφές θεραπείας (π.χ. βελονισμός, διαλογισμός). Στοιχεία πρόληψης της εξάρτησης από το αλκοόλ σε συνδυασμό με στοιχεία προαγωγής της ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνονται στο ίδιο πρόγραμμα, καθώς παρόμοιες ή διαφορετικές δράσεις μπορεί να θεωρηθούν ότι επενεργούν συμπληρωματικά και αυξάνουν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος πρόληψης. Τέλος, είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που ασχολούνται στον τομέα των ουσιοεξαρτήσεων, καθώς ως θεραπευτές και συντονιστές παρεμβάσεων συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης και γενικότερα στην αντιμετώπιση των διαταραχών που συνδέονται με τη χρήση οινόπνευματος.

Λέξεις ευρετηρίου: Πρωτογενής πρόληψη, δευτερογενής πρόληψη, τριτογενής πρόληψη, προαγωγή ψυχικής υγείας, εξάρτηση από το αλκοόλ.

Εισαγωγή

Η παρέμβαση με σκοπό την αντιμετώπιση της κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς με εξαίρεση τα καρδιαγγειακά νοσήματα, καμία άλλη ιατρική κατάσταση δεν προκαλεί μεγαλύτερη δυσλειτουργία και περισσότερους πρόωρους θανάτους από τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση οινόπνευματος.¹ Εκτός από τις παθολογικές επιπλοκές, η κατάχρηση οινόπνευματος συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα νευροψυχιατρικών διαταραχών είτε κατά τη φάση της τοξίκωσης είτε της στέρησης, όπως ντελίριο,² ψυχωσικές διαταραχές με παραληρητικές ιδέες ή/και ψευδαισθήσεις,^{3,4} διαταραχές της διάθεσης,^{3,4} αγχώδεις διαταραχές,^{4,5} σεξουαλική δυσλειτουργία^{4,5} και διαταραχές του ύπνου, ενώ η χρόνια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε επιμένουσα ανοϊκή και αμνησιακή διαταραχή.^{3,4}

Παγκοσμίως, 5% των θανάτων στις ηλικίες 15–29 ετών αποδίδεται στη χρήση αλκοόλ,^{6,7} ενώ στις περιπτώσεις βιασμών στο 34% των δραστών και στο 72% των θυμάτων έχει προηγηθεί βαριά χρήση οινόπνευματος.⁸ Επιπλέον, από το σύνολο των εθιστικών ουσιών, συμπεριλαμβανόμενης της ηρωίνης και της κοκαΐνης, το αλκοόλ προκαλεί τις σοβαρότερες νευρολογικές/νευροαναπτυξιακές επιπτώσεις στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γνωστές ως εμβρυϊκό σύνδρομο από αλκοόλ.⁹

Εξάλλου, πρόσφατες μελέτες τεκμηριώνουν ένα εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων σε σύγκριση με άλλες ομάδες ασθενών με ψυχικές διαταραχές αλλά και ομάδες που πάσχουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες, όπως καρκίνο και υπέρταση.^{10–13} Η ποιότητα ζωής φαίνεται να είναι περισσότερο υποβαθμισμένη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες σχεδόν ως προς όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής,¹³ ενώ η κατάθλιψη με διαταραχές του ύπνου αποτελεί ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της διαταραγμένης ποιότητας ζωής στις γυναίκες.^{13,14}

Πρόληψη της εξάρτησης από το αλκοόλ Βασικές έννοιες

Η εξάρτηση από το αλκοόλ αντιμετωπίζεται με κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις σε πολλαπλά επίπεδα, δηλαδή τόσο σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο του πάσχοντος ατόμου, αλλά και της οικογένειας. Παράλληλα, πρέπει να προωθείται η πρόληψη της χρήσης και της κατάχρησης με την εφαρμογή ενδεδειγμένων προληπτικών παρεμβάσεων.

Οι προληπτικές παρεμβάσεις που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές και ειδικότερα στην εξάρτηση από το αλκοόλ, επικεντρώνονται στον *περιορισμό των παραγόντων κινδύνου* (risk factors) και στην *ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων* (protective factors) που επιδρούν στην επίπτωση (incidence)

της διαταραχής, δηλαδή στο ποσοστό των νέων περιπτώσεων στον γενικό πληθυσμό που θα αναπτύξει εξάρτηση από το αλκοόλ σε μια ορισμένη χρονική περίοδο.¹⁵ Επίσης, οι παρεμβάσεις επικεντρώνονται στη μείωση της επικράτησης ή του επιπολασμού (prevalence), δηλαδή της συχνότητας εμφάνισης του αλκοολισμού στον γενικό πληθυσμό, καθώς και στον περιορισμό των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και της ανικανότητας που προκύπτει¹⁵ από τη χρονιότητα της νόσου. Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη ή καθυστέρηση της υποτροπής του αλκοολισμού και στη μείωση των σχετικών δυσμενών επιπτώσεων στο ίδιο το άτομο που πάσχει, στην οικογένεια και στην κοινωνία.¹⁶ Τέλος, συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχικής καθώς και της σωματικής υγείας του ατόμου με εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ παράλληλα οδηγούν σε κοινωνικά και οικονομικά οφέλη.¹⁵

Η πρόληψη διακρίνεται σε: (α) *πρωτογενή ή πρωτοβάθμια πρόληψη* (primary prevention), η οποία επικεντρώνεται στην προφύλαξη των υγιών ατόμων από την εκδήλωση ψυχικών νόσων, (β) *δευτερογενή ή δευτεροβάθμια πρόληψη* (secondary prevention), η οποία στοχεύει στην αποφυγή της επιδείνωσης της ασθένειας και της υποτροπής όταν έχει ήδη εκδηλωθεί κάποια ψυχική διαταραχή και (γ) *τριτογενή ή τριτοβάθμια πρόληψη* (tertiary prevention), η οποία εστιάζεται στον περιορισμό της έκπτωσης της λειτουργικότητας των χρονίως πασχόντων από ψυχικές διαταραχές. Ο χρησιμοποιούμενος όρος «*τεταρτογενής πρόληψη*» (quaternary prevention) αναφέρεται στην πρόληψη της υποτροπής.¹⁷

Η αντιμετώπιση και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών συνιστά ένα ενιαίο πεδίο παρεμβάσεων με απώτερο στόχο την «*κατάκτηση της ψυχικής υγείας*» ατόμων και ομάδων, τόσο του νοσούντος, όσο και του γενικού πληθυσμού. Ως ψυχική υγεία ορίζεται η κατάσταση ευεξίας, στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις προσωπικές του ικανότητες, μπορεί να διαχειριστεί τις συνήθεις δυσκολίες της ζωής, είναι σε θέση να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και μπορεί να προσφέρει στην κοινότητα.¹⁸ Ο ορισμός αυτός, όπως διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1948, άλλαξε ουσιαστικά την αντίληψη για την ψυχική υγεία, καθόσον αυτή θεωρείται πλέον ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η α-

πουσία ασθένειας ή αναπηρίας.¹⁹ Στο πλαίσιο των εξελίξεων που σημειώθηκαν στην Ψυχιατρική και στην Ψυχολογία από το δεύτερο ήμισυ του 20ού αιώνα, το πεδίο της προαγωγής της ψυχικής υγείας αναπτύχθηκε σημαντικά από την άποψη των θεωρητικών προσεγγίσεων, στρατηγικών και της μεθοδολογίας. Ως επιστημονικό πεδίο ασχολείται κατεξοχήν με την ενίσχυση και διατήρηση της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Παρουσιάζει κάποιον βαθμό επαλληλίας με το πεδίο της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών, το οποίο όμως απευθύνεται κυρίως σε κλινικές ομάδες ή ομάδες υψηλού κινδύνου νόσησης.

Όσον αφορά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, τα σχετικά προγράμματα διενεργούνται κυρίως στην κοινότητα με την εφαρμογή ποικίλων μεθόδων και στρατηγικών, οι οποίες προάγουν την ενεργητική συμμετοχή σε διαδικασίες που οδηγούν στη «*θετική ψυχική υγεία*» (positive mental health), στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη δημιουργία συνθηκών που διευκολύνουν τη φυσιολογική ψυχολογική εξέλιξη του ατόμου στο πλαίσιο της οικογένειας και την προσαρμογή του στο κοινωνικό περιβάλλον.^{20,21} Η εφαρμογή παρεμβάσεων προαγωγής συμβάλλει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, ενίσχυση του αισθήματος αυτεπάρκειας και έλεγχου, αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή, ενίσχυση της συναισθηματικής ανθεκτικότητας (resilience), μείωση των ψυχολογικών δυσκολιών και του άγχους, αύξηση της παραγωγικότητας²⁰ και αύξηση της κοινωνικής συμμετοχής.²¹

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας λειτουργεί ως ισχυρός προστατευτικός παράγοντας απέναντι στην ψυχική ασθένεια και μπορεί δευτερογενώς να μειώσει τους δείκτες της ψυχιατρικής νόσησης.¹⁵ Ειδικότερα, στην περίπτωση του αλκοολισμού, μπορεί να επιφέρει μείωση ή διακοπή της χρήσης του, με ανάλογη βελτίωση του επιπέδου ζωής.

Τα προγράμματα πρόληψης των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνουν παραπλήσιες παρεμβάσεις με τις χρησιμοποιούμενες στην προαγωγή της ψυχικής υγείας προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση πρόδρομων συμπτωμάτων σε ομάδες υψηλού κινδύνου του γενικού πληθυσμού και να ανιχνευθεί πρώιμα η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας σε περιβάλλοντα εκπαίδευσης, εργασίας και κοινότητας, με στόχο την αντιμετώπιση της εκδήλωσης ψυχικών

διαταραχών, αλλά και της εξάρτησης από το αλκοόλ ειδικότερα.¹⁵

Συχνά, στοιχεία πρόληψης και προαγωγής είναι παρόντα στα ίδια προγράμματα και οι στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνουν παρόμοιες δραστηριότητες και να παράγουν συμπληρωματικά αποτελέσματα.¹⁵ Λαμβάνοντας υπόψη ότι και η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών επιδιώκουν κατεξοχήν την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας, οι δύο έννοιες γίνονται κατανοητές ως εννοιολογικά διακριτές, αλλά αλληλένδετες.¹⁵

Παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης στην εξάρτηση από το αλκοόλ

Η πρωτογενής πρόληψη έγκειται στη λήψη των απαραίτητων μέτρων τα οποία θα εμποδίσουν την έναρξη των ψυχοπαθογενετικών διαδικασιών και την εκδήλωση της εξάρτησης από το οινόπνευμα,^{22,23} και επομένως έχει ως στόχο τον περιορισμό της επίπτωσης της νόσου.^{24,25} Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την καθολική (universal), την επιλεκτική (selective) και την ενδεδειγμένη (indicated) πρόληψη.

Η καθολική πρόληψη συνίσταται σε παρεμβάσεις οι οποίες απευθύνονται στο ευρύ κοινό ή σε μια ομάδα του πληθυσμού (κοινότητα, σχολείο, γειτονιά) που θεωρείται ότι δεν παρουσιάζει αυξημένη επικινδυνότητα για έναρξη προβληματικής χρήσης αλκοόλ.¹⁵ Η επιλεκτική πρόληψη έχει ως στόχο άτομα ή υποομάδες του πληθυσμού όπου ο κίνδυνος κατάχρησης οινόπνευματος είναι σημαντικά υψηλότερος σε σύγκριση με τον μέσον όρο, όπως αξιολογείται λαμβάνοντας υπόψη βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. τα παιδιά των αλκοολικών).¹⁵ Η ενδεδειγμένη πρόληψη επικεντρώνεται σε άτομα υψηλού κινδύνου στα οποία έχουν εντοπιστεί ελάχιστα, αλλά διακριτά συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά προμηνύουν την εμφάνιση της διαταραχής ή υποδηλώνουν την ύπαρξη βιολογικών παραμέτρων προδιάθεσης, αλλά δεν πληρούνται επαρκώς τα διαγνωστικά κριτήρια για τεκμηρίωση διαταραχής τη δεδομένη στιγμή.¹⁶

Οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης περιλαμβάνουν την ενημέρωση των μαθητών και των νέων σε θέματα που αφορούν στο αλκοόλ και την αγωγή σε θέματα υγείας, που μπορούν να διεξαχθούν σε σχολεία, αλλά και σε χώρους ψυχαγωγίας και εργα-

σίας των νέων. Επίσης, θεωρείται αποτελεσματική η ενίσχυση των προσωπικών δυνατοτήτων και των ατομικών και κοινωνικών προστατευτικών παραγόντων, καθώς και η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για έναρξη προβληματικής χρήσης αλκοόλ.²⁰ Προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης από τα ΜΜΕ, σε συνεργασία με ειδικούς, συμβάλλουν στη μείωση της χρήσης του οινόπνευματος, καθώς συντελούν στην ανασκευή λανθασμένων αντιλήψεων σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που δημοσιεύτηκαν το 2006 και το 2010 στις ΗΠΑ, υποστηρίζουν την αναγκαιότητα παροχής επαρκούς συμβουλευτικής στους ιατρούς και γενικότερα στους παρόχους υπηρεσιών υγείας, ώστε να είναι καλύτερα καταρτισμένοι αναφορικά με την ανάγκη για ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τους κινδύνους χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με σκοπό την πρωτογενή πρόληψη του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου.^{26,27}

Το πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης Preventure που εφαρμόστηκε σε εφήβους στον Καναδά το 2006 και στην Αγγλία το 2008 με σκοπό την αποφυγή της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ (binge drinking), είχε θετικά αποτελέσματα, τόσο τέσσερις μήνες όσο και ένα έτος μετά την εφαρμογή του.²⁸ Το πρόγραμμα αφορούσε στην αποχή, στην ποσότητα και στη συχνότητα της χρήσης οινόπνευματος, τη βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ και τα συμπτώματα που προκύπτουν από την προβληματική χρήση.²⁸ Όταν το συγκεκριμένο πρόγραμμα εφαρμόστηκε το 2009 στις Κάτω Χώρες σημειώθηκε επίσης μείωση της επεισοδιακής (χρήση ≥ 5 ποτών τη φορά στις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες) και της εβδομαδιαίας κατανάλωσης οινόπνευματος, καθώς και των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ ύστερα από 2, 6 και 12 μήνες.²⁸

Η «Εκπαίδευση Δεξιοτήτων Ζωής» (Life Skills Training, LST) καθιερώθηκε ως μορφή παρέμβασης στο τέλος της δεκαετίας του 1970²⁹ και έκτοτε έχει εφαρμοστεί σε αρκετές περιπτώσεις.^{30,31} Αποτελεί πρόγραμμα εκπαίδευσης σε δεξιότητες κοινωνικής αντίστασης, το οποίο εστιάζει στους προστατευτικούς παράγοντες και στους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την έναρξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών.³² Σκοπός του προγράμματος, το οποίο

έχει αποτιμηθεί θετικά ως προς τη χρήση αλκοόλ, καπνού και άλλων ναρκωτικών ουσιών σύμφωνα με ανασκόπηση του 2002,³² είναι η ανάπτυξη αντιστάσεων έναντι των κοινωνικών επιρροών που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.³⁰ Έτσι, οι έφηβοι που δέχτηκαν την παρέμβαση παρουσίασαν σημαντική μείωση της χρήσης ουσιών (αλκοόλ, τσιγάρων, μαριχουάνας) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα εξαετούς τυχαιοποιημένης μελέτης του 1995.³⁰ Σύμφωνα με άλλη έρευνα του 2000 διάρκειας 3,5 ετών, οι μαθητές οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν στην εκμάθηση γνωσιακών και συμπεριφορικών δεξιοτήτων με στόχο την πρόληψη της κατάχρησης ουσιών, εμφάνισαν χαμηλότερη χρήση αλκοόλ, όπως και καπνού και μαριχουάνας, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.³³

Το «Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης της Οικογένειας» (Strengthening Families Program, SFP), το οποίο απαιτεί τη συμμετοχή της οικογένειας,^{31,34} παρουσιάζει επίσης θετικά αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται συνδυαστικά με το πρόγραμμα LST. Σύμφωνα με έρευνα του 2002, ο συνδυασμός των δύο προγραμμάτων επέφερε μείωση 30% στην έναρξη χρήσης αλκοόλ σε μαθητικό πληθυσμό των ΗΠΑ.³¹ Σκοπός του είναι η ενίσχυση της προστατευτικής λειτουργίας και της ανθεκτικότητας της οικογένειας, και η μείωση των παραγόντων κινδύνου που έχουν σχέση με τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας και με την επακόλουθη υιοθέτηση προβληματικών συμπεριφορών από τον έφηβο.³⁴

Σύμφωνα με άλλη σουηδική μελέτη του 2008, διάρκειας 6 ετών, ο εντοπισμός, μέσω της μη δυνατότητας εκκίνησης του οχήματος όταν έχει προηγηθεί χρήση αιθανόλης (alcolocks), των χειριστών οχημάτων που εργάζονται σε μεταφορικές εταιρείες και αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετιζόμενα με την κατανάλωση αλκοόλ, συντελεί στην αποφυγή ή μείωση της χρήσης αλκοόλ πριν από την οδήγηση.³⁵ Ανάλογα είναι τα ευρήματα και σε επαγγελματίες οδηγούς στη Γερμανία, Ισπανία, ΗΠΑ και Νέα Ζηλανδία.³⁵ Τέλος, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία το 2009, διαπιστώθηκε ότι σημαντικός αριθμός τροχαίων ατυχημάτων και σοβαρών τραυματισμών που συνδέονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος μπορεί να αποφευχθεί μέσω της χρησιμοποίησης ενός συστήματος ακινητοποίησης του οχήματος λόγω ανίχνευσης οινοπνεύματος (Alcohol Ignition Interlock Device).³⁶

Παρεμβάσεις δευτερογενούς πρόληψης στην εξάρτηση από το αλκοόλ

Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται στην πρόληψη ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, με σκοπό τον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού της^{20,22-25} και την άμεση επίλυση των εμφανιζόμενων παθολογικών καταστάσεων, προκειμένου να αποφευχθεί η επιδείνωση, η χρονιότητα και η μη δυνατότητα θεραπείας.^{20,22,23}

Στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, ο ρόλος της προληπτικής ιατρικής περιορίζεται κυρίως στη δευτερογενή πρόληψη λόγω της επικράτησης του βιοϊατρικού μοντέλου.³ Εντούτοις, υπάρχουν έρευνες που επικεντρώνονται στα δευτερογενή αποτελέσματα πρωτογενών προγραμμάτων πρόληψης, όπως το πρόγραμμα Midwestern Prevention Project που εφαρμόστηκε το 1998 στις ΗΠΑ και κατέγραψε σημαντικά δευτερογενή αποτελέσματα ως προς τη χρήση αλκοόλ, μαριχουάνας και καπνού.³⁷ Επίσης, σύμφωνα με μελέτη του 1995, υποστηρίζεται ότι η δευτερογενής πρόληψη ενισχύεται από την πρωτογενή πρόληψη, καθώς διαπιστώθηκε σημαντική μείωση της χρήσης αλκοόλ σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μέσω της παροχής πληροφοροφόρησης πρωτογενούς πρόληψης.³⁸ Σημειώνεται ότι παρόλο που υπάρχει σαφής θεωρητική διάκριση μεταξύ πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, οι δύο αυτές μορφές πρόληψης τείνουν να αλληλεπικαλύπτονται σε πολλά προγράμματα, ενώ η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί αναπόσπαστο μέρος πολλών προγραμμάτων προαγωγής υγείας.³⁹

Η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται στα άτομα που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο πειραματισμού με το αλκοόλ. Θετικά αποτελέσματα φαίνεται να έχει η παροχή συμβουλευτικής και δομημένης βοήθειας που περιλαμβάνει τη συνεργασία των γονέων, των ειδικών και της κοινότητας, με σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς (π.χ. κινητοποίηση για φυσική άσκηση) των ατόμων που έχουν αρχίσει να κάνουν επικίνδυνη χρήση αλκοόλ. Ειδικότερα, όπως αναφέρεται σε σχετική μελέτη, τα Βοηθητικά Προγράμματα Σπουδαστών (Student Assistance Programs, SAP), τα οποία διαμορφώθηκαν ύστε-

ρα από τη χρησιμοποίηση του Προγράμματος Υποστήριξης Εργαζομένων (Employee Assistance Program, EAP) στις επιχειρήσεις και στη βιομηχανία, αποτελούν τις πλέον διαδεδομένες προσεγγίσεις δευτερογενούς πρόληψης στις ΗΠΑ για τα προβλήματα χρήσης ουσιών από τους εφήβους.⁴⁰ Ορισμένα από τα προγράμματα αυτά επικεντρώνονται αποκλειστικά στον εντοπισμό και στην αξιολόγηση των μαθητών με προβλήματα κατάχρησης ουσιών και παραπέμπονται για θεραπεία εκτός του σχολικού πλαισίου, ενώ άλλα παρέχουν αξιολόγηση και θεραπεία μέσα στο σχολικό περιβάλλον.⁴⁰

Επίσης, σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη το 2002 στη Νέα Υόρκη σε νέους που εκτιμήθηκε ότι βρίσκονται σε κίνδυνο έναρξης προβληματικής χρήσης αλκοόλ, εφαρμόστηκε το πρόγραμμα LST στον σχολικό πληθυσμό, με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων άρνησης του ποτού, δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης, γενικών κοινωνικών δεξιοτήτων και υιοθέτησης προτύπων συμπεριφοράς που αντιτίθενται στη χρήση αλκοόλ, καθώς και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών.⁴¹ Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη το 1993 στο Σικάγο, υποστηρίζεται η αποτελεσματικότητα της τεχνικής δραματοποίησης ρόλου (role playing) μέσω της αλληλεπίδρασης και της δυνατότητας που παρέχει για κοινωνική μάθηση, αλλά και άλλων τεχνικών (π.χ. θεατρική παράσταση), ιδίως για τους μαθητές που θεωρούνται «υψηλού κινδύνου», όπως είναι οι μειονότητες και όσοι αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες.⁴²

Θετικά αποτελέσματα έχει και ο έλεγχος των επιπέδων κατανάλωσης αλκοόλ από τους οδηγούς, καθώς σύμφωνα με πενταετή έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ, το συγκεκριμένο μέτρο επέφερε 10% μείωση των ατυχημάτων ετησίως μεταξύ των οδηγών όλων των ηλικιών.⁴³ Επίσης, σύμφωνα με αρκετές μελέτες προκύπτει ότι η απαγόρευση της πώλησης αλκοόλ σε ανηλίκους,⁴⁴ όπως και η αύξηση της τιμής του, συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων και της συχνότητας χρήσης του οινοπνεύματος στους νέους.⁴⁴⁻⁴⁶ Επιπλέον, μέτρα όπως η υποχρεωτική αναγραφή των βλαβερών συνεπειών του οινοπνεύματος στη συσκευασία, η αύξηση της φορολογίας των οινοπνευματωδών,⁴⁴ οι περιορισμοί στη διαθεσιμότητα και η επιβολή απαγορεύσεων σε όλες τις μορφές άμεσης ή έμμεσης διαφήμισης του οινοπνεύματος,⁴⁷ θεωρείται ότι επιφέρουν θετικά απο-

τελέσματα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, προκύπτει ότι μεγαλύτερες δαπάνες για διαφήμιση του αλκοόλ συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ στους νέους 15-26 ετών και μεγαλύτερη αύξηση της κατανάλωσης με την πάροδο του χρόνου.⁴⁸

Παρεμβάσεις τριτογενούς πρόληψης στην εξάρτηση από το αλκοόλ

Η τριτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στο άτομο που πάσχει⁴⁹ και αφορά στην πρόληψη και καθυστέρηση των υποτροπών της χρήσης ή κατάχρησης αλκοόλ,^{15,20} στη μείωση των δευτερογενών επιπλοκών στο ίδιο το άτομο και στο κοινωνικό σύνολο,^{20,25} και στη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας μετά την εκδήλωση της διαταραχής.^{20,23} Δηλαδή, οι παρεμβάσεις τριτογενούς πρόληψης εστιάζουν σε κλινικούς πληθυσμούς και χρησιμοποιούν άμεσα και εύκολα εφαρμόσιμα θεραπευτικά προγράμματα,⁵⁰ όπως κινητοποίηση του ατόμου για αποχή, εκμάθηση συμπεριφορών αλλαγής, καθώς και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο follow-up και παρεμβάσεις με στόχο την πρόληψη της υποτροπής. Παράδειγμα τριτογενούς πρόληψης αποτελεί η παρέμβαση σε φυλακές με σκοπό την υιοθέτηση μιας κατάλληλης και ρεαλιστικής τακτικής, ικανής να συμβάλει στη μείωση των ποσοστών υποτροπής που συνδέονται με τον αλκοολισμό και τον εθισμό σε ψυχοτρόπες ουσίες.⁵¹ Η παρέμβαση εστιάζει σε περιορισμένη ομάδα αλκοολικών ή τοξικομανών, είναι εντατική και συνοδεύεται με αποφυλάκιση, η οποία δεν θεωρείται ως «δώρο», αλλά ως προνόμιο που κερδίζεται με συγκεκριμένη δράση και προθυμία για αλλαγή.⁵¹ Η συγκεκριμένη παρέμβαση θα μπορούσε να αφορά στον έλεγχο των προγραμμάτων για την ένταξη των σοβαρών περιπτώσεων σε εξειδικευμένες μονάδες παρέμβασης, στην ανταπόκριση εξειδικευμένων προγραμμάτων στις ανάγκες των συμμετεχόντων, στην παρακολούθηση ενός επίσημου προγράμματος προ-αποφυλάκισης που διεξάγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια ενός έτους, και στην ανάπτυξη εξωτερικών υπηρεσιών αλκοολισμού ή τοξικοεξάρτησης για όσους έχουν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά κατά τη διάρκεια του προγράμματος προ-αποφυλάκισης προκειμένου να υπάρξει συνεχιζόμενη φροντίδα.⁵¹ Σημειώνεται ότι είναι δυνατόν να πραγματοποιη-

θούν παράλληλες παρεμβάσεις πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης έχοντας ως στόχο διαφορετικό πληθυσμό (π.χ. στην πρωτογενή πρόληψη στόχος μπορεί να είναι το προσωπικό και οι τρόφιμοι) και εστιάζοντας σε διαφορετικές δράσεις.⁵¹

Επίσης, οι βραχείες παρεμβάσεις θεωρούνται αποτελεσματικές καθώς μειώνουν τη θνησιμότητα των προβληματικών χρηστών, όπως προκύπτει από σχετική μετα-ανάλυση.⁵² Στις βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνεται η *κινητοποιητική συνέντευξη ή συνέντευξη παροχής κινήτρων* (motivational interviewing), η οποία ενισχύει το άτομο να υιοθετήσει και να διατηρήσει την αποχή από το οινόπνευμα, και να κατανοήσει και αντιμετωπίσει τα άμεσα ή πιθανά προβλήματα που θα προκύψουν από την ενδεχόμενη κατανάλωση αλκοόλ.⁵³ Τέλος, εναλλακτικές μορφές θεραπείας, όπως ο βελονισμός και ο διαλογισμός, έχουν χρησιμοποιηθεί για ενίσχυση της αποχής από το οινόπνευμα ή άλλες εθιστικές ουσίες, ανακουφίζοντας τα στερητικά συμπτώματα και την έντονη επιθυμία για λήψη της ουσίας.^{54,55}

Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των μεθόδων αυτών στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς.⁵⁶

Συμπερασματικά σχόλια

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων σε όλα τα επίπεδα πρόληψης που στοχεύουν στην προβληματική χρήση, κατάχρηση ή εξάρτηση από το οινόπνευμα έχει ιδιαίτερη σημασία, δεδομένου ότι τόσο από τα διεθνή όσο και τα ελληνικά στοιχεία, τεκμηριώνεται το πλήθος και η σοβαρότητα των ιατρικών και ψυχιατρικών προβλημάτων που προκύπτουν από τον εθισμό στο αλκοόλ και η επακόλουθη μεγάλη υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των εξαρτημένων ατόμων. Η ύπαρξη ευαισθητοποιημένων και εκπαιδευμένων στα θέματα της ουσιοεξάρτησης θεραπευτών σε όλες τις βαθμίδες της προληπτικής παρέμβασης αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για την επιτυχή θεραπευτική διαδικασία, πρόγνωση και έκβαση της διαταραχής.

Prevention of alcohol dependence

A.C. Trova, Th. Paparrigopoulos, I. Liappas, M. Ginieri-Coccosis

1st Department of Psychiatry, University of Athens, "ATHENA" Programme, Athens, Greece

Psychiatriki 2015, 26:131–140

With the exception of cardiovascular diseases, no other medical condition causes more serious dysfunction or premature deaths than alcohol-related problems. Research results indicate that alcohol dependent individuals present an exceptionally poor level of quality of life. This is an outcome that highlights the necessity of planning and implementing preventive interventions on biological, psychological or social level, to be provided to individuals who make alcohol abuse, as well as to their families. Preventive interventions can be considered on three levels of prevention: (a) *primary prevention*, which is focused on the protection of healthy individuals from alcohol abuse and dependence, and may be provided on a universal, selective or indicated level, (b) *secondary prevention*, which aims at the prevention of deterioration regarding alcoholic dependence and relapse, in the cases of individuals already diagnosed with the condition and (c) *tertiary prevention*, which is focused at minimizing deterioration of functioning in chronically sufferers from alcoholic dependence. The term "*quaternary prevention*" can be used for the prevention of relapse. As for primary prevention, interventions focus on assessing the risk of falling into problematic use, enhancing protective factors and providing information and health education in general. These interventions can be delivered in schools or in places of work and recreation for young peo-

ple. In this context, various programs have been applied in different countries, including Greece with positive results (Preventure, Alcolocks, LST, SFP, Alcohol Ignition Interlock Device). Secondary prevention includes counseling and structured help with the delivery of programs in schools and in high risk groups for alcohol dependence (SAP, LST). These programs aim at the development of alcohol refusal skills and behaviors, the adoption of models of behaviors resisting alcohol use, as well as reinforcement of general social skills. In the context of relevant interventions, various techniques are used, such as role playing. At the level of social policy, different measures may contribute to increase the effectiveness of preventive programs (e.g. prohibition of sale of alcohol in young people). Interventions of tertiary prevention aim at the development of motivation for abstinence in alcohol dependent individuals and the prevention of relapse, as well as the acquisition of new behaviors, which support modification of the problem of alcohol dependence. These interventions can take place in the context of psychotherapeutic follow-up provided to alcohol dependent individuals, and may include various short-term interventions, such as motivational interviewing, but also alternative forms of treatment (e.g. acupuncture, meditation). Elements of prevention in combination with elements of promotion of mental health may be incorporated in the same programme for alcohol dependence, endorsing similar or different activities, which may be complementary and may reinforce the effectiveness of the prevention program. Finally, it is necessary to raise the awareness of mental health professionals regarding prevention and provide specialized education to those who work in drug addiction programmes. Mental health professionals may act as therapists and as intervention coordinators, and performing these roles, they may contribute to the effectiveness of preventive programs and more generally to the treatment of disorders connected with alcohol use.

Key words: Primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, mental health promotion, alcohol dependence.

Βιβλιογραφία

- Hales D. *An invitation to health*. 10th ed. Belmont CA, Thomson & Wadsworth Learning, 2003
- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, New York NY, 2005
- Τούντας Γ. *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα Ελλάδα, Οδυσσέας/Νέα Υγεία, 2000
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text rev. 2000. doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association. *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000
- Murray CJ, Lopez AD. *The global burden of disease*. Harvard University Press, Cambridge MA, 1997
- Jernigan DH. *Global status report: Alcohol and young people*. World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland, 2001
- Τζαβέλλας Η, Παπαρρηγόπουλος Θ. Διαπροσωπική βία και κατανάλωση οινοπνεύματος. *Ψυχιατροδικαστική* 2010, 3:10–11
- Stratton K, Howe C, Battaglia F (eds) *Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment*. National Academy Press, Washington DC, 1996
- Donovan D, Mattson ME, Cisler RA, Longabaugh R, Zweben A. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol* 2005, 15:119–139
- Ginieri-Coccosis M, Triantafyllou E, Tomaras V, Liappas IA, Christodoulou GN, Papadimitriou GN. Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Ann Gen Psychiatry* 2009, 8:23, doi:10.1186/1744-859X-8-23
- Ginieri-Coccosis M, Liappas IA, Tzavellas E, Triantafyllou E, Soldatos C. Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: The use of WHOQOL-100. *In Vivo* 2007, 21:99–106, <http://iv.iiarjournals.org/content/21/1/99.full.pdf>
- Peters TJ, Millward LM, Foster J. Quality of life in alcohol misuse: Comparison of men and women. *Arch Wom Ment Hlth* 2003, 6:239–243, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14628175>
- Ginieri-Coccosis M, Liappas IA. Quality of life and psychiatric symptomatology in alcohol detoxification. In: Preedy VR, Watson RR (eds) *Handbook of disease burdens and quality of life measures*. Springer Science and Business Media LLC, New York NY, 2010:3749–3766

15. World Health Organization. *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options*. Summary report. WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, Geneva, Switzerland, 2004
16. Mrazek PJ, Haggerty RJ (eds) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press, Washington DC, 1994
17. Korhonen M. *Alcohol problems and approaches: Theories, evidence and northern practice*. National Aboriginal Health Organization, Ajunnginiq Centre, Ottawa Canada, 2004
18. World Health Organization. *Strengthening mental health promotion*. Fact Sheet No. 220. World Health Organization, Geneva Switzerland, 2001
19. World Health Organization. *Basic documents*. 43rd ed. World Health Organization, Geneva, 2001:1
20. Schmolke M. Positive health aspects as preventive factors against chronification in persons with severe mental illness. In: Christodoulou GN, Jorge M, Mezzich JE (eds) *Advances in Psychiatry*. Vol. 3. Beta Medical Publishers, Athens Greece, 2009:149–156
21. Hosman C, Jané-Llopis E. Political challenges 2: Mental health (chapter 3). In: *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Jouve Composition & Impression, Paris, France, 1999:29–41
22. Groene O, Garcia-Barbero M (eds) *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005
23. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. *Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
24. Χριστοδούλου ΓΝ και συν. *Ψυχιατρική*. 2ος τομ. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2000
25. Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ. Βαθμίδες και ανάπτυξη της προληπτικής ψυχιατρικής. Στο: Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Χριστοδούλου ΓΝ (Συντ.) *Προληπτική ψυχιατρική & ψυχική υγιεινή*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005:15–21
26. Floyd RL, O'Connor MJ, Bertrand J, Sokol R. Reducing adverse outcomes from prenatal alcohol exposure: A clinical plan of action. *Alcohol Clin Experiment Research* 2006, 30:1271–1275, doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00175.x
27. Zoorob R, Aliyu MH, Hayes C. Fetal alcohol syndrome: Knowledge and attitudes of family medicine clerkship and residency directors. *Alcohol* 2010, 44:379–385, doi:10.1016/j.alcohol.2009.10.012
28. Lammers J, Goossens F, Lokman S, Monshouwer K, Lemmers L, Conrod P et al. Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Publ Hlth* 2011, 11:126
29. Botvin GJ. Preventing adolescent drug abuse through Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness. In: Crane J (ed) *Social programs that work*. Russell Sage Foundation, New York, NY, 1998:225–257
30. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *J Am Med Assoc* 1995, 273:1106–1112
31. Spoth RL, Redmond C, Trudeau L, Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychol Addict Behav* 2002, 16:129–134, doi:10.1037/0893-164X.16.2.129
32. Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *Intern J Emerg Ment Hlth* 2002, 4:41–47
33. Schinke SP, Tepavac L, Cole KC. Preventing substance use among native american youth: Three-year results. *Addict Behav* 2000, 25:387–397, doi:10.1016/S0306-4603(99)00071-4
34. Spoth RL, Redmond C, Shin C. Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69:627–642
35. Bjerre B, Kostela J. Primary prevention of drink driving by the large-scale use of alcolocks in commercial vehicles. *Accid Anal Prevent* 2008, 40:1294–1299, doi:10.1016/j.aap.2008.01.010
36. Lahaussé JA, Fildes BN. Cost-benefit analysis of an alcohol ignition interlock for installation in all newly registered vehicles. *Traff Injur Prevent* 2009, 10:528–537, doi:10.1080/15389580903173706
37. Chou CP, Montgomery S, Pentz MA, Rohrbach LA, Johnson CA, Flay BR et al. Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *Am J Publ Hlth* 1998, 88:944–948
38. May PA. A multiple-level, comprehensive approach to the prevention of fetal alcohol syndrome (FAS) and other alcohol-related birth defects (ARBD). *Intern J Addict* 1995, 30:1549–1602
39. Ahlberg K, Allebeck P, Leissner T. Alcohol prevention in the workplace: Theoretical framework and methodological aspects. *Intern J Soc Welfar* 1998, 7:180–188, doi:10.1111/j.1468-2397.1998.tb00221.x
40. Wagner EF, Brown SA, Monti PM, Myers MG, Waldron HB. Innovations in adolescent substance abuse intervention. *Alcohol Clin Experiment Research* 1999, 23:236–249, doi:10.1111/j.1530-0277.1999.tb04106.x
41. Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR, Doyle MM. Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Prevent Med* 2003, 36:1–7, doi:10.1006/pmed.2002.1133
42. Safer LA, Harding CG. Under pressure program: Using live theatre to investigate adolescents' attitudes and behavior related to drug and alcohol abuse education and prevention. *Adolescence* 1993, 28:135–148
43. Holder HD. A Community prevention trial to reduce alcohol-involved trauma. *Addiction* 1997, 92(Suppl 2, whole issue):310
44. Λύκουρας Ε. Κατάχρηση & εξάρτηση από οινόπνευμα. Ένα σύγχρονο πρόβλημα. Στο: Λιάππας ΙΑ, Μέλλος ΕΔ, Πομίνη Β (Συντ.) *Κατάχρηση & εξάρτηση από οινόπνευμα*. Προβλήματα και αντιμετώπιση. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα, 2006:17–26
45. Leung SF, Phelps CE. My kingdom for a drink...? A review of estimates of the price sensitivity of demand for alcohol beverages. Research Monograph No. 25. NIH Pub. No. 93-3513. In: Hilton ME, Bloss G (eds) *Economics and the prevention of*

- alcohol-related problems*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville MD, 1993:1-31
46. Coate D, Grossman M. Effects of alcoholic beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol use. *J Law Econom* 1988, 31:145-171, doi:10.1086/467152
47. Anderson P. Tobacco, alcohol and illicit drugs (chapter 9). In: *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Jouve Composition & Impression, Paris, France, 1996:69-79
48. Snyder LB, Fleming-Milici F, Slater MD, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006, 160:18-24
49. Ζαραφωνίτου Χ, Τσίγκανου Ι (Συντ.) *Ναρκωτικά: Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα*. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2002
50. Shakeshaft AP, Bowman JA, Sanson-Fisher RW. Behavioural alcohol research: New directions or more of the same? *Addiction* 1997, 92:1411-1422, doi:10.1111/j.1360-0443.1997.tb02862.x
51. Brochu S, Levesque M. Treatment of prisoners for alcohol or drug abuse problems. *Alcohol Treatm Quart* 1991, 7:113-121, doi:10.1300/J020V07N04_09
52. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: A meta-analysis. *Addiction* 2004, 99:839-845, doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00778.x
53. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. Guilford Press, New York, NY, 1991
54. Brewington V, Smith M, Lipton D. Acupuncture as a detoxification treatment: An analysis of controlled research. *J Substanc Abuse Treatm* 1994, 11:289-307
55. Shafil M, Lavelly R, Jaffe R. Meditation and the prevention of alcohol abuse. *Am J Psychiatry* 1975, 132:942-945
56. Dakwar E, Levin FR. The emerging role of meditation in addressing psychiatric illness, with a focus on substance use disorders. *Harvard Rev Psychiatry* 2009, 17:254-267 doi:10.1080/10673220903149135

Αλληλογραφία: Α. Τροβά, Ψυχολόγος, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - ΟΚΑΝΑ, Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», Ξενίας 20 & Μιχαλακοπούλου, Αθήνα, Τηλ: 6976 650 065
e-mail: trovaanna@gmail.com

Ειδικό άρθρο Special article

Σχολές γονέων: Εξέλιξη, δομή και περιεχόμενο

Λ. Κωνσταντινίδης,¹ Π. Γκόγκα²

¹Ελληνική Εταιρεία Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας (ΕΕΓΣΨ),

²Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΕΨΥΚΑ), Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2015, 26:141–150

Ο θεσμός της εκπαίδευσης των γονέων δεν είναι κάτι το καινούργιο. Στη σημερινή εποχή, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων ή σχολές γονέων όπως έχουν καθιερωθεί στην Ελλάδα, είναι δομημένα προγράμματα με συγκεκριμένη θεματολογία και καθορισμένους στόχους, έχουν ως απώτερο σκοπό την πρόληψη της ψυχικής υγείας του παιδιού και αποτελούν μια από τις ποικίλες παρεμβάσεις για γονείς. Απευθύνονται σε γονείς με παιδιά: βρεφικής, νηπιακής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας και παρουσιάζουν αρκετές διαφορές ως προς τη μορφή, το περιεχόμενο, τον σκοπό και τη θεωρητική κατεύθυνση στην οποία βασίζονται. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων: (α) τα προγράμματα που απευθύνονται σε όλους τους γονείς του γενικού πληθυσμού, (β) τα προγράμματα που είναι σχεδιασμένα και εφαρμόζονται σε ειδικές ομάδες γονέων ή για ειδικό σκοπό και (γ) τα προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς και παιδιά με συγκεκριμένα σοβαρά προβλήματα. Η έρευνα στον τομέα της εκπαίδευσης γονέων αναδεικνύει ότι, οι γνωστικο-συμπεριφορικές παρεμβάσεις συγκριτικά με άλλες παρεμβάσεις φαίνεται να είναι οι περισσότερο αποτελεσματικές. Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων εφαρμόζονται σχεδόν σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας, όμως δυστυχώς τα δημοσιευμένα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με τη δομή, το περιεχόμενο, τη θεωρητική τους κατεύθυνση και την αποτελεσματικότητά τους είναι πολύ λίγα έως και ανύπαρκτα. Στην παρούσα εργασία, γίνεται μια προσπάθεια ανασκόπησης της βιβλιογραφίας σχετικά με την πορεία της ανάπτυξης των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων. Επίσης, ανασκοπούνται τα σημαντικότερα στοιχεία σχετικά με τις κατηγορίες των προγραμμάτων εκπαίδευσης. Επιπροσθέτως, δίνονται πληροφορίες σχετικά με τη δομή, το περιεχόμενο και το κόστος των προγραμμάτων αυτών. Τέλος, γίνεται αναφορά στα περισσότερο δημοφιλή προγράμματα με βάση την απήχυσή τους, όπως αυτά έχουν προκύψει από τα αποτελέσματα των ερευνών.

Λέξεις ευρητηρίου: Σχολές γονέων, εκπαίδευση γονέων, πρόληψη, γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση.

Εισαγωγή

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων ή σχολές γονέων όπως ονομάζονται στην Ελλάδα, είναι προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς βρεφών, νηπίων, παιδιών και εφήβων και στοχεύουν να βοηθήσουν τους γονείς να βελτιώσουν την επικοινωνία και τη σχέση με τα παιδιά τους και να εφοδιάσουν τους γονείς με μια σειρά από δεξιότητες αντιμετώπισης της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών τους. Τα συγκεκριμένα προγράμματα είναι δομημένα έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν από κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα διαφόρων ειδικοτήτων. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν διάρκεια από 4 έως 22 εβδομάδες. Οι γονείς συμμετέχουν στις συναντήσεις κυρίως χωρίς τα παιδιά.^{1,2}

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων αποτελούν ένα κομμάτι μόνο των ποικίλων τρόπων υποστήριξης των γονέων.³ Άλλες παρεμβάσεις που μπορεί να είναι ωφέλιμες για τους γονείς είναι: τα ατομικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, η ατομική συμβουλευτική, τα προγράμματα επίσκεψης στο σπίτι κ.ά.⁴

Βασικός στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η υποστήριξη και εκπαίδευση των γονέων ώστε να ασκήσουν αποτελεσματικά τον γονεϊκό τους ρόλο.⁵ Επίσης, στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας της σχέσης γονέα-παιδιού,⁴ στη βελτίωση της ψυχικής υγείας της μητέρας και στη συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση των παιδιών.⁶ Τα προγράμματα αυτά είναι στην πλειονότητά τους δομημένα και έχουν συγκεκριμένη θεματολογία με καθορισμένους στόχους, αν και διαφοροποιούνται αρκετά ως προς τη μορφή, το περιεχόμενο, τον σκοπό, το μέγεθος και την κατεύθυνσή τους.⁵ Βασικός στόχος των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων είναι η πρόληψη, μιας και αποτελούν προγράμματα παρέμβασης ενός ευρύτερου πλαισίου πρωτογενούς πρόληψης της ψυχικής υγείας του ευρύτερου χώρου της αγωγής και προαγωγής της υγείας.⁷⁻¹³

Ιστορική ανασκόπηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Οι πρώτες ανησυχίες για το θέμα της εκπαίδευσης των γονέων παρουσιάστηκαν σε χώρες βιομηχανι-

κά αναπτυγμένες. Στην Αμερική το 1815, οι πρώτοι σύλλογοι γονέων αναφέρονται στην ανάγκη να ενημερωθούν οι γονείς για τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. Εκείνη την εποχή η διαπαιδαγώγηση είχε έναν αρκετά ακραίο και αυταρχικό χαρακτήρα.^{14,15} Το 1830 αρχίζουν να κυκλοφορούν έντυπα με τον τίτλο «ο βοηθός της μητέρας», τα οποία παρείχαν στους γονείς συμβουλές σαν ένα είδος έτοιμων συνταγών.²

Το 1888, ο ψυχολόγος Stanley Hall αναλαμβάνει την οργάνωση προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων και των αντίστοιχων συμβουλευτικών κέντρων. Μετά το 1922, αρχίζουν να αναπτύσσονται στην Ευρώπη ειδικά συμβουλευτικά κέντρα για γονείς και παιδαγωγούς. Το ίδιο χρονικό διάστημα, ο Dr G. Heuyer οργανώνει το «σχολείο για γονείς» στην Ιατρική Σχολή της Σορβόνης στο Παρίσι.¹⁶

Το 1928, αναπτύσσονται οι σχολές γονέων στο Παρίσι.² Μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, οι Rockefeller χρηματοδοτούν αυτές τις μορφωτικές κατευθύνσεις, οι οποίες παίρνουν από τότε μεγάλη έκταση. Σήμερα, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής λειτουργεί το Εθνικό Συμβούλιο για την Επιμόρφωση των Γονέων με αποστολή την οργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων για γονείς.^{2,17}

Στη μεταπολεμική περίοδο, η εκπαίδευση των γονέων αλλάζει νοοτροπία και από αυταρχική γίνεται περισσότερο ανθρωπιστική,^{18,19} λόγω της εδραίωσης της έρευνας για τις επιπτώσεις της γονεϊκής λειτουργίας στην ανάπτυξη του παιδιού.^{20,21} Το 1964 ιδρύεται η Διεθνής Ένωση για την επιμόρφωση των Γονέων. Στα ιδρυτικά μέλη συμπεριλαμβάνεται και η χώρα μας.²²

Η εκπαίδευση των γονέων σε ομάδες ξεκινά ουσιαστικά στις αρχές της δεκαετίας του 1970 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στο Ηνωμένο Βασίλειο, βασιζόμενη κυρίως στη συμπεριφορική προσέγγιση και μέσα στις επόμενες δύο δεκαετίες αναπτύσσεται ραγδαία σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο.²³ Από τότε έως και σήμερα, λειτουργούν πολλά προγράμματα, όπως το Incredible Years και το Triple-P, που εφαρμόζονται από διάφορους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.²⁴⁻²⁶

Στη χώρα μας, η συμβουλευτική προς τις «μητέρες», ξεκίνησε πριν τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο με

πρωτοβουλία των Απ. Δοξιάδη και Αικ. Φράγκου. Η συστηματική επιμόρφωση των γονέων άρχισε με τη λειτουργία της πρώτης σχολής γονέων τον Ιανουάριο του 1962, από ιδιωτική πρωτοβουλία της ψυχολόγου Μαρίας Χουρδάκη. Ακολούθησε η ίδρυση και λειτουργία και άλλων προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων και σε άλλες περιοχές και σήμερα ο θεσμός έχει επεκταθεί σε όλη την Ελλάδα.²² Από το 1974 ο θεσμός βρήκε μεγάλη απήχηση και οργανώθηκε στο πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης.²⁷

Βασικός σκοπός των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Στο παρελθόν, η εκπαίδευση των γονέων προσανατολιζόταν στο να δοθούν στους γονείς συμβουλές σχετικά με τη σίτιση, την υγιεινή και την πρόληψη ατυχήματος του παιδιού. Προσφάτως, το ενδιαφέρον στράφηκε στους κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού.²⁸

Τον 19ο αιώνα, το ενδιαφέρον αυτών των προσπαθειών ήταν επικεντρωμένο κυρίως σε θέματα ανάπτυξης του παιδιού σχετικά με την ηθική και τη θρησκεία. Τον 20ό αιώνα το ενδιαφέρον στράφηκε σε θέματα της ανάπτυξης της προσωπικότητας και της συναισθηματικής ανάπτυξης των παιδιών. Με τον καιρό προστέθηκαν και άλλα θέματα, όπως η σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού και αργότερα η γνωστική ανάπτυξη του παιδιού.²⁹

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων κυρίως στοχεύουν: (α) να βοηθήσουν τους γονείς να αναπτύξουν ποικιλία δεξιοτήτων, ώστε να εντοπίζουν, να ορίζουν, να παρατηρούν και να αντιμετωπίζουν την αρνητική συμπεριφορά των παιδιών τους και (β) να επιφέρουν περισσότερη σε βάθος αλλαγή στις οικογενειακές σχέσεις. Οι δύο αυτοί στόχοι δεν αποκλείουν ο ένας τον άλλον. Ο τελικός στόχος είναι να νιώσει ο γονέας περισσότερο σίγουρος για τον ρόλο του και να γίνει «ειδικός» στην επίλυση των προβλημάτων του.^{1,30}

Αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσα από την εκπαίδευση των γονέων, ώστε: (α) να συνεργάζονται με τα παιδιά τους στην επίλυση των προβλημάτων, (β) να βοηθούν τα παιδιά τους στην αναγνώριση και συμφιλίωση με τα συναισθήματά τους, (γ) να μπορούν να ακούν τα παιδιά τους, (δ) να χρησιμοποιούν

τον έπαινο και να διαπραγματεύονται με τα παιδιά τους ώστε να βρίσκουν εναλλακτικές λύσεις της τιμωρίας, (ε) να παροτρύνουν τα παιδιά τους να είναι αυτόνομα και υπεύθυνα και (στ) να μπορούν να κάνουν αναδρομή στις δικές τους παιδικές εμπειρίες διαπαιδαγώγησης από τους γονείς τους.⁵

Δομή και περιεχόμενο των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων παρουσιάζουν αρκετές διαφορές. Ορισμένα διαρκούν για έναν χρόνο και άλλα είναι πιο σύντομα σε διάρκεια. Ορισμένα προγράμματα προϋποθέτουν οικονομική συμμετοχή από τους γονείς και ορισμένα προσφέρονται δωρεάν. Άλλα, υλοποιούνται από ειδικευμένο αμειβόμενο προσωπικό και άλλα από εθελοντές. Άλλα πραγματοποιούνται σε σταθερή βάση και άλλα μετά από κάποιο αίτημα. Άλλα, είναι ατομικά (κυρίως θεραπευτικά) και άλλα ομαδικά.⁴ Συνήθως, σε κάθε ομάδα συμμετέχουν 8 έως και 12 γονείς και το πρόγραμμα ολοκληρώνεται σε 8 έως και 12 εβδομαδιαίες συναντήσεις διάρκειας 2 ωρών η κάθε μία.²⁸ Σήμερα, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων εφαρμόζονται στην Ελλάδα, ως μια κατηγορία προγραμμάτων πρόληψης, κυρίως από τους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων των σχολείων, τους Δήμους, ορισμένους ιδιωτικούς φορείς, τα Κέντρα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ, το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΙΔΕΚΕ) αρχικά, και το Ίδρυμα Νεολαίας και Διά Βίου Μάθησης (ΙΝΕΔΙΒΙΜ) στη συνέχεια. Επίσης, οι περισσότερες παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες είτε στα πλαίσια Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων είτε σε τμήματα Νοσοκομείων προτείνουν προγράμματα γονέων που απευθύνονται σε συγκεκριμένα προβλήματα ή συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες.¹²

Το κόστος, τα οφέλη και το ποσοστό συμμετοχής των γονέων

Στην Ελλάδα, ο μεγαλύτερος αριθμός των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων προσφέρονται δωρεάν στους γονείς, σε αντίθεση με χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο όπου το κόστος συμμετοχής για τους γονείς ορισμένες φορές είναι μεγάλο και ποικίλει ανάλογα με το είδος του προγράμματος. Όταν ειδικά πρόκειται για προγράμματα εκπαίδευ-

σης γονέων τα οποία απευθύνονται σε γονείς με παιδιά που παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα, όπως αυτό της Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής, το κόστος είναι αρκετά μεγάλο. Παρόλο που τα προγράμματα αυτά έχουν αυξηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, εντούτοις, εξυπηρετούν τις ανάγκες μικρού ποσοστού γονέων οι οποίοι τελικά συμμετέχουν σε αυτά. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, δεν υπάρχει κάλυψη όλων των περιοχών. Υπολογίζεται ότι στα προγράμματα αυτά μπορούν και συμμετέχουν 28.000 περίπου γονείς τον χρόνο, δηλαδή, το 4% περίπου των γονέων.³⁰ Για το τι ισχύει στην Ελλάδα στον τομέα αυτόν, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες. Η πλειοψηφία όμως των γονέων θεωρεί αναγκαία την ύπαρξη των προγραμμάτων εκπαίδευσης προκειμένου να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της παιδικής ηλικίας.²⁸ Η εκπαίδευση των γονέων είναι προτιμότερο να ξεκινάει από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, πριν ακόμη τα μικρά προβλήματα εξελιχθούν σε πολύ σημαντικές δυσκολίες για το παιδί και την οικογένειά του.³¹

Υπάρχει η πεποίθηση ότι η έγκαιρη αυτή παρέμβαση θα μπορούσε να επιφέρει κοινωνικά και κατ'επέκταση οικονομικά οφέλη μέσω της μείωσης της κακομεταχείρισης των παιδιών από τους γονείς, της παραβατικότητας και της σχολικής αποτυχίας. Έτσι, θα μπορούσε να γίνει εξοικονόμηση πόρων από τους φόρους, να μειωθεί η ανάγκη για θεραπευτικές παρεμβάσεις, να μειωθεί η εγκληματικότητα, και να αυξηθεί η παραγωγικότητα. Όμως τα αποτελέσματα των ερευνών στον τομέα αυτόν δεν ενισχύουν προς το παρόν τέτοιου είδους υπολογισμούς.³²

Κατηγορίες των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων

Τα περισσότερα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων απευθύνονται σε γονείς με παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, από 3 έως και 12 ετών. Στον σχεδιασμό αυτών των προγραμμάτων, βασίζονται και τα προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς με παιδιά μικρότερης ηλικίας.³³ Γενικά, τα προγράμματα απευθύνονται σε γονείς ή μέλλοντες γονείς ή σε ο-

ποιοδήποτε άτομο έχει αναλάβει τη φροντίδα και τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού.⁴

Στην πλειονότητά τους, οι γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι μητέρες της μεσαίας τάξης.^{4,30,34} Παρά το ότι και οι δύο γονείς, μητέρα και πατέρα, παίζουν σημαντικό ρόλο για την κοινωνική, συναισθηματική και ψυχική ανάπτυξη του παιδιού,³⁵ λίγα προγράμματα προσελκύουν πατέρες. Το κυρίως βάρος της εκπαίδευσης των γονέων το αναλαμβάνουν οι μητέρες.^{4,30,36} Ορισμένοι ερευνητές δεν θεωρούν τη συμμετοχή του πατέρα απαραίτητη,^{37,38} ενώ άλλοι θεωρούν ότι η συμμετοχή του πατέρα επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα.^{36,39} Οι Lundahl et al⁴⁰ αναφέρουν ότι παρόλο που οι πατέρες ωφελούνται λιγότερο από τα προγράμματα εκπαίδευσης από ό,τι οι μητέρες, θα πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους σε αυτά, επειδή ως έναν βαθμό η συμμετοχή του πατέρα στα προγράμματα αυξάνει την αποτελεσματικότητά τους. Όμως, τονίζουν ότι ο τομέας αυτός θέλει παραπάνω διερεύνηση.⁴⁰⁻⁴²

Ορισμένα προγράμματα είναι ανοιχτά για όλους τους γονείς. Υπάρχουν όμως και προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα με το παιδί τους. Γενικά, οι βιβλιογραφικές αναφορές οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι κατηγορίες των προγραμμάτων πρόληψης μέσω της εκπαίδευσης των γονέων, με βάση τους γονείς στους οποίους απευθύνονται τα προγράμματα αυτά, είναι τρεις.^{4,5,7,28,30,43-46}

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα γενικά προγράμματα,⁴⁶⁻⁴⁸ που απευθύνονται σε γονείς οι οποίοι επιθυμούν να βελτιώσουν τον τρόπο διαπαιδαγώγησης, να αναπτύξουν θετικές σχέσεις με τα παιδιά τους και να διδαχθούν πρόσθετες μεθόδους πειθαρχίας και αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα εκλεκτικά προγράμματα, που είναι σχεδιασμένα και εφαρμόζονται σε ειδικές ομάδες γονέων όπως, οι γονείς με υιοθετημένα παιδιά,⁴⁹ οι γονείς με παιδιά εφηβικής ηλικίας,⁵⁰ οι εξαρτημένες μητέρες,⁵¹ οι έφηβοι γονείς,⁴⁴ οι γονείς συγκεκριμένης εθνικότητας-μειονότητας ή οι γονείς που κατοικούν σε υποβαθμισμένες περιοχές,⁴⁴ οι μονογονεϊκές οικογένειες,⁵² οι γονείς με χαμηλό εισόδημα,^{53,54} οι ανάδοχοι γονείς ή για ειδικό

σκοπό όπως, η βελτίωση της συμπεριφοράς και της προσοχής των παιδιών στο σχολείο,⁵⁵ η πρόληψη της χρήσης του τσιγάρου, του αλκοόλ και των ουσιών,⁵⁶ η μείωση του άγχους των γονέων που αντιμετωπίζουν πρόωρη γέννα,⁵⁷ η εκπαίδευση των ζευγαριών που αποκτούν το πρώτο τους παιδί.^{35,58}

Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τα ειδικά προγράμματα, που απευθύνονται σε γονείς οι οποίοι έχουν χαμηλό αυτοσεβασμό και πολλαπλά προβλήματα ή σε γονείς των οποίων τα παιδιά εμφανίζουν συγκεκριμένα προβλήματα όπως, η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα,⁵⁹ τα προβλήματα διαγωγής,^{9,60} η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή,^{1,61} οι διαταραχές του φάσματος του Αυτισμού,⁶² η αντικοινωνική συμπεριφορά και η εγκληματικότητα^{43,63} και γενικότερα η βίαιη συμπεριφορά,⁶⁴ η κακοποίηση και κακομεταχείριση,^{43,65} η χρόνια νόσος⁶⁶ και άλλα.

Προκειμένου να δούμε το περιεχόμενο των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται ανά τον κόσμο, είναι χρήσιμο να προσπαθήσουμε να τα κατηγοριοποιήσουμε με βάση τη θεωρητική κατεύθυνση που το κάθε ένα ακολουθεί.

Συνήθως, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων διαχωρίζονται ως προς τον προσανατολισμό τους, σε αυτά που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού (ανθρωπιστικά) και σε αυτά που έχουν έναν συμπεριφορικό προσανατολισμό (συμπεριφορικά), αν και υπάρχουν και προγράμματα που βασίζονται και στις δύο προσεγγίσεις. Στα προγράμματα που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού, ανήκουν τα προγράμματα που βασίζονται στη θεωρία της προσκόλλησης, στην ψυχαναλυτική θεωρία και τη θεωρία των οικογενειακών συστημάτων. Στα προγράμματα συμπεριφορικής προσέγγισης ανήκουν τα προγράμματα που βασίζονται στη γνωστική συμπεριφορική θεωρία και τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης.^{1,5,67,68} Σε αντίθεση με τα προγράμματα που βασίζονται κυρίως στη συμπεριφορική προσέγγιση, τα οποία έχουν να επιδείξουν πληθώρα σημαντικών ερευνητικών δεδομένων που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους, τα προγράμματα που είναι προσανατολισμένα στη σχέση γονέα-παιδιού δεν έχουν να επιδείξουν ιδιαίτερα σημαντικά ερευνητικά αποτελέσματα στον

τομέα αυτόν.⁶⁸ Το ίδιο αποτελεσματικά φαίνεται να είναι και τα προγράμματα που βασίζονται κυρίως στην κοινωνική θεωρία της μάθησης.⁶⁹

Από τον πολύ μεγάλο αριθμό προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που εφαρμόζονται ανά τον κόσμο, τα προγράμματα Incredible Years⁷⁰ και Triple-P⁷¹ τυγχάνουν ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων ως προς την αποτελεσματικότητά τους.^{26,58} Άλλα δημοφιλή προγράμματα, όπως το STEP⁷² το PET⁷³ και το Active Parenting,⁷⁴ υπήρξαν αντικείμενο, κατά τη δεκαετία του 1990, έντονης κριτικής για την έλλειψη εμπειρικών στοιχείων μέσω ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους.^{75,76} Το PET έχει δεχθεί έντονη κριτική σχετικά και με τα αποτελέσματα που επιφέρει στους γονείς που το παρακολουθούν.^{77,78}

Τα βασικότερα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων

Το πρόγραμμα Incredible Years δημιουργήθηκε από την Carolyn H. Webster-Stratton το 1981, έχει ως έδρα την Ουάσιγκτον των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και εφαρμόζεται εντατικά και σε τουλάχιστον 10 άλλες χώρες. Το βασικό θεωρητικό υπόβαθρο του προγράμματος βασίζεται στη γνωστική και κοινωνικο-γνωστική θεωρία και ιδιαίτερα στη θεωρία του Patterson και του Bandura.⁷⁰ Το πρόγραμμα Incredible Years εφαρμόζεται πρόσφατα και στη χώρα μας, και συγκεκριμένα στην Παιδοψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία».

Το πρόγραμμα Triple-P (Positive Parenting Programme) δημιουργήθηκε από τους Sanders MR et al στο Πανεπιστήμιο Queensland της Αυστραλίας το 1977. Όπως και το Incredible Years, έτσι και το Triple-P έχει τη μορφή μιας συμπεριφορικής οικογενειακής παρέμβασης βασισμένης κυρίως στις αρχές της κοινωνικής θεωρίας της μάθησης του Patterson.⁷¹

Το πρόγραμμα STEP (Systematic Training for Effective Parenting) πήρε το όνομά του και δημιουργήθηκε από τους Don C. Dinkmeyer και Gary D. McKay στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Βασίζεται στη θεωρία του Alfred Adler και του Rudolf Dreikurs.⁷²

Το πρόγραμμα PET (Parent Effectiveness Training) δημιουργήθηκε από τον Thomas Gordon το 1962

και έπειτα από αλλαγές έφτασε στην τελική σημερινή του μορφή το 2006. Βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στη θεωρία του ιδρυτή του προγράμματος, τη θεωρία του Gordon, η οποία είναι επηρεασμένη από την πελατοκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers.⁷³ Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε πολλές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.

Το πρόγραμμα Active Parenting δημιουργήθηκε από τον Michael H. Porkin και εφαρμόζεται διεθνώς σε χώρες όπως η Αμερική, ο Καναδάς, η Ιαπωνία, η Κορέα και η Σουηδία. Το πρόγραμμα είναι Αντλεριανής κατεύθυνσης και στοχεύει στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των γονέων.⁷⁴ Ο εκπαιδευμένος συντονιστής ακολουθεί έναν συγκεκριμένο οδηγό εκπαίδευσης. Το ίδιο συμβαίνει και με τους γονείς.

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Στην εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπησή τους οι Moran, Ghate και van der Merwe⁷⁹ αναφέρουν ότι, τα συμπεριφορικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων βοηθούν τους γονείς, όμως γενικά, χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών και σημειώνουν ότι, για τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό, τα ερευνητικά στοιχεία είναι πολύ λίγα. Κρίνεται επομένως αναγκαία η διεξαγωγή τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών προκειμένου να μπορεί να διαπιστωθεί, τι βοηθάει τους γονείς και τι δεν βοηθάει και τι χρειάζεται να αλλάξει σχετικά με τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων.

Παρόλο που όλοι οι γονείς μπορούν να ωφεληθούν, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της ζωής των παιδιών τους από τις σχολές γονέων, τα περισσότερα προγράμματα προσφέρονται σε οικογένειες υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου.³ Όμως, τα προγράμματα που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό ενδεχομένως να προσελκύσουν γονείς που στην πλειονότητά τους τα έχουν πραγματικά ανάγκη και οι οποίοι μπορούν να συμμετάσχουν σε αυτά μαζί με γονείς που δεν τα έχουν και τόσο ανάγκη και τελικά να ωφεληθούν όλοι στον ίδιο βαθμό.²⁸

Η αξιολόγηση των παρεμβάσεων αυτών στην Ελλάδα είναι εν μέρει φτωχή και τα ελάχιστα ερευνη-

τικά στοιχεία που γνωρίζουμε περιορίζονται σε ένα μόνο πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης.^{12,80-82} Στην Ελλάδα η έρευνα κινείται κυρίως προς την κατεύθυνση της διερεύνησης της γνώμης των γονέων για το πρόγραμμα εκπαίδευσης που εφαρμόζει ο κάθε φορέας. Ακόμη όμως και όταν οι γονείς δηλώνουν ικανοποιημένοι και νιώθουν ότι βοηθήθηκαν από ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, αυτό δεν σημαίνει αυτόματα ότι είναι και αποτελεσματικό.

Το θετικό για τον ελλαδικό χώρο είναι ότι τα περισσότερα προγράμματα σχολών γονέων προσφέρονται δωρεάν και απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό. Όμως, προγράμματα εκπαίδευσης γονέων όπως το πρόγραμμα του Πανελληνίου Συνδέσμου Σχολών Γονέων, τα προγράμματα του ΙΝΕΔΙΒΙΜ και των Κέντρων Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ, το Incredible Years, το PET και το STEP, που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, είναι άγνωστο κατά πόσο είναι αποτελεσματικά και κατά πόσο βοηθούν και ανταποκρίνονται στις ανάγκες των Ελλήνων γονέων, μιας και υπάρχει απουσία ερευνών για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών. Οι γονείς στην Ελλάδα του σήμερα, λόγω και της οικονομικής κρίσης, έχουν ανάγκη από προγράμματα εκπαίδευσης που μέσα από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες θα διαπιστωθεί ότι είναι αποτελεσματικά. Τόσο οι αρμόδιοι φορείς, όσο και το επιστημονικό προσωπικό που οργανώνουν και εφαρμόζουν προγράμματα εκπαίδευσης γονέων χρειάζεται να λειτουργούν υπεύθυνα απέναντι στους γονείς. Ιδιαίτερα όταν για την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών σε ορισμένες περιπτώσεις απορροφώνται και δαπανώνται αρκετά μεγάλα ποσά από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) η διεξαγωγή των ερευνών για την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων εκπαίδευσης με αποδέκτες πληθυσμούς όπως οι γονείς και τα παιδιά τους, κρίνεται άκρως αναγκαία. Άκρως αναγκαία είναι και η επαρκής και με επιστημονικό τρόπο εκπαίδευση των συντονιστών που εφαρμόζουν τα προγράμματα αυτά.

Τα στοιχεία της παρούσας ανασκόπησης ίσως να αποτελούν ένα μικρό ερέθισμα για μια συστηματική και επιστημονική διερεύνηση, μέσω ποιοτικών και ποσοτικών μελετών, της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων σχολών γονέων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα.

Parent schools: Definition, progress and structure

L. Konstadinidis,¹ P. Goga²

¹Greek Association for Cognitive and Behavioural Psychotherapies (GACBP), Thessaloniki,

²Association for Mental Health and Social Rehabilitation (EPSIKA), Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2015, 26:141–150

The institution of parent training is not an innovation. It exists since the beginning of the previous century. Presently, the parent training programmes or the so-called parent schools in Greece are structured programmes with specific coverage and set goals, their ultimate purpose is the prevention of the mental health of the child and they belong to a variety of interventions for parents. They address to parents of infants, toddlers, children and adolescents and show several differences regarding the form, content, purpose and theoretical direction they are based on. There are three categories of parent training programs. The programs that address all parents of the general population, the programs that are designed and implemented in special groups of parents or for a special purpose and the programs that address parents and children with specific serious problems. Usually, depending on their orientation, the parent training programs have either a parent-child relationship orientation (humanistic) or a behavioral orientation (behavioral). Research in the field of parent training saw that interventions based on Cognitive Behavioral Theory seem to be more effective than other interventions. The parent training programs-schools of parents are applied in almost all the regions of Greece. Unfortunately the existing data related to the structure, the content, the theoretical background and the effectiveness of these programs is not enough. The present study tries to review the bibliography concerning the development of the parent training programmes. The most significant data about the categories of the training programmes, as well as information about the structure, the content and the cost of these programmes, are also reviewed. Finally, the most popular programmes are mentioned based on their impact, according to the results of the studies.

Key words: Parent schools, parent training, prevention, cognitive behavioral approach.

Βιβλιογραφία

1. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J et al. *The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children*. Health Technology Assessment, 2005:9
2. Χουρδάκη Μ. Σχολές γονέων. *Σειρά γνώσεων: Επιστήμη & Ζωή*. Τόμος ΙΖ'. Χατζηριακώβου ΑΕ, Θεσσαλονίκη, 1976:107–109
3. Gibbs J, Underdown A, Stevens M, Newbery J, Liabo K. *Evidence nugget: Group-based parenting programmes can reduce behaviour problems of children aged 3–12 years. What Works for Children group*. Evidence nugget, 2003. Διαθέσιμο από: <http://www.whatworksforchildren.org.uk> (πρόσβαση 19/4/2010)
4. Zepeda M, Morales A. Supporting parents through parent education. In: Halfan N, Shulman E, Hochstein M (eds) *Building community systems for young children*. UCLA Center for Healthier Children, Families & Communities, Los Angeles, 2001
5. Hendricks AK, Balakrishnan R. *Review of parenting programmes: A report by the Families Commission*. Research Report No. 2/05, Families Commission, Wellington, 2005
6. Barlow J, Stewart-Brown S. Understanding parenting programmes: parents' views. *Prim Hlth Care Res Develop* 2001, 2:117–130
7. Centre for Community Child Health. Child behaviour: Overview of the literature. Monograph 3. In: O'Hanlon A, Patterson A,

- Parham J (eds) *Promotion, prevention and early intervention for mental health in general practice*. Auseinet, Adelaide, 2007
8. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Prom Educ* 2005, (Suppl 2):9–25
 9. NSW Department of Health. *NSW Parenting Partnerships: a framework for mental health service involvement in promotion, prevention and early intervention through parenting initiatives - resource and literature review*. NSW Health Department, Sydney, 2003. Διαθέσιμο από: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/parent_strategy.pdf (πρόσβαση 13/10/2010)
 10. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Arc Dis Childhood* 2002, 87:472–477
 11. Γιαννοπούλου Ι, Τσομπάνογλου Γ. Προγράμματα εκπαίδευσης γονέων προσχολικής ηλικίας ως μέτρο πρόληψης διαταραχών της διαγωγής. *Ψυχιατρική* 2006, 17:224–236
 12. Κωνσταντινίδης Λ, Γκόγκο Γ, Μαυρέας Β. Σχολές γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης. *Παιδ Έφηβ Ψυχ Υγεία Ψυχοπαθολ* 2008, 10:78–96
 13. Centre of Community Child Health. *Parenting information project*. Volume 2: Literature review. Department of Family and Community Services, Canberra, 2004
 14. Brim OG. *Education for child rearing*. Russell Sage Foundation, New York, 1959
 15. Sunley R. Early nineteenth-century American literature on child rearing. In: Mead M, Wolfenstein M (eds) *Childhood in contemporary cultures*. University of Chicago Press, Chicago, 1955:150–167
 16. Gentges I. *Γονέων Αγωγή. Μεγάλη Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια*. Τόμος Β'. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1964:1–2
 17. Johnson JC. *The effects of parent education and authoritarian attitudes on parenting skills*. A dissertation in education. Texas Tech University, 1990. Διαθέσιμο από: http://wallace.tosm.ttu.edu/ETD-db/ETD-browse/browse?first_letter=all (πρόσβαση 5/10/2010)
 18. Davis G. *Childhood and history in America*. Psychohistory Press, New York, 1976
 19. Kessen W. The American child and other cultural inventions. *Am Psychologist* 1979, 34:815–820
 20. Baldwin AL, Kalthoun J, Breese FH. Patterns of parent behavior. *Psychologic Monogr* 1945, 58:1–75
 21. Baldwin AL, Kalthoun J, Breese FH. The appraisal of parent behavior. *Psychologic Monogr* 1949, 63:1–85
 22. Χουρδάκη Μ. *Ψυχολογία της οικογένειας και εξελικτική, σχολική, εφηβείας*. Τρίτη έκδοση. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995
 23. Pugh G, De'Ath E, Smith C. Confident parents, confident children: Policy and practice in parent education and support. National Children's Bureau, 1996
 24. Day C, Davis H. A community child mental health service: a framework for the development of parenting initiatives. *Clin Child Psychol Psychiatr* 1999, 4:475–482
 25. Barlow J, Kirkpatrick S, Wood D, Ball M, Stewart-Brown S. Family and parenting support in Sure Start Local Programmes. National Evaluation of Sure Start, London, 2007
 26. Northside Partnership. *Preparing for life programme manual*. Northside Partnership, Dublin, 2008. Διαθέσιμο από: www.preparingforlife.ie/images/stories/reports/PFL_Manual_May_2008.pdf (πρόσβαση 24/9/2010)
 27. Μαδιανός ΜΓ. *Κοινωνική ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή*. Καστανιώτης, Αθήνα, 2000
 28. Patterson J, Mockford C, Barlow J, Pyper C, Stewart-Brown S. Need and demand for parenting programmes in general practice. *Arch Dis Childhood* 2002a, 87:468–471
 29. Goodson B, Hess R. *The effects of parent training program on child performance and parent behavior*. Stanford University, Stanford, CA, 1976
 30. Smith C, Pugh G. Learning to be a parent: A survey of group-based parenting programmes. Family Policy Studies Centre, London, 1996
 31. Mockford C, Barlow J. Parenting programmes; some unintended consequences. *Prim Care Res Developm* 2004, 5:219–227
 32. Groder S, Hyra A. *Developmental and Economic Effects of Parenting Programs for Expectant Parents and Parents of Preschool-age Children*. Partnership for America's Economic Success, Washington, 2009
 33. Sampers J, Anderson K, Hatung C, Scrambler D. Parent training programs for young children with behavior problems. *Infant Toddler Intervent* 2001, 11:91–110
 34. Grimshaw R, McGuire C. *Evaluating parenting programmes: A study of stakeholders' views*. National Children's Bureau and Joseph Rowntree Foundation, London, 1998
 35. Russell C. *Parent education: What is required to build the skills parents need to raise healthy children?* Invest in Kids: The Lawson Foundation, 2003
 36. Bagner DM, Eyberg SM. Further involvement in parent training: when does it matter? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003, 32: 599–605
 37. Firestone P, Kelly MJ, Fike S. Are fathers necessary in parenting training groups? *J Clin Child Psychol* 1980, 9:44–47
 38. Martin B. Brief family intervention. Effectiveness and the importance of including the father. *J Consult Clin Psychol* 1977, 45:1002–1010
 39. Webster-Stratton C. The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *J Child Psychol Psychiatry* 1985, 26:801–810
 40. Lundahl B, Nimer J, Parsons B. Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Res Soc Work Pract* 2006, 16:251–262
 41. Lundahl B, Risser H, Lovejoy C. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev* 2006, 26:86–104
 42. Lundahl BW, Tollefson D, Risser H, Lovejoy MC. A meta-analysis of father involvement in parent training. *Res Soc Work Pract* 2008, 18:97–106
 43. Brown MB. *Recommended practices in parent education and support – A literature review*. University of Delaware, Cooperative Extension, 2000. Διαθέσιμο από: <http://ag.udel.edu/extension/fam/recprac/tablecon.html> (πρόσβαση 19/10/2010)
 44. Cheng Gorman J, Balter L. Culturally sensitive education: A critical review of quantitative research. *Rev Education Res* 1997, 67:339–369

45. Moore T, Ochiltree G, Cann W. *Effective intervention programs. Examples of effective interventions, programs and service models*. Centre for Community Child Health, Department of Human Services, Melbourne, 2001
46. Sanders MR. Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *Med J Austr* 2002, 177(Suppl):S87-S92
47. Bauer NS, Webster-Stratton C. Prevention of behavioral disorders in primary care. *Curr Opin Pediatr* 2006, 18:654-660
48. Simkiss DE, Snooks HA, Stallard N, Davies S, Thomas MA, Anthony B et al. Measuring the impact and costs of a universal group based parenting programme: protocol and implementation of a trial. *BMC Public Health* 2010, 10:364
49. Linares LO, Montalto D, Li M, Oza VS. A Promising parenting intervention in foster care. *J Consult Clin Psychol* 2006, 74:32-41
50. Ralph A, Sanders MR. Preliminary evaluation of the Group Teen Triple-P program for parents of teenagers making the transition to high school. *Austr e-journal Advancem Ment Health* 2003, 2
51. Niccols A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: A Systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse Negl* 2012, 36:308-322
52. Lipman EL, Boyle MH. Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. *Can Med Assoc J* 2005, 173:1451-1456
53. Hashima PY, Amato PR. Poverty, social support, and parental behavior. *Child Developm* 1994, 65:394-403
54. Gross D, Fogg L, Webster-Stratton C, Garvey C, Julion W, Grady J. Parent training of toddlers in day care in low-income communities. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71:261-278
55. Hallam S, Rogers L, Shaw J. Improving children's behaviour and attendance through the use of parenting programmes: An examination of practice in five case study local authorities. *Br J Spec Educ* 2006, 33:107-113
56. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Hlth Educ Res* 2007, 22:177-191
57. Kaaresen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006, 118:9-19
58. Hanna BA, Edgecombe G, Jackson CA, Newman S. The importance of first-time parent groups for new parents. *Nurs Hlth Sci* 2002, 4:209-214
59. Fabiano GA, Chacko A, Pelham JWE, Robb J, Walker KS, Wymbs F et al. A comparison of behavioral parent training programs for fathers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behav Ther* 2009, 42:190-204
60. Hutchings J, Lane E. Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Curr Opin Psychiatry* 2005, 18:386-391
61. Hartman RR, Stage S, Webster-Stratton C. A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *J Child Psychol Psychiatry* 2003, 43:388-398
62. Matson ML, Mahan S, Matson JL. Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2009, 3:868-875
63. Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multi-centre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *Br Med J* 2001, 323:194-198
64. Mihalic S, Fagan A, Irwin K, Ballard D, Elliott D. *Blueprints for violence prevention*. Report. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington, DC, 2004
65. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2000, 24:1127-1149
66. Jerram H, Raeburn J, Stewart A. The Strong Parents-Strong Children Programme: parental support in serious and chronic child illness. *N Zealand Med J* 2005, 118
67. Stewart-Brown, S. Research in relation to equity: Extending the agenda. *Pediatrics* 2003, 112:763-765
68. Tully L. *What makes parenting programs effective? An overview of recent research*. NSW Community Services, Centre for Parenting and Research, Sydney, 2009
69. Sanders MR, Turner, KMT. Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioural family intervention: Our experience with the Triple-P - Positive Parenting Program. *Child Adolesc Ment Hlth* 2005, 10:158-169
70. Webster-Stratton C, Herman KC. Disseminating incredible years series early-intervention programs: integrating and sustaining services between school and home. *Psychol School* 2010, 47:36-54
71. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple-P - Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parent Res Pract* 2003, (Monograph) 1:1-21
72. Alvy KT, Plunkett SW, Rosen LD, Pichardo N, Salinas V, Kulkin N et al. *Bringing parenting education into the early childhood care and education system*. Center for the Improvement of Child Caring 2003. Διαθέσιμο από: <http://www.ciccparenting.org/BringingParentingEd.aspx> (πρόσβαση 26/9/2010)
73. Gordon T. *Parent effectiveness training: The no-lose program for raising responsible children*. Wyden, New York, 1970
74. NREPP. *Active Parenting Now. SAMHSA's NREPP, 2008*. Διαθέσιμο από: <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=110> (πρόσβαση 27/9/2010)
75. Kramer JJ. Training parents as behaviour change agents: Successes, failures and suggestions for school psychologists. In: Gutkin TB, Reynolds CR (eds) *The handbook of school psychology*. Wiley, New York, 1990
76. Shriver MD. Teaching parenting skills. In: Watson TS, Gresham FM (eds) *Handbook of child behavior therapy*. Plenum Press, New York, 1998:165-182
77. Cedar B, Levant RF. A meta-analysis of the effects of parent effectiveness training. *Am J Fam Ther* 1990, 18:373-383

78. Doherty WJ, Ryder RG. Parent Effectiveness Training (PET): Criticisms and caveats. *J Marit Fam Ther* 1980, 6:409–419
79. Moran P, Ghatge D, van der Merwe A. *What works in parenting support?* A review of the International Evidence, Policy Research Bureau, Research Report RR574. Department for Education and Skills, London, 2004
80. Konstandinidis L, Goga P, Nikolaidis N, Simos G, Mavreas V. Effectiveness of a group-based cognitive behavioural parent training program in Greece. *Psychomed* 2008, 3:12
81. Κωνσταντινίδης Λ, Γκόγκας Γ, Σίμος Γ, Μαυρέας Β. Μελέτη διερεύνησης της αποτελεσματικότητας ενός ομαδικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης. *Ψυχιατρική* 2012, 23:221–230
82. Κωνσταντινίδης Λ, Γκόγκας Γ, Μαυρέας Β. *Σχολές Γονέων: διερεύνηση των δημογραφικών, οικογενειακών και συμπερι-*

φορικών χαρακτηριστικών των γονέων που προβλέπουν την ενεργή συμμετοχή στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων. Επιστημονικό Βήμα, 2012, 16:15–35

Αλληλογραφία: Λ. Κωνσταντινίδης, Ψυχολόγος MSc, PhD, Τσιμισκή 89, 546 22 Θεσσαλονίκη, Τηλ: (+30) 2310-283 462
e-mail: leftkon@otenet.gr & info@sxolesgoneon.com