



Καταχωρείται και περιλαμβάνεται στα MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, PsychINFO, Scopus, SCImago, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, EBSCOhost™ και στο Iatrotek

Οδηγίες προς τους συγγραφείς και το συνοδευτικό έντυπο είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα: <http://www.psychiatriki-journal.gr>

Εργασίες για δημοσίευση υποβάλλονται μέσω του παραπάνω ιστότοπου ή εναλλακτικά μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση editor@psychiatriki-journal.gr

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση
της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
Διονυσίου Εγγίνου 17, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 58 410, Fax: 210-77 09 044

Εκδότης:
Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210-72 14 184

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης:
Γ. Κωνσταντακόπουλος

Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης:
Δ. Πλουμπίδης

Μέλη:
Σ. Θεοδωροπούλου, Δ. Καραϊσκος,
Μ. Μαργαρίτη, Π. Φερεντίνος

Συνεργάτης:
Ι. Ζέρβας

Γραμματεία περιοδικού: Μ. Μπαχράμη

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ
Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β. Κονταξάκης

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

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

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

Γραμματεία Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας:

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

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 ταμειακά εντάξει μέλη της Εταιρείας
δεν υποχρεούνται σε καταβολή συνδρομής**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ EN ISO 9001:2000

Αδριανίου 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, Αδριανίου 3 – 115 25 Αθήνα
Τηλ. 210-67 14 340



Indexed and included in MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, PsychINFO, Scopus, SCImago, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, EBSCOhost™ and in Iatrotek

Instructions to contributors and the submission form are available at the webpage <http://www.psychiatriki-journal.gr>

Manuscripts should be submitted for publication through the above website or should be sent as an attachment by email to editor@psychiatriki-journal.gr

PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published
by the Hellenic Psychiatric Association
17, Dionisiou Eginou str., 115 28 Athens
Tel.: +30-210-77 58 410, Fax: +30-210-77 09 044

Publisher:
Hellenic Psychiatric Association
11, Papadiamantopoulou str., 115 28 Athens
Tel.: +30-210-72 14 184

EDITORIAL BOARD

Editor -in- Chief:
G. Konstantakopoulos

Deputy Editor -in- Chief:
D. Ploumpidis

Members:
S. Theodoropoulou, D. Karaiskos,
M. Margariti, P. Ferentinos

Collaborator:
J. Zervas

Journal's secretariat: M. Bachrami

EMERITUS EDITOR
G.N. Christodoulou, V. Kontaxakis

Secretariat of Hellenic Psychiatric Association:

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

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**

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

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Β.Π. Μποζίκας
Αντιπρόεδρος: Κ. Φουντουλάκης
Γεν. Γραμματέας: Δ. Τσακλακίδου
Ταμίας: Η. Τζαβέλλας
Σύμβουλοι: Ν. Χριστοδούλου
Ε.Λ. Μαρκάκη
Ν. Γκούβας

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη: Αθ. Δουζένης
Ι. Νηματούδης
Π. Φωτιάδης

ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μέλη: Η. Βλάχος
Φ. Μωρόγιαννης
Θ. Βορβολάκος

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Γ.Ν. Χριστοδούλου, †Α. Παράσχος,
Ν. Τζαβάρας, Ι. Γκιουζέπας, Δ. Πλουμπίδης

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ

†Σπ. Σκαρπαλέζος, Χ. Βαρουχάκης, †Ν. Ζαχαριάδης,
†Ι. Πιτταράς

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΩΝ

Πρόεδρος: Η. Τζαβέλλας
Γραμματέας: Δ. Κόντης
Ταμίας: Δ. Καραϊσκος

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

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

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος: Π. Στοφόρος
Γραμματέας: Α. Θωμάς
Ταμίας: Μ. Παπαλιάγκα

ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

Πρόεδρος: Π. Πετρίκης
Γραμματέας: Λ. Ηλιοπούλου
Ταμίας: Α. Καραμπάς

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Πρόεδρος: Ε. Σούμπαση
Γραμματέας: Κ. Βλαχάκη
Ταμίας: Στ. Κούλης

ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΤΑΝΙΑΣ

Πρόεδρος: Ε. Παλαζίδου
Γραμματέας: Κ. Κασιακόγια
Ταμίας: Π. Λέκκος

ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος: Μ. Μπούρου
Γραμματείς: Τ. Ίουε, Ε. Τσομάκα

ΕΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος: Χ. Μπαλαπανίδης
Γραμματέας: Αν. Στεφάνου
Ταμίας: Ζ. Χανιώτης

HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

EXECUTIVE COUNCIL

Chairman: V.P. Bozikas
Vice-Chairman: K. Fountoulakis
Secretary General: D. Tsaklakidou
Treasurer: E. Tzavellas
Consultants: N. Christodoulou
E.L. Markaki
N. Gkouvas

DISCIPLINARY COUNCIL

Members: Ath. Douzenis
I. Nimatoudis
P. Fotiadis

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Members: E. Vlachos
F. Morogiannis
T. Vorvolakos

HONORARY PRESIDENTS

G.N. Christodoulou, †A. Paraschos,
N. Tzavaras, J. Giouzevas, D. Ploumpidis

HONORARY MEMBERS

†S. Scarpalezos, Ch. Varouchakis, †N. Zachariadis,
†I. Pittaras

DIVISIONS

ATHENS

Chairman: E. Tzavellas
Secretary: D. Kontis
Treasurer: D. Karaiskos

MACEDONIA

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

CENTRAL GREECE

Chairman: P. Stoforos
Secretary: A. Thomas
Treasurer: M. Papaliagka

NORTHWESTERN GREECE

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

PELOPONNESE

Chairman: E. Soubasi
Secretary: K. Vlahaki
Treasurer: St. Koulis

GREAT BRITAIN

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

SECTOR OF YOUNG PSYCHIATRISTS

Chairman: M. Bourou
Secretaries: T. Jupe, E. Tsomaka

UNION OF GREEK PSYCHIATRIC TRAINEES

Chairman: Ch. Balapanidis
Secretary: An. Stefanou
Treasurer: Z. Xaniwth



ΚΛΑΔΟΙ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Ηλ. Τζαβέλλας
Γραμματείς: Δ. Καραϊσκόκ, Θ. Παπασιάνης

ΒΙΑΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Χ. Τσώπελας
Γραμματείς: Δ. Πέτσας, Μ. Δημητρακά

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Πρόεδρος: Ι. Μιχόπουλος
Γραμματείς: Φ. Γονιδάκης, Μ. Σεστρίνη

ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πρόεδρος: Γ. Τζεφεράκος
Γραμματείς: Κ. Κοκκόλης, Μ. Δημητρακά

ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ

Πρόεδρος: Π. Λέκκος
Γραμματείς: Ε. Ντούρος, Στ. Δημητρακόπουλος

ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Μαρκάκη
Γραμματείς: Φ. Μωρογιάννης, Δ. Τσιογκρή

ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Π. Πετρίκης
Γραμματείς: Στ. Δημητρακόπουλος, Δ. Πλουμπίδης

ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Β. Μποζίκας
Γραμματείς: Π. Φερεντίνος, Α. Αγοραστός

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Τσακλακίδου
Γραμματείς: Αικ. Καλογεροπούλου, Ουρ. Στασινοπούλου

ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΑΣΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ

Πρόεδρος: Μ. Σκόνδρας
Γραμματείς: Ν. Παπαμιχαήλ, Α. Μαρκάκη

ΝΕΥΡΟΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑ ΒΙΟΥ

Πρόεδρος: Α. Πechλιβανίδης
Γραμματείς: Ε. Καλαντζή, Κ. Κορομπίλη

ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Ελ. Μέλλος
Γραμματείς: Ι. Διακογιάννης, Θ. Παπαρρηγόπουλος

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Β. Νταφούλης
Γραμματείς: Κ. Κανελλέα, Α. Τσάκαλη

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ & ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Πρόεδρος: Ν. Γκούβας
Γραμματείς: Αθ. Δουζένης, Π. Φωτιάδης

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Η. Τζαβέλλας
Γραμματείς: Δ. Κόντης, Δ. Καραϊσκόκ

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Α. Αθανασιάδης
Γραμματείς: Η. Μουρικής, Φ. Φερεντίου

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Π. Φωτιάδης
Γραμματείς: Ι. Νηματούδης, Δ. Μοσχονάς

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Μ. Συγγελάκης
Γραμματείς: Αθ. Παπαδοπούλου, Ι. Μυτά

ΤΕΧΝΗΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Στ. Κρασανάκης
Γραμματείς: Μ. Διαλλινά, Α. Κυριαζή

ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ι. Ηλιόπουλος
Γραμματείς: Α. Κομπορόζος, Γ. Θωμαϊδής

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΠΙΑΣ

Πρόεδρος: Ν. Χριστοδούλου
Γραμματείς: Α. Ζαχαριάδης, Μ. Δημητρακά

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Π. Αριστοτελίδης
Γραμματείς: Κ. Εμμανουηλίδης, Ι. Τόλλος

ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Πρόεδρος: Α. Λεονάρδου
Γραμματείς: Κ. Αρβανίτη, Δ. Γαϊλόγλου

ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Αθ. Δουζένης
Γραμματείς: Δ. Τσακλακίδου, Μ. Μαρκοπούλου

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Φ. Γονιδάκης
Γραμματείς: Μ. Ασπραδάκη, Ηρ. Μουρικής

ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Θ. Βορβολάκος
Γραμματείς: Α. Πολίτης, Α. Κώνστα

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Κ. Κόλλιας
Γραμματείς: Στ. Δημητρακόπουλος, Αγ. Αγοραστός

ΨΥΧΟΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Ζ. Σαντά
Γραμματείς: Μ. Συγγελάκης, Αθ. Καρκανιάς

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Μ. Διαλλινά
Γραμματείς: Γ. Γεωργοπούλου, Ηλ. Βλάχος

ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

SECTIONS

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

Chairman: E. Tzavellas
Secretaries: D. Karaiskos, Th. Papasilanis

VIOLENT BEHAVIORS

Chairman: Ch. Tsopeles
Secretaries: D. Petsas, M. Dimitraka

BIOLOGICAL PSYCHIATRY

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

CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY

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

EATING DISORDERS

Chairman: J. Michopoulos
Secretaries: F. Gonidakis, M. Sestrini

DUAL DIAGNOSIS

Chairman: G. Tzeferakos
Secretaries: K. Kokkolis, M. Dimitraka

EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS

Chairman: P. Lekkos
Secretaries: E. Ntoutros, St. Dimitrakopoulos

PRIVATE PRACTICE PSYCHIATRY

Chairman: L. Markaki
Secretaries: F. Morogiannis, D. Tsiogris

HISTORY OF PSYCHIATRY

Chairman: P. Petrikis
Secretaries: St. Dimitrakopoulos, D. Ploumpidis

PSYCHOPHARMACOLOGY

Chairman: V. Bozikas
Secretaries: P. Ferentinos, A. Agorastos

SOCIAL PSYCHIATRY

Chairman: D. Tsaklakidou
Secretaries: Aik. Kalogeropoulou, Our. Stasinopoulou

ADVOCACY OF PSYCHIATRIC PRACTICE

Chairman: M. Skondras
Secretaries: N. Papanichail, L. Markaki

NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS ACROSS THE LIFESPAN

Chairman: A. Pechlivanidis
Secretaries: E. Kalantzi, K. Korompili

SUBSTANCE ABUSE

Chairman: Eι. Mellos
Secretaries: J. Diakoyiannis, T. Paparrigopoulos

CHILD PSYCHIATRY

Chairman: V. Dafoulis
Secretaries: K. Kanellea, A. Tsakali

INFORMATICS & INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN PSYCHIATRY

Chairman: N. Gouvas
Secretaries: Ath. Douzenis, P. Fotiadis

PREVENTIVE PSYCHIATRY

Chairman: E. Tzavellas
Secretaries: D. Kontis, D. Karaiskos

SEXUALITY AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Chairman: L. Athanasiadis
Secretaries: H. Mourikis, F. Ferentidou

MILITARY PSYCHIATRY

Chairman: P. Fotiadis
Secretaries: J. Nimatoudis, D. Moschonias

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY & PSYCHOSOMATICS

Chairman: M. Syngelakis
Secretaries: Ath. Papadopoulou, I. Myta

ART & PSYCHIATRY

Chairman: St. Krasanakis
Secretaries: M. Diallina, A. Kiriazis

TELEPSYCHIATRY

Chairman: K. Katsadoros
Secretaries: J. Chatzidakis, Ch. Zacharopoulou

PHILOSOPHY & PSYCHIATRY

Chairman: J. Iliopoulos
Secretaries: A. Komborozos, G. Thomaidis

PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: N. Christodoulou
Secretaries: A. Zachariadis, M. Dimitraka

PSYCHIATRY & RELIGION

Chairman: P. Aristotelidis
Secretaries: K. Emmanouilidis, I. Tollos

WOMEN'S MENTAL HEALTH & REPRODUCTIVE PSYCHIATRY

Chairman: A. Leonardou
Secretaries: K. Arvaniti, D. Giailoglou

FORENSIC PSYCHIATRY

Chairman: Ath. Douzenis
Secretaries: D. Tsaklakidou, M. Markopoulou

PSYCHOTHERAPY

Chairman: F. Gonidakis
Secretaries: M. Aspradaki, Ir. Mourikis

PSYCHOGERIATRICS

Chairman: Th. Vorvolakos
Secretaries: A. Politis, A. Konsta

PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGICAL MEASUREMENTS

Chairman: K. Kollias
Secretaries: St. Dimitrakopoulos, Ag. Agorastos

PSYCHO-ONCOLOGY

Chairman: Z. Santa
Secretaries: M. Syngelakis, A. Karkanias

PSYCHOPATHOLOGY

Chairman: M. Diallina
Secretaries: G. Georgopoulou, Il. Vlachos

PSYCHOPHYSIOLOGY

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



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Νεότερες εξελίξεις στην ανίχνευση και αντιμετώπιση των κινητικών διαταραχών στη νόσο Alzheimer

Χρ. Μαρρογιάννη, Β. Σιώκας, Ευ. Δαρδιώτης 97

Ερευνητική εργασία

Διαταραχή μετατραυματικού στρες και έκβαση σε επιβάτες του τραίνου του δυστυχήματος των Τεμπών: Δεδομένα της Μονάδας Τραύματος και Διαταραχών Στρες της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ (ΠΝ ΑΧΕΠΑ)

Κ.Ν. Φουντουλάκης, Κ. Τσιγγένη, Γρ. Καρακατσούλης 101

Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (CTQ): Μετάφραση και ψυχομετρική επικύρωση σε ελληνικό γενικό και κλινικό πληθυσμό

Α. Στεφανή, Α. Μαυρίδου, Στ. Χατζηγιωαννίδης, Β.Π. Μποζίκας, Α. Αγοραστός 110

Ανασκόπηση

Διαταραχή μετατραυματικού στρες σε πρόσφυγες και θεραπευτικές παρεμβάσεις βασισμένες στη γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση: Συστηματική ανασκόπηση

Π. Καρβελά, Χρ. Παπαθανασίου 123

Ειδικό άρθρο

Παρεγκεφαλιδικό νοητικο-συναισθηματικό σύνδρομο και σπονδυλοβασική ισχαιμία. Από την παρεγκεφαλιδο-εγκεφαλική διάσχιση στη «δυσμετρία της σκέψης»

Χ.Χ. Λιάπης 139

Ύπνωση: Αρχαία θεραπευτική πρακτική που αναβιώνει και στη σύγχρονη επιστήμη

Δ. Σακελλίων, Σ. Σουλτάνοφ, Ντ. Ιργάσεφ, Ου. Αλίμοφ, Β. Τσούτση, Δ. Δικαίος 149

Σύντομο άρθρο

Συγκριτική μελέτη άγχους και ψυχικής υγείας γονέων παιδιών με και χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κατά την πανδημία του COVID-19

Χρ. Μποτέλη, Στ. Μπαργιώτα, Α. Παπακωνσταντίνου, Α. Αγοραστός 159

Βιβλιοκριτική

..... 165



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

CONTENTS

Editorial

- Recent advances in the detection and management of motor dysfunction in Alzheimer's disease**
C. Marogianni, V. Siokas, E. Dardiotis 99

Research article

- Post-traumatic stress disorder and outcome in train passengers of the Tempi accident in Greece: Data from the Trauma and Stress Disorders Unit of the 3rd Department of Psychiatry, AUTH, University Hospital AHEPA**
K.N. Fountoulakis, K. Tsiggeni, G. Karakatsoulis 101

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Greek translation and psychometric validation in general and clinical population**
A. Stefani, A. Mavridou, S. Chatziioannidis, V.P. Bozikas, A. Agorastos 110

Review

- Post-traumatic stress disorder in refugees and therapeutic interventions based on cognitive behavioral approach: A systematic review**
P. Karvela, C. Papathanasiou 123

Special article

- Cerebellar cognitive affective syndrome and vertebrobasilar ischemia. From cerebello-cerebral diaschisis to "dysmetria of thought"**
Ch.Ch. Liapis 139

- Hypnosis: An ancient therapeutic practice revived in modern science**
D. Sakellion, Sh. Sultanov, D. Irgashev, U. Alimov, V. Tsoutsis, D. Dikeos 149

Brief communication

- Comparative study of stress and psychological well-being in parents of children with and without special education needs during the COVID-19 pandemic**
Ch. Boteli, S. Bargiota, A. Papakonstantinou, A. Agorastos 159

- Book review** 165

Άρθρο σύνταξης

Νεότερες εξελίξεις στην ανίχνευση και αντιμετώπιση των κινητικών διαταραχών στη νόσο Alzheimer

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 8 Μαΐου 2025/Δημοσιεύτηκε Διαδικτυακά 14 Μαΐου 2025

Η νόσος Alzheimer (AD) είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από νοητική έκπτωση. Ωστόσο, υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση της σημαντικής επίδρασης των κινητικών διαταραχών που παρουσιάζουν τα άτομα που πάσχουν από AD. Αυτές οι κινητικές διαταραχές συμβάλλουν σημαντικά στη λειτουργική έκπτωση, τη μειωμένη ποιότητα ζωής και την αυξημένη επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών με AD.¹

Οι τρέχουσες ερευνητικές προσπάθειες επικεντρώνονται στην αναγνώριση των κινητικών διαταραχών ως πιθανών πρώιμων δεικτών της εξέλιξης της AD. Η χρονική σχέση μεταξύ κινητικής και νοητικής έκπτωσης αποτελεί αντικείμενο εντατικής μελέτης ως πρώιμος δείκτης της νόσου, καθώς μελέτες δείχνουν ότι λεπτές κινητικές αλλαγές, όπως η διαταραχή βάδισης/ισορροπίας και η επιβράδυνση της ταχύτητας βάδισης, μπορούν να προηγηθούν της ανιχνεύσιμης νοητικής έκπτωσης για αρκετά χρόνια.² Ειδικότερα, έρευνες υπογραμμίζουν ότι η ταχύτητα βάδισης προβλέπει την έκπτωση στην ταχύτητα επεξεργασίας και την οπτικο-χωρική λειτουργία, ενώ σε φορείς του ApoE4 προβλέπει επίσης την έκπτωση της μνήμης.³ Μια μελέτη διαπίστωσε ότι η αυξημένη εναπόθεση Αβ αμυλοειδούς συνδέεται με μειωμένη ταχύτητα βάδισης, μυϊκή ισχύ και ισορροπία σε ηλικιωμένους με νοητική εξασθένηση.⁴ Τα αναδυόμενα στοιχεία υποστηρίζουν έντονα τη συμπερίληψη αξιολογήσεων της κινητικής λειτουργίας, ιδιαίτερα της ανάλυσης βάδισης, στην έγκαιρη ανίχνευση και τη διαστρωμάτωση κινδύνου της νόσου Alzheimer. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε έγκαιρες παρεμβάσεις και ενδεχομένως σε καλύτερη διαχείριση της πορείας της νόσου.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις παρέχουν όλο και πιο εξελιγμένες μη επεμβατικές μεθόδους για την ανίχνευση κινητικών διαταραχών στην AD, επιτρέποντας ενδεχομένως πρωιμότερες και ακριβέστερες διαγνώσεις. Διερευνώνται ψηφιακά εργαλεία και εφαρμογές, συμπεριλαμβανομένων αξιολογήσεων μέσω smartphone και παιχνιδιών εικονικής πραγματικότητας, για αντικειμενική και ποσοτική αξιολόγηση της κινητικότητας. Οι ψηφιακές μετρήσεις έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν διαχρονικά δεδομένα και να ανιχνεύουν λεπτές αλλαγές στην κινητική λειτουργία με την πάροδο του χρόνου.⁵ Οι ψηφιακοί βιοδείκτες προσφέρουν το πλεονέκτημα της συχνής, αντικειμενικής παρακολούθησης σε πραγματικές συνθήκες, καταγράφοντας ενδεχομένως πρώιμες κινητικές αλλαγές που θα μπορούσαν να διαφύγουν από τις παραδοσιακές κλινικές αξιολογήσεις.⁶ Ωστόσο, παραμένουν προκλήσεις σχετικά με την επικύρωση, την τυποποίηση και την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως δημογραφικά στοιχεία και το στάδιο της νόσου. Οι φορητές συσκευές (wearables) προσφέρουν τη δυνατότητα διαχρονικής παρακολούθησης της κινητικής συμπεριφοράς με μη παρεμβατικό τρόπο, αποκαλύπτοντας ενδεχομένως λεπτές αλλαγές ενδεικτικές της πρώιμης AD. Ωστόσο, η ερμηνεία των δεδομένων από αυτές τις συσκευές απαιτεί προσεκτική εξέταση και περαιτέρω επικύρωση σε μεγαλύτερες μελέτες.

Επιπλέον εξετάζονται πρόσφατες εφαρμογές της MRI, της PET και άλλων τεχνικών απεικόνισης για την ανίχνευση εγκεφαλικών αλλαγών που σχετίζονται με την κινητικότητα στην AD. Προηγμένες τεχνικές MRI όπως η απεικόνιση τανυστή διάχυσης (DTI) χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ακεραιότητας της λευκής ουσίας κατά μήκος της κινητικής οδού, ενώ η μοριακή απεικόνιση με PET έχει τη δυνατότητα να απεικονίσει την παθολογία αμυλοειδούς και ταυ πρωτεΐνης σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την κινητικότητα.⁷ Ειδικότερα, η παθολογία ταυ σε ανώτερες κινητικές περιοχές συσχετίστηκε σημαντικά με την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Οι προηγμένες τεχνικές νευροαπεικόνισης είναι ζωτικής σημασίας για την οπτικοποίηση των δομικών και λειτουργικών αλλαγών στον εγκέφαλο που σχετίζονται με την AD, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που επηρεάζουν τον κινητικό έλεγχο.⁸ Αυτές οι μέθοδοι μπορούν να βοηθήσουν στην έγκαιρη διάγνωση, στη διαφοροποίηση της AD από άλλες μορφές άνοιας και στην παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου.

Οι τρέχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση των κινητικών διαταραχών στην AD περιλαμβάνουν φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Κλινικές δοκιμές που εστιάζουν σε φαρμακευτικές θεραπείες για κινητικά συμπτώματα στην AD, είναι περιορισμένες. Η διαχείριση συχνά βασίζεται σε φάρμακα που στοχεύουν κυρίως τα νοητικά συμπτώματα, με πιθανά δευτερογενή οφέλη για την κινητική λειτουργία. Οι αναστολείς της χολινεστεράσης (δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη) και η μεμαντίνη, που είναι φάρμακα εγκεκριμένα για νοητικά συμπτώματα, έχουν ασθενή επίδραση στην κινητική λειτουργία (π.χ. η δονεπεζίλη αποκαθιστά τη μιτοχονδριακή αναπνευστική λειτουργία στους σκελετικούς μύες).⁹ Οι αναδυόμενες θεραπείες που τροποποιούν τη νόσο και στοχεύουν το αμυλοειδές και την ταυ πρωτεΐνη, και οι πιθανές έμμεσες επιδράσεις τους στην κινητική λειτουργία βρίσκονται υπό διερεύνηση. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα η φυσικοθεραπεία προσαρμοσμένη στη βελτίωση της

ισορροπίας, της βάρδισης και της μυϊκής ισχύος, διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη διαχείριση των κινητικών συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ασφάλειας των ασθενών. Η φυσική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργία του εγκεφάλου και τη μνήμη και μπορεί να καθυστερήσει την έκπτωση της ικανότητας εκτέλεσης εργασιών. Η συνδυασμένη εκπαίδευση που συνδυάζει κινητικές και νοητικές ασκήσεις (εκπαίδευση διπλής εργασίας) μπορεί να προσφέρει πρόσθετα οφέλη. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει θετικά τη νοητική κατάσταση, τη συναισθηματική κατάσταση και την ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους με άνοια πρώιμου σταδίου.¹⁰

Οι κινητικές διαταραχές αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως πρώιμοι δείκτες της εξέλιξης της νόσου και κρίσιμοι στόχοι για τη διαχείριση της ολοκληρωμένης φροντίδας της AD. Η βελτίωση της κινητικότητας, της ισορροπίας και της λειτουργικής ανεξαρτησίας μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αυτονομία για τους ασθενείς και σε μειωμένη σωματική και συναισθηματική καταπόνηση για τους φροντιστές.

Χρύσα Μαρογιάννη

Νευρολόγος,

Υποψήφια Διδάκτορας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Βασίλειος Σιώκας

Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας

Ευθύμιος Δαρδιώτης

Καθηγητής Νευρολογίας

Νευρολογική κλινική, ΠΓΝ Λάρισα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Βιβλιογραφία

1. Andrade-Guerrero J, Martínez-Orozco H, Villegas-Rojas MM et al. Alzheimer's Disease: Understanding Motor Impairments. *Brain Sci* 2024, 14:1054, doi: 10.3390/brainsci14111054
2. Allan LM, Ballard CG, Burn DJ, Kenny RA. Prevalence and severity of gait disorders in Alzheimer's and non-Alzheimer's dementias. *J Am Geriatr Soc* 2005, 53:1681–1687, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53552.x
3. Sakurai R, Pieruccini-Faria F, Cornish B et al. Link among apolipoprotein E E4, gait, and cognition in neurodegenerative diseases: ONDRI study. *Alzheimers Dement* 2024, 20:2968–2979, doi:10.1002/alz.13740
4. Siokas V, Liampas I, Lyketsos CG, Dardiotis E. Association between Motor Signs and Cognitive Performance in Cognitively Unimpaired Older Adults: A Cross-Sectional Study Using the NACC Database. *Brain Sci* 2022, 12:1365, doi: 10.3390/brainsci12101365
5. Grammatikopoulou M, Lazarou I, Alepoulos V et al. Assessing the cognitive decline of people in the spectrum of AD by monitoring their activities of daily living in an IoT-enabled smart home environment: a cross-sectional pilot study. *Front Aging Neurosci* 2024, 16:1375131, doi: 10.3389/fnagi.2024.1375131
6. Mirelman A, Weiss A, Buchman AS et al. Association between performance on Timed Up and Go subtasks and mild cognitive impairment: further insights into the links between cognitive and motor function. *J Am Geriatr Soc* 2014, 62:673–678, doi: 10.1111/jgs.12734
7. Kamagata K, Andica C, Takabayashi K et al. Association of MRI Indices of Glymphatic System With Amyloid Deposition and Cognition in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *Neurology* 2022, 99:e2648–e2660, doi:10.1212/WNL.0000000000201300
8. Xiong Y, Ye C, Chen Y et al. Altered Functional Connectivity of Basal Ganglia in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Brain Sci* 2022, 12:1555, doi: 10.3390/brainsci12111555
9. Rissardo JP, Caprara ALF. Movement disorders associated with acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's dementia: A systematic review. *Brain Circ* 2025, 11:9–23, doi: 10.4103/bc.bc_134_24
10. Rossi E, Marrosu F, Saba L. Music Therapy as a Complementary Treatment in Patients with Dementia Associated to Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis* 2024, 98:33–51, doi: 10.3233/JAD-230852

Recent advances in the detection and management of motor dysfunction in Alzheimer's disease

ARTICLE HISTORY: Received 8 May 2025/Published Online 14 May 2025

Alzheimer's disease (AD) is a progressive neurodegenerative disorder primarily characterized by cognitive decline. However, there is growing recognition of the significant impact of motor dysfunction in individuals affected by AD. These motor impairments contribute substantially to functional decline, reduced quality of life, and increased caregiver burden in AD patients.¹

Current research efforts are increasingly focused on identifying motor dysfunction as a potential early marker in the progression of AD. The temporal relationship between motor and cognitive decline is under intense investigation, with studies suggesting that subtle motor changes, such as gait and balance disturbances or slowed walking speed, may precede detectable cognitive impairment by several years.² Specifically, research indicates that gait speed predicts a decline in processing speed and visuospatial abilities, and in ApoE4 carriers, it also predicts a memory decline.³ One study found that increased amyloid-beta (A β) deposition is associated with reduced gait speed, muscle strength, and balance in cognitively impaired older adults.⁴ Emerging evidence strongly supports the inclusion of motor function assessments, particularly gait analysis, in the early detection and risk stratification of AD. This could enable earlier interventions and potentially lead to improved disease management.

Technological advancements provide increasingly sophisticated non-invasive methods for detecting motor impairments in AD, potentially enabling earlier and more accurate diagnoses. Digital tools and applications—including smartphone-based assessments and virtual reality platforms—are being explored for objective and quantitative evaluation of mobility. These digital measures offer the potential for longitudinal data collection and the detection of subtle changes in motor function over time.⁵ Digital biomarkers provide the advantage of frequent, objective monitoring in real-world settings, potentially capturing early motor changes that may be missed by traditional clinical evaluations.⁶ Nonetheless, challenges remain regarding validation, standardization, and the influence of variables such as demographics and disease stage. Wearable devices offer the potential for continuous, non-invasive monitoring of motor behavior, revealing subtle changes indicative of early AD. However, interpreting data from these devices requires careful consideration and further validation in larger studies.

Additionally, recent applications of MRI, PET, and other neuroimaging techniques are being examined to detect brain changes related to motor dysfunction in AD. Advanced MRI techniques, such as diffusion tensor imaging (DTI), are used to assess white matter integrity along motor pathways, while molecular PET imaging can visualize amyloid and tau pathology in brain regions associated with motor control.⁷ Of note, tau pathology in higher motor regions has been significantly associated with cognitive decline. Advanced neuroimaging is essential for visualizing structural and functional brain changes linked to AD, including those that impact motor control.⁸ These methods may assist in early diagnosis, differential diagnosis from other dementias, and monitoring disease progression.

Current therapeutic approaches to managing motor dysfunction in AD include both pharmacological and non-pharmacological interventions. Clinical trials specifically targeting motor symptoms in AD with pharmacological treatments are limited. Management typically relies on drugs primarily aimed at cognitive symptoms, which may have secondary benefits on motor function. Cholinesterase inhibitors (donepezil, rivastigmine) and memantine, which are approved for cognitive symptoms, have shown mild effects on motor function (e.g., donepezil restores mitochondrial respiratory function in skeletal muscles).⁹ Emerging disease-modifying therapies targeting amyloid and tau, and their potential indirect effects on motor function, are under investigation. Non-pharmacological interventions, particularly physical therapy tailored to improve balance, gait, and muscle strength, play a key role in managing motor symptoms and enhancing functional independence and safety. Physical activity can improve brain function and memory and may delay functional decline. Combined training that integrates motor and cognitive exercises (dual-task training) may provide additional benefits. Music therapy has also been shown to positively influence cognitive status, emotional well-being, and quality of life in older adults with early-stage dementia.¹⁰

Motor impairments are increasingly recognized as early markers of disease progression and critical targets in the comprehensive care of AD. Improving mobility, balance, and functional independence may result in greater patients' autonomy and reduced physical and emotional strain on caregivers.

Chrysa Marogianni

Neurologist, PhDc

Vasileios Siokas

Assistant Professor of Neurology

Efthimios Dardiotis

Professor of Neurology

*Department of Neurology, University Hospital of Larissa,
University of Thessaly*

References

1. Andrade-Guerrero J, Martínez-Orozco H, Villegas-Rojas MM et al. Alzheimer's Disease: Understanding Motor Impairments. *Brain Sci* 2024, 14:1054, doi: 10.3390/brainsci14111054
2. Allan LM, Ballard CG, Burn DJ, Kenny RA. Prevalence and severity of gait disorders in Alzheimer's and non-Alzheimer's dementias. *J Am Geriatr Soc* 2005, 53:1681–1687, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53552.x
3. Sakurai R, Pieruccini-Faria F, Cornish B et al. Link among apolipoprotein E E4, gait, and cognition in neurodegenerative diseases: ONDRI study. *Alzheimers Dement* 2024, 20:2968–2979, doi: 10.1002/alz.13740
4. Siokas V, Liampas I, Lyketsos CG, Dardiotis E. Association between Motor Signs and Cognitive Performance in Cognitively Unimpaired Older Adults: A Cross-Sectional Study Using the NACC Database. *Brain Sci* 2022, 12:1365, doi: 10.3390/brainsci12101365
5. Grammatikopoulou M, Lazarou I, Alepoulos V et al. Assessing the cognitive decline of people in the spectrum of AD by monitoring their activities of daily living in an IoT-enabled smart home environment: a cross-sectional pilot study. *Front Aging Neurosci* 2024, 16:1375131, doi: 10.3389/fnagi.2024.1375131
6. Mirelman A, Weiss A, Buchman AS et al. Association between performance on Timed Up and Go subtasks and mild cognitive impairment: further insights into the links between cognitive and motor function. *J Am Geriatr Soc* 2014, 62:673–678, doi: 10.1111/jgs.12734
7. Kamagata K, Andica C, Takabayashi K et al. Association of MRI Indices of Glymphatic System With Amyloid Deposition and Cognition in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *Neurology* 2022, 99:e2648–e2660, doi: 10.1212/WNL.0000000000201300
8. Xiong Y, Ye C, Chen Y et al. Altered Functional Connectivity of Basal Ganglia in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Brain Sci* 2022, 12:1555, doi: 10.3390/brainsci12111555
9. Rissardo JP, Caprara ALF. Movement disorders associated with acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's dementia: A systematic review. *Brain Circ* 2025, 11:9–23, doi: 10.4103/bc.bc_134_24
10. Rossi E, Marrosu F, Saba L. Music Therapy as a Complementary Treatment in Patients with Dementia Associated to Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis* 2024, 98:33–51, doi: 10.3233/JAD-230852

Ερευνητική εργασία

Διαταραχή μετατραυματικού στρες και έκβαση σε επιβάτες του τραίνου του δυστυχήματος των Τεμπών: Δεδομένα της Μονάδας Τραύματος και Διαταραχών Στρες της Γ΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ (ΠΝ ΑΧΕΠΑ)

Κωνσταντίνος Ν. Φουντουλάκης,¹⁻³ Κωνσταντίνα Τσιγγένη,¹ Γρηγόριος Καρακατσούλης^{1,3}

¹Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

²Κέντρο Συνεργασίας Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Collaborating Center), Θεσσαλονίκη,

³Εταιρία Νευροεπιστημών και Αποκατάστασης (ΕΝΑ), Θεσσαλονίκη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 1 Απριλίου 2025/Αναθεωρήθηκε 9 Απριλίου 2025/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 14 Μαΐου 2025

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει τα δεδομένα από την ψυχιατρική εκτίμηση και θεραπεία επιβαινόντων της επιβατικής αμαξοστοιχίας του δυστυχήματος των Τεμπών (28/2/2023) οι οποίοι παρακολούθησαν και στους οποίους έγινε θεραπευτική παρέμβαση στη Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων της Γ΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ στο ΠΝ ΑΧΕΠΑ. Υλικό αποτέλεσαν δύο πληθυσμοί. Ο πρώτος αφορά στο σύνολο των επιβαινόντων στην επιβατική αμαξοστοιχία (N=352). Ο δεύτερος πληθυσμός είναι ένα υποσύνολο του πρώτου και αποτελείται από τους επιβάτες εκείνους οι οποίοι προσήλθαν για διάγνωση και παρακολούθηση (N=41). Δημιουργήθηκαν πίνακες συχνότητας και ποσοστών, υπολογίστηκε Σχετικός Κίνδυνος (Risk Ratio, RR), και χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t-test και χ^2 . Όσον αφορά στο σύνολο των επιβαινόντων στην αμαξοστοιχία, υπολογίστηκε ότι 20-59 άτομα θα ανέπτυξαν διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD). Η Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες της Γ΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής δέχθηκε συνολικά 41 επιβαίνοντες, 18 άνδρες (43,90% ηλικίας 28,83±10,83 ετών) και 23 γυναίκες (56,10% ηλικίας 32,87±14,16 ετών) με 34 (82,92%) να εμφανίζουν PTSD και να αντιστοιχούν στα 2/3 των αναμενόμενων PTSD περιπτώσεων μετά το δυστύχημα. Δεν υπήρχε σημαντική επίδραση του φύλου, του σωματικού τραυματισμού ή του γενικού ψυχιατρικού ιστορικού για την αναζήτηση βοήθειας, όμως υπήρχε επίδραση της εγγύτητας στην πρόσκρουση (βαγόνι) και του ιστορικού ψύχωσης. Η θεραπεία περιλάμβανε αντικαταθλιπτικά (63,14%) και ομαδική ψυχοθεραπεία (48,78%) με το 58,54% να εμφανίζει σημαντική βελτίωση, και το 7,32% επιδείνωση. Οι άνδρες εμφάνιζαν μια συνολικά αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν βελτίωση (RR=1,53). Η παρουσία σωματικού τραυματισμού αύξανε την πιθανότητα να μην εμφανίσουν βελτίωση οι γυναίκες (RR=2,44) ενώ δεν επηρέαζε καθόλου τους άνδρες (RR=1,02). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι γενικά σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία όσον αφορά στη συχνότητα εμφάνισης και την απάντηση στη θεραπεία, καθώς και για τον ρόλο του φύλου, του σωματικού τραυματισμού καθώς και της εγγύτητας στο γεγονός. Σημαντικό εύρημα ήταν ότι οι άνδρες ανταποκρίθηκαν περισσότερο στη θεραπεία και ότι ο σωματικός τραυματισμός επηρέασε δυσμενώς την έκβαση των γυναικών αλλά όχι των ανδρών, και το σημείο αυτό θα πρέπει να θεωρηθεί ως πρωτότυπη συνεισφορά της παρούσας εργασίας στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Τέμπη, σιδηροδρομικό δυστύχημα, διαταραχή μετατραυματικού στρες, θεραπεία, έκβαση.

Εισαγωγή

Στις 23.18 το βράδυ της 28ης Φεβρουαρίου 2023, μια επιβατική αμαξοστοιχία συγκρούστηκε μετωπικά με εμπορευματική στην περιοχή των Τεμπών κοντά στη Λάρισα στην Περιφέρεια Θεσσαλίας. Η επιβατική αμαξοστοιχία κατευθυνόταν από την Αθήνα προς τη Θεσσαλονίκη και είχε αναχωρήσει από τη Λάρισα στις 23.05 με 48 λεπτά καθυστέρηση.

Ο αντίκτυπος της σύγκρουσης επηρέασε κυρίως το πρώτο βαγόνι που ήταν η Α θέση, το βαγόνι-εστιατόριο (ή κυλικείο) καθώς και το επόμενο βαγόνι της Β θέσης της επιβατικής αμαξοστοιχίας. Το βαγόνι της Α θέσης φαίνεται ότι καταστράφηκε ολοσχερώς από τη βιαιότητα της σύγκρουσης. Κάμερες κατέγραψαν μια μεγάλη σφαίρα φωτιάς η οποία φαίνεται να κατέστρεψε ολοσχερώς το βαγόνι-εστιατόριο και το βαγόνι της Β θέσης. Συνολικά στην επιβατική αμαξοστοιχία επέβαιναν 352 άτομα συμπεριλαμβανομένων 12 εργαζομένων. Τα πρώτα έξι βαγόνια καταστράφηκαν ολοσχερώς ενώ τα δύο τελευταία είχαν μόνο ζημιές. Έχασαν τη ζωή τους 57 (16,19%) άτομα, συμπεριλαμβανομένων 11 εργαζομένων, ενώ 81 (23,01%) τραυματίστηκαν σοβαρά και 99 (28,13%) ελαφρά.

Κατά DSM-5, μετά από τη βίωση ενός ψυχοτραυματικού γεγονότος οι συνήθεις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν είναι η οξεία διαταραχή στρες και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), ενώ σε ηπιότερες μορφές στρες μπορεί να εμφανιστεί διαταραχή προσαρμογής. Επί της ουσίας, η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ της οξείας διαταραχής και της διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι η διάρκεια, με το χρονικό διάστημα του ενός μηνός να χρησιμεύει ως το όριο.¹ Κατά ICD-10 οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο F43.x.² Στην πιο πρόσφατη έκδοσή του, το ICD-11 εισάγει μια πιο περιοριστική περιγραφή για την PTSD η οποία αναμένεται να μειώσει τα ποσοστά διάγνωσης, καθώς θα κάνει λιγότερο ευρεία την έννοια της διαταραχής αυτής,^{3,4} ενώ επιπλέον προτείνει μια νέα διαγνωστική κατηγορία τη σύνθετη διαταραχή μετατραυματικού στρες (CPTSD) στη βάση της βίωσης επαναλαμβανόμενου τραυματισμού και με βαρύτερη λειτουργική έκπτωση.³

Και στα δύο ταξινομικά συστήματα οι διαταραχές αυτές έχουν παρόμοια περιγραφή και νοσηματοδότηση.¹⁻⁵ Η ακριβής έρευνα δείχνει ότι πιθανότατα οι περισσότεροι άνθρωποι που βιώνουν τραυματικά γεγονότα δεν θα αναπτύξουν ποτέ PTSD,⁶ ενώ η έκθεση σε προσωποποιημένο κίνδυνο (π.χ. διαπροσωπική ή οικογενειακή βία, βιασμό, απαγωγή κ.λπ.) έχει περισσότερες πιθανότητες να οδηγήσει σε PTSD σε σχέση με τις μαζικές καταστροφές είτε είναι αυτές φυσικές είτε ανθρωπογενείς (π.χ. μαζικά ατυχήματα).⁷⁻¹¹

Ο επιπολασμός της PTSD διαφέρει από χώρα σε χώρα, ανάλογα με την ευαισθητοποίηση, π.χ. στις ΗΠΑ αναφέ-

ρεται 3,5% επιπολασμός έτους και 9% ζωής ενώ σε άλλες χώρες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι πολύ χαμηλότερα και κυμαίνονται από 0,5-1%. Υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται σε περιοχές με αναταραχές, μαζικές καταστροφές ή πολεμικές συγκρούσεις,^{1,6,12} με τις γυναίκες να είναι πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη της¹²⁻²¹ καθώς και τα άτομα που λόγω επαγγέλματος είναι εκτεθειμένα στη βίωση βίας, καταστροφής ή θανάτου (αστυνομικοί, στρατιώτες, διασώστες κ.λπ.).^{17,22,23} Το απροσδόκητο της εμπειρίας καθώς και η αδυναμία αποφυγής συνδέονται επίσης με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης PTSD.^{11,24,25}

Η Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ στο ΠΝ ΑΧΕΠΑ εξέδωσε λίγες μέρες μετά το δυστύχημα (3 Μαρτίου 2023) ανακοίνωση και ανάρτησε στα κοινωνικά δίκτυα τη διαθεσιμότητά της να αναλάβει επιβαίνοντες στην αμαξοστοιχία, οι οποίοι θα είχαν ανάγκη υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Για τον σκοπό αυτόν, δεν υπήρξε κανενός είδους χρηματοδότηση ή άλλου είδους στήριξη της λειτουργίας της μονάδας αυτής, είτε οικονομική, διοικητική ή άλλου είδους, σε καμία χρονική στιγμή, πέρα από τη συντήρηση από το ΠΝ ΑΧΕΠΑ. Η Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες υποστηρίχθηκε και από το Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Τηλε-Ψυχιατρικής της κλινικής, το οποίο ομοίως δεν έλαβε ποτέ ούτε λαμβάνει κανενός είδους οικονομική ή άλλη στήριξη για τη λειτουργία του.

Σε ένα τόσο ιδιαίτερο, καταστροφικό και με μαζικές απώλειες ατύχημα, είναι χρήσιμο να καταγραφεί η επίδρασή του στην ψυχική υγεία των επιζώντων. Επίσης, θα ήταν σημαντικό, στον βαθμό που αυτό είναι δυνατόν, να διερευνηθούν οι παράμετροι εκείνες, π.χ. εγγύτητα στο γεγονός, φύλο, προηγούμενο ιστορικό, κ.ά., οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα όσον αφορά στην ψυχική υγεία των επιζώντων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει τα δεδομένα από την ψυχιατρική εκτίμηση και θεραπεία επιβαίνοντων της επιβατικής αμαξοστοιχίας οι οποίοι παρακολούθηθηκαν και στους οποίους έγινε θεραπευτική παρέμβαση στη Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ στο ΠΝ ΑΧΕΠΑ. Ειδικότερα, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης όσον αφορά στο φύλο, την εγγύτητα στο γεγονός, το προηγούμενο ιστορικό, κ.ά. καθώς και η επίδραση των ανωτέρω ως παραγόντων κινδύνου ή προστατευτικών.

Υλικό και Μέθοδος

Πληθυσμός της μελέτης

Υλικό αποτέλεσαν δύο πληθυσμοί. Ο πρώτος αφορά στο σύνολο των επιβαίνοντων στην επιβατική αμαξοστοιχία (N=352). Τα δεδομένα τους αποκτήθηκαν έμ-

μεσα από ανοικτές πηγές και σε μεγάλο βαθμό μπορεί να βασίζονται και σε παραδοχές. Τα κυρίως δεδομένα που αφορούν στο δυστύχημα καθώς και δεδομένα για τους θανάτους και τους τραυματισμούς προέρχονται από το αγγλόφωνο πόρισμα του Εθνικού Οργανισμού Διερεύνησης Αεροπορικών & Σιδηροδρομικών Ατυχημάτων & Ασφάλειας Μεταφορών (ΕΟΔΑΣΑΑΜ-ΗΑΡSΙΑ).²⁶

Ο δεύτερος πληθυσμός είναι ένα υποσύνολο του πρώτου και αποτελείται από τους επιβάτες εκείνους οι οποίοι προσήλθαν για διάγνωση και παρακολούθηση στη Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ στο ΠΝ ΑΧΕΠΑ (N=41).

Απεικόνιση και των δύο πληθυσμών φαίνεται στον πίνακα 1.

Διαδικασία και συλλογή δεδομένων

Στη δεύτερη ομάδα, η διάγνωση έγινε κλινικά με βάση και τα δύο ταξινομικά συστήματα, συλλέχθηκαν βασικά δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία που αφορούσαν στο δυστύχημα, ενώ η κλινική έκβαση βασίστηκε στην κλινική εκτίμηση των θεραπόντων σε συμφωνία και κωδικοποιήθηκε σε τρεις κατηγορίες (άγνωστη/βελτίωση/επιδείνωση).

Η μεθοδολογία της παρούσας μελέτης αναγκαστικά δεν ήταν αυστηρή καθώς αποτελεί καταγραφή και αναφορά μιας επείγουσας απάντησης σε μια πιεστική ανάγκη, αυτή της εκτίμησης και θεραπείας σημαντικού αριθμού ατόμων. Η Μονάδα βρέθηκε στην επείγουσα κατάσταση να δεχθεί δεκάδες ασθενείς ταυτόχρονα για παρατεταμένη θεραπεία, χωρίς δυνατότητα προγραμματισμού ή διαλογής, με βάση τα υπάρχοντα περιορισμένα μέσα και πόρους. Ως εκ τούτου τα στοιχεία προήλθαν

κυρίως από την αναδρομική ανασκόπηση των φακέλων και των αρχείων (retrospective chart review).

Στατιστική ανάλυση

Δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων και ποσοστών, υπολογίστηκε ο Σχετικός Κίνδυνος (Risk Ratio, RR) ανάλογα με την κατηγορία του επιβαίνοντος (φύλο-βαγόνι-τραυματισμός) και έγιναν αδρές συγκριτικές αναφορές με δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Η δοκιμασία t-test χρησιμοποιήθηκε για να ανιχνευτούν διαφορές μεταξύ ομάδων και η χ^2 για να ανιχνευθούν διαφορές στα ποσοστά.

Η μελέτη έλαβε έγκριση από το ΔΣ του ΠΝ ΑΧΕΠΑ για τη δημοσίευση των δεδομένων. Κάποια στοιχεία δημοσιεύονται εσκεμμένα ατελώς ώστε να προστατευτεί η ανωνυμία των προσώπων που περιλαμβάνονται στη μελέτη.

Αποτελέσματα

Το σύνολο των επιβαινόντων στην αμαξοστοιχία (N=352)

Όσον αφορά στο σύνολο των επιβατών της αμαξοστοιχίας, με βάση τα αναφερόμενα στο πόρισμα του ΕΟΔΑΣΑΑΜ, από τους 57 νεκρούς 29 ήταν άνδρες (50,88%, ηλικίας $36,34 \pm 14,74$ ετών) και 28 γυναίκες (49,12% ηλικίας $33,17 \pm 15,08$ ετών). Δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης ($\chi^2=0,01$, $df=1$, $p=0,916$) ή την ηλικία (t-value=0,801, $df=55$. $p=0,426$). Ωστόσο, υπήρχε σημαντική διαφορά ανάμεσα στους επιβαίνοντες σε συγκεκριμένα βαγόνια (πίνακας 1), καθώς στα τρία πρώτα βαγόνια (Α θέση, Κυλικείο και πρώτο Β θέσης) σχεδόν το σύνολο των επιβαινόντων είτε σκοτώθηκε είτε τραυμα-

Πίνακας 1. Αριθμός, θέση επιβατών, θάνατοι και τραυματισμοί. Η καλύτερη δυνατή ανάλυση με βάση τα πορίσματα και των δυο, υπάρχουν ασάφειες ως προς τη θέση των επιβαινόντων και το βαγόνι στο οποίο βρισκόταν.

ΑΑ	Βαγόνι	Αμαξοστοιχία			ΠΝ ΑΧΕΠΑ	
		Επιβαίνοντες (N)	Τραυματίες N (%)	Νεκροί N (%)	Σύνολο	Τραυματίες
1	Ηλεκτράμαξα	4	0 (0,00%)	4 (100,00%)		
2	A1	13	0 (0,00%)	13 (100,00%)		
3	Κυλικείο	32	5 (15,62%)	26 (81,25%)	0	0
4	B2	45	175 (57,56%)	11 (24,44%)	22 (64,71%)*	15**
5	B3	259		3 (0,98%)	4	0
6	B4			0	7	0
7	B5			0	6	2
8	B6			0	2	1
9	B7			0	0	0
	B3-B7	259		3	19 (7,42%)*	3
Σύνολο		352	180	57	41	18

*των επιζώντων, **δε συμβαδίζει με τα επίσημα στοιχεία του πορίσματος

τίστηκε. Ο σχετικός κίνδυνος θανάτου σε σχέση με το βαγόνι της Α θέσης και τη μηχανή ήταν για το βαγόνι-κυλικείο $RR=0,81$, για το βαγόνι της Β θέσης $RR=0,24$ (τέσσερις φορές χαμηλότερος) και για τα υπόλοιπα βαγόνια $RR=0,01$ (εκατό φορές χαμηλότερος).

Το ποσοστό ανάπτυξης PTSD σε μαζικές καταστροφές είναι 10–20% (18,57% σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Rodrigues et al 2021),²⁷ και συνεπώς υπολογίζοντας ότι PTSD θα εμφάνιζαν κατ' ελάχιστον ένα 10% των 195 επιβατών που επιβίωσαν από τα βαγόνια Α1–Β5 (αφαιρούνται από τους 295 οι 100 περίπου επιβαίνοντες στα Β6 και Β7), δηλαδή 20 άτομα και κατά μέγιστο 20% του συνόλου των 295 επιβατών, δηλαδή 59 άτομα.

Ασθενείς της Μονάδας Τραύματος και Διαταραχών Στρες της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής (N=41)

Η Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής δέχθηκε συνολικά 41 επιβαίνοντες, 18 άνδρες (43,90% ηλικίας $28,83 \pm 10,83$ ετών) και 23 γυναίκες (56,10% ηλικίας $32,87 \pm 14,16$ ετών). Δεν υπήρχε στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την ηλικία ($t\text{-value}=1,000$, $df=39$, $p=0,323$).

Από αυτούς σχεδόν οι μισοί (N=22, 53,66%) επέβαιναν στο πρώτο βαγόνι της Β θέσεως (B2) και κανένας στο τελευταίο. Ομοίως, κανένας δεν προερχόταν από το βαγόνι της Α θέσεως (όλοι απεβίωσαν) ή το κυλικείο (81,25% νεκροί και οι υπόλοιποι σοβαρά τραυματίες). Αυτό σημαίνει ότι προσήλθαν 41 από τους 304 επιβαίνοντες σε συγκεκριμένα βαγόνια (B2–B7) δηλαδή το 13,48% και αφορούσαν στο 14,13% του συνόλου εκείνων που επιβίωσαν

Στους 41 περιλαμβάνονταν 22/34 (64,71%) από τους επιβίωσαντες του πρώτου βαγονιού της Β θέσης (B2). Από αυτούς, 15/22 (68,18%) είχαν τραυματιστεί κατά το δυστύχημα. Δεν γνωρίζουμε πόσοι από τους επιβίωσαντες στο συγκεκριμένο βαγόνι τραυματίστηκαν αλλά εκτιμούμε αυθαίρετα ότι θα πρέπει το ποσοστό τους να κυμαίνεται σε πάνω από 75–80%.

Από τους επιζήσαντες των βαγονιών Β3–Β7, προσήλθαν 19/259 (7,42%).

Τα ποσοστά προσέλευσης είναι 8,72 φορές υψηλότερα για το Β2 βαγόνι σε σύγκριση με τα Β3–Β7 και ταιριάζουν με τον σχετικό κίνδυνο θανάτου των βαγονιών που είναι 25πλάσιος (25,94) για το βαγόνι Β2 ($RR=0,24$) σε σχέση με τα Β3–Β9 ($RR=0,01$). Δηλαδή 25πλάσιος κίνδυνος θανάτου οδηγεί σε 9πλάσια αναζήτηση ψυχιατρικής φροντίδας.

Από το σύνολο του δείγματος, 18/41 (43,90%) είχαν τραυματιστεί, και αυτό είναι οριακά μη στατιστικά ση-

μαντικό σε σχέση με τους τραυματισθέντες στο σύνολο των επιβαινόντων (180/295 ή 61,01%, Yates-corrected $\chi^2=3,68$, $df=1$, $p=0,055$). Πιθανότατα αυτό σημαίνει ότι οι πλέον σοβαρά τραυματισμένοι είτε νοσηλεύθηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα είτε εμφάνισαν αναπηρία που τους απέτρεψε από το να προσέλθουν νωρίς για ψυχιατρική παρακολούθηση και θεραπεία.

Από τους 41 ασθενείς που παρακολούθηθηκαν, αδρά αναμένεται ότι προηγούμενο ιστορικό θα πρέπει να είχαν 0–1 (0,5–1%) με κάποια διαταραχή της ομάδας F2x (ψύχωση), 1–3 (3–8%) κατάθλιψη, ενώ κάποια αγχώδη διαταραχή πιθανόν θα εμφάνιζαν περίπου 8 (20%). Συνολικά αναμένεται ότι από τις μείζονες ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να έπασχαν ήδη πριν το ατύχημα 9–12 άτομα (22–29%) αλλά σημαντικός αριθμός επιπλέον αναμένεται ότι θα έπασχε και από άλλες διαταραχές.²⁸ Από το ιστορικό των 41 που εξετάστηκαν προκύπτει ότι 19/41 (46,34%) εμφάνιζαν κάποια προϋπάρχουσα ψυχική διαταραχή. Ένας εμφάνιζε επιπλεγμένο πένθος, πέντε εμφάνιζαν κάποια διαταραχή της κατηγορίας F6x (οργανική ψυχική διαταραχή – 12,19%), δύο F2x (σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές – 4,87%), δέκα F4x (νευρωτικές σωματόμορφες και αγχώδεις – 24,39%), και ένας F1x (χρήση ουσιών 2,44%). Τα ποσοστά αυτά σημαίνουν ότι το δείγμα μας πιθανώς συγκέντρωσε όλους τους επιβαίνοντες με προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης αλλά ήταν αναλογικό σε σχέση με τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές, που με τη σειρά του δείχνει ότι η ψύχωση αλλά όχι το υπόλοιπο ψυχιατρικό ιστορικό αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα και παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση PTSD μετά από τραυματικό γεγονός (αδρά $RR=5$ για την ψύχωση).

Από άποψη διάγνωσης, στο δείγμα της παρούσης μελέτης, μετά το δυστύχημα, 34 (82,92%) εμφάνιζαν διαταραχή μετατραυματικού στρες ή PTSD (F43.1) και 7 (17,07%) οξεία διαταραχή στρες (F43.0). Οι τελευταίοι δεν παρέμειναν σε παρακολούθηση αρκετά για να φανεί το κατά πόσον θα εξελισσόταν σε PTSD και η έκβασή τους είναι άγνωστη. Οι 34 με PTSD αντιπροσωπεύουν το 11,52% των συνολικών επιβατών που επέζησαν (N=295).

Από τα 7 άτομα που αποχώρησαν πρόωρα και είναι άγνωστη η εξέλιξή τους, 5 (71,43%) ήταν γυναίκες, με 3 (60%) να έχουν τραυματιστεί σωματικά. Και οι δύο άνδρες (100%) είχαν σωματικό τραυματισμό. Δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά στην εκπροσώπηση στην ομάδα αυτή (Yates-corrected $\chi^2=0,12$, $df=1$, $p=0,729$) ούτε και όσον αφορά στον σωματικό τραυματισμό παρότι υπήρχε μια αριθμητική τάση (Yates-corrected $\chi^2=0,88$, $df=1$, $p=0,348$).

Με βάση τα υπολογιζόμενα παραπάνω στο χωρίο (α) για το σύνολο των επιβαινόντων στην αμαξοστοιχία (20–59 άτομα με PTSD) μπορεί να υποστηριχθεί ότι κατ' ελάχιστον η Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες της

Γ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής αντιμετώπισε το 57,62% των περιπτώσεων PTSD (34/59). Το αναφερόμενο 18,57% ποσοστό από τη βιβλιογραφία, 27 σημαίνει ότι το δείγμα της παρούσης εργασίας περιελάμβανε πιθανότατα περίπου τα 2/3 (11,52/18,57, 62,06%) των συνολικών περιπτώσεων PTSD που εμφανίστηκαν ως συνέπεια του συγκεκριμένου δυστυχήματος.

Θεραπευτική αντιμετώπιση και έκβαση

Από τους ασθενείς που ζήτησαν βοήθεια, 26/41 (63,14%) έλαβαν φαρμακοθεραπεία, στη συντριπτική πλειοψηφία με βάση τα αντικαταθλιπτικά. Είκοσι (20/41, 48,78%) συμμετείχαν σε οργανωμένη ομαδική ψυχοθεραπεία με ομάδες που δημιουργήθηκαν για τον σκοπό αυτόν ειδικά, με πάνω από τους μισούς να συμμετέχουν σε άνω των 10 συνεδριών, ενώ περίπου το 25% συμμετείχε σε άνω των 18 συνεδριών. Συνολικά το 58,54% εμφάνισε σημαντική βελτίωση, το 7,32% επιδείνωση ενώ οι υπόλοιποι διέκοψαν τη θεραπευτική διαδικασία πριν γίνει τελική εκτίμηση (34,14%). Το σύμπτωμα που αποδείχθηκε περισσότερο ανθεκτικό στη θεραπεία ήταν οι διαταραχές ύπνου (δεν ποσοτικοποιήθηκε). Σε σχέση με τις γυναίκες, οι άνδρες εμφάνιζαν μια συνολικά αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν βελτίωση (RR=1,53). Η παρουσία σωματικού τραυματισμού αύξησε την πιθανότητα να μην εμφανίσουν βελτίωση οι γυναίκες (RR=2,44), ενώ δεν επηρέαζε καθόλου τους άνδρες (RR=1,02). Η λεπτομερής έκβαση σε σχέση με το φύλο, το σωματικό τραυματισμό και το ψυχιατρικό ιστορικό παρατίθεται στον πίνακα 2.

Συζήτηση

Από το δείγμα της παρούσας μελέτης, PTSD εκδήλωσαν 34/41 ασθενείς που εξετάστηκαν, ενώ υπολογίστηκε ότι έως και 59 άτομα από το σύνολο των επιβαινόντων μπορεί να ανέπτυξαν PTSD και ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης πιθανότατα περιελάμβανε περίπου τα 2/3 από αυτούς. Πιθανόν ο σοβαρός σωματικός τραυματισμός να εμπόδιζε σημαντικό αριθμό επιβατών από το να ζητήσουν ψυχιατρική βοήθεια.

Η βιβλιογραφία αναφέρει ποικίλα ποσοστά ανάπτυξης PTSD μετά από διαφορετικά ψυχοτραυματικά γεγονότα. Φαίνεται ότι τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του τραύματος παίζουν καθοριστικό ρόλο αλλά δύσκολα μπορεί να αναπτυχθεί κάποια στέρεη θεωρητική ερμηνεία. Ενώ η κρατούσα άποψη είναι ότι η έκθεση σε προσωποποιημένο κίνδυνο (π.χ. διαπροσωπική ή οικογενειακή βία, βιασμό, απαγωγή κ.λπ.) έχει αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης PTSD σε σχέση με τις απρόσωπες μαζικές καταστροφές,^{7-11,29-31} τα ποσοστά μετά από τροχαία ατυχήματα που αναφέρονται να είναι έως και 23%^{32,33} είναι υψηλότερα από τα αναφερόμενα μετά από έκθεση σε

Πίνακας 2. Πίνακας συχνοτήτων της έκβασης κατηγοριοποιημένος ως προς το φύλο, το σωματικό τραυματισμό και το ψυχιατρικό ιστορικό.

Φύλο	Σωματικός Τραυματισμός	Ιστορικό Ψυχικής Διαταραχής	Έκβαση				RR*	
			N		%			
			Αγνωστη	Βελτίωση	Επιδείνωση	Βελτίωση		Επιδείνωση
Γυναίκες (N=23)	Όχι (N=12)	όχι ναι	2 1	5 3	0 1	71.43 60.00	0.00 20.00	0.86 0.72
	Ναι (N=11)	όχι ναι	3 3	8 2	1 0	66.67 40.00	8.33 0.00	0.80 0.48
	Σύνολο	Σύνολο	6 9	13 11	2 3	27.27 47.83	33.33 13.04	0.20 0.33
Άνδρες (N=18)	Όχι (N=11)	όχι ναι	1 2	5 3	0 0	83.33 60.00	0.00 0.00	1.00 0.72
	Ναι (N=7)	όχι ναι	3 0	8 3	0 0	72.73 100.00	0.00 0.00	0.87 0.60
	Σύνολο	Σύνολο	5 2	13 6	0 0	72.22 58.54	0.00 7.32	0.87 0.70
Γενικό Σύνολο			14 24	24 24	3 3			

*Σε σύγκριση με άνδρες χωρίς σωματικό τραυματισμό και χωρίς ιστορικό ψυχικής διαταραχής

σεξουαλική βία (11,4%), ακόμα και βιασμό (19,0%).⁸ Το ποσοστό ανάπτυξης PTSD σε μαζικές καταστροφές αναφέρεται ότι είναι 10–20%.^{34–36} Ωστόσο μια πρόσφατη μετα-ανάλυση υπολογίζει το ποσοστό ανάπτυξης PTSD μετά από μαζική καταστροφή σε 18,57%,²⁷ καταρρίπτοντας έτσι τις όποιες θεωρίες έχουν διατυπωθεί, καθώς το ποσοστό αυτό είναι πολύ κοντά στο ποσοστό που αναφέρεται για ατυχήματα ή σεξουαλική βία. Από τη στιγμή που θα αναπτυχθεί PTSD, φαίνεται ότι σε σημαντικό ποσοστό ασθενών, τα συμπτώματά της επιμένουν ακόμα και δεκαετίες μετά το γεγονός.³⁷

Συνοπτικά, η παρούσα εργασία αναφέρει ότι κατ' αρχήν δεν υπήρξε διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά στις σωματικές συνέπειες του δυστυχήματος (τραυματισμός) αλλά ούτε και όσον αφορά στην προσέλευσή τους για ψυχιατρική θεραπεία. Ωστόσο, σχεδόν οι μισοί που προσήλθαν, προέρχονταν από τους επιβαίνοντες στο πρώτο βαγόνι της Β θέσεως, το οποίο δέχτηκε και το μεγαλύτερο αντίκτυπο από την πρόσκρουση ενώ το προηγούμενο ιστορικό ψύχωσης, ήταν η μόνη ειδική ψυχική διαταραχή που σχετίστηκε ειδικά με την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής σχετιζόμενη με το τραυματικό γεγονός (αδρά RR=5 για την ψύχωση).

Αβεβαιότητα επικρατεί στη βιβλιογραφία όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου. Τα κύρια μοντέλα πρόβλεψης υποδεικνύουν ως σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες την ύπαρξη παιδικού τραύματος, τις χρόνιες αντιξοότητες, καθώς και προβλήματα στην οικογένεια.^{38–41} Το γυναικείο φύλο φαίνεται ότι επίσης είναι παράγοντας κινδύνου,^{12–21,33,42} αλλά αυτό δεν επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καθώς άνδρες και γυναίκες ζήτησαν βοήθεια σε ίδιο βαθμό. Τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά του γεγονότος και του τραύματος παίζουν επίσης ρόλο, με την εγγύτητα, τη διάρκεια και τη σοβαρότητα του τραύματος να έχουν αντίκτυπο αυξάνοντας τις πιθανότητες,^{43–46} και αυτό επιβεβαιώθηκε από την παρούσα μελέτη. Ενδιαφέρον είναι ότι η εγγύτητα πιθανόν έχει ίδια βαρύτητα με τη σοβαρότητα του σωματικού τραυματισμού.^{47,48} Αυτό επίσης επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματά μας καθώς ο σωματικός τραυματισμός και το συγκεκριμένο βαγόνι (άρα η εγγύτητα) αποτέλεσαν παράγοντα που προέβλεψε το κατά πόσον ζήτησαν οι ασθενείς ψυχιατρική βοήθεια. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ευαισθησία στην PTSD επηρεάζεται και από γενετικούς παράγοντες με το 30% της διακύμανσης να ερμηνεύεται με βάση τους παράγοντες αυτούς.^{41,49} Αυτό δεν εκτιμήθηκε από την παρούσα μελέτη.

Μετά από θεραπεία, σχεδόν το 60% του πληθυσμού της παρούσας μελέτης εμφάνισε σημαντική βελτίωση, με τους άνδρες να έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν βελτίωση (RR=1,53). Ιδιαίτερα ενδιαφέρον ήταν το εύρημα ότι η παρουσία σωματικού τραυματισμού αύξησε την πιθανότητα να μην εμφανίσουν βελτίωση οι

γυναίκες (RR=2,44), ενώ δεν επηρέαζε καθόλου τους άνδρες (RR=1.02). Η εγγύτητα προς το γεγονός (βαγόνι) και η πιθανότητα θανάτου (τα δύο είναι αλληλένδετα), προέβλεπαν την πιθανότητα εμφάνισης PTSD και αναζήτησης ψυχιατρικής φροντίδας.

Όσον αφορά στις θεραπευτικές επιλογές, τα ερευνητικά τεκμήρια είναι μάλλον περιορισμένα. Οι γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις φαίνεται να είναι οι περισσότερο υποσχόμενες^{50,51} συμπεριλαμβανομένης της απευαισθητοποίησης και της επανεπεξεργασίας με κίνηση των ματιών (EMDR).⁵² Κάποια ασθενή δεδομένα υπάρχουν όσον αφορά σε μορφές βραχείας ψυχοθεραπείας με εκλεκτικά στοιχεία,⁵³ ενώ επίσης δεδομένα υπάρχουν όσον αφορά στην ομαδική ψυχοθεραπεία.⁵⁴ Και άλλες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι εμφανίζουν κάποια δεδομένα.^{5,51,54,55} Η αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας για την PTSD υποστηρίζεται από μια μετα-ανάλυση η οποία έδωσε $g=0,70$ (95%CI 0,41–0,99) έναντι καθόλου θεραπείας και ίση αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με άλλες ψυχοθεραπείες ($g=0,13$, 95%CI –0,16–0,42).⁵⁴ Ενδέχεται οι γυναίκες να ανταποκρίνονται καλύτερα στην ψυχοθεραπεία,^{20,21} αυτό όμως δεν επιβεβαιώθηκε από την παρούσα μελέτη. Από τα αντικαταθλιπτικά, τέσσερα (σερτραλίνη, φλουοξετίνη, παροξετίνη και βενλαφαζίνη) φαίνεται να είναι αποτελεσματικά έναντι placebo αλλά με μέτρια ή ασθενή αποτελέσματα,^{56–58} και αυτό είναι σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα. Αντίθετα οι βενζοδιαζεπίνες έχουν αντένδειξη για χρήση στην PTSD.⁵⁹

Η θεραπεία που επιλέχθηκε από τη Μονάδα Τραύματος και Διαταραχών Στρες ήταν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με ομαδική ψυχοθεραπεία ως κορμός με ατομικές ψυχοθεραπείες όπου αυτό κρινόταν απαραίτητο κατά περίπτωση. Η απόφαση αυτή ελήφθη κυρίως για πραγματιστικούς λόγους. Η δυνατότητα παροχής εντατικών υπηρεσιών ατομικής ψυχοθεραπείας ξαφνικά σε μεγάλο αριθμό ασθενών με συστηματικό τρόπο και ταυτόχρονα, υπερέβαινε τις δυνατότητες. Το εύρημα ότι 60% των ασθενών βελτιώθηκε, φαίνεται να είναι σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρότι ο αδρός τρόπος εκτίμησης που ακολουθήθηκε από την παρούσα μελέτη δεν επιτρέπει ακριβείς συγκρίσεις. Σημαντικό είναι ότι οι άνδρες φαίνεται να ανταποκρίθηκαν περισσότερο, παρότι η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι γυναίκες ανταποκρίνονται περισσότερο στην ψυχοθεραπεία. Πιθανότατα αυτό οφείλεται στον σωματικό τραυματισμό, που σύμφωνα με την παρούσα μελέτη επηρεάζει περισσότερο την έκβαση των γυναικών. Δεν έγινε δυνατόν να εντοπίσουμε ανάλογη αναφορά στη βιβλιογραφία, οπότε το σημείο αυτό θα πρέπει να θεωρηθεί ως πρωτότυπη συνεισφορά της παρούσης εργασίας στη διεθνή βιβλιογραφία.

Το εύρημα αυτό μπορεί δυνητικά να είναι σημαντικό για τον θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς ενδεχομένως να

είναι ανάγκη οι ψυχοθεραπευτικές διεργασίες να πρέπει να εστιάζουν στο θέμα του σωματικού τραυματισμού στις γυναίκες αλλά όχι απαραίτητα και στους άνδρες. Το θέμα της σημασίας του φύλου σε σωματικό τραυματισμό έχει γίνει αντικείμενο συζήτησης αλλά η έρευνα πάνω σε αυτό είναι ελάχιστη.⁶⁰ Υπάρχει υψηλή πιθανότητα οι γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερη βαρύτητα και να ανακάμπτουν αργότερα από το ίδιο τραύμα,⁶¹ γεγονός που πιθανότατα τις επιβαρύνει και πολύ περισσότερο ψυχολογικά.

Συμπέρασμα

Ο κυριότερος περιορισμός για την παρούσα μελέτη είναι το μικρό δείγμα και η μη-αντιπροσωπευτικότητα. Πρόκειται ουσιαστικά για μια κλινική μελέτη περιπτώσεων, και υπό το πρίσμα αυτό θα πρέπει να ερμηνευθούν και τα ευρήματα. Έχοντας υπόψη τους περιορισμούς

αυτούς, η παρούσα μελέτη αναφέρει την εκτίμηση και θεραπευτική αντιμετώπιση 41 ασθενών που ήταν επιβάτες της επιβατικής αμαξοστοιχίας του δυστυχήματος των Τεμπών. Πιθανότατα αντιπροσωπεύουν τα 2/3 των επιβατών που ανέπτυξαν PTSD μετά το ατύχημα. Η θεραπεία περιελάμβανε ως κορμό τη φαρμακοθεραπεία με ομαδική ψυχοθεραπεία και με ατομική ψυχοθεραπεία όπου αυτό κρινόταν απαραίτητο, με 60% των ασθενών να βελτιώνονται. Δεν ανιχνεύθηκε επίδραση του φύλου στην ανάπτυξη PTSD, ωστόσο ανιχνεύθηκε επίδραση στην έκβαση με τις γυναίκες να εμφανίζουν μικρότερη ανταπόκριση. Ο σωματικός τραυματισμός επιδείνωνε την πρόγνωση για τις γυναίκες αλλά όχι για τους άνδρες.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τη διοίκηση του ΠΝ ΑΧΕΠΑ, για τη συμπαράσταση και την ηθική και οργανωτική στήριξη.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition Text Revision*. American Psychiatric Publishing, 2022
- WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization, 1990
- Brewin CR, Cloitre M, Hyland P et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017, 58:1–15, doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001
- WHO. *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization, 2018
- Forman-Hoffman V, Middleton JC, Feltner C et al. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update. Rockville (MD). *Agency for Healthcare Research and Quality* (US), 2018. (Comparative Effectiveness Review, 207). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525132/>
- Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. *BMJ* 2015, 351:h6161, doi: 10.1136/bmj.h6161
- Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress* 2008, 21:455–462, doi: 10.1002/jts.20357
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol* 2017, 8(sup5):1353383, doi: 10.1080/20008198.2017.1353383
- Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: a search for clarity in a conflicting literature. *Neurosci Biobehav Rev* 2013, 37:860–895, doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.03.024
- Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One* 2013, 8:e59236, doi: 10.1371/journal.pone.0059236
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000, 68:748–766, doi: 10.1037//0022-006x.68.5.748
- Goldstein RB, Smith SM, Chou SP et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016, 51:1137–1148, doi: 10.1007/s00127-016-1208-5
- Wade D, Varker T, Kartal D et al. Gender difference in outcomes following trauma-focused interventions for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Trauma* 2016, 8:356–364, doi: 10.1037/tra0000110
- Street AE, Dardis CM. Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2018, 66:97–105, doi: 10.1016/j.cpr.2018.03.001
- Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull* 2006, 132:959–992, doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Christiansen DM, Hansen M. Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *Eur J Psychotraumatol* 2015, 6:26068, doi: 10.3402/ejpt.v6.26068
- Vogt D, Vaughn R, Glickman ME et al. Gender differences in combat-related stressors and their association with postdeployment mental health in a nationally representative sample of U.S. OEF/OIF veterans. *Journal of abnormal psychology* 2011, 120:797–806, doi: 10.1037/a0023452
- Street AE, Gradus JL, Giasson HL et al. Gender differences among veterans deployed in support of the wars in Afghanistan and Iraq. *J Gen Intern Med* 2013, 28(Suppl 2):S556–562, doi: 10.1007/s11606-013-2333-4
- Haering S, Seligowski AV, Linnstaedt SD et al. Disentangling sex differences in PTSD risk factors. *Nat Ment Health* 2024, 2:605–615, doi: 10.1038/s44220-024-00236-y
- Valenstein-Mah H, Kehle-Forbes S, Nelson D et al. Gender differences in rates and predictors of individual psychotherapy initiation and completion among Veterans Health Administration users recently diagnosed with PTSD. *Psychol Trauma* 2019, 11:811–819, doi: 10.1037/tra0000428
- Bekes V, Beaulieu-Prevost D, Guay S et al. Women with PTSD benefit more from psychotherapy than men. *Psychol Trauma* 2016, 8:720–727, doi: 10.1037/tra0000122
- Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1370–1376, doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1370
- Zelkowitz RL, Archibald EA, Gradus JL, Street AE. Postdeployment mental health concerns and family functioning in veteran men and women. *Psychol Trauma* 2023, 15:705–714, doi: 10.1037/tra0001237
- Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med* 2017, 376:2459–2469, doi: 10.1056/NEJMra1612499

25. Vieweg WV, Julius DA, Fernandez A et al. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Am J Med* 2006, 119:383–390, doi: 10.1016/j.amjmed.2005.09.027
26. Report on the head-on collision between a passenger train and a freight train in Tempi on 28th February 2023. RL01-2025 (2025)
27. Rodrigues CML, Barletta JB, Nery HM. Post-traumatic stress disorder in major accidents: systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Med Trab* 2021, 19:332–341, doi: 10.47626/1679-4435-2021-624
28. Kessler RC, Chiu WT, Demler O et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:617–627, doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
29. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:1048–1060, doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
30. Liu H, Petukhova MV, Sampson NA et al. Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry* 2017, 74:270–281, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3783
31. Scheeringa MS. Untangling Psychiatric Comorbidity in Young Children Who Experienced Single, Repeated, or Hurricane Katrina Traumatic Events. *Child Youth Care Forum* 2015, 44:475–492, doi: 10.1007/s10566-014-9293-7
32. Mekonnen N, Duko B, Kercho MW, Bedaso A. PTSD among road traffic accident survivors in africa: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon* 2022, 8:e11539, doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e11539
33. Yohannes K, Gebeyehu A, Adera T et al. Prevalence and correlates of post-traumatic stress disorder among survivors of road traffic accidents in Ethiopia. *Int J Ment Health Syst* 2018, 12:50, doi: 10.1186/s13033-018-0229-8
34. Dai W, Liu A, Kaminga AC et al. Prevalence of acute stress disorder among road traffic accident survivors: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018, 18:188, doi: 10.1186/s12888-018-1769-9
35. Ophuis RH, Olij BF, Polinder S, Haagsma JA. Prevalence of post-traumatic stress disorder, acute stress disorder and depression following violence related injury treated at the emergency department: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2018, 18:311, doi: 10.1186/s12888-018-1890-9
36. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol* 1998, 66:507–512, doi: 10.1037//0022-006x.66.3.507
37. Hull AM, Alexander DA, Klein S. Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. *Br J Psychiatry* 2002, 181:433–438, doi: 10.1192/bjp.181.5.433
38. Koenen KC, Moffitt TE, Poulton R et al. Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychol Med* 2007, 37:181–192, doi: 10.1017/S0033291706009019
39. Lapp KG, Bosworth HB, Strauss JL et al. Lifetime sexual and physical victimization among male veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 2005, 170:787–790, doi: 10.7205/milmed.170.9.787
40. Otte C, Neylan TC, Pole N et al. Association between childhood trauma and catecholamine response to psychological stress in police academy recruits. *Biol Psychiatry* 2005, 57:27–32, doi: 10.1016/j.biopsych.2004.10.009
41. Skelton K, Ressler KJ, Norrholm SD et al. PTSD and gene variants: new pathways and new thinking. *Neuropharmacology* 2012, 62:628–637, doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.02.013
42. Moreland AD, Rancher C, Davies F et al. Posttraumatic Stress Disorder Among Adults in Communities With Mass Violence Incidents. *JAMA Netw Open* 2024, 7:e2423539, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.23539
43. Lowell A, Suarez-Jimenez B, Helpman L et al. 9/11-related PTSD among highly exposed populations: a systematic review 15 years after the attack. *Psychol Med* 2018, 48:537–553, doi: 10.1017/S0033291717002033
44. Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K et al. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry* 2007, 164:1385–1394, doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06101645
45. May CL, Wisco BE. Defining trauma: How level of exposure and proximity affect risk for posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma* 2016, 8:233–240, doi: 10.1037/tra0000077
46. Wozniak JD, Caudle HE, Harding K et al. The effect of trauma proximity and ruminative response styles on posttraumatic stress and posttraumatic growth following a university shooting. *Psychol Trauma* 2020, 12:227–234, doi: 10.1037/tra0000505
47. Levin A. Proximity Equals Severity In Disaster-Related Trauma. *Psychiatric News* 2006, 41:17, doi: 10.1176/pn.41.1.0017
48. Gil S. Personality and trauma-related risk factors for traumatic exposure and for posttraumatic stress symptoms (PTSS): A three-year prospective study. *Pers Individ Dif* 2015, 83:1–5, doi: 10.1016/j.paid.2015.03.034
49. True WR, Rice J, Eisen SA et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:257–264, doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820160019002
50. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP et al. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2010, 30:635–641, doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
51. Weber M, Schumacher S, Hannig W et al. Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2021, 51:1420–1430, doi: 10.1017/S003329172100163X
52. Lee CW, Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013, 44:231–239, doi: 10.1016/j.jbtep.2012.11.001
53. Sloan DM, Marx BP. *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*. American Psychological Association, 2019
54. Schwartze D, Barkowski S, Strauss B et al. Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Res* 2019, 29:415–431, doi: 10.1080/10503307.2017.1405168
55. Forbes D, Bisson JI, Monson CM, Berliner L. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 3rd ed. The Guilford Press, 2020
56. Hoskins M, Pearce J, Bethell A et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015, 206:93–100, doi: 10.1192/bjp.bp.114.148551
57. Jeffreys M, Capehart B, Friedman MJ. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications. *J Rehabil Res Dev* 2012, 49:703–715, doi: 10.1682/jrrd.2011.09.0183
58. Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2022, 3:CD002795, doi: 10.1002/14651858.CD002795.pub3
59. Jain S, Greenbaum MA, Rosen C. Concordance between psychotropic prescribing for veterans with PTSD and clinical practice guidelines. *Psychiatr Serv* 2012, 63:154–160, doi: 10.1176/appi.ps.201100199
60. Sethuraman KN, Marcolini EG, McCunn M et al. Gender-specific issues in traumatic injury and resuscitation: consensus-based recommendations for future research. *Acad Emerg Med* 2014, 21:1386–1394, doi: 10.1111/acem.12536
61. Zwemer CH, Mohamed T, Wu S et al. Do Females Have Worse Outcomes in Penetrating Trauma: A Single-Center Analysis. *J Surg Res* 2024, 293:632–638, doi: 10.1016/j.jss.2023.09.045

Research article

Post-traumatic stress disorder and outcome in train passengers of the Tempi accident in Greece: Data from the Trauma and Stress Disorders Unit of the 3rd Department of Psychiatry, ATh, University Hospital AHEPA

Konstantinos N. Fountoulakis,¹⁻³ Konstantina Tsiggeni,¹ Gregory Karakatsoulis^{1,3}

¹3rd Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki,

²WHO Collaborating Center, Thessaloniki

³Society for Neurosciences and Rehabilitation (ENA), Thessaloniki, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 1 April 2025/Revised 9 April 2025/Published Online 14 May 2025

ABSTRACT

This study aims to present the data from the psychiatric evaluation and treatment of passengers of the passenger train of the accident of Tempi in central Greece (28/2/2023) who were assessed and treated at the Trauma and Stress Disorders Unit of the Outpatient Clinic of the 3rd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, at the University Hospital AHEPA. The material included two populations. The first was the total population of passengers on the passenger train (N=352). The second population was a subset of the first and consisted of those passengers who presented for diagnosis and follow-up (N=41). Frequency and percentage tables were generated, the Risk Ratio (RR) was calculated, and t-test and chi-square tests were used. Concerning the total of passengers on the train, it was estimated that 20–59 people would develop PTSD. The Trauma and Stress Disorders Unit of the 3rd Department of Psychiatry assessed and followed a total of 41 passengers, 18 males (43.90% aged 28.83±10.83 years) and 23 females (56.10% aged 32.87±14.16 years) with 34 (82.92%) of them developing PTSD, representing 2/3 of the expected PTSD cases after the accident. There was no significant effect of gender, physical injury, or general psychiatric history on help-seeking, but there was an effect of proximity to the impact (wagon) and history of psychosis. The treatment included antidepressants (63.14%) and group psychotherapy (48.78%), with 58.54% showing significant improvement, and 7.32% deterioration. Males showed an overall increased likelihood of showing improvement (RR=1.53). Physical injury increased the likelihood of females not showing improvement (RR=2.44) while it did not affect men at all (RR=1.02). The findings of the present study are generally in agreement with the literature in terms of incidence and response to treatment, as well as concerning the role of gender, physical injury, and proximity to the event. An important finding was that males responded more to treatment and that physical injury adversely affected the outcome of females but not males, and this point should be considered as a novel contribution of the present study to the literature.

KEYWORDS: Tempi, train accident, post-traumatic stress disorder, treatment, outcome.

Ερευνητική εργασία

Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (CTQ): Μετάφραση και ψυχομετρική επικύρωση σε ελληνικό γενικό και κλινικό πληθυσμό

Αφροδίτη Στεφανή,¹ Άννα Μαυρίδου,² Στέλιος Χατζηιωαννίδης,³ Βασίλειος Π. Μποζίκας,³
Αγοραστός Αγοραστός³

¹Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

²Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

³Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 3 Οκτωβρίου 2023/Αναθεωρήθηκε 15 Φεβρουαρίου 2024/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 28 Φεβρουαρίου 2024

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έκθεση σε παιδικό τραύμα εμφανίζει εξαιρετικά υψηλό επιπολασμό σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς περίπου δύο τρίτα των ανθρώπων αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία. Η έγκυρη ψυχομετρική αποτύπωση τέτοιων εμπειριών αποτελεί όμως σημαντική πρόκληση στην κλινική έρευνα και πράξη. Το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς του Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire – Short Form, CTQ-SF) αποτελεί σήμερα το πιο έγκυρο και διεθνώς ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αναδρομική αξιολόγηση τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία. Η παρούσα μελέτη είχε ως πρωταρχικό σκοπό τη μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα και την ψυχομετρική επικύρωσή του σε ελληνικό γενικό και κλινικό πληθυσμό. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ηλεκτρονικά την ελληνική μετάφραση του CTQ-SF μαζί με το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF), την Κλίμακα Συμπτωμάτων Τραύματος (TSC-40), την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (PANAS-SF), την Κλίμακα Μέτρησης Ευεξίας (WHO-5) και το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-4) για την ψυχομετρική επικύρωση του ερωτηματολογίου και την εξέταση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του (εσωτερική συνοχή και συντρέχουσα, συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα), αλλά και τη διερεύνηση της συσχέτισης της έκθεσης σε παιδικό τραύμα με την ψυχολογική ευεξία και την παρούσα αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το συνολικό δείγμα της έρευνας (ΣΔ) αποτελούνταν από 722 ενήλικους, από το οποίο 155 δήλωσαν την ύπαρξη ψυχιατρικής διάγνωσης (ΨΔ) και 567 αποτέλεσαν το δείγμα γενικού πληθυσμού (ΓΠ) χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό. Οι πιο κοινοί τύποι τραύματος στο ΣΔ ήταν η συναισθηματική κακοποίηση (29,1%), η συναισθηματική παραμέληση (23,7%) και η σωματική κακοποίηση (24,6%). Το ερωτηματολόγιο έδειξε υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνοχής με βάση τον συντελεστή Cronbach α (ΣΔ=0,92, ΨΔ=0,92, ΓΠ=0,92), υψηλή συντρέχουσα και συγκλίνουσα εγκυρότητα και ικανοποιητική αποκλίνουσα εγκυρότητα στο ΣΔ, ΨΔ και ΓΠ αντίστοιχα. Επιπλέον, το ανακαλούμενο από το άτομο παιδικό τραύμα φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικώς θετικά με το αρνητικό συναίσθημα και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και αρνητικά με την ψυχολογική ευεξία στο ΣΔ, ΨΔ και ΓΠ αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν ότι το μεταφρασμένο στα Ελληνικά Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (CTQ-SF) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναδρομική αξιολόγηση των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας τόσο στον γενικό όσο και στον κλινικό ενήλικο ελληνικό πληθυσμό.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Παιδικό τραύμα, κακοποίηση, παραμέληση, μετάφραση, αξιοπιστία, εγκυρότητα.

Εισαγωγή

Το ψυχολογικό τραύμα ορίζεται ως η συναισθηματική και βιολογική αντίδραση σε ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες ενέχουν απειλή της σωματικής ακεραιότητας ή κίνδυνο τραυματισμού ή θανάτου του εαυτού ή άλλων, προκαλούν τρόμο, φόβο ή αίσθημα αβοήθητου και υπερβαίνουν την ικανότητα ενός ατόμου να τις διαχειριστεί και να τις αντεπεξέλθει αποκαθιστώντας την αναμενόμενη λειτουργικότητά του.¹ Ο όρος Παιδικό Τραύμα (childhood trauma/adversity, ΠΤ) αντιπροσωπεύει μία ειδική μορφή του ψυχολογικού τραύματος και ορίζεται ως ένα τραυματικό γεγονός κακοποίησης ή παραμέλησης που λαμβάνει χώρα πριν το 18ο έτος της ηλικίας ενός ατόμου, δηλαδή πριν την ολοκλήρωση της σωματικής και ψυχολογικής ανάπτυξης.²⁻⁵ Το ΠΤ περιλαμβάνει την ενεργητική και την παθητική κακοποίηση (παραμέληση).^{6,7} Η ενεργητική κακοποίηση περιλαμβάνει τη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, ενώ η παθητική κακοποίηση περιλαμβάνει τη σωματική και τη συναισθηματική παραμέληση.

Το ΠΤ συνιστά μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, με περίπου 2/3 του ενήλικου γενικού πληθυσμού να έχει βιώσει κάποια μορφή ΠΤ κατά την παιδική/εφηβική ηλικία.^{8,9} Το ΠΤ εκθέτει το άτομο σε τοξικό στρες σε αναπτυξιακά στάδια υψηλής ευαλωτότητας και νευροπλαστικότητας με χρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στη συνολική ψυχική και τη σωματική υγεία μακροπρόθεσμα.^{3,4,10-16} Ο ιδιαίτερος αντίκτυπος του ΠΤ στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού κατά την έκθεση σε αυτό, τη διάρκεια και τη συχνότητά του και από τη συμμετοχή ή μη σε αυτό άμεσων φροντιστών.^{3,4,17}

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του ΠΤ μπορούν, λοιπόν, να εκληφθούν ως ένας κοινός αναπτυξιακός παράγοντας κινδύνου για ψυχική και σωματική νοσηρότητα και θνητότητα στην ενήλικη ζωή.¹⁸⁻²¹ Για τον λόγο αυτόν, η έγκυρη αξιολόγηση της πιθανής έκθεσης σε ΠΤ είναι θέμα κεντρικής σημασίας.²² Τα περισσότερα ερευνητικά όργανα αξιολόγησης του παιδικού τραύματος αφορούν σε αναδρομικά ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς. Στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν ποικίλα διαθέσιμα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του ΠΤ,²³ ωστόσο η διαθεσιμότητα μεταφρασμένων και προσαρμοσμένων στον ελληνικό πληθυσμό κλιμάκων είναι περιορισμένη. Για τον λόγο αυτόν, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικό να αναπτυχθεί η ελληνική έκδοση ενός ερευνητικά και κλινικά διαδομένου και αξιόπιστου εργαλείου για την εκτίμηση της έκθεσης σε ΠΤ, το οποίο θα επιτρέψει την καλύτερη μελέτη του φαινομένου στον ελληνικό πληθυσμό.

Ένα από τα σημαντικότερα ερωτηματολόγια που αξιολογούν το ΠΤ διεθνώς είναι η σύντομη μορφή του Ερωτηματολογίου Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire - Short Form, CTQ-SF).²⁴ Το ε-

ρωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα τραυματικών εμπειριών και έχει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί από πλήθος ψυχομετρικών επικυρώσεων του σε διάφορες γλώσσες καθώς και από πολλές μελέτες σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.²⁵⁻²⁷ Σε μία συστηματική συγκριτική μελέτη διαφόρων διαθέσιμων ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση του ΠΤ με βάση τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες, την παραγοντική δομή, το μέγεθος/ διάρκεια και ευκολία συμπλήρωσης, τους τύπους του παιδικού τραύματος που αξιολογούνται, τον αριθμό των επιμέρους ερωτήσεων, καθώς και την ερευνητική χρησιμότητα, συγκρισιμότητα και διαθεσιμότητα σε διαφορετικές γλώσσες, το CTQ-SF φάνηκε να ξεχωρίζει ιδιαίτερα με τις ψυχομετρικές του ιδιότητες, την ευρεία παραγοντική δομή του και την ευκολία χρήσης ανεξαρτήτως πλαισίου (π.χ. κλινικό και γενικός πληθυσμός).²⁸ Ωστόσο, με εξαίρεση μία πρώτη δημοσίευση από τους Κόλλιας και συν. σε ένα πολύ μικρό δείγμα 32 ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο,²⁹ δεν έχει επικυρωθεί σε ευρύτερο ελληνικό πληθυσμό.

Επομένως, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η ανάπτυξη μίας ελληνικής έκδοσης της σύντομης μορφής του CTQ-SF και η εξέταση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του με την επιμέρους διερεύνηση της εσωτερικής συνοχής, της συντρέχουσας, συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας και της παραγοντικής δομής του ερωτηματολογίου σε ένα μεγάλο δείγμα ελληνικού γενικού και κλινικού πληθυσμού. Ένας δευτερεύων σκοπός της εργασίας αυτής είναι η επιβεβαίωση της υπόθεσης πως η έκθεση σε παιδικό τραύμα σχετίζεται θετικά με το αρνητικό συναίσθημα και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και αρνητικά με την ψυχολογική ευεξία.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Μετάφραση του ερωτηματολογίου CTQ-SF στα Ελληνικά

Η σύντομη μορφή του Ερωτηματολογίου Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire - Short Form, CTQ-SF)²⁴ είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς που αξιολογεί αναδρομικά ένα ευρύ φάσμα τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας μέσω 28 ερωτήσεων κλίμακας τύπου Likert 5 διαβαθμίσεων (1: Δεν συνέβαινε ποτέ, έως 5: Συνέβαινε πολύ συχνά). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 υποκλίμακες, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικούς τύπους τραύματος: σωματική συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και σωματική και συ-

ναισθηματική παραμέληση. Υπάρχει μια επιπλέον υποκλίμακα αξιοπιστίας αποτελούμενη από 3 ερωτήσεις. Η τελική μετάφραση που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα παρατίθεται στο Supplementary Material. Η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στα Ελληνικά πραγματοποιήθηκε με βάση διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες³⁰ που περιγράφονται στην αντίστοιχη λεζάντα.

Συλλογή δεδομένων

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια ποσοτική συγχρονική έρευνα δειγματοληπτικού τύπου τυχαίου δείγματος που απευθύνθηκε σε γενικό πληθυσμό με μοναδικό περιορισμό την άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας και τη συμπλήρωση του 18ου έτους ηλικίας. Η συλλογή του δείγματος της έρευνας πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά από τον Ιούνιο μέχρι το Σεπτέμβριο του 2022. Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν μέσω ηλεκτρονικών μέσων και παραπέμπονταν αρχικά στη φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης για την εθελοντική συμμετοχή τους. Μετά τη συναίνεση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία και 6 επιμέρους ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς, τα οποία περιγράφονται αναλυτικά στη συνέχεια. Τέλος, οι συμμετέχοντες ζητήθηκε να απαντήσουν στην ερώτηση «Έχετε διαγνωσθεί ποτέ με κάποια Ψυχιατρική Διαταραχή;», με βάση την οποία κατηγοριοποιήθηκαν κατά τη στατιστική ανάλυση.

Άλλα ερωτηματολόγια

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς.

1. Το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory, ETI-SR-SF)^{31,32} αποτελείται από 27 ερωτήσεις αυτο-αναφοράς (NAI/OXI) και αξιολογεί τέσσερις τύπους τραυματικών εμπειριών που μπορεί να έχουν βιώσει οι άνθρωποι πριν από την ηλικία των 18 ετών: (α) ποικίλης αιτιολογίας – γενικό τραύμα, (β) σωματικής κακοποίησης, (γ) συναισθηματικής κακοποίησης και (δ) σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης. Η βαθμολογία για κάθε τύπο τραύματος μπορεί να υπολογιστεί συνοψίζοντας τις καταφατικές απαντήσεις για τα τραυματικά συμβάντα κάθε υποκλίμακας. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα των τεσσάρων βαθμολογιών των υποκλιμάκων. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha=0,91$).³³
2. Ο Κατάλογος Συμπτωμάτων Τραύματος (Trauma Symptom Checklist, TSC-40)³⁴ αποτελείται από 40 ερωτήσεις 4-βαθμης κλίμακας τύπου Likert (0: ποτέ έως 3: συχνά, συνολική βαθμολογία 0–120) και

αξιολογεί τη συχνότητα συμπτωμάτων έξι κλινικών πτυχών της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες τους τελευταίους δύο μήνες: άγχος, κατάθλιψη, αποσύνδεση, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης, σεξουαλικά προβλήματα και διαταραχές ύπνου. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha=0,89-0,91$) και έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά.³³

3. Η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (Positive Affect Negative Affect Scale – Short Form, PANAS-SF)³⁵ είναι μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων από (1: πολύ λίγο, έως 5: πάρα πολύ, συνολική αθροιστική βαθμολογία 20–100), που μετρά τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου κατά τον τελευταίο χρόνο. Απαρτίζεται από δύο υποκλίμακες (υποκλίμακα θετικού συναισθήματος, π.χ. «Ξετρελαμένος/η», «Δυνατός/ή» και υποκλίμακα αρνητικού συναισθήματος, π.χ. «Πιεσμένος/η», «Αναστατωμένος/η»), κάθε μία εκ των οποίων περιλαμβάνει 10 συναισθηματικούς αυτο-χαρακτηρισμούς. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια (υποκλίμακα Θετικού Συναισθήματος: $\alpha=0,71$, υποκλίμακα Αρνητικού Συναισθήματος: $\alpha=0,79$).³⁶
4. Το Ερωτηματολόγιο Ευεξίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας πέντε στοιχείων (World Health Organization - Five Well-Being Index, WHO-5)³⁷ είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο με μια κλίμακα τύπου Likert 6 διαβαθμίσεων (0: Ποτέ, έως 5: Όλον τον καιρό), που αξιολογεί την υποκειμενική ψυχολογική ευεξία τις δύο περασμένες εβδομάδες μέσω θετικών διατυπωμένων ερωτήσεων. Η συνολική ακατέργαστη βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 έως το 25 και μετατρέπεται σε εκατοστιαία βαθμολογία (0–100). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha = 0,83$).³⁸
5. Το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (Patient Health Questionnaire-4, PHQ-4)³⁹ είναι ένα εξαιρετικά σύντομο εργαλείο για την ανίχνευση καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών που αποτελείται από 4 ερωτήσεις-προτάσεις σε μια 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert (0: καθόλου, έως 3: σχεδόν κάθε μέρα, συνολική αθροιστική βαθμολογία 0–12) ανάλογα με τη συχνότητα των συγκεκριμένων προβλημάτων τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha = 0,74$).⁴⁰

Στατιστική ανάλυση

Οι στατιστικές αναλύσεις της έρευνας πραγματοποιήθηκαν τόσο στο σύνολο του δείγματος (Συνολικό Δείγμα, ΣΔ), όσο και ξεχωριστά στην ομάδα συμμετε-

χόντων που δήλωσαν απουσία ψυχιατρικής διάγνωσης (Γενικός Πληθυσμός, ΓΠ) και θετικό ιστορικό ψυχιατρικής διάγνωσης (Ψυχιατρικό Δείγμα, ΨΔ). Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν οι εξής διαδικασίες:

- Υπολογισμός του Cronbach's Alpha (α) για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας όλων των εργαλείων και των υποκλιμάκων.
- Έλεγχος χ^2 -test και t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τον εντοπισμό διαφορών στα δημογραφικά στοιχεία, τη συχνότητα τύπων παιδικού τραύματος και τον μέσο όρο της συνολικής κλίμακας και των υποκλιμάκων του CTQ-SF ανάμεσα σε ΓΠ και ΨΔ αντίστοιχα.
- Ανάλυση συσχέτισης του Pearson (r) για να ερευνηθούν οι συσχετίσεις ανάμεσα σε κλίμακες και υποκλίμακες ερωτηματολογίων, για την εξέταση συντρέχουσας (ETI-SR-SF), συγκλίνουσας (TSC-40) και αποκλίνουσας εγκυρότητας (Υποκλίμακα Θετικού Συναισθήματος - PANAS-SF) του CTQ-SF και των υποκλιμάκων του, καθώς και για τη διερεύνηση της συσχέτισής του με το αρνητικό συναίσθημα (Υποκλίμακα Αρνητικού Συναισθήματος - PANAS-SF), την ψυχολογική ευεξία (WHO-5) και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (PHQ-4).
- Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (confirmatory factor analysis, CFA) για το ΓΠ και το ΨΔ στην κλίμακα CTQ-SF.

Αποτελέσματα

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 722 άτομα (ΣΔ). Από το σύνολο των συμμετεχόντων 155 άτομα (21,5%) απάντησαν ότι έχουν λάβει ψυχιατρική διάγνωση (ΨΔ), ενώ 567 (78,5%) δεν ανέφεραν ιστορικό ψυχιατρικής διάγνωσης και αποτέλεσαν το δείγμα του γενικού πληθυσμού (ΓΠ). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ του ΓΠ και του ΨΔ (δεν αναφέρονται). Παρατηρήθηκαν αντιθέτως στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό σκορ καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες του CTQ-SF μεταξύ του ΓΠ και του ΨΔ, με το ΨΔ να εμφανίζει υψηλότερο μέσο όρο από το ΓΠ (πίνακας 2). Με βάση τα προτεινόμενα cut-off κριτήρια, ο πιο κοινός τύπος τραύματος (μετρίου ή σοβαρού βαθμού) που αναφέρθηκε στο ΣΔ ήταν η συναισθηματική κακοποίηση (στο 29,1% όλων των συμμετεχόντων), ενώ δεύτερος συχνότερος τύπος τραύματος αναφέρθηκε η συναισθηματική παραμέληση (στο 23,7% όλων των συμμετεχόντων) (πίνακας 2). Το δείγμα ΨΔ εμφάνισε στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θετικού ιστορικού ΠΤ, καθώς και αριθμού διαφορετικών κατηγοριών παιδικού τραύματος σε σχέση με το ΓΠ (πίνακας 3).

Συντρέχουσα εγκυρότητα

Για τον υπολογισμό της συντρέχουσας εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική επικυρωμένη μετάφραση του ερωτηματολογίου ETI-SR-SF,³³ το οποίο μετρά το πρώιμο τραύμα, δηλαδή την ίδια μεταβλητή που μετρά και το CTQ-SF. Η ανάλυση έδειξε στατιστικώς πολύ σημαντική συσχέτιση των βαθμολογιών, τόσο των δύο συνολικών κλιμάκων, όσο και των επιμέρους υποκλιμάκων (πίνακας 4), με εξαίρεση τις υποκλίμακες «Τραύμα από σεξουαλική κακοποίηση» του ETI-SR-SF και την υποκλίμακα σωματικής κακοποίησης του CTQ-SF στο ΓΠ που μεμονωμένα δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

Συγκλίνουσα εγκυρότητα

Για τον υπολογισμό της συγκλίνουσας εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική επικυρωμένη μετάφραση της κλίμακας TSC-40,³³ που μετρά διάφορους τύπους μετα-τραυματικών συμπτωμάτων, δηλαδή μία σχετιζόμενη, αλλά όχι ίδια μεταβλητή με το CTQ-SF. Η συνολική κλίμακα του CTQ-SF σχετίστηκε στατιστικώς πολύ σημαντικά τόσο με τη συνολική κλίμακα του TSC-40, όσο και με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Στατιστικώς σημαντική ήταν η συσχέτιση και των επιμέρους υποκλιμάκων του CTQ-SF με τη συνολική κλίμακα και τις υποκλίμακες του TSC-40 (πίνακας 4).

Εσωτερική συνέπεια

Το συνολικό ερωτηματολόγιο έδειξε εξαιρετικά καλή εσωτερική συνέπεια, τόσο στο συνολικό δείγμα ($\alpha=0,92$), όσο και ξεχωριστά στο ΨΔ και στο ΓΠ ($\alpha=0,92$ και $\alpha=0,91$ αντίστοιχα). Οι επιμέρους τιμές των συντελεστών α των πέντε υποκλιμάκων στο ΣΔ, ΓΠ και ΨΔ αντίστοιχα παρατίθενται στον πίνακα S1, σε αντιπαράθεση με αναφορές εργασιών από αποτελέσματα στάθμισης μεταφράσεων του ίδιου ερωτηματολογίου σε άλλες γλώσσες.

Αποκλίνουσα εγκυρότητα και συσχέτιση με αρνητικό συναίσθημα, άγχος και κατάθλιψη

Για τον υπολογισμό της αποκλίνουσας εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική επικυρωμένη μετάφραση της Υποκλίμακας Θετικού Συναισθήματος του ερωτηματολογίου PANAS-SF³⁶ και του ερωτηματολογίου WHO-5,³⁸ προκειμένου να διαπιστωθεί η απουσία σχέσης του CTQ-SF με μία κλίμακα μη σχετικού περιεχομένου. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση των τιμών της συνολικής βαθμολογίας του CTQ-SF με τις τιμές της υποκλίμακας Θετικού Συναισθήματος της κλίμακας PANAS στο ΣΔ και ΓΠ και απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης στο ΨΔ (πίνακας 4), ενώ η συνολική βαθμολογία του CTQ-SF συσχέτιστηκε στα-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.

	Συνολικό δείγμα (N=722)	Γενικός πληθυσμός (N=567)	Ψυχιατρικό δείγμα (N=155)
Φύλο			
Ανδρας	112 (15,5%)	91 (16,0%)	21 (13,5%)
Γυναίκα	606 (83,9%)	474 (83,6%)	132 (85,2%)
Άλλο	4 (0,6%)	2 (0,4%)	2 (1,3%)
Ηλικία			
18–25	107 (14,8%)	91 (16,0%)	16 (10,3%)
25–35	195 (27,0%)	153 (27,0%)	42 (27,1%)
35–50	290 (40,2%)	212 (37,4%)	78 (50,3%)
50–65	119 (16,5%)	100 (17,6%)	19 (12,3%)
65+	11 (1,5%)	11 (1,9%)	0 (0,0%)
Χώρα γέννησης			
Ελλάδα	678 (93,9%)	537 (94,7%)	141 (91,0%)
Άλλη χώρα της Ευρώπης	31 (4,3%)	23 (4,1%)	8 (5,2%)
Άλλη χώρα	12 (1,7%)	6 (1,1%)	6 (3,9%)
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος/η χωρίς σχέση	163 (22,6%)	127 (22,4%)	36 (23,2%)
Άγαμος/η με σχέση	108 (15,0%)	78 (13,8%)	30 (19,4%)
Συμβίωση & συγκατοίκηση με σύντροφο	76 (10,5%)	64 (11,3%)	12 (7,7%)
Έγγαμος/η (ή σύμφωνα συμβίωσης)	313 (43,4%)	253 (44,6%)	60 (38,7%)
Διαζευγμένος/η (ή σε διάσταση)	51 (7,1%)	36 (6,3%)	15 (9,7%)
Χήρος/α	10 (1,4%)	8 (1,4%)	2 (1,3%)
Παιδιά			
Όχι	373 (51,7%)	290 (51,1%)	83 (53,5%)
Ναι	342 (47,4%)	273 (48,1%)	69 (44,5%)
Αδέλφια			
Όχι	84 (11,6%)	59 (10,4%)	25 (16,1%)
Ναι	628 (87,0%)	498 (87,8%)	130 (83,9%)
Ανατροφή			
Και με τους 2 γονείς	657 (91,0%)	523 (92,2%)	134 (86,5%)
Μόνο με τη μητέρα	32 (4,4%)	21 (3,7%)	11 (7,1%)
Μόνο με τη μητέρα και άλλον/η σύντροφο	15 (2,1%)	10 (1,8%)	5 (3,2%)
Μόνο με τον πατέρα	5 (0,7%)	3 (0,5%)	2 (1,3%)
Με τον πατέρα και άλλη/ον σύντροφο	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)
Με τον παππού ή/και τη γιαγιά	7 (1,0%)	5 (0,9%)	2 (1,3%)
Σε άλλη οικογένεια	2 (0,3%)	1 (0,2%)	1 (0,6%)
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	3 (0,4%)	2 (0,4%)	1 (0,6%)
Απόφοιτος Λυκείου	124 (17,2%)	83 (14,6%)	41 (26,5%)
Απόφοιτος ΤΕΙ ή ΑΕΙ	285 (39,5%)	225 (39,7%)	60 (38,7%)
Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού	306 (42,4%)	253 (44,6%)	53 (34,2%)
Εργασιακή κατάσταση			
Δημόσιος Υπάλληλος/Συμβασιούχος στον Δημόσιο Τομέα	211 (29,2%)	174 (30,7%)	37 (23,9%)
Μισθωτός/ή στον Ιδιωτικό Τομέα	191 (26,5%)	153 (27,0%)	38 (24,5%)

Πίνακας 1. Συνέχεια.

	Συνολικό δείγμα (N=722)	Γενικός πληθυσμός (N=567)	Ψυχιατρικό δείγμα (N=155)
Αυτοαπασχολούμενος/η – Ελεύθερος Επαγγελματίας	141 (19,5%)	107 (18,9%)	34 (21,9%)
Συνταξιούχος	21 (2,9%)	19 (3,4%)	2 (1,3%)
Άνεργος/η (ψάχνετε για εργασία)	55 (7,6%)	34 (6,0%)	21 (13,6%)
Οικιακά	19 (2,6%)	12 (2,1%)	7 (4,5%)
Φοιτητής/τρια	82 (11,4%)	66 (11,6%)	16 (10,3%)
Ψυχιατρική Διάγνωση			
Όχι	567 (78,5%)		
Ναι	155 (21,5%)		
Αγχώδης Διαταραχή			72 (46,5%)
Κατάθλιψη			59 (38,1%)
Άλλη Διάγνωση			24 (15,4%)
Ψυχοφαρμακευτική αγωγή			
Όχι			65 (41,9%)
Ναι			90 (58,1%)

Τα αποτελέσματα αναφέρονται ως ακέραιοι αριθμοί (ποσοστό επί τοις εκατό)

τιστικά σημαντικά αρνητικά με την ψυχολογική ευεξία όπως αποδίδεται από το WHO-5 στο ΣΔ και στο ΓΠ και παρουσίασε απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης στο ΨΔ. Αντίθετα, η συνολική βαθμολογία του CTQ-SF βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα Αρνητικού Συναισθήματος της κλίμακας PANAS στο ΣΔ, στο ΓΠ και στο ΨΔ. Τέλος, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των τιμών της συνολικής βαθμολογίας του CTQ-SF με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που αναφέρουν στο παρόν όπως μετρούνται από την ελληνική επικυρωμένη μετάφραση του ερωτηματολογίου PHQ-4.

Παραγοντική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (CFA) για το ΓΠ και το ΨΔ, προκειμένου να διαπιστωθεί αν η προκαθορισμένη δομή των 5 παραγόντων του ερωτηματολογίου επιβεβαιώνεται στο ελληνικό δείγμα. Στο ΓΠ, οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου έδειξαν ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα: $\chi^2=949$, $df=265$, $p<0,001$, $CFI=0,914$, $TLI=0,903$, $SRMR=0,044$, $RMSEA=0,067$, $RMSEA\ 90\% \text{ CI}=0,063-0,072$ (με φορτίσεις κλίμακας στις τυποποιημένες τιμές: 0,485–0,891), ενώ όλες οι ερωτήσεις φορτώνουν στη λανθάνουσα μεταβλητή στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$), επιβεβαιώνοντας την παραγοντική δομή των 5 λανθανουσών μεταβλητών ΓΠ. Στο ΨΔ, οι δείκτες προσαρμογής έδειξαν μια στατιστικά σημαντική αλλά συγκριτικά λιγότερο ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα: $\chi^2=538$,

$df=265$, $p<0,001$, $CFI=0,883$, $TLI=0,868$, $SRMR=0,061$, $RMSEA=0,082$, $RMSEA\ 90\% \text{ CI}=0,072-0,091$ με όλες τις ερωτήσεις να φορτώνουν στη λανθάνουσα μεταβλητή στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$), εκτός μίας ερώτησης του παράγοντα Σωματική Παραμέληση να εμφανίζει τιμή $.270<0,40$, η οποία φορτώνει στη λανθάνουσα μεταβλητή σε επίπεδο $p<0,05$.

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα, η κλίμακα CTQ-SF μεταφράστηκε και επικυρώθηκε ψυχομετρικά σε ένα δείγμα ενηλίκων Ελλήνων, αποτελούμενο τόσο από άτομα που έχουν λάβει ψυχιατρική διάγνωση όσο και από άτομα γενικού πληθυσμού.

Η συνολική κλίμακα CTQ-SF και οι πέντε υποκλίμακες παρουσιάζουν υψηλή εσωτερική συνέπεια τόσο στην παρούσα μελέτη, όσο και σε μελέτες προσαρμογής του ερωτηματολογίου σε άλλες χώρες (πίνακας S1). Τόσο στην προσαρμογή του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό, όσο και σε διεθνείς μελέτες, οι υψηλότερες τιμές του συντελεστή α παρατηρούνται στην υποκλίμακα της Σεξουαλικής Κακοποίησης,^{25-27,35,36} ενώ οι χαμηλότερες τιμές παρατηρούνται στην υποκλίμακα της Σωματικής Παραμέλησης (πίνακας 4).^{25,35,36} Οι χαμηλότερες τιμές της εσωτερικής συνέπειας της υποκλίμακας «Σωματική Παραμέληση» μπορούν να εξηγηθούν από την ποικιλομορφία των στοιχείων αυτής της υποκλίμακας.³⁷

Πίνακας 2. Ψυχομετρική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου CTQ-SF και ποσοστά συμμετεχόντων με θετικό ιστορικό παιδικού τραύματος.

	Συνολικό δείγμα (n=722)	Γενικός πληθυσμός (n=567)	Ψυχιατρικό δείγμα (n=155)	ΓΠ vs ΨΔ	
				t/x ²	p
Συνολικό παιδικό τραύμα					
Συνολική βαθμολογία	40,8 (15,3)	38,3 (13,7)	50 (17,6)	7,457	<0,05
Συναισθηματική κακοποίηση					
Συνολική βαθμολογία	10,3 (5,4)	9,4 (4,9)	13,6 (5,7)	8,296	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	208 (29,1%)	122 (21,7%)	86 (56,6%)	70,708	<0,001
Σωματική κακοποίηση					
Συνολική βαθμολογία	6,9 (3,5)	6,5 (3,1)	8,1 (4,5)	4,059	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	104 (14,6%)	65 (11,6%)	39 (25,6%)	19,093	<0,001
Σεξουαλική κακοποίηση					
Συνολική βαθμολογία	6,3 (3,4)	6,1 (2,9)	7,3 (4,6)	3,132	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	102 (14,3%)	65 (11,6%)	37 (24,0%)	15,213	<0,001
Συναισθηματική παραμέληση					
Συνολική βαθμολογία	10,8 (2,4)	10,1 (2,2)	13,6 (3,0)	7,694	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	171 (23,7%)	102 (18,1%)	69 (44,8%)	47,779	<0,001
Σωματική παραμέληση					
Συνολική βαθμολογία	6,5 (2,4)	6,3 (2,2)	7,3 (3,0)	3,952	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	72 (10,0%)	45 (7,9%)	27 (17,8%)	12,845	<0,001

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάζονται μέσω της μέσης τιμής (τυπικής απόκλισης), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές μέσω των συχνοτήτων (%). Η συνολική βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από το 5 έως το 25 ανάλογα με τη σοβαρότητα του ιστορικού κακοποίησης σε κάθε τύπο. Οι βαθμολογίες διαχωρισμού (cut-off scores) με βάση τις οποίες γίνεται η διάκριση «μέτρια/υψηλή» (κακοποίηση ή παραμέληση) είναι ≥ 13 , ≥ 10 , ≥ 8 , ≥ 15 και ≥ 10 για τη συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και συναισθηματική και σωματική παραμέληση αντίστοιχα. Η σύγκριση μεταβλητών ανάμεσα στις δύο ομάδες εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το t-test για τις συνεχείς μεταβλητές ανάλογα με την κατανομή τους, όπως και το χ^2 test, για κατηγορικές μεταβλητές.

Πίνακας 3. Αριθμός συμμετεχόντων σε σχέση με το ιστορικό έκθεσης σε ΠΤ και τον αριθμό διαφορετικών κατηγοριών ΠΤ με θετικό ιστορικό.

	Συνολικό δείγμα (N=697)	Γενικός πληθυσμός (N=550)	Ψυχιατρικό δείγμα (N=147)	ΓΠ vs ΨΔ	
				χ^2	p
Θετικό ιστορικό ΠΤ (NAI/OXI)	289 (43,5%)	190 (36,5%)	99 (69,0%)	51,400	<0,001
0 κατηγορίες	408 (56,5%)	360 (63,5%)	48 (31,0%)		
1 κατηγορία	100 (13,9%)	77 (13,6%)	23 (14,8%)	65,497	<0,001
2 κατηγορίες	88 (12,2%)	57 (10,1%)	31 (20,0%)		
3+ κατηγορίες	101 (14%)	56 (9,9%)	45 (29,0%)		

Οι τιμές των κατηγορικών μεταβλητών παρουσιάζονται μέσω των συχνοτήτων (αντίστοιχων ποσοστών, %). Η σύγκριση μεταβλητών ανάμεσα στις δύο ομάδες εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το χ^2 test, για κατηγορικές μεταβλητές. Το θετικό ιστορικό ΠΤ (NAI/OXI) υποστηρίζεται από την ύπαρξη τουλάχιστον μίας κατηγορίας ΠΤ, στην οποία ο εξεταζόμενος αναφέρει κατ' ελάχιστον cut-off score (διάκρισης «μέτριας/υψηλής» κακοποίηση ή παραμέλησης).

Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του παιδικού τραύματος με διάφορους τύπους μετατραυματικών συμπτωμάτων. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογρα-

φίας.⁴¹ Συγκεκριμένα, η αναφερόμενη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση σχετίζεται με τη σοβαρότητα των μετατραυματικών συμπτωμάτων κάθε ασθενούς.¹⁷ Επίσης, οι ενήλικοι που ανέφεραν συχνές εμπειρίες σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης βρέθηκε να

Πίνακας 4. Συσχετίσεις (r) ανάμεσα στις κλίμακες CTQ-SF και ETI-SR-SF / TSC-40 (συντρέχουσα εγκυρότητα) και PANAS / WHO-5 / RHQ-4 (αποκλίνουσα εγκυρότητα) και τις υποκλίμακές τους.

	CTQ-SF Τύπος Τραύματος					
	Συναισθηματική κακοποίηση	Σωματική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Συναισθηματική παραμέληση	Σωματική παραμέληση	Συνολική κλίμακα
ETI-SR-SF Τύπος Τραύματος						
Ποικίλης αιτιολογίας						
ΣΔ	0,451**	0,306**	0,254**	0,400**	0,375**	0,473**
ΓΠ	0,418**	0,254**	0,209**	0,360**	0,302**	0,418**
ΨΔ	0,458**	0,370**	0,301**	0,426**	0,487**	0,532**
Σωματική τιμωρία						
ΣΔ	0,511**	0,545**	0,202**	0,380**	0,316**	0,520**
ΓΠ	0,501**	0,514**	0,172**	0,366**	0,290**	0,501**
ΨΔ	0,495**	0,602**	0,212**	0,295**	0,317**	0,502**
Συναισθηματική κακοποίηση						
ΣΔ	0,735**	0,428**	0,227**	0,686**	0,374**	0,694**
ΓΠ	0,694**	0,439**	0,197**	0,675**	0,364**	0,694**
ΨΔ	0,715**	0,312**	0,205*	0,592**	0,299**	0,594**
Σεξουαλική κακοποίηση						
ΣΔ	0,200**	0,124**	0,640**	0,184**	0,159**	0,326**
ΓΠ	0,264**	0,074	0,609**	0,142**	0,098*	0,264**
ΨΔ	0,207*	0,187*	0,694**	0,226**	0,251**	0,416**
Συνολική κλίμακα						
ΣΔ	0,703**	0,499**	0,423**	0,624**	0,464**	0,734**
ΓΠ	0,705**	0,477**	0,385**	0,602**	0,417**	0,705**
ΨΔ	0,677**	0,500**	0,474**	0,572**	0,513**	0,738**
TSC-40 Υποκλίμακες						
Άγχος						
ΣΔ	0,484**	0,292**	0,269**	0,380**	0,355**	0,479**
ΓΠ	0,428**	0,230**	0,181**	0,341**	0,308**	0,412**
ΨΔ	0,367**	0,286**	0,343**	0,218*	0,346**	0,402**
Κατάθλιψη						
ΣΔ	0,547**	0,318**	0,278**	0,455**	0,368**	0,538**
ΓΠ	0,506**	0,289**	0,220**	0,438**	0,324**	0,505**
ΨΔ	0,436**	0,251*	0,313**	0,254*	0,351**	0,418**
Συμπτώματα αποσύνδεσης						
ΣΔ	0,454**	0,271**	0,286**	0,363**	0,330**	0,455**
ΓΠ	0,413**	0,239**	0,195**	0,345**	0,310**	0,408**
ΨΔ	0,318**	0,205*	0,368**	0,181*	0,255*	0,362**
Σεξουαλική κακοποίηση						
ΣΔ	0,507**	0,289**	0,314**	0,412**	0,362**	0,507**
ΓΠ	0,459**	0,237**	0,218**	0,380**	0,317**	0,449**
ΨΔ	0,424**	0,256*	0,402**	0,281**	0,342**	0,454**

Πίνακας 4. Συνέχεια.

	CTQ-SF Τύπος Τραύματος					
	Συναισθηματική κακοποίηση	Σωματική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Συναισθηματική παραμέληση	Σωματική παραμέληση	Συνολική κλίμακα
Διαταραχές ύπνου						
ΣΔ	0,396**	0,273**	0,212**	0,325**	0,315**	0,411**
ΓΠ	0,333**	0,188**	0,149**	0,287**	0,284**	0,341**
ΨΔ	0,370**	0,368**	0,261**	0,221*	0,285**	0,406**
Σεξουαλικά προβλήματα						
ΣΔ	0,441**	0,223**	0,293**	0,350**	0,277**	0,432**
ΓΠ	0,393**	0,176**	0,224**	0,322**	0,230**	0,380**
ΨΔ	0,357**	0,189*	0,347**	0,203*	0,247*	0,360**
Συνολική κλίμακα						
ΣΔ	0,580**	0,342**	0,321**	0,471**	0,398**	0,571**
ΓΠ	0,535**	0,289**	0,240**	0,446**	0,347**	0,520**
ΨΔ	0,486**	0,330**	0,398**	0,306**	0,401**	0,506**
PANAS						
Θετικό Συναίσθημα						
ΣΔ	-0,095*	-0,051	0,013	-0,184**	-0,040	-0,102*
ΓΠ	-0,068	-0,060	0,047	-0,167**	-0,047	-0,088*
ΨΔ	0,019	0,057	0,017	-0,083	0,077	0,030
Αρνητικό Συναίσθημα						
ΣΔ	0,511**	0,279**	0,198**	0,425**	0,305**	0,473**
ΓΠ	0,473**	0,267**	0,165**	0,406**	0,286**	0,453**
ΨΔ	0,397**	0,171*	0,162*	0,241*	0,227*	0,317**
WHO-5						
ΣΔ	-0,240**	-0,175**	-0,075*	-,281**	-0,139**	-0,250**
ΓΠ	-0,209**	-0,158**	-0,034	-,280**	-0,144**	-0,237**
ΨΔ	-0,176*	-0,143	-0,097	-,148	-0,038	-0,158
RHQ-4						
ΣΔ	0,361**	0,206**	0,115*	,301**	0,195**	0,326**
ΓΠ	0,316**	0,169**	0,076	,283**	0,179**	0,290**
ΨΔ	0,284**	0,186*	0,102	,130	0,111	0,222*

* p<0,05, ** p<0,001

διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για παθολογία του ύπνου.^{42,43} Τέλος, η εμπειρία της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα τη σεξουαλική λειτουργία του ατόμου με μεγαλύτερο αντίκτυπο στην αυτο-αναφερόμενη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών.^{44,45} Κατά την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, τα αποτελέσματά μας φαίνεται να συμφωνούν εξαιρετικά με το μοντέλο των κατασκευαστών.³¹

Η υπόθεση ότι το αντιληπτό παιδικό τραύμα θα συσχετίζεται με το αρνητικό συναίσθημα που βιώνει

στο παρόν επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Επίσης, το παιδικό τραύμα συσχετίστηκε αρνητικά με το θετικό συναίσθημα και την ψυχολογική ευεξία μόνο στο ΓΠ. Πράγματι, οι δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας σχετίζονται με χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή, χαμηλότερη ψυχολογική ευεξία και χαμηλότερη κοινωνική ευεξία.^{17,46} Διαχρονική έρευνα έδειξε ότι τα θύματα παιδικής κακοποίησης εμφάνισαν μειωμένη ψυχολογική ευεξία στην ενήλικη ζωή, όσον αφορά στην αυτοεκτίμηση, την αποδοχή, την αυτονομία, την τάση θυμού την αί-

σθηση του σκοπού στη ζωή, την ευτυχία και την ικανοποίηση από τη ζωή.⁴⁷⁻⁴⁹

Τέλος, η υπόθεση ότι το παιδικό τραύμα θα συσχετίζεται με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που βιώνει το άτομο στο παρόν επίσης επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, το παιδικό τραύμα συσχετίζεται με διά βίου αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης.^{11,50,51} Σε μετα-ανάλυση διαχρονικών μελετών, το παιδικό τραύμα φάνηκε να παρουσιάζει ισχυρότερη συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, παρά με την αγχώδη, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους επιμέρους τύπους του παιδικού τραύματος αναφορικά με τα μελλοντικά συμπτώματα,⁵² ενώ υπάρχουν και αντικρουόμενα εποτελέσματα.¹⁷ Στην παρούσα μελέτη η σεξουαλική κακοποίηση δεν φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στη μελέτη των Kollias et al²⁹ το CTQ-SF μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα, αλλά χορηγήθηκε μόνο σε 32 άτομα με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο για να ελεγχθεί η αξιοπιστία του. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας των πέντε υποκλιμάκων ήταν ικανοποιητικός. Εξετάστηκε, επίσης, η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, η οποία έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική, πολύ υψηλή συμφωνία στα σκορ μεταξύ των δύο χορηγήσεων του ερωτηματολογίου (ICCs>0,8). Από τη σύγκριση του κειμένου των δύο ανεξάρτητων μεταφράσεων δεν προέκυψαν παρά μικρές και όχι ουσιαστικές διαφορές. Από την άλλη, η απουσία επαναληπτικών μετρήσεων στη δική μας έρευνα αποτελεί έναν περιορισμό της μελέτης.

Επιπλέον περιορισμοί της μελέτης αυτής συμπεριλαμβάνουν την έλλειψη τυχαιοποίησης του διαδικτυακού δείγματος και τη διάκριση των δύο ομάδων βάσει αυτο-αναφερόμενης ψυχικής διαταραχής και όχι βάσει

αντικειμενικής κλινικής διάγνωσης από επαγγελματία ψυχικής υγείας. Επίσης, ο συγχρονικός και συσχετιστικός χαρακτήρας της έρευνας δεν επιτρέπει την παρατήρηση αιτιωδών σχέσεων, ενώ τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς μπορεί να ευθύνονται για πιθανές γνωστικές και μνημονικές μεροληψίες στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Τέλος, αναφορικά με το δείγμα, υπήρχε υπερεκπροσώπηση των γυναικών και μειωμένος αριθμός ηλικιωμένων συμμετεχόντων, γεγονός που μειώνει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

Συμπεράσματα

Συνολικά, υπάρχει στις ημέρες μας μία ύπιστη ανάγκη για βελτίωση των μεθόδων εντοπισμού, διάγνωσης και (συν)εκτίμησης της έκθεσης σε ΠΤ κατά την παιδική, αλλά και την ενήλικη ζωή. Πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό έκθεσης σε ΠΤ, τον αριθμό και το είδος των δυσάρεστων εμπειριών, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ακριβέστερη πρόβλεψη ανάπτυξης νόσου, απόκρισης στη θεραπεία, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης των αρνητικών επιδράσεων του τραύματος.⁵³ Ο εντοπισμός και η θεραπεία των «κρυμμένων πληγών» που προκαλούνται από το ΠΣ/ΠΤ, θα πρέπει, επομένως, να αποτελέσει προτεραιότητα στις παρεμβάσεις δημόσιας υγείας. Η παρούσα έρευνα επιβεβαίωσε ότι το μεταφρασμένο στα Ελληνικά Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (CTQ-SF) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναδρομική αξιολόγηση των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας τόσο στον γενικό όσο και στον κλινικό πληθυσμό ενηλίκων της Ελλάδας. Το εργαλείο αυτό μπορεί να συμβάλει τόσο σε μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες, όσο και στην κλινική πράξη.

Πρόσθετο υλικό

Πρόσθετο υλικό σχετικά με αυτό το άρθρο υπάρχει στη διαδικτυακή δημοσίευσή του στη διεύθυνση <https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.005>

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington DC,; 2013
- Agorastos A. Pathophysiological trajectories and biological consequences of early life trauma. *Eur J Psychotraumatol* 2017, 8:1351159, doi: 10.1080/20008198.2017.1351159
- Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Baker DG. Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Front Psychiatry* 2019, 10:118, doi: 10.3389/fpsy.2019.00118
- Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Kolaitis G. Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. *Hormones (Athens)* 2018, 17:507-520, doi: 10.1007/s42000-018-0065-x
- Pervanidou P, Makris G, Chrousos G, Agorastos A. Early Life Stress and Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Brain Sci* 2020, 10, doi: 10.3390/brainsci10030169
- Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am* 2002, 25:397-426, vii-viii, doi: 10.1016/s0193-953x(01)00003-x
- Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry* 2013, 170:1114-1133, doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009, 373:68-81, doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor

- Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatr* 2018, 172:1038–1044, doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.2537
10. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017, 2:e356–e366, doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
 11. Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G et al. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:838–844, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.77
 12. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012, 169:141–151, doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335
 13. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1453–1460, doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1453
 14. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* 2017, 256:353–358, doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.082
 15. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007, 31:517–530, doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
 16. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med* 2009, 71:805–812, doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46
 17. Agorastos A, Pittman JO, Angkaw AC, Nievergelt CM, Hansen CJ, Aversa LH et al. The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *J Psychiatr Res* 2014, 58:46–54, doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.014
 18. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry* 2000, 48:778–790, doi: 10.1016/S0006-3223(00)00998-7.
 19. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009, 301:2252–2259, doi: 10.1001/jama.2009.754
 20. Jia H, Lubetkin EI. Impact of adverse childhood experiences on quality-adjusted life expectancy in the U.S. population. *Child Abuse Negl* 2020, 102:104418, doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104418
 21. Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010, 107:8507–8512, doi: 10.1073/pnas.1003890107
 22. Courtois CA, Gold SN. The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychol Trauma* 2009, 1:3–23, doi: 10.1037/a0015224
 23. Roy CA, Perry JC. Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *J Nerv Ment Dis* 2004, 192:343–351, doi: 10.1097/01.nmd.0000126701.23121.fa
 24. Bernstein DP, Fink L. *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1998
 25. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM et al. Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence* 2013, 28:1498–1518, doi: 10.1177/0886260512468240
 26. Thombs BD, Bernstein DP, Lobbstaal J, Arntz A. A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse Negl* 2009, 33:518–523, doi: 10.1016/j.chiabu.2009.03.001
 27. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One* 2014, 9:e87118, doi: 10.1371/journal.pone.0087118
 28. Thabrew H, de Sylva S, Romans S. Evaluating childhood adversity. *Adv Psychosom Med* 2012, 32:35–57, doi: 10.1159/000330002
 29. Kollias K, Kosteletos J, Stefanatou P, Xenaki LA, Vlachos I, Selakovic M, et al. Three scales about childhood trauma, traumatic experiences and bullying: Greek translation, test-retest reliability. *Psychiatriki* 2023, 34:73–78, doi: 10.22365/jpsych.2022.103
 30. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011, 17:268–274, doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
 31. Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195:211–218, doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
 32. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depress Anxiety* 2000, 12:1–12, doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W
 33. Antonopoulou Z, Konstantakopoulos G, Taziniieri-Coccosis M, Sinodinou C. Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatriki* 2017, 28:19–27, doi: 10.22365/jpsych.2017.281.19
 34. Elliott DM, Briere J. Sexual abuse trauma among professional women: validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse Negl* 1992, 16:391–398, doi: 10.1016/0145-2134(92)90048-v
 35. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988, 54:1063–1070, doi: 10.1037//0022-3514.54.6.1063
 36. Daskalou V, Syggitou E. PANAS, Positive and Negative Affect Scales. In: Stalikas A, Triliva S, Roussi P (eds) *Psychometric tools in Greece: Collection and presentation of questionnaires, tests and characteristic assessment catalogues in Greece* (in Greek). Ellinika Grammata, Athens, 2008
 37. World Health Organization. *Well-Being Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 1998
 38. Papanas N, Tsapas A, Papatheodorou K, Papazoglou D, Bekiari E, Sariganni M, et al. Glycaemic control is correlated with well-being index (WHO-5) in subjects with type 2 diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2010, 118:364–367, doi: 10.1055/s-0029-1243623
 39. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009, 50:613–621, doi: 10.1176/appi.psy.50.6.613
 40. Christodoulaki A, Baralou V, Konstantakopoulos G, Touloumi G. Validation of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) to screen for depression and anxiety in the Greek general population. *J Psychosom Res* 2022, 160:110970, doi: 10.1016/j.jpsychores.2022.110970

41. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000, 68:748–766, doi: 10.1037//0022-006x.68.5.748
42. Bader K, Schafer V, Schenkel M, Nissen L, Schwander J. Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *J Sleep Res* 2007, 16:285–296, doi: 10.1111/j.1365-2869.2007.00608.x
43. Lind MJ, Aggen SH, Kendler KS, York TP, Amstadter AB. An epidemiologic study of childhood sexual abuse and adult sleep disturbances. *Psychol Trauma* 2016, 8:198–205, doi: 10.1037/tra0000080
44. Leonard LM, Follette VM. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annu Rev Sex Res* 2002, 13:346–388, doi:
.....
45. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Arch Sex Behav* 2005, 34:517–526, doi: 10.1007/s10508-005-6277-6
46. Fares-Otero NE, De Prisco M, Oliva V, Radua J, Halligan SL, Vieta E et al. Association between childhood maltreatment and social functioning in individuals with affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2023, 148:142–164, doi: 10.1111/acps.13557
47. de Bles NJ, Putz LEH, Rius Ottenheim N, van Hemert AM, Elzinga BM, Penninx B et al. Childhood trauma and anger in adults with and without depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2023, 148:288–301, doi: 10.1111/acps.13589
48. Islam MJ, Broidy L, Eriksson L, Rahman M, Mazumder N. Childhood maltreatment and decision-making autonomy in adulthood: The mediating roles of self-esteem and social support. *Child Abuse Negl* 2022, 129:105665, doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105665
49. Quan L, Lu B, Sun J, Zhao X, Sang Q. The relationship between childhood trauma and post-traumatic growth among college students: The role of acceptance and positive reappraisal. *Front Psychol* 2022, 13:921362, doi: 10.3389/fpsyg.2022.921362
50. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001, 49:1023–1039, doi: 10.1016/s0006-3223(01)01157-x
51. Pirkola S, Isometsa E, Aro H, Kestila L, Hamalainen J, Veijola J et al. Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders: results from the Health 2000 study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005, 40:769–777, doi: 10.1007/s00127-005-0950-x
52. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P et al. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand* 2021, 143:189–205, doi: 10.1111/acps.13268
53. Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Beekman AT et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *J Clin Psychiatry* 2009, 70:983–989, doi: 10.4088/jcp.08m04521

Research article

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Greek translation and psychometric validation in general and clinical population

Afroditi Stefani,¹ Anna Mavridou,² Stelios Chatziioannidis,³ Vasilios P. Bozikas,³
Agorastos Agorastos³

¹*School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki,*

²*2nd Department of Psychiatry, Psychiatric Hospital of Thessaloniki,*

³*2nd Department of Psychiatry, Division of Neurosciences, School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*

ARTICLE HISTORY: Received 3 October 2023/Revised 15 February 2024/Published Online 27 February 2025

ABSTRACT

Exposure to childhood trauma experiences shows a high prevalence worldwide, with approximately two-thirds of the general population reporting traumatic experiences during childhood. The valid psychometric assessment of childhood trauma experience represents, however, a significant challenge in clinical research and practice. The Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF) embodies the most valid and widely used tool for the retrospective assessment of traumatic experiences during childhood to date. The purpose of this study was the Greek translate the questionnaire and its validation in both a general and clinical population. Participants completed electronically the Greek translation of the CTQ-SF, the Early Trauma Questionnaire (ETI-SR-SF), the Trauma Symptom Checklist (TSC-40), the Positive and Negative Affect Scale (PANAS- SF), the Well-Being Index (WHO-5) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-4) to examine psychometric properties of the questionnaire (e.g., internal consistency, concurrent, convergent and divergent validity), but also to investigate the relationship between childhood trauma exposure and psychological well-being and symptoms of anxiety and depression. The total study sample (TS) consisted of 722 adults (606 women), of which 155 declared the existence of a psychiatric diagnosis (PD) and 567 constituted the general population (GP) sample. The most common trauma types reported were emotional abuse (29.1%), emotional neglect (23.7%), and physical abuse (24.6%). The CTQ-SF questionnaire showed high levels of internal consistency based on the Cronbach α coefficient (TS=0.92, PD=0.92, GP=0.92), high concurrent and convergent validity, and satisfactory convergent validity. In addition, self-reported childhood trauma was highly positively correlated to negative affects and anxiety and depression symptoms, as well as negatively to psychological well-being. Our results confirm that the Greek Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF) is a reliable and valid tool that can be used for the retrospective assessment of traumatic childhood experiences both in the general and in the clinical adult Greek population.

KEYWORDS: Childhood trauma, abuse, neglect, translation, reliability, validation.

Ανασκόπηση

Διαταραχή μετατραυματικού στρες σε πρόσφυγες και θεραπευτικές παρεμβάσεις βασισμένες στη γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση: Συστηματική ανασκόπηση

Παναγιώτα Καρβελά,¹ Χρυσοβαλάντης Παπαθανασίου^{1,2}

¹Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ),

²Εργαστήριο Κλινικής Ψυχολογίας και Ψυχοπαθολογίας, Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Αναπτυξιακής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 12 Δεκεμβρίου 2023/Αναθεωρήθηκε 19 Μαρτίου 2024/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 18 Σεπτεμβρίου 2024

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) συνδέεται με το βίωμα τραυματικών γεγονότων και σχετίζεται σημαντικά με τον πόλεμο και τον αναγκαστικό εκτοπισμό. Οι προσφυγικοί πληθυσμοί χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό ευαλωτότητας για την ανάπτυξη PTSD, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με ψυχοπαιστικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις τρεις διακριτές φάσεις του μεταναστευτικού ταξιδιού. Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια συστηματικής ανασκόπησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων που βασίζονται στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Προσέγγιση και εφαρμόζονται σε πρόσφυγες που έχουν διαγνωστεί με PTSD. Για τον σκοπό αυτόν πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων: Google Scholar, PubMed και Science Direct. Εντοπίστηκαν 40 μελέτες, από τις οποίες οι 16 πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης, οι πιο συνηθισμένες παρεμβάσεις είναι η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), η Αφηγηματική Θεραπεία Έκθεσης (NET) και η Απευαισθητοποίηση και Αναπροσαρμογή μέσω οφθαλμικών κινήσεων (EMDR). Πιο συγκεκριμένα, η CBT βοηθά το άτομο να κατανοήσει και να επανεξετάσει τις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα που προκαλούνται από το τραυματικό γεγονός, με αποτέλεσμα τη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Έπειτα, η NET υποστηρίζει ότι το άτομο, όταν μιλά για τα τραυματικά γεγονότα τοποθετώντας τα σε μία χρονολογική σειρά, μπορεί σταδιακά να επαναπροσδιορίσει τις αρνητικές συσχετίσεις και αποκρίσεις που σχετίζονται με το τραύμα. Τέλος, η EMDR εστιάζει στη μνήμη και στο πώς αποθηκεύονται οι αναμνήσεις στον εγκέφαλο. Σκοπός της είναι η μείωση της έντασης των συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, όταν αυτό ανασύρεται. Και οι τρεις προσεγγίσεις φαίνεται να έχουν μελετηθεί και να αποδίδουν αξιόπιστα αποτελέσματα. Άλλες μορφές θεραπευτικών παρεμβάσεων περιορίζονται λόγω μεθοδολογικών ζητημάτων, καθώς και λόγω υιοθέτησης τυποποιημένων προσεγγίσεων που δεν επιτρέπουν την εις βάθος κατανόηση του τραύματος στον προσφυγικό πληθυσμό. Προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση των μακροχρόνιων συμπτωμάτων του τραύματος στους πρόσφυγες, προκειμένου να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Πρόσφυγες, Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ), θεραπευτικές παρεμβάσεις, Γνωσιακή Συμπεριφορική Προσέγγιση.

Εισαγωγή

Οι προσφυγικές ροές αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη μετα-νεωτερικότητα. Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, μέχρι τα μέσα του 2023, υπολογίζεται ότι 110 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τις εστίες τους λόγω διώξεων, συγκρούσεων, βίας, παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και γεγονότων που διαταράσσουν σοβαρά τη δημόσια τάξη. Από αυτούς 36,4 εκατομμύρια ήταν πρόσφυγες, 6,1 εκατομμύρια ήταν αιτούντες άσυλο, 62,5 εκατομμύρια ήταν εσωτερικά εκτοπισμένοι και 5,3 εκατομμύρια ήταν άλλα άτομα που έχρηζαν διεθνούς προστασίας. Οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος φαίνεται να είναι αυτές που φιλοξένησαν το 75% των προσφύγων σε όλο τον κόσμο, ενώ οι λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες παρείχαν άσυλο στο 20% των αιτούντων. Αναφορικά με τους αιτούντες άσυλο, οι νέες αιτήσεις, κατά το πρώτο εξάμηνο του 2023, ανήλθαν σε 1,6 εκατομμύρια. Μεγαλύτερος αποδέκτης είναι οι ΗΠΑ με 540.600 νέες αιτήσεις, ενώ ακολουθούν η Γερμανία, η Ισπανία, το Μεξικό και η Γαλλία. Ταυτόχρονα, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ, το 52% των προσφύγων και ατόμων που χρήζουν διεθνούς προστασίας προέρχονται κυρίως από τρεις χώρες. Αυτές είναι η Συρία (6,5 εκατομμύρια), το Αφγανιστάν (6,1 εκατομμύρια) και η Ουκρανία (5,9 εκατομμύρια). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το 69% των προσφύγων έχουν μετακινηθεί σε γειτονικές χώρες της χώρας καταγωγής τους.¹

Οι πρόσφυγες παρουσιάζουν εξασθενημένη ψυχική υγεία και χαμηλά ποσοστά ευεξίας, τα οποία συνδέονται με ψυχοπαιστικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις φάσεις του μεταναστευτικού ταξιδιού.² Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η διαδικασία της μετανάστευσης περιλαμβάνει τρία διακριτά στάδια, κατά τη διάρκεια των οποίων τα άτομα είναι πιθανό να βιώσουν ποικίλες τραυματικές εμπειρίες: (α) το διάστημα που διανύουν στη χώρα καταγωγής τους, (β) την περίοδο μετάβασης στη νέα χώρα υποδοχής και (γ) τη περίοδο μετά τη μετάβαση και ένταξή τους εντός του πολιτισμικού πλαισίου της νέας κοινότητας όπου έχουν εγκατασταθεί.³ Πριν από τη φυγή και κατά τη διάρκεια αυτής, οι πρόσφυγες εκτίθενται σε τραυματικά ερεθίσματα και γεγονότα, όπως ο πόλεμος, η βία, τα βασανιστήρια και οι διώξεις. Κατά τη διάρκεια της μετακίνησης, τα εκτοπισμένα άτομα μπορεί να αντιμετωπίσουν πρόσθετες προκλήσεις και κινδύνους, όπως ο χωρισμός από αγαπημένα τους πρόσωπα, η βία και η εκμετάλλευση.^{4,5} Οι δυσμενείς εμπειρίες συνεχίζονται και στη χώρα επανεγκατάστασης (resettlement), καθώς οι αιτούντες διεθνή προστασία αντιμετωπίζουν έλλειψη βασικών ειδών βιοτικής ανάγκης, διαμένουν σε επισφαλείς συνθήκες (σε διαμερίσματα με

άλλους ή σε κτήρια υπό κατάληψη) ή βρίσκονται σε αστεγία, υφίστανται διακρίσεις και αντιμετωπίζουν θεσμικό ρατσισμό, δεν διαθέτουν δίκτυο κοινωνικής προστασίας, είναι αποπροσανατολισμένοι λόγω γλωσσικών και πολιτισμικών διαφορών και νιώθουν αβεβαιότητα και ανασφάλεια. Ταυτόχρονα, οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με νομικο-διοικητικά ζητήματα, την πιθανότητα απέλασης στη χώρα από την οποία διέφυγαν και την παρατεταμένη διαμονή σε κέντρα κράτησης και κλειστές ελεγχόμενες δομές μέχρι να ολοκληρωθεί η εξέταση του αιτήματος για άσυλο, αυξάνουν την ψυχική ευαλωτότητα της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού.⁶⁻¹⁰

Οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στην επανομαζόμενη «τραυματική μετανάστευση», η οποία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας γενικά και ιδιαίτερα για διαταραχή μετατραυματικού στρες (Post-traumatic stress disorder/PTSD).¹¹

Αποτελέσματα μελετών καταδεικνύουν ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες μετά τη μετανάστευση προβλέπουν σημαντικά επίπεδα στρες, ανάλογα με εκείνα που παρατηρούνται έπειτα από την έκθεση στην εμπειρία του πολέμου.¹²⁻¹⁵ Επίσης, σύμφωνα με έρευνες, οι στρεσογόνοι παράγοντες μετά τη μετανάστευση οφείλονται για τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους που παρατηρούνται στον προσφυγικό πληθυσμό, ενώ ταυτόχρονα συσχετίζονται θετικά με την PTSD.¹⁵⁻¹⁷ Σύμφωνα με έρευνα των Williams & Thomson,¹⁸ η PTSD είναι ένα από τα πιο συχνά αναφερόμενα ζητήματα ψυχικής υγείας που εντοπίζονται στον προσφυγικό πληθυσμό, ενώ η συστηματική ανασκόπηση των Fazel et al¹⁹ καταδεικνύει ότι οι πρόσφυγες έχουν δέκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για PTSD σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό στις χώρες στις οποίες εγκαθίστανται.

Οι στρεσογόνοι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του προσφυγικού πληθυσμού μπορούν να κατανοηθούν καλύτερα μέσα από το πρίσμα του οικολογικού κοινωνικού μοντέλου. Σύμφωνα με αυτό, παράγοντες σε πολλαπλά επίπεδα (άτομο, οικογένεια, κοινότητα και κοινωνία) επηρεάζουν την ανθρώπινη ανάπτυξη και πορεία. Η δυσφορία λοιπόν των προσφύγων προέρχεται όχι μόνο από τη βία του πολέμου, αλλά και από άλλες στρεσογόνες συνθήκες της καθημερινότητας που σχετίζονται με βιολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες. Το οικολογικό μοντέλο του προσφυγικού στρες περιλαμβάνει παράγοντες κινδύνου ανάλογα με το στάδιο του προσφυγικού ταξιδιού και τα διαφορετικά επίπεδα του ευρύτερου συστήματος. Το συγκεκριμένο μοντέλο τονίζει πως αξίζει να σταθούμε όχι μόνο στον πόλεμο και στις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτού, αλλά και στους στρεσογόνους παράγοντες του εκτοπισμού και της προσαρμογής στο νέο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.²

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι τα συμπτώματα της PTSD είναι δυνατόν να προκληθούν από διάφορους παράγοντες. Τα ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT) για την αντιμετώπιση της PTSD στον ενήλικο προσφυγικό πληθυσμό είναι αποτελεσματικές, καθώς στοχεύουν τόσο σε μεμονωμένες σκέψεις και συναισθήματα όσο και στο κομμάτι της κοινωνικής και κοινοτικής υποστήριξης και στις κοινωνικές προκλήσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές εστιάζουν στο τραύμα και έχουν ως στόχο τον περιορισμό των συμπτωμάτων ή/και τη θεραπεία του μετατραυματικού στρες.²⁰⁻²²

Η CBT περιλαμβάνει μια ποικιλία θεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην αντιμετώπιση διαφορετικών πτυχών των ψυχολογικών διαταραχών. Αυτές οι παρεμβάσεις βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα και έχουν προσαρμοστεί για να θεραπεύουν ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων. Ωστόσο, ποιες από αυτές φαίνεται –σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία– να είναι πιο αποτελεσματικές στον ενήλικο προσφυγικό πληθυσμό που έχει διαγνωστεί με PTSD;

Στο παραπάνω ερώτημα καλείται να απαντήσει η παρούσα συστηματική ανασκόπηση, η οποία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του MESUR (Mental Health Support for Ukrainian Refugees), ενός ερευνητικού προγράμματος που υλοποιείται από την Ευρωπαϊκή Συμμαχία κατά της Κατάθλιψης (European Alliance against Depression).

Υλικό και Μέθοδος

Για να διασφαλιστεί η τυποποίηση, η συστηματική ανασκόπηση διενεργήθηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)^{23,24}

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε ανασκοπική αναζήτηση στο Google Scholar, προκειμένου να διερευνηθεί η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με τις ψυχολογικές παρεμβάσεις CBT για πρόσφυγες, η οποία καθόρισε τα κριτήρια επιλεξιμότητας (πίνακας 1).

Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μηχανές αναζήτησης: Google Scholar, Pubmed και Science Direct. Η επιλογή τριών βάσεων δεδομένων στηρίχθηκε στην πρόθεση πρόσβασης σε ποικίλες πηγές από ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών κλάδων.

Δεν τέθηκε χρονικός περιορισμός ως προς το έτος δημοσίευσης των ερευνών και οι μελέτες που αξιολογήθηκαν ήταν γραμμένες στην αγγλική γλώσσα. Οι λέξεις κλειδιά, με τη χρήση των συνδυαστικών λέξεων «and» και «or», ήταν οι εξής: «refugee», «asylum seekers», «forced migrant», «displaced person», «Posttraumatic Stress Disorder», «PTSD», «psychological therapies», «psychological treatments», «psychotherapies», «psychological

interventions», «Cognitive Behavioral Therapy (CBT)», «Cognitive Behavioral Approach». Η αναζήτηση των λέξεων κλειδιών έγινε στον τίτλο και στην περίληψη των επιστημονικών άρθρων.

Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται το διάγραμμα ροής PRISMA, το οποίο απεικονίζει τη διαδικασία επιλογής των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση. Οι μελέτες που ανακτήθηκαν από τις αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων εισήχθησαν στο EndNote και τα διπλότυπα αφαιρέθηκαν. Στη συνέχεια, αξιολογήθηκαν «χειροκίνητα» ο τίτλος και η περίληψη της κάθε μελέτης βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας, προκειμένου να ελεγχθεί η συνάφεια με τον ερευνητικό στόχο.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ανάκτηση 40 δυνητικά κατάλληλων μελετών. Δύο ερευνητές διάβασαν παράλληλα και αξιολόγησαν το πλήρες κείμενο αυτών των μελετών. Όποτε ήταν απαραίτητο, οι ερευνητές επικοινωνούσαν μεταξύ τους για να διευκρινίσουν ζητήματα που είχαν σχέση με τα κριτήρια ένταξης αυτής της ανασκόπησης. Στο τέλος αυτής της διαδικασίας, 16 μελέτες έγιναν αποδεκτές και αποτέλεσαν το δείγμα της ανασκόπησης.

Μετά την επιλογή των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, έγινε εξαγωγή των παρακάτω δεδομένων από κάθε μελέτη: το όνομα του πρώτου συγγραφέα και ο χρόνος διεξαγωγής της μελέτης, ο τίτλος, η χώρα διεξαγωγής της μελέτης, ο σκοπός, το δείγμα, το πλαίσιο, το ερευνητικό σχέδιο, τα εργαλεία μέτρησης, η θεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε και τα αποτελέσματα της παρέμβασης (πίνακας 2).

Επίσης, επιχειρήθηκε αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών που αποτέλεσαν το υλικό της ανασκόπησης, βάσει του συστήματος GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system). Οι περισσότερες από τις μελέτες που εξετάστηκαν, παρουσιάζουν υψηλή ποιότητα, σύμφωνα με τα πέντε κριτήρια του συστήματος: (α) κίνδυνος μεροληψίας, (β) ακρίβεια, (γ) ασυνέπεια, (δ) έμμεση αναφορά και ε) μεροληψία δημοσίευσης (πίνακας 3).

Δεν πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση λόγω της ετερογένειας των μελετών ως προς το ερευνητικό σχέδιο και τον τύπο παρέμβασης. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση (narrative synthesis) αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων CBT στον ενήλικο προσφυγικό πληθυσμό, η οποία παρουσιάζεται παρακάτω.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα οφέλη και λειτουργούν

Πίνακας 1. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού μελετών στη συστηματική ανασκόπηση.

	Ένταξη	Αποκλεισμός	Αιτιολογία
Δείγμα	Το δείγμα περιλαμβάνει πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, εξαναγκασμένους μετανάστες ή εκτοπισθέντες.	Η μελέτη χρησιμοποιεί ως δείγμα οικονομικούς μετανάστες, εθνοτικές μειονότητες ή θρησκευτικές ομάδες.	Διασφαλίζει ότι όλες οι μελέτες που περιλαμβάνονται είναι σχετικές με τον σκοπό της ανασκόπησης.
Φαινόμενο ενδιαφέροντος	Ψυχολογικές παρεμβάσεις που στηρίζονται στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Προσέγγιση.	α. Ψυχολογικές παρεμβάσεις που στηρίζονται σε άλλες προσεγγίσεις, όπως, για παράδειγμα, ψυχοδυναμική, προσωποκεντρική, υπαρξιακή, συστημική, gestalt κ.ά. β. Παρεμβάσεις που υλοποιούνται από ομότιμους στο πλαίσιο της μετατόπισης εργασιακών καθηκόντων (task-shifting) ή ομάδων αυτοβοήθειας.	Διασφαλίζει ότι όλες οι μελέτες που περιλαμβάνονται είναι σχετικές με τον σκοπό της ανασκόπησης.
Ερευνητικό σχέδιο	Παρέχει ποσοτικά, εμπειρικά δεδομένα που είναι επαληθεύσιμα.	Δεν περιλαμβάνει κανένα ποσοτικό στοιχείο και/ή είναι ποιοτική έρευνα.	Διασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα αυτής της ανασκόπησης βασίζονται σε εμπειρικά ποσοτικά δεδομένα και σχετίζονται με τους ερευνητικούς στόχους.
Μέτρηση	Πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα εργαλείο ποσοτικής μέτρησης της αλλαγής στην ψυχική υγεία.	Το μέτρο που χρησιμοποιείται δεν σχετίζεται με αλλαγές στην ψυχική υγεία.	Διασφαλίζει ότι όλες οι μελέτες που περιλαμβάνονται είναι σχετικές με τον σκοπό της ανασκόπησης.
Είδος έρευνας	Πρέπει να είναι μια πρωτότυπη ερευνητική μελέτη, η οποία πέρασε τη διαδικασία διπλής-τυφλής αξιολόγησης από ομότιμους.	Μελέτες που δεν έχουν αξιολογηθεί από ομότιμους, βιβλιοκριτικές, βιβλία, ερευνητικά πρωτόκολλα, γκρίζα βιβλιογραφία.	Οι μελέτες που έχουν αξιολογηθεί από ομότιμους διασφαλίζουν την υψηλή ποιότητα της δημοσιευμένης έρευνας.
Γεωγραφική περιοχή	Σε μια χώρα επανεγκατάστασης.	Στη χώρα προέλευσης, σε καταυλισμούς προσφύγων ή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ασύλου.	Διασφαλίζει ότι όλες οι μελέτες που περιλαμβάνονται είναι σχετικές με τον σκοπό της ανασκόπησης.
Χρονική περίοδος	Δίχως χρονικό περιορισμό.		Διασφαλίζει πλήρη και αμερόληπτη συμπερίληψη όλων των σχετικών μελετών, καταγράφοντας το πλήρες εύρος και την εξέλιξη της έρευνας στο υπό μελέτη θέμα.
Γλώσσα	Αγγλική	Οποιαδήποτε μελέτη γραμμένη σε άλλη γλώσσα.	Διασφαλίζεται η πρόσβαση στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς τα διεθνή περιοδικά εκδίδουν άρθρα στην αγγλική γλώσσα.

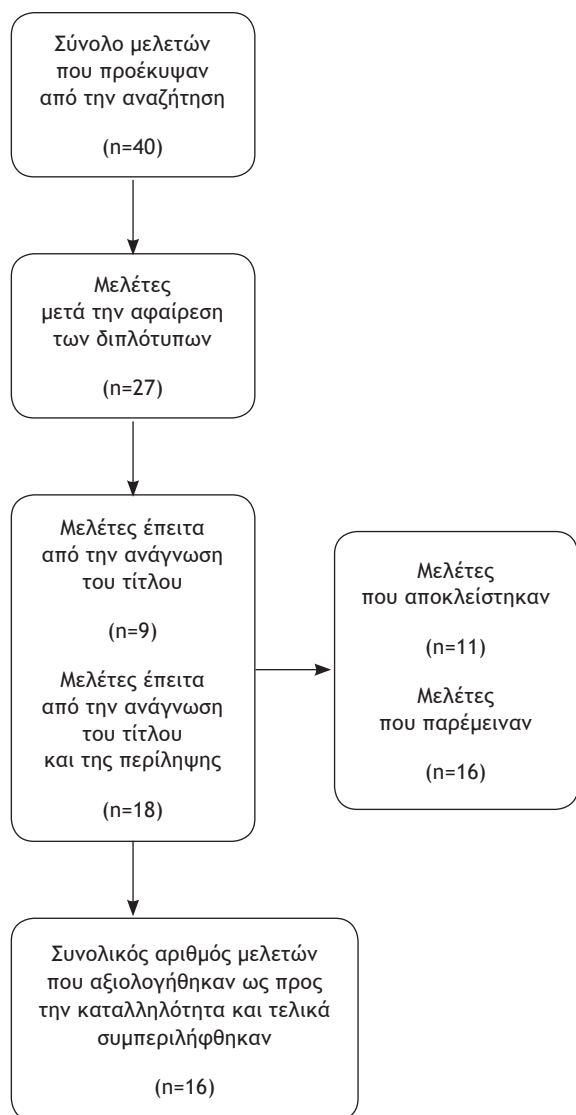
αποτελεσματικά στη θεραπεία του τραύματος σε πρόσφυγες είναι: η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), η Αφηγηματική Θεραπεία Έκθεσης (NET) και η Απευαισθητοποίηση και Επαναπροσαρμογή μέσω οφθαλμικών κινήσεων (EMDR).²⁵⁻²⁹ Παρακάτω θα παρουσιάσουμε τις έρευνες που τεκμηριώνουν βάσει εμπειρικών δεδομένων την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων.

Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις βάσει της CBT για πρόσφυγες, οι οποίοι έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα, έχουν μελετηθεί συστηματικά και υποστηρίζουν την

αποτελεσματικότητα της εφαρμογής της σε αυτόν τον πληθυσμό.

Οι Hinton et al^{30,31} προσάρμοσαν διαπολιτισμικά τη θεραπεία CBT και δοκίμασαν την εφαρμογή της σε τραυματισμένους πρόσφυγες από την Καμπότζη. Με αυτήν την προσαρμογή, προσπάθησαν να μελετήσουν τη συσχέτιση των αισθήσεων με τις καταστροφικές γνώσεις, τους συσχετισμούς του τραύματος και τις διαπολιτισμικές προσδοκίες σχετικά με τη θεραπεία. Σε μία τυχαίοποιημένη μελέτη, οι Hinton et al³⁰ αναφέρουν ύφεση της PTSD σε 12 ασθενείς (60%) μετά τη θεραπεία CBT, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, όπου δεν παρατηρήθηκε καμία βελτίωση. Σε μία άλλη μελέτη, οι Buhman et al,³²



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής PRISMA 2009 για την επιλογή των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση

μελέτησαν τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις της CBT και των αντικαταθλιπτικών σε πρόσφυγες που είχαν τραυματιστεί ψυχικά. Οι συμμετέχοντες ήταν πρόσφυγες με τραυματικές εμπειρίες σχετιζόμενες με τον πόλεμο και είχαν διαγνωστεί με PTSD. Χωρίστηκαν σε τέσσερις διαφορετικές ομάδες. Η πρώτη ομάδα έλαβε ψυχοεκπαίδευση σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά, η δεύτερη ομάδα έλαβε θεραπεία CBT, η τρίτη ομάδα έλαβε συνδυασμό ψυχοεκπαίδευσης, αντικαταθλιπτικών και CBT, ενώ η τέταρτη ομάδα αποτελούσε τη λίστα αναμονής. Οι συμμετέχοντες που τυχαιοποιήθηκαν στη λίστα αναμονής έλαβαν συνδυαστική θεραπεία έξι μήνες μετά. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση, με την πάροδο του χρόνου, στα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους, καθώς και στο επίπεδο λειτουργικότητας των ατόμων.

Παράλληλα, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που εστιάζει στη γνωσιακή επεξεργασία επιβεβαιώνουν τα ευρήματα μιας άλλης μελέτης, η οποία πραγματοποιήθηκε σε 53 πρόσφυγες από τη Βοσνία και το Αφγανιστάν. Οι ερευνητές ενθαρρύνουν την εφαρμογή θεραπειών που βασίζονται στη CBT για την καταπολέμηση του τραύματος, ιδιαίτερα όταν αυτές πραγματοποιούνται από κάποιον διερμηνέα.³³ Στη διαδικασία της διερμηνείας, όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση της PTSD σε πρόσφυγες, στάθηκαν και οι *d' Ardenne et al.*³⁴ Σε αυτή τη μελέτη συνέκριναν τα αποτελέσματα προσφύγων που έλαβαν CBT μέσω διερμηνέα με εκείνα των προσφύγων που έλαβαν τη θεραπεία σε μία μόνο γλώσσα. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν σημαντική βελτίωση και για τις δύο ομάδες, γεγονός που επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της CBT στη PTSD.

Τέλος, σύμφωνα με τους Raunivic & Ost,³⁵ η έκθεση σε ερεθίσματα και εικόνες που σχετίζονται με το τραύμα είναι αποτελεσματική τόσο όταν εφαρμόζεται μόνη της όσο και όταν συνδυάζεται με γνωστική επανερμηνεία των συμπτωμάτων και τεχνικές αναπνοής.

Αφηγηματική Θεραπεία Έκθεσης (ΑΘΕ)

Η Αφηγηματική Θεραπεία Έκθεσης (Narrative Exposure Therapy/NET) είναι μία βραχεία προσέγγιση που βασίζεται στη CBT. Ο στόχος είναι διττός. Από τη μία αποσκοπεί στην εξοικείωση με τη συναισθηματική αντίδραση που προκαλούν οι υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος και από την άλλη στη διαμόρφωση μιας λεπτομερούς αφήγησης του γεγονότος και των συνεπειών του.³⁶

Η πρώτη τυχαιοποιημένη μελέτη που εξετάζει αν η NET προκαλεί αλλαγές στην επεξεργασία του συναισθηματικού ερεθίσματος σε πρόσφυγες με χρόνια PTSD, πραγματοποιήθηκε από τους Adanauer et al.³⁷ Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η NET προκαλεί αύξηση της δραστηριότητας σε περιοχές του φλοιού που σχετίζονται με τη ρύθμιση της προσοχής προς τις αποκρουστικές εικόνες. Αυτή η αύξηση της προσοχής σε πιθανές ενδείξεις απειλής μπορεί να επιτρέψει στα άτομα που λαμβάνουν NET να επανεκτιμήσουν τον πραγματικό κίνδυνο της εκκástοτε κατάστασης και, ως εκ τούτου, τα συμπτώματα της PTSD να μειωθούν.

Σύμφωνα με τους Neuner et al,³⁶ η NET μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της PTSD. Στη μελέτη που πραγματοποίησαν σε προσφυγικό πληθυσμό με PTSD, χώρισαν τους συμμετέχοντες σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα έλαβε 4 συνεδρίες NET και η δεύτερη έλαβε 4 συνεδρίες συμβουλευτικής ή ψυχοεκπαίδευσης. Έναν χρόνο μετά τη θεραπεία, μόνο το 29% των συμμετεχόντων στη θεραπεία NET εξακολούθησαν να πληρούν τα κριτήρια για PTSD, σε αντίθεση με τα ποσοστά 79%

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά στοιχεία μελετών που συμπεριλήφθηκαν.

Συγγραφέας/-είς & χρονολογία	Τίτλος	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Πλαίσιο	Ερευνητικό σχέδιο	Εργαλεία μέτρησης	Τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	Αποτελέσματα
Hinton, 2005	A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design	USA	Θεραπευτική αποτελεσματικότητα μιας πολιτισμικά προσαρμοσμένης θεραπείας CBT σε πρόσφυγες με PTSD και κρίσεις πανικού	40 πρόσφυγες από την Καμπότζη	Κλινική που παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε πρόσφυγες από την Καμπότζη	Randomized	ASI, CAPS, N-PASS, O-PASS, N-FSS, O-FSS, SCL-90-R	CBT	Μέσω της ΓΣΘ παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στον φόβο σχετικά με τις σωματικές αισθήσεις που προκαλεί το άγχος, στη σοβαρότητα της PTSD και στις κρίσεις πανικού.
Hinton, 2008	The Panic Attack-Posttraumatic Stress Disorder Model: Applicability to Orthostatic Panic Among Cambodian Refugees	USA	Panic Attack PTSD Model: Πώς προβλέπεται πως δημιουργούνται οι κρίσεις πανικού και πώς οι κρίσεις πανικού επιδεινώνουν τη PTSD	130 πρόσφυγες από την Καμπότζη	Ψυχιατρική κλινική που παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε πρόσφυγες από την Καμπότζη	Randomized	ASI, CAPS, N-PASS, O-PASS, N-FSS, O-FSS	CBT	΄Panic Attack- PTSD Model': αποτελεσματικό στον ορθοστατικό πανικό, στη PTSD και σε ορισμένα δυσφορικά δίκτυα, όπως στη συσχέτιση τραύματος και καταστροφικών γνωσιών.
Buhman, 2018	Long-term treatment effect of trauma affected refugees with flexible cognitive behavioral therapy and antidepressants	Denmark	Μακροχρόνια αποτελέσματα θεραπείας CBT και αντικαταθλιπτικών σε πρόσφυγες με PTSD	217 πρόσφυγες	Competence Centre for Transcultural Psychiatry	Randomized	ICD-10, HTQ, HSCL-25, SCL-90, HRSD, HSRA	CBT	Με την πάροδο του χρόνου παρατηρήθηκε βελτίωση στα συμπτώματα PTSD, κατάθλιψης και άγχους.
Schulz, 2006	The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with Refugees in a Community Setting	USA	Κατά πόσο η CBT είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων PTSD σε πρόσφυγες	53 πρόσφυγες από τη Βοσνία και το Αφγανιστάν	Κοινοτικός οργανισμός ψυχικής υγείας που εξυπηρετεί πρόσφυγες πολέμου	Non Randomized	PSS	CBT	Αποτελεσματικότητα CBT είτε αυτή εφαρμόζεται απευθείας είτε μέσω διερμηνέα

Συνεχίζεται

Πίνακας 2. Συνέχεια

Συγγραφέας/-είς & χρονολογία	Τίτλος	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Πλαίσιο	Ερευνητικό σχέδιο	Εργαλεία μέτρησης	Τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	Αποτελέσματα
D'Ardenne, 2017	Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in Est London	London	Κατά πόσο η εφαρμογή CBT με διερμηνέα για την αντιμετώπιση PTSD είναι εφικτή	128 πρόσφυγες	Κλινική που εξειδικεύεται στην θεραπεία PTSD	Randomized	IES, BDI, MANSA	CBT	Τα ευρήματα ενθαρρύνουν την εφαρμογή CBT με ή χωρίς διερμηνέα, καθώς φαίνεται να συμβάλει στη βελτίωση των συμπτωμάτων PTSD.
Paunivic & Ost, 2001	Cognitive behavior for therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD refugees	Stockholm	Κατά πόσο η CBT και Exposure Therapy είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση PTSD σε πρόσφυγες	20 πρόσφυγες	Ψυχιατρική κλινική	Randomized	CAPS-IV, HAMP-D, HAM-A, PSS-SR, IES-R, BAI, STAI-S+T, BDI, QOLI, WAS	CBT	Η θεραπεία εκθεσης και η CBT μείωσαν τα συμπτώματα της PTSD, το γενικευμένο άγχος και την κατάθλιψη. Τα οφέλη της θεραπείας διατηρήθηκαν και κατά τη διεξαγωγή follow-up.
Adenauer, 2011	Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli evidence from a randomized controlled treatment trial.	Germany	Μπορεί η NET να φέρει αλλαγές στην επεξεργασία του συναισθηματικού ερεθίσματος σε πρόσφυγες με χρόνια συμπτώματα PTSD;	34 πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο	Τμήμα Ψυχολογικής Έρευνας και Εξωτερικά Ιατρεία, Πανεπιστήμιο Konstanz	Randomized	CAPS, MEG, HAM-D, HDRS, MINI	NET	Μείωση των συμπτωμάτων PTSD και κατάθλιψης
Neuner, 2004	A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in African Refugee	Sweden	Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας NET	43 πρόσφυγες από την Ουγκάντα	Στα πλαίσια προγράμματος για την διερεύνηση δημογραφικών στοιχείων που αφορούν στην αναγκαστική μετανάστευση	Randomized	PDS, Composite International Diagnostic Interview-PTSD part, SRQ-20, SF-12	NET	Κατά τη διεξαγωγή follow-up 12 μήνες μετά, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων PTSD.

Πίνακας 2. Συνέχεια

Συγγραφέας/-είς & χρονολογία	Τίτλος	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Πλαίσιο	Ερευνητικό σχέδιο	Εργαλεία μέτρησης	Τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	Αποτελέσματα
Neuner, 2008	Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial	Uganda	Κατά πόσο οι εκπαιδευμένοι σύμβουλοι μπορούν να δράσουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση PTSD σε πρόσφυγες	277 πρόσφυγες από τη Ρουάντα και τη Σομαλία	Προσφυγικός οικισμός Nakivale	Randomized	PDS, Physical Symptom Score	NET	Η συμβουλευτική για το τραύμα και η NET είχαν ως αποτέλεσμα σημαντικές βελτιώσεις στα συμπτώματα της PTSD και στη σωματική υγεία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.
Neuner, 2009	Can Asylum Seekers with Posttraumatic Stress Disorder be Successfully Treated? A randomized Controlled Pilot Study	Germany	Κατά πόσο η θεραπεία εστιασμένη στο τραύμα είναι αποτελεσματική για αιτούντες άσυλο με σοβαρά συμπτώματα PTSD	32 πρόσφυγες αιτούντες άσυλο	Τμήμα Ψυχολογικής Έρευνας και Εξωτερικά Ιατρεία, Πανεπιστήμιο Konstanz	Randomized	PDS, VCOV, CIDI-C, HSCL-25	NET	Έξι μήνες μετά τη θεραπεία, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων PTSD στους συμμετέχοντες στη θεραπεία NET, αλλά όχι στην ομάδα που έλαβε τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται συνήθως.
Hensel-Dittmann, 2011	Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training	Germany	Σύγκριση δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων, NET και SIT, στην αντιμετώπιση PTSD που σχετίζεται με τον πόλεμο	28 πρόσφυγες	Τμήμα Ψυχολογικής Έρευνας και Εξωτερικά Ιατρεία, Πανεπιστήμιο Konstanz	Randomized	CAPS, MINI	NET	Σημαντική μείωση στη σοβαρότητα της PTSD βρέθηκε μετά την εφαρμογή της θεραπείας NET. Η μείωση των συμπτωμάτων της PTSD στην ομάδα NET βρέθηκε μεταξύ του pretest και των δύο follow-ups.
Halvorsen & Stenmark, 2010	Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial	Norway	Κατά πόσο η NET είναι αποτελεσματική σε πρόσφυγες με εμπειρίες βασανιστηρίων	16 πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο	Εξωτερικά ιατρεία Ψυχιατρικής Κλινικής	Non Randomized	CAPS, HAM-D	NET	Οι βαθμολογίες PTSD και κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά από την περίοδο προ-θεραπείας έως τη διεξαγωγή follow-up 6 μήνες μετά

Συνεχίζεται

Πίνακας 2. Συνέχεια

Συγγραφέας/-είς & χρονολογία	Τίτλος	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Πλαίσιο	Ερευνητικό σχέδιο	Εργαλεία μέτρησης	Τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	Αποτελέσματα
Acarturk, 2015	EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial	Turkey	Εξέταση της επίδρασης EMDR στη μείωση συμπτωμάτων PTSD και κατάθλιψης σε σύγκριση με όσους βρίσκονταν στη λίστα αναμονής	29 πρόσφυγες από τη Συρία	Camp προσφύγων Kilis	Randomized	IES-R, BDI-II	EMDR	Η ομάδα που έλαβε την παρέμβαση EMDR παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στο τέλος της θεραπείας.
Acarturk, 2016	The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial	Turkey	Εξέταση της επίδρασης EMDR στη μείωση συμπτωμάτων PTSD και κατάθλιψης σε σύγκριση με όσους βρίσκονταν στη λίστα αναμονής	98 πρόσφυγες από τη Συρία	Camp προσφύγων Kilis	Randomized	HTQ, IES-R, BDI-II, HSCL-25, MINI	EMDR	Η ομάδα που έλαβε την παρέμβαση EMDR παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα PTSD και κατάθλιψης ένα μήνα μετά την εφαρμογή της παρέμβασης.
Ter Heide, 2011	EMDR versus stabilization in traumatized asylum seekers and refugees: results of a pilot study	Netherlands	Διερεύνηση αποτελεσματικότητας EMDR	20 πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο	Foundation Centrum '45: κέντρο για τη θεραπεία ψυχotraυματικών διαταραχών που προκύπτουν λόγω πολέμου, διώξεων και βία	Randomized	HTQ, HSCL-25, WHOQOL-BREF, SCID-1, MINI0	EMDR	Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές αναφορικά με τα συμπτώματα της PTSD.

Συνεχίζεται

Πίνακας 2. Συνέχεια

Συγγραφέας/-είς & χρονολογία	Τίτλος	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Πλαίσιο	Ερευνητικό σχέδιο	Εργαλεία μέτρησης	Τύπος θεραπευτικής παρέμβασης	Αποτελέσματα
Ter Heide, 2016	Eye movement desensitization and reprocessing therapy v. stabilization as usual for refugees: randomized controlled trial	Netherlands	Διερεύνηση ασφαλείας και αποτελεσματικότητας EMDR σε ενηλίκους πρόσφυγες με PTSD	72 πρόσφυγες	Foundation Centrum '45: κέντρο για τη θεραπεία ψυχοτραυματικών διαταραχών που προκύπτουν λόγω πολέμου, διώξεων και βία	Randomized	CAPS, HTQ, MINI, HSCL-25, WHOQOL-BREF	EMDR	Η άμεση εστίαση στις τραυματικές αναμνήσεις κατά την διάρκεια 12 ωρών EMDR σε πρόσφυγες που χρειάζονται εξειδικευμένη θεραπεία είναι ασφαλής, αλλά έχει περιορισμένη μόνο αποτελεσματικότητα.

Πίνακας 3. Αξιολόγηση ποιότητας για κάθε μελέτη σύμφωνα με τα κριτήρια GRADE.

Κριτήρια GRADE	Hinton (2005)	Hinton (2008)	Buhman (2018)	Schulz (2006)	D'Ardenne (2017)	Paunivic & Ost (2011)	Adenaauer (2011)	Neuner (2004)	Neuner (2008)	Neuner (2009)	Hensel-Dittmann (2011)	Halvorsen & Stenmark (2010)	Acarturk (2015)	Acarturk (2016)	Ter Heide (2011)	Ter Heide (2016)
Κίνδυνος Μεροληψίας	Χαμηλός	Χαμηλός	Μέτριος	Χαμηλός	Χαμηλός	Μέτριος	Χαμηλός	Χαμηλός	Χαμηλός	Χαμηλός	Χαμηλός	Μέτριος	Χαμηλός	Χαμηλός	Μέτριος	Χαμηλός
Ακρίβεια	Μέτρια	Μέτρια	Μέτρια	Μέτρια έως Υψηλή	Μέτρια	Υψηλή	Μέτρια	Μέτρια	Χαμηλή	Μέτρια	Μέτρια	Υψηλή	Υψηλή	Μέτρια	Υψηλή	Μέτρια
Ασυνέπεια	Δεν εφαρμόζεται (ΔΕ)	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ	ΔΕ
Έμμεση Αναφορά	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή
Μεροληψία Δημοσίευσης	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή
Ποιότητα GRADE	Υψηλή	Υψηλή	Μέτρια έως Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Μέτρια έως Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Υψηλή	Μέτρια	Υψηλή	Υψηλή	Χαμηλή έως Μέτρια	Υψηλή Μέτρια

και 80% όσων έλαβαν συμβουλευτική υποστήριξη και ψυχοεκπαίδευση αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, σκοπός μιας ακόμα τυχαίοποιημένης έρευνας ήταν να συγκριθούν τα αποτελέσματα δύο διαφορετικών θεραπειών για τη PTSD ως συνέπεια πολέμου. Οι θεραπείες αυτές ήταν η NET και η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες / ΕΕΚΣ (Stress Inoculation Training/SIT). Τα δεδομένα που προέκυψαν αποκαλύπτουν ότι οι θεραπείες έκθεσης, όπως η NET, οδηγούν σε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων PTSD σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο.³⁸

Σε μία ακόμα έρευνα των Neuner et al,³⁹ οι συμμετέχοντες που προέρχονταν από προσφυγικό πληθυσμό, διαμόρφωσαν τρεις ξεχωριστές ομάδες. Στην πρώτη ομάδα εφαρμόστηκε η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης, στη δεύτερη ομάδα εφαρμόστηκε μία πιο ευέλικτη συμβουλευτική διαδικασία σχετικά με το τραύμα, ενώ η τρίτη ομάδα δεν έλαβε καμία θεραπεία. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ενεργών θεραπειών. Ωστόσο, μετά από έξι μήνες παρακολούθησης, αναδείχθηκε η ανωτερότητα της NET στα συμπτώματα της PTSD και στη σωματική υγεία, σε σχέση με την ομάδα που δεν έλαβε καμία θεραπεία. Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε αργότερα, βρέθηκε ότι η NET έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τις θεραπείες που συνήθως χρησιμοποιούνταν τόσο στα συμπτώματα της PTSD όσο και στον πόνο, όχι όμως στην κατάθλιψη.⁴⁰

Τέλος, οι Halvorsen & Stenmark⁴¹ εφάρμοσαν, μέσω 10 συνεδριών, την αφηγηματική θεραπεία έκθεσης σε 16 πρόσφυγες. Προέκυψαν μέτρια θεραπευτικά οφέλη για τους συμμετέχοντες, τα οποία σχετιζόνταν με τα συμπτώματα της PTSD και της κατάθλιψης. Από τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα φαίνεται πως η αποτελεσματικότητα της NET για την αντιμετώπιση και καταπολέμηση των συμπτωμάτων της PTSD είναι τεκμηριωμένη. Παρόλα αυτά, δεν φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερα οφέλη από τις συνηθισμένες μορφές θεραπείας όταν χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση της κατάθλιψης και του άγχους.

Απευαισθητοποίηση και Επαναπροσαρμογή μέσω Οφθαλμικών Κινήσεων (EMDR)

Η μέθοδος Απευαισθητοποίηση και Επαναπροσαρμογή μέσω Οφθαλμικών Κινήσεων/ΑΕΟΚ (Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR) εστιάζει στο τραύμα και αποτελείται από πολλαπλά επίπεδα. Περιλαμβάνει τον σχεδιασμό της θεραπείας, την προετοιμασία του ασθενούς για την εστιασμένη στο τραύμα θεραπευτική διαδικασία, την απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία και τέλος την αξιολόγηση. Κατά τη διάρκεια της απευαισθητοποίησης και επανεπεξεργασίας, επιδιώκεται η εστίαση σε μία τραυματική εικόνα και κατ'

επέκταση στις σκέψεις, στις αισθήσεις, στα συναισθήματα και στις αναμνήσεις που αυτή προκαλεί, ενώ ταυτόχρονα συνδυάζεται με διεργασίες που απαιτούν προσοχή, όπως η οπτική παρακολούθηση των δαχτύλων του θεραπευτή.⁴²

Μέσα από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, εντοπίζονται δύο τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου EMDR. Πρόκειται για τις παρεμβάσεις των Acarturk et al,^{43,44} οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε πρόσφυγες από τη Συρία. Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της κατάθλιψης, η οποία διατηρήθηκε έως και έντεκα μήνες μετά όπου πραγματοποιήθηκε η διεξαγωγή του follow-up από τους ερευνητές.

Σε μία άλλη μελέτη⁴⁵ εφαρμόστηκε το μοντέλο EMDR σε πρόσφυγες που είχαν υποστεί κατά μέσον όρο δέκα τραυματικές εμπειρίες, με τα βασανιστήρια και την απώλεια ενός μέλους της οικογένειας να συγκαταλέγονται στα πιο συνηθισμένα. Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτρια βελτίωση σε συγκεκριμένα μόνο στοιχεία της PTSD. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μόνο 10 από τους 20 συμμετέχοντες κατάφεραν να ολοκληρώσουν τη μελέτη και να συμπεριληφθούν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Στη συνέχεια, οι Ter Heide et al⁴⁶ πραγματοποίησαν μία τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σε 72 πρόσφυγες, με σκοπό να διαπιστώσουν πόσο ασφαλές και αποτελεσματικό είναι το μοντέλο EMDR σε ενήλικους που έχουν εκτοπιστεί από τη χώρα προέλευσής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μοντέλο EMDR αποτελεί μία ασφαλή παρέμβαση για την αντιμετώπιση της PTSD στον προσφυγικό πληθυσμό. Ωστόσο, ο περιορισμένος αριθμός συνεδριών ενδέχεται να μην συμβάλει στην αποτελεσματική μείωση των συμπτωμάτων της PTSD. Για τον λόγο αυτόν, οι ερευνητές προτείνουν περαιτέρω διερεύνηση γύρω από τη συσχέτιση μεταξύ διεξαγωγής περισσότερων συνεδριών βάσει του μοντέλου EMDR και αποτελεσματικής αντιμετώπισης της PTSD σε πρόσφυγες.

Συζήτηση

Η εστίαση στη θεραπεία που θεωρείται καταλληλότερη για τους πρόσφυγες ξεκίνησε να θεωρείται πρόσφατα ξεχωριστός κλάδος στον τομέα της ψυχικής υγείας.^{45,46} Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της PTSD σε άτομα που έχουν εκτοπιστεί από τη χώρα προέλευσής τους λόγω πολέμου και η ανάδειξη των αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων για την καταπολέμηση του τραύματος βάσει της CBT.

Βάσει εμπειρικών δεδομένων, ξεχωρίζουν τρεις μορφές παρέμβασης που βασίζονται στη CBT, έχουν ερευνηθεί σε βάθος και αποκαλύπτουν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα: (α) η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, (β) η Αφηγηματική Θεραπεία Έκθεσης και (γ) η Απευαισθητοποίηση και Επαναπροσαρμογή μέσω Οφθαλμικών Κινήσεων. Και οι τρεις προσεγγίσεις φαίνεται να έχουν μελετηθεί εκτενώς και να προσφέρουν αξιόπιστα αποτελέσματα. Η αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι υπό διερεύνηση λόγω μεθοδολογικών ζητημάτων, καθώς και λόγω υιοθέτησης τυποποιημένων προσεγγίσεων που δεν επιτρέπουν την εις βάθος κατανόηση του τραύματος στον προσφυγικό πληθυσμό.⁴⁷

Συγκεκριμένα, άλλα είδη παρεμβάσεων βασίζονται στην εκφραστική θεραπεία μέσω τεχνών, όπως η μουσικοθεραπεία και η δραματοθεραπεία. Ακόμη, βρέθηκαν δύο παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν στην οικογένεια και την κοινότητα. Όλες φαίνεται να προσφέρουν σημαντικά αποτελέσματα, όμως το γεγονός ότι ανταποκρίνονται σε μικρά μεγέθη δείγματος αποτελεί σημαντικό περιορισμό. Επιπλέον, η θεραπεία μέσω μαρτυριών (testimonial therapy), η εκπαίδευση εμβολιασμού στο στρες και η αξιολόγηση ενός προγράμματος υπηρεσιών που βασίζονται στην κοινότητα αποτελούν κάποιες συμπληρωματικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της PTSD στον προσφυγικό πληθυσμό. Ωστόσο, τα στατιστικά δεδομένα που προέκυψαν από αυτές, δεν είναι επαρκή και για αυτό κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω αξιολόγησή τους.²⁰

Η παρούσα εργασία επικεντρώθηκε σε παρεμβάσεις που αφορούν αποκλειστικά στην αντιμετώπιση του τραύματος. Ωστόσο, οι Miller & Rasmussen⁴⁸ φαίνεται να ασκούν κριτική στην προσέγγιση που εστιάζει μόνο στην τραυματική εμπειρία. Υποστηρίζουν ότι οι παραπάνω παρεμβάσεις είναι πιθανό να μην ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες των αμάχων που έχουν πληγεί από τον πόλεμο και αντιμετωπίζουν πληθώρα ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων στην καθημερινότητά τους, μερικοί από τους οποίους προέρχονται από συγκεκριμένα τραυματικά γεγονότα και άλλοι από τις συνθήκες διαβίωσης. Τέτοιες συνθήκες μπορεί να είναι η φτώχεια, αλλαγές στα υποστηρικτικά δίκτυα λόγω απώλειας και μετανάστευσης, μη ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης και δύσκολη πρόσβαση σε βασικούς πόρους. Σε κάποιες περιπτώσεις, η έρευνα έχει δείξει ότι οι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες ευθύνονται για σημαντικό ποσοστό ψυχολογικής δυσφορίας, πέρα από την άμεση έκθεση σε τραύματα που σχετίζονται με τον πόλεμο,⁴⁸⁻⁵⁰ οδηγώντας ορισμένους συγγραφείς^{20,50-52} να επιχειρηματολογήσουν υπέρ μιας εκτεταμένης προσέγγισης που περιλαμβάνει βήματα

για τη βελτίωση προβληματικών παραγόντων. Για τους πρόσφυγες που έχουν επανεγκατασταθεί σε δυτικές χώρες, τέτοιες προσεγγίσεις μπορεί να περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην προσαρμογή και στο πολιτισμικό στρες, κοινотικές ομάδες για κοινωνική υποστήριξη και επαγγελματική συμβουλευτική και κατάρτιση.

Έτσι, λοιπόν, και μέσω της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, προκύπτουν ποικίλες προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Σημαντικό είναι να τονιστεί μία σημαντική ανησυχία που έχει εκφραστεί από πολλούς επαγγελματίες που έχουν ασχοληθεί με το προσφυγικό τραύμα,⁵³⁻⁵⁷ η οποία σχετίζεται με την έλλειψη ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την ανθεκτικότητα των προσφύγων. Το τραύμα και οι συνέπειές του έχουν διερευνηθεί αρκετά, δεν ισχύει όμως το ίδιο για τη δύναμη, την προσωπική ανάπτυξη και την ανθεκτικότητα που διαθέτει ο προσφυγικός πληθυσμός.⁵⁸ Καθώς οι περισσότερες θεωρίες ανθεκτικότητας αναπτύχθηκαν σε δυτικούς πληθυσμούς, οι οποίοι δίνουν έμφαση στην ατομική ανθεκτικότητα, η κατανόησή μας για τις διαδικασίες ανθεκτικότητας μεταξύ των μη δυτικών πολιτισμών είναι πολύ περιορισμένη.⁵⁹ Για αυτόν τον λόγο, θα ήταν σημαντικό η μελλοντική έρευνα να ξεφύγει από την καθιερωμένη, ατομικιστική προσέγγιση της PTSD και να συμπεριλάβει την εμπειρία της αναγκαστικής μετανάστευσης, ενσωματώνοντας τη γνώση με πολιτισμικά ζητήματα που σχετίζονται με την προσαρμογή.

Ταυτόχρονα, η μελλοντική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων για την PTSD θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τις μακροχρόνιες συνέπειες του τραύματος στους προσφυγικούς πληθυσμούς.²⁰ Αν και πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις παρουσιάζουν σημαντικά οφέλη για τους πρόσφυγες που έχουν τραυματιστεί ψυχικά, λίγοι είναι εκείνοι που θεραπεύονται πλήρως από τα συμπτώματα της PTSD στο τέλος κάθε παρέμβασης. Γι' αυτό οι Palic & Elklit⁶⁰ υποστήριξαν ότι απαιτείται εστίαση στα μακροχρόνια αποτελέσματα της θεραπείας, προτού εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητά της.

Απαιτούνται περισσότερες μελέτες που να συγκρίνουν καθιερωμένα μοντέλα θεραπείας, ώστε να παρέχουν πληρέστερη πληροφόρηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Επίσης, μελέτες που εξετάζουν πιο προσεκτικά τον ρόλο των διερμηνέων, θα μπορούσαν να φανούν αρκετά χρήσιμες για όσους εργάζονται συμβουλευτικά ή ψυχοθεραπευτικά με άτομα που μιλούν διαφορετική γλώσσα. Παράλληλα, είναι σημαντικό η έρευνα να εστιάζει στον ρόλο που παίζουν οι πολιτισμικοί παράγοντες στη διαχείριση του προσφυγικού τραύματος. Καθώς οι περισσότεροι πρόσφυγες προέρχονται από χώρες με μη δυτικό πολιτισμικό υπόβαθρο,

ενδέχεται να έχουν πεποισθήσεις σχετικά με τη φύση των συμπτωμάτων και των μεθόδων θεραπείας που διαφέρουν από εκείνες που υιοθετούνται στον δυτικό κόσμο. Δεδομένου του αριθμού των ατόμων από χώρες της Μέσης Ανατολής και της Αφρικής που έχουν εκτοπιστεί βίβια λόγω των συνεχιζόμενων συγκρούσεων,⁶¹ η έρευνα για την ψυχική υγεία σε αυτούς τους πληθυσμούς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τέλος, η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αναδεικνύει τη σημαντικότητα για επικέντρωση της έρευνας στη συνεχή ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων για τη διευκόλυνση της προσαρμογής μετά την επανεγκατάσταση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στα προγράμματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που βασίζονται στο μοντέλο «μετατόπισης εργασιακών καθηκόντων» (task-shifting),⁶² δηλαδή στην παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών από άτομα που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά διαθέτουν βιωμένη εμπειρία. Ένα τέτοιο πρόγραμμα υλοποιείται στην Ελλάδα από την Εταιρεία Περιφερειακής

Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) σε συνεργασία με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (βλ. Community Psychosocial Workforce). Πρόσφυγες εκπαιδεύονται στην παρέμβαση Διαχείριση Προβλημάτων Συν/ΔΠ+ (Problem Management Plus/PM+).⁶³ Η παρέμβαση ΔΠ+ έχει διαδιαγνωστική (transdiagnostic) προσέγγιση και είναι κατάλληλη για ενήλικους που έχουν πληγεί από δυσφορικό συναίσθημα. Βασίζεται στη CBT και περιλαμβάνει επιστημονικά τεκμηριωμένες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, καθώς και συμπεριφορικές τεχνικές. Αναφορικά με την κλινική αποτελεσματικότητα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από άτομα που διαθέτουν βιωμένη εμπειρία φαίνεται να έχουν παρόμοια αποτελέσματα με τις υπηρεσίες που παρέχονται από επαγγελματίες.⁶⁴ Επειδή η παρέμβαση έχει εφαρμοστεί κυρίως σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, είναι σημαντικό η κλινική αποτελεσματικότητά της να ελεγχθεί και σε χώρες υψηλού εισοδήματος, αλλά και σε κοινότητες που έχουν εκτεθεί σε αντιξοότητες, πέραν των προσφυγικών.

Βιβλιογραφία

1. UNHCR. Refugee Statistics [Internet]. UNHCR. UNHCR; 2023. Available from: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
2. Miller KE, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016, 26:129–138, doi: 10.1017/S2045796016000172
3. Bhui K, Stansfeld S, Head J, Haines M, Hillier S, Taylor S et al. Cultural identity, acculturation, and mental health among adolescents in east London's multiethnic community. *J Epidemiol Community Health* 2005, 59:296–302, doi: 10.1136/jech.2003.014456
4. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41:18–26, doi: 10.1007/s00127-005-0003-5
5. Steel Z, Momartin S, Bateman C, Hafshejani A, Silove DM, Everson N et al. Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2004, 28: 527–536, doi: 10.1111/j.1467-842x.2004.tb00042.x
6. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry* 2005, 4:18–24, PMID: PMC1414713
7. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JTVM. Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004, 192: 843–851, doi: 10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15
8. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997, 170: 351–357, doi: 10.1192/bjpp.170.4.351
9. Walsh F. Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience. *Fam Process* 2007 46:207–227, doi: 10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x
10. Keller AS, Rosenfeld B, Trinh-Shevrin C, Meserve C, Sachs E, Leviss JA et al. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet* 2003, 362:1721–1723, doi: 10.1016/S0140-6736(03)14846-5
11. Ellis BH, Abdi SM, Winer JP. *Mental health practice with immigrant and refugee youth: a socioecological framework*. American Psychological Association, Washington, Dc, 2020.
12. Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Multiple Forms of Stress in Cambodian Adolescent Refugees. *Child Dev* 1996, 67:107–116, PMID: 8605822
13. Miller KE, Weine SM, Ramic A, Brkic N, Bjedic ZD, Smajkic A et al. The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *J Trauma Stress* 2002, 15:377–387, doi: 10.1023/A:1020181124118
14. Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004, 13:373–380, doi: 10.1007/s00787-004-0422-y
15. Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:184–193, doi: 10.1037/0022-006X.76.2.184
16. Steel Z, Silove D, Bird K, McGorry P, Mohan P. Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *J Trauma Stress* 1999, 12:421–435, doi: 10.1023/A:1024710902534
17. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H et al. Trauma History and Psychopathology in War-Affected Refugee Children Referred for Trauma-Related Mental Health Services in the United States. *J Trauma Stress* 2012, 25:682–690, doi: 10.1002/jts.21749
18. Williams ME, Thompson SC. The use of community-based interventions in reducing morbidity from the psychological impact of conflict-related trauma among refugee populations: a systematic review of the literature. *J Immigr Minor Health* 2010, 13:780–794, doi: 10.1007/s10903-010-9417-6
19. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005, 365:1309–1314, doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6
20. Murray K, Davidson G, Schweitzer R. Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations. *Am J Orthopsychiatry* 2010, 80:576–585, doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01062.x

21. Slobodin O, de Jong JT. Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *Int J Soc Psychiatry* 2014, 61:17–26, doi: 10.1177/0020764014535752
22. Tribe RH, Sendt KV, Tracy DK. A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *J Ment Health* 2017, 1–15, doi: 10.1080/09638237.2017.1322182
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow et al. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *Int J Surgery* 2021, 88, doi: 10.1016/j.ijssu.2021.105906
24. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M et al. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P): Elaboration and Explanation. *Br Medical J* 2015, 349, doi: 10.1136/bmj.g7647
25. Kip A, Priebe S, Holling H, Morina N. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and depression in refugees. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Psychother* 2020, 27, doi: 10.1002/cpp.2446
26. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017, 12:e0171030, doi: 10.1371/journal.pone.0171030
27. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015, 38:25–38, doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.007
28. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V et al. Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. *J Adolesc Health* 2016, 59:49–60, doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.020
29. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, Anttila M, Au T, Ballette F et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019, 28:376–388, doi: 10.1017/S2045796019000027
30. Hinton DE, Chhuan D, Pich V, Safren SA, Hofmann SG, Pollack MH. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *J Trauma Stress* 2005, 18:617–629, doi: 10.1002/jts.20070
31. Hinton DE, Hofmann SG, Pitman RK, Pollack MH, Barlow DH. The Panic Attack-Posttraumatic Stress Disorder Model: Applicability to Orthostatic Panic Among Cambodian Refugees. *Cogn Behav Ther* 2008, 37:101–116, doi: 10.1080/16506070801969062
32. Buhmann CB, Nordentoft M, Ekstroem M, Carlsson J, Mortensen EL. Long-term treatment effect of trauma-affected refugees with flexible cognitive behavioural therapy and antidepressants. *Psychiatry Res* 2018, 264:217–223, doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.069
33. Schulz PM, Resick PA, Huber LC, Griffin MG. The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD With Refugees in a Community Setting. *Cogn Behav Practice* 2006, 13:322–331, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.011>
34. d'Ardenne P, Ruaro L, Cestari L, Fakhoury W, Priebe S. Does Interpreter-Mediated CBT with Traumatized Refugee People Work? A Comparison of Patient Outcomes in East London. *Behav Cogn Psychother* 2007, 35:293–301, doi: 10.1017/S1352465807003645
35. Paunovic N, Öst LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther* 2001, 39:1183–1197, doi: 10.1016/s0005-7967(00)00093-0
36. Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counselling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *J Consult Clin Psychol* 2004, 72:579–587, doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579. PMID: 15301642
37. Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M et al. Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neurosci* 2011, 12:127, doi: 10.1186/1471-2202-12-127
38. Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M, Catani C, Odenwald M, Elbert T et al. Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychother Psychosom* 2011, 80:345–352, doi: 10.1159/000327253
39. Neuner F, Onyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:686–694, doi: 10.1037/0022-006X.76.4.686
40. Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cogn Behav Ther* 2009, 39:81–91, doi: 10.1080/16506070903121042
41. Halvorsen JØ, Stenmark H. Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scand J Psychol* 2010, 51:495–502, doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00821.x
42. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), Second Edition. Guilford Press, 2001.
43. Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, Senay I, Sijbrandij M, Cuijpers P et al. EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol* 2015, 6:27414, doi: 10.3402/ejpt.v6.27414
44. Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, Senay I, Sijbrandij M, Gulen B et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2016, 46:2583–2593, doi: 10.1017/S0033291716001070
45. ter Heide FJJ, Mooren Trudy M, Kleijn W, de Jongh A, Kleber Rolf J. EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: results of a pilot study. *Eur J Psychotraumatol* 2011, 2:5881, doi: 10.3402/ejpt.v2i0.5881
46. Ter Heide FJJ, Mooren TM, van de Schoot R, de Jongh A, Kleber RJ. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual for refugees: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2016, 209:311–318, doi: 10.1192/bjp.bp.115.167775
47. de Jong JTVM, van Ommeren M. Toward a Culture-Informed Epidemiology: Combining Qualitative and Quantitative Research in Transcultural Contexts. *Transcult Psychiatry* 2002, 39:422–433, doi: 10.1177/1363461502039004
48. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med* 2010, 70:7–16, doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.029
49. Fernando GA, Miller KE, Berger DE. Growing Pains: The Impact of Disaster-Related and Daily Stressors on the Psychological and Psychosocial Functioning of Youth in Sri Lanka. *Child Dev* 2010, 81:1192–1210, doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01462.x
50. Miller KE, Omidian P, Rasmussen A, Yaqubi A, Daudzai H. Daily Stressors, War Experiences, and Mental Health in Afghanistan. *Transcult Psychiatry* 2008, 45:611–638, doi: 10.1177/1363461508100785
51. Panter-Brick C, Eggerman M, Mojadidi A, McDade TW. Social stressors, mental health, and physiological stress in an urban elite of young Afghans in Kabul. *Am J Hum Biol* 2008, 20:627–641, doi: 10.1002/ajhb.20797

52. Miller KE, Rasco LM. *The Mental Health of Refugees*. Taylor & Francis, 2004. Miller KE. Rethinking a Familiar Model: Psychotherapy and the Mental Health of Refugees. *J Contemp Psychother* 1999, 29:283–306, doi: 10.1023/A:1022926721458
53. Silove D, Steel Z. Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *J Postgrad Med* 2006, 52:121–125, PMID: 16679676
54. Harvey MR. Towards an Ecological Understanding of Resilience in Trauma Survivors. *J Aggress Maltreatment Trauma* 2007, 14:9–32, doi: 10.1300/J146v14n01_02
55. Kramer S, Bala J. Managing uncertainty: coping styles of refugees in a western country. *Int J Ment Health* 2004, 2:33–42
56. Papadopoulos RK. Refugees, Trauma and Adversity-Activated Development. *Eur J Psychother Couns* 2007, 9:301–312, doi: 10.1080/13642530701496930
57. Di Tomasso L. Approaches to Counselling Resettled Refugee and Asylum Seeker Survivors of Organized Violence. *Int J Child Youth Fa* 2010, 1:244–264, doi: 10.18357/ijcyfs13/420102086
58. Murray K, Zautra A. *Community resilience: Fostering recovery, sustainability, and growth*. Springer, New York, 2012.
59. Ungar M. Resilience across cultures. *Br J Soc Work* 2008, 38:218–235, doi: 10.1093/bjsw/bcl343
60. Palic S, Elklit A. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *J Affect Disord* 2011, 131:8–23, doi: 10.1016/j.jad.2010.07.005
61. United Nations High Commissioner for Refugees. UNHCR Global Trends 2013. UNHCR. Available from: <https://www.unhcr.org/statistics/country/5399a14f9/unhcr-global-trends-2013.html>
62. Cohen F, Yaeger L. Task-shifting for refugee mental health and psychosocial support: A scoping review of services in humanitarian settings through the lens of RE-AIM. *Implement Res Pract* 2021, 2:263348952199879, doi: 10.1177/2633489521998790
63. World Health Organization. Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Appswhooint 2016; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>
64. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A report from the field. *Schizophr Bull* 2005, 32:443–450, doi: 10.1093/schbul/sbj043

Review

Post-traumatic stress disorder in refugees and therapeutic interventions based on cognitive behavioral approach: A systematic review

Panagiota Karvela,¹ Chrysovalantis Papathanasiou^{1,2}

¹Association for Regional Development and Mental Health (EPAPSY), Athens

²Laboratory of Clinical Psychology and Psychopathology, Community Psychiatry & Developmental Psychology, Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 12 December 2023/Revised 19 March 2024/Published Online 18 September 2024

ABSTRACT

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is connected with the experience of traumatic events and is significantly related to war and forced displacement. Refugee populations are characterized by a high degree of vulnerability for the development of PTSD, as they are confronted with stressors associated with all three distinct phases of the migratory journey. The present article is an attempt to systematically review the therapeutic interventions based on the Cognitive Behavioral Approach and applied to refugees diagnosed with PTSD. For this reason, a review of international literature was carried out through electronic databases: Google Scholar, PubMed and Science Direct. Forty (40) studies were identified, of which 16 met the inclusion criteria. According to the results of the review, the most common interventions are Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Narrative Exposure Therapy (NET) and Eye Movement Desensitization and Readaptation (EMDR). More specifically, CBT helps the individual to understand and reexamine the negative thoughts and feelings caused by the traumatic event, resulting in a reduction of symptoms and an improvement in quality of life. Following, NET supports that when a person talks about the traumatic events by placing them in a chronological continuity, they can gradually redefine the negative associations and responses related to the trauma. Finally, EMDR focuses on memory and how memories are stored in the brain. Its purpose is to reduce the intensity of the emotions associated with the traumatic event when it is recalled. All of those three approaches appear to have been studied and to yield reliable results. Other forms of therapeutic interventions are limited due to methodological issues as well as due to adopting standardized approaches that do not allow for an in-depth understanding of trauma in the refugee population. Further investigation of the long-term symptoms of trauma in refugees is suggested in order to draw firm conclusions.

KEYWORDS: Refugees, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), therapeutic interventions, Cognitive Behavioral Approach.

Ειδικό άρθρο

Παρεγκεφαλιδικό νοητικο-συναισθηματικό σύνδρομο και σπονδυλοβασική ισχαιμία. Από την παρεγκεφαλιδο-εγκεφαλική διάσχιση στη «δυσμετρία της σκέψης»

Χρίστος Χ. Λιάπης¹⁻³

¹Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, Αθήνα,

²Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα,

³Επιτροπή Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 28 Νοεμβρίου 2023/Αναθεωρήθηκε 6 Ιουνίου 2024/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 18 Σεπτεμβρίου 2024

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μαζί με τον ρόλο της παρεγκεφαλίδας στον συντονισμό των κινητικών λειτουργιών, επαναδιατυπώνεται, το τελευταίο διάστημα, μια πιθανή παρεγκεφαλιδική (δυσ)ρυθμιστική επίδραση στις νοητικές και συναισθηματικές λειτουργίες-διαταραχές. Κατ' ανάλογο τρόπο, η μελέτη της επίδρασης της στενωτικής παθολογίας των αγγείων του εγκεφάλου στην εκδήλωση των προαναφερθέντων διαταραχών δεν θα πρέπει να περιορίζεται στην παράθεση των κυκλοφορικών δυσλειτουργιών των καρωτίδων αρτηριών, αλλά να επεκτείνει το μεθοδολογικό της πλαίσιο στη συνεκτίμηση της ακεραιότητας του σπονδυλοβασικού συστήματος (VBS) αιμάτωσης της παρεγκεφαλίδας και της οπίσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας, εν γένει. Μολονότι η σπονδυλοβασική κυκλοφορική δυσλειτουργία έχει επισημανθεί από δεκαετιών ως αιτία προοδευτικής μνημονικής έκπτωσης-άνοιας, λόγω πολλαπλών εμφράκτων σε κρίσιμες, για τις νοητικές και συναισθηματικές λειτουργίες, περιοχές του εγκεφάλου, δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς το κατά πόσον η ανεπάρκεια του VBS σχετίζεται με επιδείνωση της νοητικής και συναισθηματικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής (QoL) των ασθενών. Ενδεικτικά στοιχεία παθοφυσιολογικής και ανατομολειτουργικής συσχέτισης του VBS με τα ανωτέρω πεδία αποτελούν το παρεγκεφαλιδικό νοητικο-συναισθηματικό σύνδρομο (CCAS) και το φαινόμενο της παρεγκεφαλιδο-εγκεφαλικής διάσχισης (CCCD). Οι νοητικές και ψυχιατρικές συνιστώσες του CCAS, μαζί με την αταξική κινητική αναπηρία συναπαρτίζουν εννοιολογικά την υπόθεση της «δυσμετρίας της σκέψης». Σημαντικός είναι ο διαγνωστικός ρόλος των νευρονοητικών και ψυχιατρικών διαταραχών που προηγούνται της κινητικής σημειολογίας παθήσεων οι οποίες έχουν στο επίκεντρο της παθοφυσιολογίας τους την παρεγκεφαλίδα, όπως οι παρεγκεφαλιδικές αταξίες, όπου, η έγκαιρη αναγνώριση του CCAS μπορεί να διευκολύνει θεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της QoL. Η παρεγκεφαλιδική παθολογία, είτε εκφυλιστικής είτε αγγειακής αιτιολογίας, επί εδάφους ανεπάρκειας του VBS ή άλλων χειρουργικών παθήσεων του οπίσθιου κρανιακού βόθρου, συνδέεται με γενικότερη υποβάθμιση της QoL των ασθενών η οποία σχετίζεται με επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών και με (συν)εκδηλούμενες συναισθηματικές διαταραχές. Μελέτες και σε ζωικά μοντέλα υποστηρίζουν τα συμπεράσματα αυτά. Καθώς η σπονδυλοβασική ανεπάρκεια φαίνεται να ευθύνεται για ψυχιατρικές και νευρολογικές εκδηλώσεις, γίνεται κατανοητό πως, χωρίς επισταμένη ανασκόπηση των κυκλοφορικών διαταραχών του VBS, δεν είναι δυνατόν να αποσαφηνισθεί η πλήρης σύνδεση δυσλειτουργιών της εγκεφαλικής κυκλοφορίας με την πρόκληση νευρονοητικών ελλειμμάτων. Η μελέτη των διαταραχών αιμάτωσης της παρεγκεφαλίδας συμβάλλει στην εφαρμογή βέλτιστων κλινικών πρακτικών στη διαγνωστική προσέγγιση ανοϊκών και συναισθηματικών διαταραχών, διευρύνοντας το επιστημονικό πεδίο σύγκλισης νευροεπιστημών και αγγειολογίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Παρεγκεφαλιδικό νοητικό-συναισθηματικό σύνδρομο, σπονδυλοβασική ισχαιμία, παρεγκεφαλιδο-εγκεφαλική διάσχιση, δυσμετρία της σκέψης.

Εισαγωγή

Η πιθανότητα παρεγκεφαλιδικής ρυθμιστικής επίδρασης στα πεδία των νοητικο-συναισθηματικών λειτουργιών συγκεντρώνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον,¹⁻³ καθώς υποστηρίζεται η ανάγκη αναθεώρησης της αντίληψης που περιόριζε τον ρόλο της παρεγκεφαλίδας στον συντονισμό των κινήσεων.

Η παθολογία των αγγείων του εγκεφάλου, περιλαμβάνουσα τα στενωτικά φαινόμενα των καρωτίδων (carotid stenosis-CS) ή/και των σπονδυλικών αρτηριών, ως αποτέλεσμα είτε ενδαυλικού σχηματισμού αθηρωματικής πλάκας είτε αύξησης του πάχους του έσω-μέσου χιτώνα (intima media thickness-IMT) αυτών, μειώνει την αιματική ροή προς τον εγκέφαλο,⁴ με αντίκτυπο στη νοητική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.⁵ Η μελέτη της επίδρασης της στενωτικής αγγειοεγκεφαλικής παθολογίας στην εκδήλωση νευρο-νοητικών/συναισθηματικών διαταραχών⁶ δεν θα πρέπει να περιορίζεται στην παράθεση των κυκλοφορικών δυσλειτουργιών των καρωτίδων, αλλά να επεκτείνεται στη συνεκτίμηση του σπονδυλοβασικού συστήματος (vertebrobasilar system -VBS) αιμάτωσης της παρεγκεφαλίδας και της οπίσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας, εν γένει.

Καθώς αυξάνεται το ενδιαφέρον πάνω στις κλινικές οντότητες της “αγγειακής άνοιας” (“vascular dementia”) και της “αγγειακής κατάθλιψης” (“vascular depression”) και των συνοδών αγγειακών παραγόντων κινδύνου, η CS φαίνεται να αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου νοητικής έκπτωσης, με κύριους παθογενετικούς μηχανισμούς τους μικροεμβολισμούς και την εγκεφαλική υποαιμάτωση.⁷ Η CS σχετίζεται, επίσης, με καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση.⁸

Η αποφρακτική νόσος των καρωτίδων (carotid artery disease-CAD) έχει μελετηθεί εκτενώς ως προς τη σύνδεσή της με τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Α.Ε.Ε.) και με την υποαιμάτωση του εγκεφάλου,^{9,10} στην προέκταση των οποίων ανιχνεύεται δυσμενής αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής (quality of life-QoL) των ασθενών,^{6,10,11} κυρίως εξαιτίας νοητικής έκπτωσης.¹²⁻¹⁸ Η τελευταία, ακόμη και στις περιπτώσεις ασυμπτωματικής CS, προσδιορίζεται ανεξάρτητα από τους συνυπάρχοντες αγγειακούς παράγοντες κινδύνου,¹³ ενώ αρνητική επίδραση στην QoL έχουν και τα, συχνώς, συνεκδηλούμενα καταθλιπτικά συμπτώματα.¹¹ Δεν έχει, όμως, ερευνηθεί εξίσου το κατά πόσον ανεπάρκεια του VBS σχετίζεται με επιδείνωση της νοητικής και συναισθηματικής κατάστασης και της γενικότερης QoL των ασθενών.¹⁹

Δυσλειτουργία του VBS είχε ήδη επισημανθεί, από μακρού, ως αιτία προοδευτικής μνημονικής έκπτωσης

και άνοιας, λόγω πολλαπλών ισχαιμικών επεισοδίων και εμφράκτων στις παρα-αμυγδαλοειδείς περιοχές, καθώς και σε άλλες δομές του μεταιχμιακού συστήματος ή του φλοιού, που αρδεύονται από την οπίσθια εγκεφαλική κυκλοφορία.²⁰ Νεότερες μελέτες σε αρουραίους έχουν αναδείξει ότι ισχαιμία της οπίσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας (posterior circulation ischemia-PCI) μπορεί να οδηγήσει σε νευρωνική καταστροφή κυρίως σε περιοχές του ιπποκάμπου, του εγκεφαλικού φλοιού, του θαλάμου, του ραβδωτού σώματος και της παρεγκεφαλίδας.^{21,22}

Το κενό που παρατηρείται στη συνδυαστική αποτίμηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων, το οποίο επιχειρεί να καλύψει η παρούσα εργασία, γίνεται ακόμη εμφανέστερο συνεκτιμώντας το ότι έμφρακτα της οπίσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας (posterior circulation infarction-POCI) αντιστοιχούν στο 20% των ισχαιμικών ΑΕΕ, γεγονός που συνεπάγεται μεγάλο αριθμό επιβιωσάντων ασθενών με εκδηλούμενες, μετά το εγκεφαλικό (post-stroke), διαταραχές και ένα, αντίστοιχα μεγάλο βάρος για την κοινωνία.^{22,23}

Επαληθεύεται, λοιπόν, από μεγάλο όγκο σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων, η υπόθεση ότι η παρεγκεφαλίδα τροποποιεί τη σκέψη και το συναίσθημα κατά τον ίδιο τρόπο που ρυθμίζει και τον κινητικό έλεγχο,^{1,2,24} με αποτέλεσμα να ανοίγονται νέες θεραπευτικές ευκαιρίες στα πεδία της κατανόησης των μηχανισμών της νόησης, της συμπεριφορικής νευρολογίας και της νευρο-ψυχιατρικής.^{24,25}

Σπονδυλοβασικό σύστημα και νευρονοητική λειτουργία

Νοητικο-συναισθηματικό παρεγκεφαλιδικό σύνδρομο

Ενδεικτικό, μάλιστα, της παθοφυσιολογικής και της ανατομολειτουργικής συσχέτισης του σπονδυλοβασικού συστήματος (vertebrobasilar system-VBS) με τη νοητική και συναισθηματική δυσλειτουργία αποτελεί τόσο το παρεγκεφαλιδικό νοητικο-συναισθηματικό σύνδρομο (cerebellar cognitive affective syndrome-CCAS),²⁵⁻³⁰ όσο και το φαινόμενο της παρεγκεφαλιδο-εγκεφαλικής διάσχισης (crossed cerebello-cerebral diaschisis-CCCD).³⁰⁻³²

Οι νοητικές και ψυχιατρικές συνιστώσες του CCAS, μαζί με την αταξική κινητική αναπηρία, συναπαρτίζουν εννοιολογικά την υπόθεση της «δυσμετρίας της σκέψης» (dysmetria of thought).^{1,24,28} Η παρεγκεφαλιδική βλάβη εκδηλώνεται ως αταξία όταν εμπλέκεται η πρόσθια, αισθητικο-κινητική, παρεγκεφαλίδα και ως CCAS όταν η παθολογία εντοπίζεται στην οπίσθια (νοη-

τικο-συναισθηματική) παρεγκεφαλίδα (που εμπλέκεται στη νοητική επεξεργασία) ή στον σκώληκα (που καλείται και «μεταϊχμιακή παρεγκεφαλίδα»)^{24,28,30}

Το 1998 οι Schmahmann & Sherman περιέγραψαν το CCAS που περιλαμβάνει ελλείμματα στις εκτελεστικές, τις οπτικοχωρικές και τις γλωσσικές ικανότητες, με συνοδές συναισθηματικές διαταραχές.^{1,2,24,28,33} Οι τελευταίες ποικίλλουν από τη συναισθηματική άμβλυση και την κατάθλιψη, έως την άρση αναστολών και τις ψυχωσικές εκδηλώσεις. Οι νοητικές και συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να συνοδεύουν τις παρεγκεφαλιδικές νόσους ή να αποτελούν την κυρίαρχη εκδήλωσή τους, γεγονός που αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη διάγνωση και την κλινική διαχείριση ασθενών με παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία.^{24,28,31,32} Σημαντικός είναι ο διαγνωστικός ρόλος των νοητικών διαταραχών και των ψυχιατρικών εκδηλώσεων, ως πρώιμων συμπτωμάτων που εμφανίζονται πριν από την κινητική σημειολογία κλινικών οντοτήτων που έχουν στο επίκεντρο της παθοφυσιολογίας τους την παρεγκεφαλίδα, όπως οι παρεγκεφαλιδικές αταξίες (cerebellar ataxias-CA).²⁴⁻³⁶

Κλινικώς, προτείνεται ο διαχωρισμός του παρεγκεφαλιδικού συνδρόμου στο κινητικό παρεγκεφαλιδικό σύνδρομο, στο αιθουσαιοπαρεγκεφαλιδικό σύνδρομο και στο CCAS. Αυτός ο διαχωρισμός ενισχύεται από ανατομικά και νευροαπεικονιστικά ευρήματα, καθώς υποστηρίζεται ότι τα βασικά γάγγλια και η παρεγκεφαλίδα, δύο μείζονες υποφλοιώδεις κόμβοι, συνδέονται με δυσυναπτικές οδούς (disynaptic pathways) που εξασφαλίζουν αμφίπλευρη επικοινωνία.^{24,37}

Τα νευροπαθολογικά μοτίβα στους διαφόρους υπότυπους της νωτιοπαρεγκεφαλιδικής αταξίας (spino-cerebellar ataxia-SCA), υποδηλώνουν ότι οι προσδιορισθείσες νοητικές ανεπάρκειες δεν εξαρτώνται τόσο από την παρεγκεφαλιδική εκφύλιση, αλλά αποτελούν εκδήλωση της διαταραγμένης φλοιοπαρεγκεφαλιδικής δικτύωσης, κυρίως στο επίπεδο της γέφυρας.^{24,38} Την ίδια στιγμή, ποσοτικές μελέτες με SPECT αποκαλύπτουν ελλείμματα διάχυσης στις ανατομο-κλινικώς «ύποπτες» υπερσκηνίδιες περιοχές που υποβοηθούν τις λεκτικές και εκτελεστικές λειτουργίες, τη χωρική νόηση και τη ρύθμιση συναισθήματος-συμπεριφοράς, τόσο σε παιδιά³² όσο και σε ενήλικους²⁹ με σύνδρομο οπισθίου [κρανιακού] βόθρου (posterior fossa syndrome-PFS), προκληθέν είτε από εκτομή όγκων (ανάλογης εντόπισης) είτε από χειρουργική εκκένωση ενδοπαρεγκεφαλιδικού αιματώματος.^{29,32}

Μελέτες, μάλιστα, σε ζωικά μοντέλα υποστηρίζουν πως νοητικά ελλείμματα στη SCA τύπου 1 μπορεί να οφείλονται σε συνδυασμό παρεγκεφαλιδικών και εξωπα-

ρεγκεφαλιδικών δυσλειτουργιών.^{24,39,40,41} Ταυτόχρονα, η έγκαιρη αναγνώριση του CCAS σε παιδιά με Αταξία-Τηλαγγειεκτασία, φαίνεται πως διευκολύνει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της QoL.^{24,42}

Οπίσθια Εγκεφαλική Ισχαιμία

Με τον όρο σπονδυλοβασική ισχαιμία (vertebrobasilar ischemia-VBIsch) ή ανεπάρκεια (vertebrobasilar insufficiency-VBI) περιγράφεται μία κλινική οντότητα οφειλόμενη σε διαταραχές της αιμάτωσης είτε όλου του εγκεφάλου είτε εστιακής εντόπισης, λόγω απόφραξης της σπονδυλικής αρτηρίας ή συναφών εμβολικών επεισοδίων. Η παρεγκεφαλιδική, λοιπόν, παθολογία είτε εκφυλιστικής αιτιολογίας^{24,28,31,32,42} είτε αγγειακού υποστρώματος επί εδάφους ανεπάρκειας του VBS¹⁹ ή άλλων χειρουργικών παθήσεων του οπίσθιου κρανιακού βόθρου,^{29,32} συνδέεται με γενικότερη υποβάθμιση της QoL των ασθενών η οποία σχετίζεται με επιδείνωση των νοητικών τους λειτουργιών και με (συν)εκδηλούμενες συναισθηματικές διαταραχές,^{24,28,33} ενώ μελέτες και σε ζωικά μοντέλα έρχονται να υποστηρίξουν τα συμπεράσματα αυτά.^{24,40,41,43,44}

Η VBIsch /VBI εμφανίζεται με μεγάλη ποικιλία μη χαρακτηριστικών συμπτωμάτων, όπως επεισόδια ζάλης, ίλιγγοι, διαταραχές της όρασης, πτώσεις (drop attacks), παραισθησίες, αφασικές και κινητικές διαταραχές.⁴⁵ Κατ' ανάλογο τρόπο, υπογραμμίζεται πως στην PCI, το πρωταρχικό σύμπτωμα είναι ο ίλιγγος,⁴⁶ ο οποίος αποτελεί, μάλιστα, πρόδρομο σύμπτωμα των POCl, μολονότι οι μείζονες κινητικές και αισθητικές οδοί παραμένουν άθικτες μετά από αυτά.^{47,48} Κλινικές αποδείξεις υποδηλώνουν, επιπλέον, ότι ο καλούμενος ισχαιμικός ίλιγγος [της] οπίσθιας κυκλοφορίας (posterior circulation ischemic vertigo-PCIV) εμφανίζει υψηλό κίνδυνο υποτροπής όταν συνυπάρχουν άγχος, κατάθλιψη ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.^{49,50}

Προκύπτει, επίσης, συσχέτιση νοητικής έκπτωσης και χρόνιας κυκλοφορικής εγκεφαλοπάθειας οφειλόμενης σε ανεπάρκεια του VBS,^{22,27,51,52} με την PCI να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση όχι μόνον νοητικής έκπτωσης,^{53,54} αλλά και κατάθλιψης μετά από εγκεφαλικό (post-stroke depression-PSD).⁵⁴ Σημειώνεται όμως πως ασθενείς με POCl, όπως και ασθενείς με κενοχωριώδη έμφρακτα της εγκεφαλικής κυκλοφορίας (lacunar circulation infarction LACI) εμφάνιζαν μικρότερη συχνότητα έκπτωσης των νοητικών τους λειτουργιών, συγκρινόμενοι με ασθενείς με μερική απόφραξη της πρόσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας (partial anterior circulation infarction-PACI),⁵⁴ αν και αυτό δεν επιβεβαι-

ώνεται σε άλλη μελέτη όπου οι βαθμολογίες στην κλίμακα νοητικής αξιολόγησης του Μόντρεαλ (Montreal Cognitive Assessment-MOCA), στους 3–6 μήνες μετά το εγκεφαλικό δεν διέφεραν με βάση την πρόσθια ή την οπίσθια εντόπιση του αγγειακού εγκεφαλικού συμβάματος ($25.0 \pm 4.5 / 25.4 \pm 3.9$, $P=0.407$).⁵⁵ Σε κάθε περίπτωση, όμως, προσδιορίστηκε συσχέτιση μεταξύ τής –μετά το εγκεφαλικό– νοητικής έκπτωσης (ανιχνευθείσας μέσω των βαθμολογιών στη MOCA, 3–6 μήνες μετά το εγκεφαλικό) και του κινδύνου επανεμφάνισης ΑΕΕ σε ασθενείς με συμπτωματική αθηρωσκληρωτική νόσο του εγκεφάλου.⁵⁵

Διαταραχές μνήμης και οπτική αγνωσία αποτελούν επιπλοκές όχι μόνον των POCI αλλά και της VBI, χωρίς την παρουσία συνοδών «δομικών» εμφράκτων. Η νοητική έκπτωση δύναται να αποτελεί εκδήλωση παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων (transient ischemic attacks-TIE) επιμένοντας ακόμη και μετά την αποδρομή των σχετιζόμενων με την ισχαιμία συμπτωμάτων. Για τον λόγο αυτόν, η έγκαιρη εντόπιση νοητικών ελλειμμάτων σε ασθενείς με VBI είναι σημαντική, καθώς τόσο η τοποθέτηση ενδοαυλικών προθέσεων (stents),^{27,53,56–58} όσο και η συντηρητική ιατρική θεραπεία μπορούν να οδηγήσουν σε νοητική βελτίωση.^{53,56} Σημειώνεται, βέβαια, πως η προαναφερθείσα συσχέτιση μεταξύ της –μετά το εγκεφαλικό– νοητικής έκπτωσης και του κινδύνου επανεμφάνισης ΑΕΕ ήταν εντονότερη σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση εντοπισμένη στην πρόσθια εγκεφαλική κυκλοφορία, σε σχέση με εκείνους όπου εμφάνιζαν ενδοκρανιακή αθηρωματική παθολογία αποδιδόμενη σε διαταραχές της οπίσθιας εγκεφαλικής κυκλοφορίας.⁵⁵

Υπογραμμίζεται, επίσης, πως μονόπλευρη αγγειακή παθολογία των σπονδυλικών ή των βασικών αρτηριών φαίνεται να σχετίζεται λιγότερο με μειωμένη περιφερική αιματική ροή, εν συγκρίσει με την αντίστοιχη εικόνα ασθενών οι οποίοι εμφανίζουν αγγειακές αλλοιώσεις συνυπάρχουσας σπονδυλοβασικής εντόπισης ή αμφοτερόπλευρες αλλοιώσεις, μόνον όμως, στις σπονδυλικές αρτηρίες.^{55,56}

Έχει, επίσης, προσδιορισθεί συσχέτιση της στένωσης ή της αύξησης του IMT, καρωτίδων και σπονδυλικών αρτηριών, με την ηλικιο-εξαρτώμενη νοητική έκπτωση,⁵⁹ καθώς οι διαταραχές στην αιματική ροή της πρόσθιας άνω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας μπορούν να οδηγήσουν σε άμβλυση των νοητικών λειτουργιών και της ικανότητας ρύθμισης του συναισθήματος,²⁷ γεγονός που υποδηλώνει την τροποποίηση της σκέψης και του συναισθήματος από την παρεγκεφαλίδα κατ' αναλογία της ρυθμιστικής της επίδρασης στον έλεγχο των κινήσεων.^{1,2,24,25,28,33} Την ίδια στιγμή πληθαίνουν τα

δεδομένα που υποστηρίζουν ότι το PFS αντιπροσωπεύει ένα φαινόμενο CCCD, αντικατοπτρίζοντας τον μεταβολικό αντίκτυπο παρεγκεφαλιδικών βλαβών στις, υπερσκηνίδιας ανατομικής εντόπισης, νοητικο-συναισθηματικές λειτουργίες.⁴⁰

Στην προέκταση αυτών τοποθετείται και μία αναφορά αντιμετώπισης στένωσης της σπονδυλικής αρτηρίας με χρήση ενδοκρανιακού stent, με συνακόλουθη βελτίωση στην αγγειο-εγκεφαλική αντιδραστικότητα (cerebrovascular reactivity) και αναστροφή της εκπτωτικής νοητικής δυσλειτουργίας του ασθενούς, γεγονός που ενισχύει την αιτιώδη σχέση νοητικής (δυσ) λειτουργίας και σπονδυλοβασικής (δυσ)κυκλοφορίας.²⁷ Ανάλογα συμπεράσματα προκύπτουν από μελέτη αξιολόγησης της επίδρασης των επεμβάσεων τοποθέτησης εξωκρανιακών/ενδοκρανιακών stents σε ασθενείς με διαταραχές τόσο του πρόσθιου, όσο και του οπίσθιου συστήματος της εγκεφαλικής κυκλοφορίας, οπότε και αναδείχθηκε η επωφέλης επίδραση της επαναγγείωσης των σπονδυλοβασικών αρτηριών στις καταγραφόμενες νοητικές επιδόσεις.⁵⁷

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η PCI μπορεί να οδηγήσει σε νευρωνική καταστροφή περιοχών του ιπποκάμπου, του εγκεφαλικού φλοιού, του θαλάμου, του ραβδωτού σώματος και της παρεγκεφαλίδας.^{52,60} Αυτό συνεπάγεται διακοπή των μεσοφλοιϊκών ντοπαμινεργικών οδών, ενώ οι ανεπάρκειες των D1 υποδοχέων της ντοπαμίνης στον ραχαιοπλάγιο προμετωπιαίο φλοιό παραβλάπτουν την κινητική λειτουργία και επιμηκύνουν τον χρόνο απόκρισης, μειώνοντας, με τον τρόπο αυτόν, την αποδοτικότητα του συστήματος απαρτίωσης των εκτελεστικών λειτουργιών.⁵² Παράλληλα, οι νορεπινεφρινικές απώλειες στο περιφερικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορεί να επιφέρουν έκπτωση στο σύστημα της προσοχής σε ασθενείς με PCI, ενώ βλάβες στις μετωπιαίες και βρεγματικές περιοχές του φλοιού μειώνουν την αποδοτικότητα και του συστήματος ρύθμισης του προσανατολισμού στους εμφανίζοντες PCI.⁵²

Κατάθλιψη και παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία

Όπως έχει επισημανθεί, η VBI δημιουργεί ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών και νευρολογικών συμπτωμάτων.^{61–64} Όταν επικυριαρχούν τα πρώτα, η κλινική τους φαινομενολογία δύναται να περιλαμβάνει ψευδαισθητικά σύνδρομα, διαταραχές μνήμης και συναισθήματος, ακινητική εμβροντησία /αφωνία, φλοιϊκή τύφλωση, διεγερμένο ντελίριο, σύνδρομο Carpgas, υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης ή άλλες ασυνήθιστες αναφορές.⁶³

Τόσο το αιθουσαίο, όσο και το παρεγκεφαλιδικό σύστημα ενέχονται όχι μόνον στον κινητικό συντονισμό αλλά και στη ρύθμιση των νοητικο-συναισθηματικών λειτουργιών, όπως αναδεικνύει η εκρηκτική αύξηση του όγκου των ερευνητικών δεδομένων στο πεδίο της νευροεπιστήμης του συναισθήματος, σε ανθρώπους και σε μοντέλα πειραματόζων.^{1,2,24,25,28,33,39,40,65}

Παρεγκεφαλιδικοί νευρώνες οι οποίοι προβάλλουν στην κοιλιακή καλυπτρική περιοχή (ventral tagmental area-VTA), ρυθμίζουν προδρομικά την ανάδυση καταθλιπτικούμορφων συμπεριφορών, αυξάνοντας την πιθανότητα η παρεγκεφαλίδα να αποτελέσει αποτελεσματικό θεραπευτικό στόχο στην πρόληψη της εκδήλωσης καταθλιπτικών διαταραχών.⁶⁶

Σε μία άλλη μελέτη υποστηρίζεται η συμμετοχή της παρεγκεφαλίδας στη νοητική διάσταση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (MDD), «φωτογραφίζοντας», μάλιστα, τη VII παρεγκεφαλιδική περιοχή ως δυνητικό στόχο για μη επεμβατικές θεραπείες εγκεφαλικής διέγερσης, προς αντιμετώπιση των νοητικών ελλειμμάτων που συνδέονται με την MDD. Ελλείμματα στην προσοχή και τις εκτελεστικές δυσλειτουργίες αποτελούν χαρακτηριστικές νοητικές διαταραχές που συνοδεύουν την MDD, επιμένοντας, μάλιστα, συχνά, παρά την ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε σχέση με υγιείς μάρτυρες, ασθενείς με MDD σε ύφεση (remitted major depressive disorder-rMDD), με συνοδά νοητικά ελλείμματα, εμφάνιζαν μικρότερο όγκο φαιάς ουσίας (grey matter volume-GMV) στην αριστερή VIIA περιοχή της περιοχής II του σκέλους της οπίσθιας παρεγκεφαλίδας (Crus II) και στη VIIB περιοχή του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας.⁶⁷ Η περιοχή II του σκέλους της οπίσθιας παρεγκεφαλίδας ειδικεύεται στις διεργασίες της κοινωνικής εν-νόησης (νοητικοποίησης/mentalization) και των συναισθηματικών αυτο-εμπειριών, όπως μαρτυρούν τα ευρήματα μιας μετα-ανάλυσης μαγνητικών τομογραφιών λειτουργικής απεικόνισης (fMRIs).⁶⁸

Η αιμάτωση της αριστερής VIIA παρεγκεφαλιδικής περιοχής βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως αυτά αποτυπώνονται στην Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale -HDRS),⁶⁹ οπότε αυξάνονται τα ευρήματα που συνηγορούν υπέρ τοπογραφικής εξειδίκευσης της Crus II παρεγκεφαλιδικής περιοχής σε ό,τι αφορά στη λειτουργικότητα της κοινωνικής εν-νόησης. Με τον τρόπο αυτόν ενισχύονται οι θεωρίες της λεγόμενης «κοινωνικής παρεγκεφαλίδας», που εστιάζουν στον ρόλο της τελευταίας στην αλληλούχιση όχι μόνον των κινήσεων αλλά και των κοινωνικών ενεργειών,

υπογραμμίζοντας τις θεραπευτικές προοπτικές παρεμβάσεων παρεγκεφαλιδικής νευροδιέγερσης.^{67,68}

Οι Depping et al ανέδειξαν πως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) οδήγησε σε αύξηση του όγκου της φαιάς ουσίας στη VIIA περιοχή και στην περιοχή I του σκέλους της παρεγκεφαλίδας, μιας περιοχής που συγκαταλέγεται στη «συναισθηματική/μεταιχμιακή παρεγκεφαλίδα». Την ίδια στιγμή, η επίδραση της ECT στην παρεγκεφαλιδική δομή συσχετίζεται με συνολική ανακούφιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων,⁷⁰ ενώ πολύ λιγότερα είναι τα ευρήματα που συνηγορούν υπέρ ενός ανάλογου ρόλου της Crus I περιοχής της παρεγκεφαλίδας στην εν-νόηση και τα εαυτο-σχετιζόμενα συναισθήματα.⁶⁸

Ασθενείς με rMDD, συγκρινόμενοι με υγιείς μάρτυρες, εμφάνιζαν, όπως προέκυψε μετά από ανάλυση παλινδρόμησης, σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στο μειωμένο GMV της VIIA-Crus II και της VIIB περιοχής του σκώληκα της παρεγκεφαλίδας και στην ανίχνευση ελλειμμάτων προσοχής και εκτελεστικών δυσλειτουργιών. Σε ό,τι αφορά στις VIIB περιοχές της παρεγκεφαλίδας, ασθενείς με κατάθλιψη σε ύφεση, χωρίς –όμως– συνοδά νοητικά ελλείμματα εμφάνιζαν αυξημένο GMV αμφοτεροπλευρώς, συγκρινόμενοι με υγιείς μάρτυρες.⁶⁷

Συμπερασματικώς, διαπιστώνεται ερευνητική ανάγκη για μελλοντικές μελέτες οι οποίες θα προσπαθήσουν να απαντήσουν στο κατά πόσον ανωμαλίες στη δομή της VII παρεγκεφαλιδικής περιοχής σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της κατάθλιψης, με διαταραχή στις νοητικές επεξεργασίες των ασθενών με κατάθλιψη (όπως για παράδειγμα η προτίμηση στην επεξεργασία των αρνητικών πληροφοριών ή η δυσλειτουργική συνειδητή συναισθηματική ρύθμιση) και στο εάν τα προηγούμενα θα πρέπει να θεωρηθούν αποτέλεσμα διαταραγμένης παρεγκεφαλιδικής δραστηριότητας ή εγκεφαλο-παρεγκεφαλιδικής συνδεσιμότητας.⁶⁷

Διαταραγμένη περιοχική παρεγκεφαλιδική αιματική ροή (regional cerebellar blood flow-rCBF) σε αμφοτερόπλευρες τις VIIa and VIIB περιοχές της παρεγκεφαλίδας προσδιορίστηκε σε μία από τις μελέτες των Depping et al,⁶⁹ μεταξύ ασθενών με MDD και υγιών μαρτύρων, χωρίς όμως να αναδειχθούν αντίστοιχες, στατιστικώς σημαντικές, διαφορές στον παρεγκεφαλιδικό GMV. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν τη συνεισφορά των «συναισθηματικών» περιοχών της παρεγκεφαλίδας στην παθοφυσιολογία και την έκφραση των συμπτωμάτων της MDD, την ίδια στιγμή που, ενώ η αιματική ροή της παρεγκεφαλίδας εμφανίζεται διαταραγμένη –εν ηρεμία– σε ασθενείς με MDD, ο παρεγκεφαλιδικός όγκος φαίνεται να επηρεάζεται λιγότερο.⁶⁹

Στην παρεγκεφαλιδική περιοχή IX, η οποία δεν ελέγχει κινητικές λειτουργίες και ανήκει σε ένα ευρύ εγκεφαλικό λειτουργικό δίκτυο με γνωστή συσχέτιση με την έκφραση «πυρηνικών» καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παρατηρούνται ογκομετρικές ανωμαλίες, ανεξάρτητα από την κλινική σοβαρότητα της κατάθλιψης ή από τη λήψη ΦΑ. Τα ευρήματα αυτά υποσημαίνουν πιθανό ενδοφαινότυπο της καταθλιπτικής διαταραχής. Με δεδομένα, πάντως, την αμφιπλευρικότητα^{67,71} της εντόπισης των ογκομετρικών αλλαγών και της συσχέτισής τους με τις κλινικές βαθμολογίες, τουλάχιστον σε όσους ασθενείς με κατάθλιψη βρίσκονται σε ύφεση, είναι πιθανό τα ογκομετρικά στοιχεία της παρεγκεφαλίδας να αντικατοπτρίζουν την επιτυχή θεραπεία.⁷¹

Δομικές αλλαγές της φαιάς ουσίας στις πρόσθιες και τις οπίσθιες παρεγκεφαλιδικές περιοχές, συνδέονται τόσο με την «κινητική μνήμη» όσο και με τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με MDD,⁷² ενώ η παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία μπορεί να επιβραδύνει την ενσωμάτωση πληροφοριών συναισθηματικής ενημερότητας, με αποτέλεσμα ασθενείς με MDD και παρεγκεφαλιδική βλάβη να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν με σαφήνεια τη διάθεσή τους στο «εδώ και τώρα».⁷³ Η διαπίστωση αυτή βοηθά να ερμηνεύσουμε το παλαιότερο συμπέρασμα του Γ. Χειμώνα πως: «ο εγκέφαλος, ως ολικό όργανο, είναι ένα σύστημα αισθητήριο και μαζί μορφοπλαστικό του παρόντος της ατομικής συνείδησης».^{74,75}

Οι παρεγκεφαλιδικές δυσλειτουργίες έχουν, επίσης, συσχετισθεί με καταθλιπτικές διαταραχές και νοητικά ελλείμματα στο πλαίσιο νευροεκφυλιστικών παθήσεων, με την παρεγκεφαλιδική παθολογία να αποτελεί έναν από τους καθοριστικούς παράγοντες εκδήλωσης κόπωσης και κατάθλιψης που συμβάλλουν στην επιδείνωση της αναπηρίας στην υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα πολλαπλή σκλήρυνση.^{76,77}

Υπέρ του μη αντιδραστικού χαρακτήρα της κατάθλιψης που εμφανίζεται στο νευροεκφυλιστικό πλαίσιο των παρεγκεφαλιδικών αταξιών συνηγορούν και μελέτες σε ασθενείς με Αταξία Friedreich,^{34,78-80} καθώς δεν προσδιορίστηκε συσχέτιση ανάμεσα στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου καταγραφής κατάθλιψης Beck (Beck Depression Inventory-BDI) και την ηλικία των ασθενών, τη βαρύτητα των αταξικών συμπτωμάτων, την ηλικία έναρξης της νόσου ή τη διάρκειά της. Προσδιορίστηκε, όμως, αντίστροφη συσχέτιση των βαθμολογιών στο BDI με τον όγκο της φαιάς ουσίας στη δεξιά άνω μετωπιαία έλικα. Τα ευρήματα αυτά συσχετίζουν τη συχνώς εκδηλούμενη (αλλά πιθανώς υποδιαγιγνωσκόμενη), στο πλαίσιο της αταξίας Friedreich, κατάθλιψη με δομικές ανωμαλίες που

καταλείπει η νόσος στον εγκέφαλο.⁷⁸ Σε μία άλλη μελέτη, αυτής της κληρονομούμενης παρεγκεφαλιδικής αταξίας, οι βαθμολογίες των ασθενών στις κλίμακες αξιολόγησης της κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, χωρίς όμως η κατάθλιψη να επηρεάζει τη νοητική επίδοση.⁸¹

Αντίστοιχη επιστημονική θέση, πως η ανιχνευόμενη κατάθλιψη στους ασθενείς με παρεγκεφαλιδικές αταξίες δεν μπορεί να αποδοθεί μόνον στην κινητική τους αδυναμία, υποστηρίζεται και από τους Lo et al, βάσει της φυσικής ιστορίας τεσσάρων τύπων SCA που αναδεικνύουν ότι η κατάθλιψη μπορεί επίσης να συμβάλει στην προοδευτική επιδείνωση της αταξίας, ή τουλάχιστον να συμβαδίζει με τα αταξικά συμπτώματα, υπό τον ίδιο παθογενετικό μηχανισμό,^{34,82} την ίδια στιγμή που σεροτονινεργικώς δρώντα φάρμακα, όπως η ταντοσπιρόνη (tandospirone-έναν 5-HT1A αγωνιστής) εμφανίζονται να βελτιώνουν τα αταξικά φαινόμενα σε ασθενείς με παρεγκεφαλιδική αταξική νόσο των Machado-Joseph (MJD-SCA3),⁸³ ενώ ασθενείς με παρεγκεφαλιδικές αταξίες μπορεί να αναπτύξουν παρορμητικές και καταναγκαστικές συμπεριφορές με σημαντικώς δυσμενή αντίκτυπο στην QoL των ίδιων και των οικογενειών τους.⁸⁴

Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως η μελέτη των διαταραχών της παρεγκεφαλιδικής αιμάτωσης συμβάλλει στην εφαρμογή βέλτιστων κλινικών πρακτικών στη διαγνωστική προσέγγιση συναισθηματικών διαταραχών, είτε οι τελευταίες εμφανίζονται αυτόνομα είτε στο πλαίσιο νευροεκφυλιστικών οντοτήτων.

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, διευρύνοντας το επιστημονικό πεδίο σύγκλισης των νευροεπιστημών με την αγγειολογία, κατανοούμε πως, χωρίς επισταμένη ανασκόπηση των κυκλοφορικών διαταραχών του VBS, δεν είναι δυνατόν να ερμηνευθεί συνολικά το φάσμα δυσλειτουργιών της εγκεφαλικής κυκλοφορίας και της πρόκλησης νευρονοητικών εκπτώσεων και συναισθηματικών διαταραχών. Ψυχο-νοητικές (psychocognitive) διαστάσεις (συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της νοητικής δυσλειτουργίας) οργανικών βλαβών συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών που υφίστανται συνακόλουθες νευροχημικές μεταβολές, ελλείμματα αιμάτωσης και νευροφλεγμονή,⁸⁵ αποτυπώνονται στα ερευνητικά μοντέλα μελέτης των διαταραχών της παρεγκεφαλιδικής κυκλοφορίας, ανοίγοντας νέες θεραπευτικές προοπτικές και αναδεικνύοντας καινούργιους, πιθανούς, ενδοφαινότυπους, τόσο της κατάθλιψης όσο και των ανοϊκών διαταραχών, με τη συμπερίληψη της πιθανής PCI στο διαγνωστικό και θεραπευτικό μας σκεπτικό.

Βιβλιογραφία

- Argyropoulos GPD, van Dun K, Adamaszek M, Leggio M, Manto M, Masciullo M et al. The Cerebellar Cognitive Affective/Schmahmann Syndrome: a Task Force Paper. *Cerebellum* 2020, 19:102–125, doi: 10.1007/s12311-019-01068-8
- Schmahmann JD. Rediscovery of an early concept. *Int Rev Neurobiol* 1997, 41:3–27, doi: 10.1016/s0074-7742(08)60345-1
- Kozioł LF, Budding D, Andreasen N, D'Arrigo S, Bulgheroni S, Imamizu H et al. Consensus paper: the cerebellum's role in movement and cognition. *Cerebellum* 2014, 13:151–177, doi: 10.1007/s12311-013-0511-x
- De la Torre JC. Alzheimer's disease prevalence can be lowered with non-invasive testing. *J Alzheimers Dis* 2008, 14:353–359, doi: 10.3233/jad-2008-14310
- Liapis CC. The relationship of carotid artery disease with mental and neurocognitive disorders. *Psychiatriki* 2024, 35:156–164, doi: 10.22365/jpsych.2022.083 (in Greek)
- Liapis CC, Perrea D, Ginieri-Coccosis M, Christidis F, Zalonis I, Liapis CD. The effects of carotid revascularization on mood symptoms and quality of life in patients with high - grade carotid stenosis. *Psychiatriki* 2024, 35:123–132, doi: 10.22365/jpsych.2023.003 (in Greek)
- Piegza M, Więckiewicz G, Wierzba D, Piegza J. Cognitive Functions in Patients after Carotid Artery Revascularization-A Narrative Review. *Brain Sci* 2021, 11:1307, doi: 10.3390/brainsci11101307
- Mlekusch W, Mlekusch I, Minar E, Haumer M, Kopp CW, Ahmadi R et al. Is There Improvement of "Vascular Depression" after Carotid Artery Stent Placement? *Radiology* 2006, 240:508–514, doi: 10.1148/radiol.2402051043
- Eugene JR, Abdallah M, Miglietta M, Vernenkar VV, Pascual R, Briones R et al. Carotid occlusive disease: primary care of patients with or without symptoms. *Geriatrics* 1999, 54:24–26, PMID: 10365184
- Pucite E, Krievina I, Miglane E, Erts R, Krievins D, Millers A. Changes in Cognition, Depression and Quality of Life after Carotid Stenosis Treatment. *Curr Neurovasc Res* 2019, 16: 47–62, doi: 10.2174/1567202616666190129153409
- Liapis CC, Ginieri-Coccosis M, Christidi F, Zalonis I, Liapis CD, Perrea D. *Evaluation of carotid revascularization on patient's mood and quality of life*. Paper presented at 12th Panhellenic Congress of the Hellenic Association of Geriatrics and Gerontology, 2012. Athens, Abstracts book, EA40, p51
- Liapis CC, Ginieri-Coccosis M, Christidi F, Zalonis I, Liapis CD, Perrea D. *Evaluation of carotid revascularization on patient's cognitive function*. Paper presented at 25th Panhellenic Congress of Greek Neurologists, 2011. Athens
- Lal BK, Dux MC, Sikdar S, Goldstein C, Khan AA, Yokemick J et al. Asymptomatic carotid stenosis is associated with cognitive impairment. *J Vasc Surg* 2017, 66:1083–1092, doi: 10.1016/j.jvs.2017.04.038
- Auperin A, Berr C, Bonithon-Kopp C, Touboul P-J, Ruelland I, Ducimetiere P et al. Ultrasonographic Assessment of Carotid Wall Characteristics and Cognitive Functions in a Community Sample of 59- to 71-Year-Olds. The EVA Study Group. *Stroke* 1996, 27:1290–1295, doi: 10.1161/01.str.27.8.1290
- Brand N, Bossema ER, Ommen Mv M, Moll FL, Ackerstaff RG. Left or right carotidendarterectomy in patients with atherosclerotic disease: ipsilateral effects on cognition? *Brain Cogn* 2004, 54:117–123, doi: 10.1016/j.bandc.2003.12.001
- Johnston SC, O'Meara ES, Manolio TA, Lefkowitz D, O'Leary DH, Goldstein S et al. Cognitive impairment and decline are associated with carotid artery disease in patients without clinically evident cerebrovascular disease. *Ann Intern Med* 2004, 140:237–247, doi: 10.7326/0003-4819-140-4-200402170-00005
- Kishikawa K, Kamouchi M, Okada Y, Inoue T, Ibayashi S, Iida M. Effects of carotid endarterectomy on cerebral blood flow and neuropsychological test performance in patients with high grade carotid stenosis. *J Neurol Sci* 2003, 213:19–24, doi: 10.1016/s0022-510x(03)00128-x
- Pearson S, Maddern G, Fitridge R. Cognitive performance in patients after carotid endarterectomy. *Vasc Surg* 2003, 38:1248–1253, doi: 10.1016/s0741-5214(03)00786-9
- Yonekawa Y. Posterior circulation EC-IC bypass via supracerebellar transtentorial SCTT approach applied in a young patient with congenital multiple occlusive cerebrovascular anomalies - case report and technical note. *Acta Neurochir Suppl* 2010, 107:89–93, doi: 10.1007/978-3-211-99373-6_14
- Perez FI, Rivera VM, Meyer JS, Gay JR, Taylor RL, Mathew NT. Analysis of intellectual and cognitive performance in patients with multi-infarct dementia, vertebrobasilar insufficiency with dementia, and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1975, 38:533–540, doi: 10.1136/jnnp.38.6.533
- Wang L, Zhou P, Mu Z, Lin X, Jiang L, Cheng Z et al. Dynamic Detection of Thrombolysis in Embolic Stroke Rats by Synchrotron Radiation Angiography. *Transl Stroke Res* 2019, 10:695–704, doi: 10.1007/s12975-019-0687-6
- Li N, Li C, Xie X, Liu G, Wang K, Zhang W et al. Impairment of attention network function in posterior circulation ischemia-evidence from the Attention Network Test. *Front Hum Neurosci* 2023, 16:1001500, doi: 10.3389/fnhum.2022.1001500
- Amin-Hanjani S, Stapleton CJ, Du X, Rose-Finnell L, Pandey DK, Elkind MSV, et al, VERITAS Study Group. Hypoperfusion Symptoms Poorly Predict Hemodynamic Compromise and Stroke Risk in Vertebrobasilar Disease. *Stroke* 2019, 50:495–497, doi: 10.1161/STROKEAHA.118.023101
- Liapis CC. Cerebellar Ataxias. From neurocognitive and psychiatric perspective. Clinical classification and therapeutic approach. *Archives of Clinical Neurology* 2023, 32:4, 18–30 (in Greek)
- Schmahmann JD, Guell X, Stoodley CJ, Halko MA. The Theory and Neuroscience of Cerebellar Cognition. *Annu Rev Neurosci* 2019, 8:337–364, doi: 10.1146/annurev-neu-ro-070918-050258
- Abderrakib A, Ligot N, Naeije G. Cerebellar cognitive affective syndrome after acute cerebellar stroke. *Front Neurol* 2022, 11:906293, doi: 10.3389/fneur.2022.906293
- Ito Y, Matsumaru Y, Suzuki K, Matsumura A. Impaired cognitive function due to cerebellar infarction and improvement after stent-assisted angioplasty for intracranial vertebral artery stenosis--case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2010 50:135–138, doi: 10.2176/nmc.50.135
- Schmahmann JD. Disorders of the cerebellum: ataxia, dysmetria of thought, and the cerebellar cognitive affective syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004, 16:367–378, doi: 10.1176/jnp.16.3.367
- De Smet HJ, Mariën P. Posterior fossa syndrome in an adult patient following surgical evacuation of an intracerebellar haematoma. *Cerebellum* 2012, 11:587–592, doi: 10.1007/s12311-011-0322-x
- Broich K, Hartmann A, Biersack HJ, Horn R. Crossed cerebello-cerebral diaschisis in a patient with cerebellar infarction. *Neurosci Lett* 1987, 1683:7–12, doi: 10.1016/0304-3940(87)90207-2
- Baillieux H, De Smet HJ, Dobbeleir A, Paquier PF, De Deyn PP, Mariën P. Cognitive and affective disturbances following focal cerebellar damage in adults: a neuropsychological and SPECT study. *Cortex* 2010, 46:869–879, doi: 10.1016/j.cortex.2009.09.002
- De Smet HJ, Baillieux H, Wackenberg P, De Praeter M, Engelborghs S, Paquier PF et al. Long-term cognitive deficits following posterior fossa tumor resection: a neuropsychological and functional neuroimaging follow-up study. *Neuropsychology* 2009, 23:694–704, doi: 10.1037/a0016106
- Schmahmann JD, Sherman JC. The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain* 1998, 121:561–579, doi: 10.1093/brain/121.4.561

34. Trouillas P. The cerebellar serotonergic system and its possible involvement in cerebellar ataxia. *Can J Neurol Sci* 1993, 20 (Suppl 3):S78–82, doi: 10.1017/s0317167100048575
35. Teive HA. Spinocerebellar ataxias. *Arq Neuropsiquiatr* 2009, 67:1133–1142, PMID: 20069236
36. Synofzik M, Németh AH. Recessive ataxias. *Handb Clin Neurol* 2018, 155:73–89, doi: 10.1016/B978-0-444-64189-2.00005-6
37. Manto M, Gandini J, Feil K, Strupp M. Cerebellar ataxias: an update. *Curr Opin Neurol* 2020, 33:150–160, doi: 10.1097/WCO.0000000000000774
38. Bürk K, Globas C, Bösch S, Klockgether T, Züh-lke C, Daum I et al. Cognitive deficits in spinocerebellar ataxia type 1, 2, and 3. *J Neurol* 2003, 250:207–211, doi: 10.1007/s00415-003-0976-5
39. Lam J, Coleman N, Garing AL, Wulff H. The therapeutic potential of small-conductance KCa2 channels in neurodegenerative and psychiatric diseases. *Expert Opin Ther Targets* 2013, 17:1203–1220, doi: 10.1517/14728222.2013.823161
40. Tichanek F. Psychiatric-Like Impairments in Mouse Models of Spinocerebellar Ataxias. *Cerebellum* 2023, 22:14–25, doi: 10.1007/s12311-022-01367-7
41. Asher M, Rosa JG, Rainwater O, Duvick L, Benny-worth M, Lai RY et al. Cerebellar contribution to the cognitive alterations in SCA1: evidence from mouse models. *Hum Mol Genet* 2020, 29:117–131, doi: 10.1093/hmg/ddz265
42. Hoche F, Daly MP, Chutake YK, Valera E, Sherman JC, Schmahmann JD. The Cerebellar Cognitive Affective Syndrome in Ataxia-Tel-angiectasia. *Cerebellum* 2019, 18:225–244, doi: 10.1007/s12311-018-0983-9
43. Wang L, Zhou P, Mu Z, Lin X, Jiang L, Cheng Z et al. Dynamic Detection of Thrombolysis in Embolic Stroke Rats by Synchrotron Radiation Angiography. *Transl Stroke Res* 2019, 10:695–704, doi: 10.1007/s12975-019-0687-6
44. Ai J, Liu E, Park E, Baker AJ. Structural and functional alterations of cerebellum following fluid percussion injury in rats. *Exp Brain Res* 2007, 177:95–112, doi: 10.1007/s00221-006-0654-9
45. Dalainas BH. *General Surgery*. University Studio Press, Thessaloniki, 2001: 875–876 (in Greek)
46. Searls DE, Pazdera L, Korbel E, Vysata O, Caplan LR. Symptoms and signs of posterior circulation ischemia in the new England medical center posterior circulation registry. *Arch Neurol* 2012, 69:346–51, doi: 10.1001/archneurol.2011.2083
47. Atzema CL, Grewal K, Lu H, Kapral MK, Kulkarni G, Austin PC. Outcomes among patients discharged from the emergency department with a diagnosis of peripheral vertigo. *Ann Neurol* 2016, 79:32–41, doi: 10.1002/ana.24521
48. Newman-Toker DE. Missed stroke in acute vertigo and dizziness: It is time for action, not debate. *Ann Neurol* 2016, 79:27–31, doi: 10.1002/ana.24532
49. Gulli G, Khan S, Markus HS. Vertebrobasilar stenosis predicts high early recurrent stroke risk in posterior circulation stroke and TIA. *Stroke* 2009, 40:2732–2737, doi: 10.1161/STROKEAHA.109.553859
50. Herdman D, Norton S, Pavlou M, Murdin L, Moss-Morris R. Vestibular deficits and psychological factors correlating to dizziness handicap and symptom severity. *J Psychosom Res* 2020, 132:109969, doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.109969
51. Tian VN, Goïdenko VS, Bigdareva OA. Effect of reflex therapy on the dynamics of cognitive impairment in patients with chronic vertebrobasilar insufficiency. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2011, 111:37–43, PMID: 21947070 (in Russian)
52. Skoromets AA, Aliev KT, Lalayan TV, Pugachova EL, Smolko DG. Cognitive functions and treatment of their impairment in elderly patients with the vertebrobasilar insufficiency. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2013, 113:18–24, PMID: 23739435 (in Russian)
53. Koçer A. Cognitive problems related to vertebrobasilar circulation. *Turk J Med Sci* 2015, 45:993–997, doi: 10.3906/sag-1403-100
54. Tu J, Wang LX, Wen HF, Xu YC, Wang PF. The association of different types of cerebral infarction with post-stroke depression and cognitive impairment. *Medicine* (Baltimore) 2018, 97:e10919, doi: 10.1097/MD.00000000000010919
55. Yaghi S, Cotsonis G, de Havenon A, Prahbakaran S, Romano JG, Lazar RM et al. Poststroke Montreal Cognitive Assessment and Recurrent Stroke in Patients With Symptomatic Intracranial Atherosclerosis. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2020, 29:104663, doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104663
56. Chimowitz MI, Lynn MJ, Turan TN, Fiorella D, Lane BF, Janis S et al SAMMPRIS Investigators. Design of the stenting and aggressive medical management for preventing recurrent stroke in intracranial stenosis trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2011, 20:357–368, doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.05.001
57. Moftakhar R, Turk AS, Niemann DB, Hussain S, Rajpal S, Cook T et al. Effects of carotid or vertebrobasilar stent placement on cerebral perfusion and cognition. *AJNR Am J Neuroradiol* 2005, 26:1772–1780, PMID: 16091529
58. Kuwahara S, Uga S, Mori T, Kajita K, Mori K. Intracranial vertebral artery stenosis successfully revascularised by cerebral angioplasty and stenting in chronic stage: a case report of prompt improvement of the neurological impairment. *No To Shinkei* 2000, 52:341–347, PMID: 10793423 (in Japanese)
59. Wardlaw JM, Bastin ME, Valdés Hernández MC, Maniega SM, Royle NA, Morris Z et al. Brain aging, cognition in youth and old age and vascular disease in the Lothian Birth Cohort 1936: rationale, design and methodology of the imaging protocol. *Int J Stroke* 2011, 6:547–559, doi: 10.1111/j.1747-4949.2011
60. Wang Y, Sun L, He G, Gang X, Zhao X, Wang G, Ning G. Cerebral perfusion alterations in type 2 diabetes mellitus - a systematic review. *Front Neuroendocrinol* 2021, 62:100916, doi: 10.1016/j.yfrne.2021.100916
61. Predescu A, Damsa C, Riegert M, Bumb A, Pull C. Trouble psychotique persistant après ischémie mésencéphalo-thalamique bilatérale: à propos d'un cas clinique [Persistent psychotic disorder following bilateral mesencephalo-thalamic ischaemia: case report]. *Encephale* 2004, 30:404–407, doi: 10.1016/s0013-7006(04)95455-3 (in French)
62. Prokop H. Depressive bilder als begleiterscheinung der basilarisinsuffizienz [Depressive states as accompanying symptom of basilar artery insufficiency]. *Wien Klin Wochenschr* 1963, 75:670–673, PMID: 14059191 (in German)
63. Price J, Whitlock FA, Hall RT. The psychiatry of vertebro-basilar insufficiency with the report of a case. *Psychiatr Clin (Basel)* 1983, 16:26–44, doi: 10.1159/000283948, PMID: 6844659
64. Bacherikov NE, Samardakova GA. Nekotorye pokazateli psikhicheskoi nedostatocnosti u bol'nykh s khronicheskimi narusheniami krovoobrashcheniia v vertebrobasilarnoi sisteme [Various indices of mental deficiencies in patients with chronic circulatory disorders in the vertebrobasilar system]. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1983, 83:1218–1222, PMID: 6624350 (in Russian).
65. Hilber P, Cendelin J, Le Gall A, Machado ML, Tuma J, Besnard S. Cooperation of the vestibular and cerebellar networks in anxiety disorders and depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019, 89:310–321, doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.10.004
66. Baek SJ, Park JS, Kim J, Yamamoto Y, Tanaka-Yamamoto K. VTA-projecting cerebellar neurons mediate stress-dependent depression-like behaviors. *Elife* 2022, 11:e72981, doi: 10.7554/eLife.72981
67. Depping MS, Schmitgen MM, Bach C, Listunova L, Kienzle J, Kubera KM et al. Abnormal Cerebellar Volume in Patients with Remitted Major Depression with Persistent Cognitive Deficits. *Cerebellum* 2020, 19:762–770, Erratum in: *Cerebellum*. 2021, 20:670, doi: 10.1007/s12311-020-01157-z

68. Van Overwalle F, Ma Q, Heleven E. The posterior crus II cerebellum is specialized for social mentalizing and emotional self-experiences: a meta-analysis. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2020, 15:905–928, doi: 10.1093/scan/nsaa124
69. Depping MS, Wolf ND, Vasic N, Susic-Vasic Z, Schmitgen MM, Sambataro F et al. Aberrant resting-state cerebellar blood flow in major depression. *J Affect Disord* 2018, 226:227–231, doi: 10.1016/j.jad.2017.09.028
70. Depping MS, Nolte HM, Hirjak D, Palm E, Hofer S, Stieltjes B et al. Cerebellar volume change in response to electroconvulsive therapy in patients with major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017, 73:31–35, doi: 10.1016/j.pnpbp.2016.09.007
71. Depping MS, Wolf ND, Vasic N, Sambataro F, Hirjak D, Thomann PA et al. Abnormal cerebellar volume in acute and remitted major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2016, 71:97–102, doi: 10.1016/j.pnpbp.2016.06.005
72. Xu LY, Xu FC, Liu C, Ji YF, Wu JM, Wang Y et al. Relationship between cerebellar structure and emotional memory in depression. *Brain Behav* 2017, 7:e00738, doi: 10.1002/brb3.738
73. Clausi S, Lupo M, Olivito G, Siciliano L, Contento MP, Aloise F et al. Depression disorder in patients with cerebellar damage: Awareness of the mood state. *J Affect Disord* 2019, 245:386–393, doi: 10.1016/j.jad.2018.11.029
74. Vassilopoulos D. *Neurology: Epitome of theory and practice*. Paschalidis PC Medical Publications, Athens, 2003:554–562 (in Greek)
75. Liapis CC, Liapis CD. Historical context of the impact of carotid artery disease and revascularization techniques on patient's cognitive and mental function. *Archives of Hellenic Medicine* 2023, 40:668–675 (in Greek)
76. Lazzarotto A, Margoni M, Franciotta S, Zywicki S, Riccardi A, Poggiali D et al. Selective Cerebellar Atrophy Associates with Depression and Fatigue in the Early Phases of Relapse-Onset Multiple Sclerosis. *Cerebellum* 2020, 19:192–200, doi: 10.1007/s12311-019-01096-4
77. Dineen RA, Vilisaar J, Hlinka J, Bradshaw CM, Morgan PS, Constantinescu CS et al. Disconnection as a mechanism for cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Brain* 2009, 132:239–249, doi: 10.1093/brain/awn275
78. Silva CB, Yasuda CL, D'Abreu A, Cendes F, Lopes-Cendes I, França MC Jr. Neuroanatomical correlates of depression in Friedreich's ataxia: a voxel-based morphometry study. *Cerebellum* 2013, 12:429–436, doi: 10.1007/s12311-012-0424-0
79. Harding IH, Corben LA, Storey E, Egan GF, Stagnitti MR, Poudel GR et al. Fronto-cerebellar dysfunction and dysconnectivity underlying cognition in Friedreich ataxia: The IMAGE-FRDA study. *Hum Brain Mapp* 2016, 37:338–350, doi: 10.1002/hbm.23034
80. Manto M, Gandini J, Feil K, Strupp M. Cerebellar ataxias: an update. *Curr Opin Neurol* 2020, 33:150–160, doi: 10.1097/WCO.0000000000000774
81. Nieto A, Correia R, de Nóbrega E, Montón F, Hess S, Barroso J. Cognition in Friedreich ataxia. *Cerebellum* 2012, 11:834–844, doi: 10.1007/s12311-012-0363-9
82. Lo RY, Figueroa KP, Pulst SM, Perlman S, Wilmot G, Gomez C et al. Depression and clinical progression in spinocerebellar ataxias. *Parkinsonism Relat Disord* 2016, 22:87–92, doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.11.021
83. Takei A, Hamada T, Yabe I, Sasaki H. Treatment of cerebellar ataxia with 5-HT1A agonist. *Cerebellum* 2005, 4:211–215, doi: 10.1080/14734220500222318
84. Lai RY, Desai NA, Amlang CJ, Lin CR, Chen TX, Minyetty MJ et al. Gambling associated risk-taking decision in cerebellar ataxia. *Parkinsonism Relat Disord* 2023, 107:105252, doi: 10.1016/j.parkreldis.2022.105252
85. Choi-Kwon S, Kim JS. Poststroke fatigue: an emerging, critical issue in stroke medicine. *Int J Stroke* 2011, 6:328–336, doi: 10.1111/j.1747-4949.2011.00624.x

Special article

Cerebellar cognitive affective syndrome and vertebrobasilar ischemia. From cerebello-cerebral diaschisis to “dysmetria of thought”

Christos Ch. Liapis¹⁻³

¹Therapy Center for Dependent Individuals, Athens,

²University of West Attica, Athens,

³Public Health Experts Committee, Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 28 November 2023/Revised 6 June 2024/Published Online 18 September 2024

ABSTRACT

Cerebellum, along with its role in coordinating motor functions, exercises a significant regulatory influence in fields of cognitive and affective functions. Therefore, studying the effect of cerebrovascular atherosclerotic pathology on mood and cognition should not be limited to stenotic dysfunctions of carotid arteries, but also extend its methodological framework to the consideration of the integrity of vertebrobasilar system (VBS), cerebellar perfusion and posterior cerebral circulation in general, as it has not been yet sufficiently addressed whether VBS insufficiency is associated with deterioration of patients' mental and emotional status and quality of life (QoL). Vertebrobasilar circulatory dysfunction has been pointed out for decades, as a cause of progressive memory impairment and dementia, due to multiple infarcts in cerebral areas which are topographically critical for mental and emotional functions. Indicative of the pathophysiological and anatomic-functional association of VBS with these neuro-psychiatric domains are cerebellar cognitive-affective syndrome (CCAS) and crossed cerebello-cerebral diaschisis (CCCD). Mental and psychiatric components of CCAS, along with ataxic motor disability, constitute the conceptual hypothesis of “dysmetria of thought”, while diagnostic significance of mental dysfunctions and psychopathological manifestations, in terms of symptoms preceding motor impairments that ascribe cerebellar malfunction in the epicenter of their pathophysiology, such as cerebellar ataxias, in which, early recognition of CCAS may facilitate therapeutic interventions aimed at improving QoL, reveal that cerebellar pathology, either of degenerative etiology or vascular substrate on the ground of vertebrobasilar insufficiency (VBI) or other surgical conditions of the posterior fossa, is associated with deterioration of patients' QoL which is related to significant impairments in their cognitive functions with (co)manifested emotional disorders. Studies in animal models also support these conclusions. Since VBI is responsible for a wide range of psychiatric and neurological symptoms, new findings concurred with current indications advocating that, without consideration of VBS disorders, it is impossible to clarify the connection of cerebral perfusion dysfunctions to neurocognitive deficits. The inclusion of cerebellar perfusion disorders in scientific research and clinical approaches to cognitive and affective disorders that may occur in patients with cerebrovascular lesions constitutes a paradigm of best clinical practices implementation and interdisciplinary convergence of neurosciences and vascular medicine..

KEYWORDS: Cerebellar cognitive affective syndrome, vertebrobasilar ischemia, cerebello-cerebral diaschisis, dysmetria of thought.

Ειδικό άρθρο

Ύπνωση: Αρχαία θεραπευτική πρακτική που αναβιώνει και στη σύγχρονη επιστήμη

Δημήτριος Σακελλίων,^{1,2} Σοχρούχ Σουλτάνοφ,¹ Ντιλμουράτ Ιργάσεφ,²
Ουλουγκμπέκ Αλίμοφ,³ Βαγιούλα Τσούτση,⁴ Δημήτρης Δικαίος⁴

¹Κρατικό Στοματολογικό Ινστιτούτο Τασκένδης, Τασκένδη,

²Νοσοκομείο «Doctor D», Τασκένδη,

³Ινστιτούτο Μετεκπαίδευσης Ιατρών της Τασκένδης, Τασκένδη, Ουζμπεκιστάν

⁴Μονάδα Μελέτης Ύπνου, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 14 Μαρτίου 2024/Αναθεωρήθηκε 21 Οκτωβρίου 2024/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 24 Μαρτίου 2025

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ύπνωση είναι η τεχνητά επαγόμενη (διά της υποβολής) τροποποίηση του επιπέδου συνείδησης. Η ύπνωση ως θεραπευτική μέθοδος στην ψυχιατρική και την ψυχολογία αναφέρεται και ως «υπνοθεραπεία» και χρησιμοποιείται σε διάφορες χώρες του κόσμου ως μέθοδος χαλάρωσης, μείωσης του άγχους, της κατάθλιψης, του χρόνιου ή του οξέος πόνου, καθώς και για τροποποίηση της συμπεριφοράς. Παθήσεις που μπορεί να θεραπεύονται με ύπνωση είναι ψυχοσωματικές, ψυχιατρικές διαταραχές και διάφορα άλλα προβλήματα. Στο παρόν άρθρο περιγράφεται η μέθοδος και τα κλινικά χαρακτηριστικά της ύπνωσης, τονίζεται η αξία της ως ψυχοθεραπευτικής μεθόδου και παρουσιάζεται η τεχνική θεραπευτικής ύπνωσης που ακολουθείται από τον πρώτο συγγραφέα. Συγκεκριμένα, η μέθοδος της κλινικής ύπνωσης περιλαμβάνει μυϊκή χαλάρωση, υποβολή και απόλυτη αισθητήρια στέρηση με αποκοπή από το περιβάλλον, που επιτρέπει στον υπνωτιζόμενο να δημιουργήσει «σύνδεση», δηλαδή να έχει άμεση επαφή μόνο με τον υπνωσιολόγο και να δέχεται τις εντολές του χωρίς άλλες εξωτερικές επιδράσεις. Η μέθοδος του πρώτου συγγραφέα της παρούσας ανασκόπησης είναι αυτή της «αστραπιαίας» επαγωγής καταληψίας με την αρχική εντολή για ακινητοποίηση του υπνωτιζόμενου με κλειστά μάτια, και μετακινήσεις από τον υπνωσιολόγο των μελών του που ερεθίζουν το κοιναισθητικό σύστημα (το οποίο συγκρατεί την ισορροπία του σώματος μέσω πολλαπλών ιδιοδεκτικών υποδοχέων των αρθρώσεων, των τενόντων και των μυών) που οδηγούν στην εισαγωγή στην υπνωτική κατάσταση. Στο άρθρο παρουσιάζονται τα ατομικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη δεκτικότητα της ύπνωσης και την ευκολία εισαγωγής σε αυτήν, συζητούνται οι τρεις βαθμοί βάθους της ύπνωσης, οι πιθανές επιπλοκές της μεθόδου και οι αντενδείξεις για τη χρήση της που περιλαμβάνουν διάφορες μορφές ψύχωσης, κυρίως σχιζοφρένεια με παραληρητικές ιδέες επίδρασης, καθώς και έντονα ιστριονικά χαρακτηριστικά. Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών δεν είναι αντένδειξη, αλλά τονίζεται ότι στις περιπτώσεις αυτές η θεραπευτική επίδραση της ύπνωσης είναι αβέβαιη αν δεν λαμβάνονται και άλλα κατάλληλα μέτρα ή ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επίσης, τεκμηριώνεται η επίδραση της ύπνωσης στον εγκέφαλο μέσα από την παρουσίαση ηλεκτροεγκεφαλογραφικών (ΗΕΓ) ευρημάτων που την αντικειμενοποιούν. Κατά την υπνωτική καταληψία το ΗΕΓ χαρακτηρίζεται (συγκριτικά με τη δοκιμασία υποβάθρου) από αύξηση ισχύος του δ-ρυθμού, καθώς και αύξηση του εύρους και του δείκτη του θ-ρυθμού, κυρίως στις κροταφικές απαγωγές και των δύο ημισφαιρίων. Παρατηρείται ακόμη σημαντικού βαθμού ασυμμετρία των ρυθμών μεταξύ δεξιού και αριστερού ημισφαιρίου. Τέλος, τονίζεται ότι η ύπνωση είναι απλώς το εργαλείο μέσω του οποίου εφαρμόζεται η υπνοθεραπεία, η οποία αποτελεί ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και εφαρμόζεται από κλινικούς, ψυχιάτρους ή ψυχολόγους εκπαιδευμένους στην ύπνωση και με γνώση ψυχοθεραπείας, ώστε να διασφαλίζεται η θεραπευτική αξία των οδηγιών που δίδονται κατά την υπνωτική υποβολή.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Ύπνωση, υπνοθεραπεία, καταληψία, εγκεφαλογράφημα, ψυχοθεραπεία.

Εισαγωγή

Στο Διεθνές Δεκαδικό Σύστημα Πληροφόρησης και Βιβλιογραφικής Καταγραφής η ύπνωση περιλαμβάνεται με κωδικό 612.821.71 στο πεδίο της Φυσιολογίας και του Ύπνου.¹ Στην ιατρική και την ψυχιατρική η ύπνωση περιγράφεται ως τεχνητά επαγόμενη (διά της υποβολής) τροποποίηση του επιπέδου συνείδησης.^{2,3} Η ύπνωση χρησιμοποιείται σε διάφορες χώρες του κόσμου, όπως Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ, Αυστραλία, Ρωσία, Ουζμπεκιστάν, Κορέα κ.λπ., ως μέθοδος χαλάρωσης, μείωσης του άγχους, της κατάθλιψης, του χρόνιου ή του οξέος πόνου, καθώς και για τροποποίηση της συμπεριφοράς.⁴⁻⁸ Η ύπνωση ως θεραπευτική μέθοδος στην ψυχιατρική και την ψυχολογία αναφέρεται και ως «υπνοθεραπεία» (hypnotherapy). Ο όρος περιλαμβάνει είτε τη χρήση της ύπνωσης ως βραχείας ψυχοθεραπευτικής μεθόδου για την ύφεση οξέων συμπτωμάτων ή παθολογικής συμπεριφοράς, είτε τη χρήση της σε πλαίσιο μακράς ψυχοθεραπείας αναδόμησης (reconstructive psychotherapy) που αποσκοπεί σε προσαρμοστικές αλλαγές της προσωπικότητας.⁹

Ιστορία της ύπνωσης

Υπήρξαν αρκετοί θεραπευτές ανά τους αιώνες που είχαν κατακτήσει την τέχνη της ύπνωσης. Ινδοί φακίρηδες, σαμάνοι και μάγοι της Αφρικής και της Αυστραλίας με τη βοήθεια της ύπνωσης θεραπεύουν ασθένειες και επηρεάζουν τη βούληση της φυλής, ακούγοντας δήθεν τους Θεούς.^{10,11}

Στην αρχαία Ελλάδα στα Ασκληπεία οι ιερείς περιέβαλλαν τους αρρώστους χορηγώντας φάρμακα, κάνοντας χειρουργικές επεμβάσεις και με την εκτέλεση ορισμένων τελετουργιών. Ο ύπνος στο Ασκληπείο ονομαζόταν «εγκοίμησις» και ουσιαστικά ήταν βαθιά ύπνωση η οποία προκαλείτο είτε από φαρμακευτικές ουσίες (συνήθως εκχύλισμα οπίου) είτε μέσω υποβολής. Η συνταγογράφηση της θεραπείας γινόταν και με βάση την ερμηνεία των ονείρων ή των παραισθήσεων που περιέγραφαν οι ασθενείς.^{12,13} Στην αρχαία ελληνική και ρωμαϊκή εποχή υπήρχαν περίπου 300 Ασκληπεία, με τα πιο γνωστά αυτά της Κω, της Κνίδου και της Επιδαύρου. Στα ερείπια του Ασκληπείου της Επιδαύρου, διασώζονται τρεις μαρμάρινες πλάκες που χρονολογούνται γύρω στο 320 π.Χ., οι οποίες αναφέρονται σε ιστορικά περιστατικών και περιγράφουν τις θεραπείες που χορηγήθηκαν σε 70 ασθενείς, πολλές από αυτές κάνοντας αναφορά στα όνειρά τους.^{12,13} Στα Ασκληπεία σπούδασαν και δίδαξαν, μελετώντας τους πίνακες που είχαν συνταχθεί σε αυτά, ο πατέρας της ιατρικής, ο Ιπποκράτης, και ο διάσημος αρχαίος Ρωμαίος γιατρός Γαληνός πριν γίνει αυλικός γιατρός του αυτοκράτορα Μάρκου Αυρήλιου.¹³⁻¹⁵ Στον σύγχρονο δυτικό κόσμο, πρωτοπόρος στη μελέτη της ύπνωσης ήταν ο Γερμανός θεραπευτής Φραντς Άντον Μέσμερ (Mesmer,

1734–1815), που είχε διακηρύξει την ύπαρξη του «ζωικού μαγνητισμού», μιας μορφής ενέργειας μέσω της οποίας εξηγούσε τον μηχανισμό της τηλεπάθειας και της ύπνωσης.¹⁶ Ο ίδιος ο όρος «ύπνωση» εμφανίστηκε το 1820 χάρη στον οπαδό του μεσμερισμού, Etienne Felix d'Henin de Cuvilliers και έγινε δημοφιλής αργότερα από τον Σκωτσέζο χειρουργό και οφθαλμίατρο James Braid, ο οποίος το 1843 συνέγραψε βιβλίο πάνω στη «νευρο-υπνολογία» (neurohypnology).^{17,18}

Στη σύγχρονη Ελλάδα η ύπνωση πρωτοεμφανίστηκε στην ιατρική κατά τα τέλη του 19ου αιώνα, αφού, κυρίως νευρολόγοι, μαθητές του Σαρκό (Charcot) τη χρησιμοποίησαν και τη δίδαξαν (π.χ. βιβλίο Γ. Καρυοφύλλη «Περί του υπνωτισμού και των συναφών αυτώ ζητημάτων»),¹⁹ ενώ αποτυπώνονται και σε πολλά άρθρα στην «Ψυχιατρική και Νευρολογική Επιθεώρηση» (1902–1911) του Σιμωνίδη Βλαβιανού στα οποία, μάλιστα, η τεχνική που περιγράφεται είναι παρόμοια με την περιγραφόμενη στο παρόν άρθρο.²⁰ Η ύπνωση αναφέρεται επίσης σε διάφορα πανεπιστημιακά συγγράμματα (π.χ. Γαρδίκας, Χατζηγιάννης) όπου αναγνωρίζεται ως αποτελεσματική μέθοδος ψυχοθεραπείας διαφόρων παθολογικών καταστάσεων.^{21,22}

Σκοπός

Ο σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να περιγραφεί η μέθοδος και τα κλινικά χαρακτηριστικά της ύπνωσης και να τονιστεί η αξία της ως ψυχοθεραπευτικής μεθόδου μέσω της υποβολής («υπνοθεραπεία»), μέσω, παρουσίασης της τεχνικής του πρώτου συγγραφέα και ερευνών από άλλους επιστήμονες.

Ορισμός και χαρακτηριστικά

Η κατάσταση της ύπνωσης στον έναν ή στον άλλον βαθμό χαρακτηρίζει τον άνθρωπο και τα ζώα.^{10,23,24} Ύπνωση είναι η τεχνητά επαγόμενη τροποποίηση του επιπέδου της συνείδησης με τη μέθοδο της υποβολής.^{2,3} Ο βαθμός της υποβολιμότητας εξαρτάται από τη δεκτικότητα του ατόμου για αλλαγή του επιπέδου της συνείδησής του.^{8,25} Η ποιότητα και τα αποτελέσματα της επενέργειας εξαρτώνται από το επίπεδο των ικανοτήτων του ατόμου που εφαρμόζει την τεχνική («υπνωτιστή» ή «υπνωσιολόγου»), από την εμπιστοσύνη και την ενεργό συμμετοχή και των δύο πλευρών, καθώς και από το βάθος της υπνωτικής κατάστασης.^{26,27}

Η μέθοδος της κλινικής ύπνωσης περιλαμβάνει μυϊκή χαλάρωση, υποβολή και απόλυτη αισθητήρια στέρση (αδιαφορία προς τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα), που επιτρέπει στον υπνωτιζόμενο να δημιουργήσει «σύνδεση» (rapport), δηλαδή να έχει άμεση επαφή μόνο με τον υπνωσιολόγο και να δέχεται τις εντολές του χωρίς άλλες εξωτερικές επιδράσεις. Η επικέντρωση της προσοχής και η τροποποίηση του επιπέδου της συνείδησης που συνήθως παρατηρούνται στην κλινική ύπνωση, επίσης

συναντώνται στις αποσυνδεδετικές διαταραχές και στις εκστατικές εμπειρίες (θρησκευτικές ή άλλες) ή σε εμπειρίες που προκαλούνται από ψυχοδραστικές ουσίες.^{2,4} Τα βασικά συμπτώματα της κλινικής ύπνωσης όπως π.χ. η αναισθησία, η αναλγησία, η αμνησία, οι ψευδαισθήσεις, οι καταστάσεις επαγόμενης ακινησίας (π.χ. καταληψία) κλπ., επίσης εκδηλώνονται σε αλλοιωμένες καταστάσεις της συνείδησης (Altered States of Consciousness, ASC), οι οποίες περιλαμβάνουν ελάττωση της κριτικής σκέψης, του ελέγχου της πραγματικότητας και αύξηση της ανοχής στην παραποιημένη εικόνα του περιβάλλοντος, ενίσχυση ζωντανών φαντασιώσεων, μεταβολές στη βουλητικότητα και βουλητική μυϊκή κινητικότητα, τροποποίηση λειτουργιών του ενδοκρινικού και αυτονόμου νευρικού συστήματος, αλλοίωση των αισθητηριακών προσλήψεων, αλλοίωση μνημονικών ιχνών, ενίσχυση προσδοκίας και κινήτρου, αποδοχή των φαντασιώσεων.²⁸

Κλινική εφαρμογή

Ενδείξεις

Η κλινική ύπνωση επιλέγεται ως μέσο θεραπείας διαφόρων ψυχικών και σωματικών παθήσεων τόσο σε ενήλικους όσο και παιδιά με στόχο την ελάττωση της συμπτωματολογίας ή/και την αλλαγή της συμπεριφοράς.^{2,4,9,21,22,29-35} Στην κριτική ανασκόπηση μετα-αναλύσεων από τους Häuser et al³⁶ βρέθηκε ότι η ιατρική ύπνωση είναι ασφαλής και αποτελεσματική συμπληρωματική τεχνική για μείωση του πόνου και του άγχους κατά τη διάρκεια των ιατρικών πράξεων, καθώς και για τη θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου. Εξίσου θετική συνεισφορά στην αντιμετώπιση χρόνιων μυοσκελετικών προβλημάτων και νευροπαθητικού πόνου αναφέρουν οι Langlois et al³⁷ στην πρόσφατη μετα-ανάλυσή τους. Αρκετές μελέτες δείχνουν αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της χρόνιας ημικρανίας,^{33,38-40} και άλλες αφορούν ψυχιατρικές διαταραχές.^{2,32,41-45} Στη μετα-ανάλυση των Valentine et al⁴³ βρέθηκε ότι συμμετέχοντες με διαταραχές άγχους που υποβλήθηκαν σε ύπνωση βελτιώθηκαν κατά 84% περισσότερο από την ομάδα ελέγχου, ενώ τα αποτελέσματα της βελτίωσης φαίνεται ότι διατηρούνται σε μακροχρόνιες μελέτες με περίοδο παρακολούθησης έως και 5 έτη.^{29,34}

Ως παθήσεις που μπορεί να θεραπεύονται με ύπνωση έχουν αναφερθεί οι κάτωθι:

- α. Ψυχοσωματικές (ημικρανία, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, τενοντίτιδες, μυοσκελετικά προβλήματα και νευροπαθητικός χρόνιος πόνος, σωματόμορφες διαταραχές, βρογχικό άσθμα, σύνδρομο χρόνιας κοπώσεως, δερματίτιδες κ.λπ.).^{34-37,39,46-48}
- β. Ψυχιατρικές διαταραχές (ψυχογενείς αμνησίες, αποσυνδεδετικές διαταραχές, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, φοβίες, PTSD, διαταραχές ύπνου, διαταραχές

πρόσληψης τροφής, ψυχογενής έμετος, διαταραχές του γραπτού λόγου κ.λπ).^{41-45,49-53}

γ. Άλλα προβλήματα (καταστάσεις έντονης ευερεθιστότητας ή υπερέντασης, προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων, ουρογεννητικά ή σεξουαλικά προβλήματα, παχυσαρκία).^{2,29,54,55}

Η ύπνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ανεξάρτητη (και μοναδική) θεραπευτική μέθοδος ή παράλληλα με φαρμακευτική θεραπεία, οπότε τα αποτελέσματά της μπορεί να υποβοηθήσουν τον έλεγχο των συμπτωμάτων και να επιτρέψουν τη μείωση των χορηγούμενων φαρμάκων.

Τρόπος επενέργειας

Σε διάφορες ψυχικές και ψυχοσωματικές καταστάσεις (και όχι μόνον), τα παθολογικά μνημονικά αποτυπώματα αλλάζουν κάθε φορά που η μνήμη ανακτάται. Η αποτελεσματική ψυχοθεραπεία που επιτρέπει στους ασθενείς να ανακαλούν και να ανακατασκευάζουν τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, μπορεί να βοηθήσει στην εξασθένιση της παθογενετικής επίδρασης.⁵⁶

Στην εφαρμογή της ύπνωσης, κατά τη διάρκεια της εκ νέου ενεργοποίησης ενός αποτυπώματος μνήμης, το περιεχόμενό του μπορεί να αλλάξει μέσω της υποβολής.^{56,57}

Αριθμός συνεδριών

Για την ολοκλήρωση της ψυχοθεραπευτικής επίδρασης με τη μέθοδο της κλινικής ύπνωσης απαιτείται η διενέργεια κατά μέσο όρο 8 έως 12 συνεδριών, η διάρκεια εκάστης των οποίων μπορεί να κυμαίνεται από 40 λεπτά έως 1,5 ώρα.³² Στη μετα-ανάλυση των Langlois et al³⁷ αναφέρεται θετική επίδραση της ύπνωσης σε μέτριο έως μεγάλο βαθμό μετά από 8 ή περισσότερες συνεδρίες.

Η μέθοδος του πρώτου συγγραφέα

Η μέθοδος του πρώτου συγγραφέα της παρούσας ανασκόπησης είναι αυτή της «αστραπιαίας» επαγωγής καταληψίας με την αρχική ακινητοποίηση του υπνωτιζόμενου, και μετακινήσεις από τον υπνωσιολόγο των μελών του που ερεθίζουν το κοιναισθητικό σύστημα οργάνων της ιδιοδεκτικής αίσθησης της θέσης των μελών στον χώρο.

Αρχικά γίνεται εκπαίδευση του υπνωτιζόμενου στη συγκέντρωση της προσοχής του στο σημείο στήριξης, όρθιου ή καθισμένου και στην αποσύνδεσή του από το περιβάλλον, και ύστερα ακολουθούν εντολές «Χαλαρώστε, Κάντε βαθιές αναπνοές, Κλείστε τα μάτια σας». Μετά προκαλείται αιφνίδια απώλεια της ισορροπίας τραβώντας τον εξεταζόμενο από τα χέρια με κράτηση του καρπού. Κατόπιν εκτελούνται κάποιες δοκιμασίες (ηχητικά ερεθίσματα, απτική δοκιμασία αισθητικότητας) μέχρι ο υπνωσιολόγος να αντιληφθεί ότι ο υπνωτιζόμενος έχει περιπέσει σε κατάσταση απόλυτης αποσύνδεσης από εξωτερικά

ερεθίσματα. Εφόσον ο εξεταζόμενος μπει σε σταθερή καταληψία γίνεται δοκιμασία αναλγησίας με εισαγωγή βελόνας μίας χρήσης στο αντιβράχιο (παρακολουθώντας την αντίδραση του υπνωτιζόμενου). Η μέθοδος αυτή διαφέρει από άλλες υπάρχουσες μεθόδους πρόκλησης ύπνωσης καθώς γίνεται ελάχιστη χρήση της λεκτικής επίδρασης.

Ο εξεταζόμενος σε κατάσταση καταληψίας μπορεί να πάρει αφύσικες στάσεις και μπαίνει σε κατάσταση υπερσυγκέντρωσης στις εντολές του υπνωσιολόγου (εγκατάσταση σύνδεσης – rapport). Οι εκούσιες κινήσεις αναστέλλονται, η αναπνοή επιβραδύνεται, και βαθαίνει η κατάσταση της καταληψίας. Σε αυτήν την κατάσταση καταστέλλεται η συνείδηση και ο προσανατολισμός του ατόμου και παρατηρούνται μεταβολές στην τοπική αιμάτωση περιοχών του εγκεφάλου.⁵⁸ Κατά την καταληπτική κατάσταση ο υπνωτιζόμενος χάνει τον έλεγχο της προσωπικής του συμπεριφοράς και εκτελεί τις εντολές του υπνωσιολόγου (γίνεται υποβόλιμος). Έτσι, η καταληψία βοηθάει στη συνεργασία του υπνωτιζόμενου με τον υπνωσιολόγο και αυξάνει τη δυνατότητα και την αποτελεσματικότητα της υποβολής.³² Ο υπνωτιζόμενος δεν προβάλλει αντίσταση στην παθητική κίνηση του σώματός του και στη συνέχεια παγιώνει τη στάση του σε οποιαδήποτε, ακόμα και αφύσικη, θέση στην οποία τοποθετήθηκε, ενώ μπορεί να εμφανιστεί στάση του σώματος η οποία θυμίζει κηρώδη ευκαμψία.⁵⁹

Εφόσον η καταληψία παραμένει καθόλη τη διάρκεια της συνεδρίας, η ύπνωση αναφέρεται ως «βαθιά». Η κατάσταση αυτή, όμως, μπορεί να μην επιτυγχάνεται σε κάθε συνεδρία. Έτσι, για την εκτίμηση του βάθους της ύπνωσης εφαρμόζεται η παρακάτω κλίμακα η οποία περιλαμβάνει τρία επίπεδα-βαθμούς, βασισμένη στον βαθμό και τη διάρκεια της υπνωτικής καταληψίας.^{32,59}

1ος Βαθμός (Ελαφρά Ύπνωση - Καταληπτοειδής κατάσταση)

Κατάσταση νύστας. Ύπνηλία. Ανοιγόκλεισμα των βλεφάρων (σκαρδαμυγμοί). Κλείσιμο των ματιών, τα μάτια μπορούν να ανοίγουν χωρίς εντολή του υπνωσιολόγου. Καθυστερήση της ταχύτητας εκφοράς του λόγου. Γενική παθητικότητα. Ελαφρά μυϊκή αδυναμία. Πιθανή σύντομη καταληψία. Ο υπνωτιζόμενος διατηρεί την ικανότητα να κάνει κινήσεις με δική του πρωτοβουλία. Ακούει, αντιλαμβάνεται και αναλύει τα συμβαίνοντα γύρω του. Βγαίνει αυτοτελώς από την ύπνωση. Δεν υπάρχει αμνησία.

2ος Βαθμός (Μέση Ύπνωση - Καταληπτόμορφη κατάσταση)

Εκσεσημασμένη υποδυναμία (το σηκωμένο χέρι πέφτει «σαν μαστίγιο»). Παύση των σκαρδαμυγμών (καταληψία των βλεφάρων). Κινήσεις κατάποσης απουσιάζουν. Πλήρης απουσία μυϊκής αντίστασης. Διακοπή των αυτό-

βουλων κινήσεων. Απώλεια των συνεργικών κινήσεων. Οι μύες του προσώπου χαλαρώνουν (μιμική ανθρώπου που κοιμάται). Η αναπνοή είναι ομαλή, ήρεμη, βαθιά (η συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων μειώνεται). Ο σφυγμός είναι αραιός, ρυθμικός. Ο υπνωτισμένος ακούει αμυδρά, αντιλαμβάνεται μόνο έντονους, δυνατούς ήχους. Υπάρχει καλή σύνδεση (rapport) με τον υπνωσιολόγο τα λόγια του οποίου κατανοούνται πλήρως. Υπάρχει μερική ή πλήρης μεταϋπνωτική αμνησία. Η καταληψία είναι αυθόρμητη ή υπαγορευμένη. Ο υπνωτιζόμενος δεν μπορεί να βγει αυτοτελώς από την ύπνωση.

3ος Βαθμός (Βαθιά Ύπνωση - Υπνοβασία ή Λήθαργος)

Στον βαθμό αυτόν παρατηρούνται δύο διαφορετικοί τύποι.

Ύπνοβατικός τύπος: Ο υπνωτισμένος μπορεί να περπατά χωρίς να ξυπνά, να εκτελεί περίπλοκες κινήσεις, όρθιος ή καθιστός, με ανοικτά μάτια. Παρατηρείται ακινησία των άκρων, αναισθησία, αναλγησία, αμνησία, ανέκφραστο προσωπίο (ακόμα και στον πόνο). Η εντολή «άνοιξε τα μάτια» συνοδεύεται από υποκειμενική απώλεια της αντίληψης του περιβάλλοντος, τα οφθαλμοκινητικά αντανακλαστικά είναι παράδοξα (έλλειψη σακκαδικών κινήσεων και νυσταγμού, η κόρη του ματιού είναι σε μυδρίαση). Σε φωτεινά ή ακουστικά ερεθίσματα, και στην πρόκληση πόνου, δεν υπάρχει καμία αντίδραση. Δεν υπάρχει λεκτική επαφή. Συχνά εμφανίζεται αυθόρμητη καταληψία. Πλήρης ή μερική αμνησία. Αναισθησία και αναλγησία αυθόρμητη ή υπαγορευμένη. Επικοινωνία μόνο με τον υπνωσιολόγο. Πλήρης σύνδεση (rapport). Πλήρης υποταγή. Είναι δυνατή η υποβολή διαφόρων ονειρών και ψευδαισθήσεων. Οι υποβαλλόμενες ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι θετικές (εντολή να αντιλαμβάνεται κάτι το οποίο δεν υπάρχει) ή αρνητικές (εντολή να μην αντιλαμβάνεται κάτι το οποίο υπάρχει) και μπορούν να είναι: οσφρητικού, γευστικού, ακουστικού, οπτικού, ακουστικού και κοιναισθητικού χαρακτήρα. Πραγματοποίηση μεταϋπνωτικών υποβολών.

Ληθαργικός τύπος: Αυξανόμενη μυϊκή ατονία. Το σώμα κάμπτεται προς τα εμπρός σαν τόξο, το κεφάλι πέφτει στο στήθος. Ο υπνωτισμένος μπορεί να πέσει από την καρέκλα στην οποία κάθεται. Εκσεσημασμένη αδυναμία. Αδυνατεί να πραγματοποιήσει κάθε είδους κίνηση. Άκαμπτη καταληψία (φαινόμενο «οδοντωτού τροχού»). Υπαισθησία έως αναλγησία. Μερική αμνησία. Ελλιπής/μερική πραγματοποίηση μεταϋπνωτικών υποβολών.

Τα παραπάνω επίπεδα (βαθμοί) μπορεί να γίνονται κατά σειρά στη διάρκεια μιας συνεδρίας ή ο υπνωτιζόμενος να μεταβαίνει απ' ευθείας σε κάποιο από αυτά. Το αν κάποιος μπαίνει γρήγορα και πόσο βαθιά, εξαρτάται από τον «ψυχότυπο» (το επίπεδο υποβολιμότητας και δεκτικότητας για ύπνωση, Kretschmer, 1922)⁶⁰ και την ύπαρξη στοιχείων εξαρτητικής, ιστριονικής ή οριακής προσωπικότητας.

Στη μετα-ανάλυση των Wieder et al²⁶ βρέθηκε ότι άτομα με αποσυνδεδεμένες διαταραχές και άλλες συναφείς καταστάσεις χαρακτηρίζονται από αυξημένη υπνωτική υποβολιμότητα. Στις μελέτες από τον πρώτο συγγραφέα, τα άτομα με μεγάλη δεκτικότητα στην ύπνωση, χαρακτηρίζονταν από τάση για συνεργασία, προσαρμοστικότητα, συναισθηματικότητα, γρήγορη είσοδο στην κατάσταση της καταληψίας (εντός 3–4 λεπτών), μακρά παραμονή σε αυτήν (30–45 λεπτά). Επίσης χαρακτηρίζονταν από μεγάλη υποβολιμότητα και εύκολα ακολούθησαν το πρόγραμμα των μετα-υπνωτικών υποβολών (post-hypnotic suggestions), ενώ παράλληλα υπήρχε αμνησία της συνεδρίας.³² Στο τέλος της συνεδρίας όσοι είχαν μεγάλη δεκτικότητα στην ύπνωση ανέφεραν ότι η συνεδρία δεν τους προκάλεσε άσχημα συναισθήματα και μάλλον τους προκάλεσε θετικές εντυπώσεις (ήταν χαρούμενοι, ήρεμοι, με καλή γνώμη για τη συνεδρία, χωρίς παράπονα για την όλη διαδικασία). Αντίθετα, τα άτομα με μικρή δεκτικότητα στην ύπνωση κάποιες φορές ανέφεραν αισθήματα φόβου ή δυσφορίας, ενώ συνήθως (τουλάχιστον τις πρώτες συνεδρίες) δεν φθάνουν το βάθος της καταληψίας που φθάνουν οι έχοντες μεγάλη δεκτικότητα.³²

Επιπλοκές

Οι ακόλουθες επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας υπνοθεραπείας:^{4,30,32}

Απώλεια της σύνδεσης (rapport) με μετάβαση της υπνωτικής κατάστασης σε φυσιολογικό ύπνο. Εάν συμβεί αυτό, ο υπνωσιολόγος μπορεί αυξάνοντας τη δύναμη της φωνής του ή αγγίζοντας το πρόσωπο ή το σώμα του υπνωτιζόμενου, να τον επαναφέρει στην ύπνωση, οπότε συνεχίζεται η συνεδρία, εφόσον ο υπνωτιζόμενος δεν βγήκε από την ύπνωση κατά την αφύπνιση.

Εμφάνιση υστερικών φαινομένων (παραμονή στην ύπνωση, που μπορεί, επίσης, να περιλαμβάνει υστερικά κινητικά συμπτώματα ή λυκοφωτικές καταστάσεις). Αυτό μπορεί να συμβεί όταν τα συμπτώματα της ύπνωσης είναι υπό όρους ευχάριστα ή επιθυμητά. Έτσι, όταν δίνεται η εντολή για έξοδο από την ύπνωση ο υπνωτιζόμενος «αρνείται». Σε αυτήν την περίπτωση, μπορεί να βγει από αυτήν είτε προκαλώντας την αφύπνιση με έντονα αισθητηριακά ερεθίσματα είτε επιδεικνύοντας αδιάφορη στάση (για παράδειγμα: «Αφήστε τον να κοιμηθεί. Όταν κοιμηθεί αρκετά, θα ξυπνήσει!») και δίνοντας στον ασθενή την ευκαιρία να «κοιμηθεί μέχρι να ξυπνήσει». Εάν η παραμονή στην ύπνωση συνοδεύεται από κινητικά υστερικά φαινόμενα ή λυκοφωτική κατάσταση, συνιστάται η έξοδος από την ύπνωση ή, αντίθετα, η βάθυνση της υπνωτικής έκστασης με πρόταση εξάλειψης των υστερικών συμπτωμάτων, που γίνεται σε οξύ τόνο και οδηγεί στην εξαφάνισή τους. Εφόσον τα φαινόμενα αυτά είναι έντονα ή/και επαναλαμ-

βάνονται σε επόμενη συνεδρία, συνιστάται διακοπή των συνεδριών υπνοθεραπείας.

Αυθόρμητος υπνωτισμός: Αναπτύσσεται κυρίως σε άτομα με ιστριονικά χαρακτηριστικά στοιχεία. Εκδηλώνεται μέσω, αιφνίδιας συνήθως, απώλειας της σύνδεσης με τον ασθενή, ο οποίος πέφτει σε υπνωτική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση παραισθήσεων και πολύπλοκων μορφών συμπεριφοράς (σηκώνεται, περπατά, απευθύνεται σε φανταστικά πρόσωπα, παίζει κάποιο ρόλο ή επεισόδιο από την προηγούμενη του ή κάποια φανταστική ζωή). Λόγω του ότι η ψυχοθεραπευτική σχέση χάνεται, δεν πρέπει να επιμείνει κανείς στον θεραπευτικό του ρόλο, αλλά να συνεχίσει να κάνει προτάσεις χρησιμοποιώντας το περιεχόμενο των εμπειριών του ασθενούς. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να αναφέρεται στον υπνωσιολόγο ως άλλο άτομο του περιβάλλοντός του. Απευθυνόμενος στο άτομο που υπνωτίζεται για λογαριασμό εκείνου του ατόμου, ο θεραπευτής μπορεί να προσκαλέσει τον ασθενή να ξαπλώσει, να ηρεμήσει και να αποκοιμηθεί. Αυτή η τακτική είναι συνήθως επιτυχημένη. Αναπτύσσεται τότε ονειρική κατάσταση και δημιουργείται σχέση με τη φωνή του υπνωσιολόγου. Μετά τις απαραίτητες υποδείξεις, πριν το τέλος της συνεδρίας, προτείνεται να γίνουν πρώτα αρκετές προτάσεις κατευναστικής φύσης, με στόχο την αμνησία των όσων συνέβησαν κατά τη διάρκειά της. Η κατάσταση αυτή δεν δημιουργεί κινδύνους αλλά, εάν επαναλαμβάνεται και δεν υπάρχει έλεγχος των συνεδριών από τον υπνωσιολόγο, συνιστάται η διακοπή της θεραπείας.

Εμφάνιση υπνωτικού λήθαργου. Είναι η μετατροπή της βαθιάς ύπνωσης σε υπνωτικό λήθαργο. Ο υπνωσιολόγος χάνει τη δυνατότητα να βγάλει τον ασθενή από την υπνωτική έκσταση την επιθυμητή στιγμή. Ωστόσο, αυτό δεν αποτελεί κάτι σοβαρό. Σε αυτήν την περίπτωση αλλάζει απλώς η τακτική της αφύπνισης και αντί απλής εντολής, ο υπνωσιολόγος με ήσυχη φωνή, χαϊδεύοντας το μέτωπο του ασθενούς, κάνει την πρόταση αφύπνισης. Εάν αυτό αποτύχει, τότε η προσπάθεια επαναλαμβάνεται μετά από μισή ή μία ώρα, έως ότου ο υπνωτιζόμενος έρχεται ξανά σε επαφή και ξυπνά.

Άλλες επιπλοκές: Όπως και σε όλες τις μορφές ψυχοθεραπείας, υπάρχει πιθανότητα αντικατάστασης των συμπτωμάτων τα οποία προσπαθούμε να θεραπεύσουμε από άλλα, εμφάνισης ερωτικών συναισθημάτων προς τον ειδικό που εκτελεί την υπνοθεραπεία, καθώς και ισχυρισμών για βιασμό υπό ύπνωση. Κατά την εκτέλεση οπισθοδρομικής ύπνωσης (δηλαδή ύπνωσης κατά την οποία επιδιώκεται η επιστροφή απωθημένων αναμνήσεων), σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει απότομη επιδείνωση της υγείας λόγω του γεγονότος ότι μερικές φορές οι ασθενείς μπορεί να βιώσουν σκηνές που έχουν ισχυρό αρνητικό συναισθηματικό δυναμικό, κάτι το οποίο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον θεραπευτή και να αντιμε-

τωπιζείται ανάλογα. Τέλος, πρέπει να ελέγχεται η πιθανότητα σε κάποιο στάδιο να εμφανιστούν αυτοκτονικές ιδέες.

Αντενδείξεις

Οι κυριότερες αντενδείξεις για τη χρήση της ύπνωσης είναι:^{4,30,32}

- Διάφορες μορφές ψύχωσης, κυρίως σχιζοφρένεια με παραληρητικές ιδέες επίδρασης (υπνωτικές, τηλεπαθητικές κ.λπ.) ή ψυχικό αυτοματισμό (σύνδρομο Kandinsky-Clerambault). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η όλη κατάσταση, και ιδιαίτερα ο ίδιος ο γιατρός που κάνει υπονοθεραπεία, μπορεί να ενταχθούν από τον ασθενή στο παραλήρημά του, κάτι το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης και να είναι επικίνδυνο και για τον ψυχοθεραπευτή, καθώς ο ασθενής μπορεί να στραφεί εναντίον του, θέλοντας «να τον ξεφορτωθεί» για να «ξεφύγει από την καταστροφική του ύπνωση». Ιδιαίτερη προσοχή για το εάν συμβαίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει να δίνεται σε περιπτώσεις όπου ένας ασθενής απευθύνεται σε κάποιον ψυχοθεραπευτή ως «ισχυρότερο υπνωτιστή» με αίτημα να τον «απαλλάξει από τις συνέπειες υπνωτικών επιρροών ενός άλλου (ασθενέστερου) υπνωτιστή».
- Υποψία υστερικής υπνομανίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ασθενείς με ιστριονικό χαρακτήρα μπορεί να εθιστούν στην ύπνωση, ειδικά αν τους αρέσει ο θεραπευτής (υπνωτικός έρωτας) και να αναζητούν αυτήν τη θεραπεία, ενώ δεν υπάρχει ανάγκη για αυτήν, οπότε μπορεί να μιλάμε για ένα είδος εθισμού, τον οποίο ο θεραπευτής πρέπει να προσπαθήσει να καταστείλει παρά να τον ικανοποιεί.

Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών δεν αποτελεί αντένδειξη, αλλά οι καταστάσεις αυτές είναι οι πιο δύσκολες για αντιμετώπιση μέσω υπονοθεραπείας και πρέπει να τονίζεται η έλλειψη αποτελεσματικότητας εφόσον δεν λαμβάνονται άλλα πλέον κατάλληλα μέτρα ή θεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ. θεραπείες υποκατάστασης, προγράμματα πλήρους αποχής, κ.λπ.).

Τεκμηρίωση

Ιδιαίτερη αξία έχει η επιστημονικά τεκμηριωμένη αντικειμενικοποίηση της μεθόδου. Καταγράφεται η έκφραση των συναισθημάτων στο πρόσωπο των υπνωτιζομένων και η κινητική δραστηριότητα του σώματος και των ματιών στην κατάσταση υπνωτικής καταληψίας. Η συμπτωματική εικόνα της καταληψίας τεκμηριώνεται φωτογραφικά και γίνεται χρονομέτρηση του διαστήματος μέχρι την επίτευξη της καταληψίας και της παραμονής σε αυτήν.

Εκτός από τη φωτογράφιση, στη μακροχρόνια έρευνα από τον πρώτο συγγραφέα εκατοντάδων εθελοντών (χωρίς ψυχιατρικά και νευρολογικά νοσήματα) και αρρώστων

με διάφορες ψυχικές διαταραχές χρησιμοποιήθηκε επίσης η μέθοδος της κλινικής ύπνωσης με σύγχρονη καταγραφή των εγκεφαλικών ρυθμών⁶¹ (εικόνα 1).

Η καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου γίνεται σε 2 στάδια, ένα πριν την ύπνωση και ένα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της ύπνωσης. Στο πρώτο στάδιο της εξέτασης περιλαμβάνεται δοκιμασία υποβάθρου (χαλαρή εγρήγορση με κλειστά μάτια), υπέρπνοια, κινητική δοκιμασία, ακουστικός ερεθισμός, φωτοερεθισμός, απτική δοκιμασία (επιφανειακός νυγμός δεξιού αντιβράχιου), άνοιγμα ματιών. Στο δεύτερο στάδιο καταγράφονται οι δοκιμασίες υποβάθρου και η υπέρπνοια (πριν την έναρξη της διαδικασίας υποβολής σε ύπνωση) και, αφού εγκατασταθεί η καταληψία, συνεχίζει η διαρκής καταγραφή του ΗΕΓ και δοκιμασίες ακουστικού ερεθισμού, φωτοερεθισμού, αναλγησίας (εισαγωγή βελόνας μίας χρήσης στο δεξιό αντιβράχιο) και άνοιγμα ματιών.

Στις μελέτες του πρώτου συγγραφέα, το ΗΕΓ ερευνήθηκε με τη βοήθεια 8-κάναλου ηλεκτροεγκεφαλογράφου "Nevro-Spectr-3", (program "Neurosoft") με ηλεκτρόδιο γείωσης και τοποθέτηση των ενεργών ηλεκτροδίων σύμφωνα με το σύστημα 10/20 μονοπολικών τυπικών απαγωγών: μετωπιαίων, κεντρικών, κροταφικών και ινιακών (εικόνα 1).

Στην ψηφιακή ανάλυση των ρυθμών του ΗΕΓ εντός των ορίων 0,5–32 Hz του αριστερού και δεξιού ημισφαιρίου αξιολογήθηκαν: η φασματική ισχύς (μV²), το εύρος του δυναμικού (μV), ο δείκτης (ποσοστό κάθε ρυθμού ανά απαγωγή - %) και η μέση συχνότητα του κάθε ρυθμού (περιοχές συχνότητας δ-, θ-, α-, β1- και β2).^{9,61,62}

Ηλεκτροφυσιολογικές μεταβολές πριν και κατά την ύπνωση

Το ΗΕΓ κατά τη σταθερή καταληψία χαρακτηριζόταν (συγκριτικά με τη δοκιμασία υποβάθρου) από αύξηση ι-



Εικόνα 1. Ύπνωση με καταγραφή εγκεφαλικών ρυθμών (από το αρχείο του πρώτου συγγραφέα).

σχύος του δ-ρυθμού στη μετωπιαία απαγωγή του αριστερού ημισφαιρίου, καθώς και αύξηση του εύρους και του δείκτη του θ-ρυθμού στις κροταφικές απαγωγές και των δύο ημισφαιρίων ακόμα και κατά την κίνηση των άκρων μετά από σχετική εντολή. Σημειώνεται ότι ο θ-ρυθμός στις κροταφικές απαγωγές και των δύο ημισφαιρίων απουσιάζει εντελώς κατά την κινητική δοκιμασία εκούσιας άρσης των άνω άκρων κατά τη δοκιμασία υποβάθρου (εκτός ύπνωσης). Επίσης, κατά την ύπνωση/καταληψία παρατηρήθηκε παράδοξη αύξηση του α-ρυθμού στις ινιακές απαγωγές και στα δύο ημισφαίρια στη δοκιμασία «άνοιγμα ματιών», ενώ στη δοκιμασία υποβάθρου (εκτός ύπνωσης – κλασικό ΗΕΓ) ο α-ρυθμός εξαφανίζεται με το άνοιγμα των ματιών.^{9,62} Τέλος, κατά τη διάρκεια της καταληψίας παρατηρείται σημαντικού βαθμού ασυμμετρία των ρυθμών μεταξύ δεξιού και αριστερού ημισφαιρίου, με τις χαμηλές συχνότητες να επικρατούν στο αριστερό ημισφαίριο, κυρίως μετωπιαία (ρυθμός δ) και κροταφικά (ρυθμός θ). Αναλυτικά τα ευρήματα των μελετών με ΗΕΓ παρουσιάζονται σε παλαιότερα άρθρα του πρώτου συγγραφέα,⁶¹⁻⁶³ έχει δε προταθεί και από άλλους ερευνητές ότι το ηλεκτροεγκεφαλογραφικό προφίλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για επιπρόσθετη κατηγοριοποίηση της καταληψίας κατά την ύπνωση.^{27,64}

Σε αντίστοιχες μελέτες άλλων ερευνητών, παρατηρείται (όπως και παραπάνω) η αύξηση ισχύος του ρυθμού θ σε πολλές περιοχές του φλοιού,^{27,30,64,65} ενώ επίσης έχει βρεθεί ότι η αύξηση αυτή στις κροταφικές περιοχές, σχετίζεται με τη δεκτικότητα του ατόμου για ύπνωση.²⁷ Τελευταία, έχουν προταθεί και άλλοι δείκτες από το ΗΕΓ και τη φασματική του ανάλυση ως χαρακτηριστικά της ύπνωσης.⁶⁶

Η αύξηση αυτή της δραστηριότητας των χαμηλών συχνοτήτων στην υπνωτική καταληψία, κυρίως στις αριστερές περιοχές του εγκεφάλου, μπορεί να σχετίζεται με την αναστολή αισθητηριακών κινητικών, βουλητικών κ.λπ. λειτουργιών του εξεταζόμενου, ίσως και τη θετική αντίδραση του συναισθήματός του.³²

Η παράδοξη αντίδραση με εμφάνιση του α-ρυθμού στις ινιακές απαγωγές και στα δύο ημισφαίρια στη δοκιμασία «άνοιγμα ματιών» στη βαθιά ύπνωση μπορεί να σημαίνει ότι ο εξεταζόμενος (μέσω υποβολής) δεν έχει οπτική αντίληψη του περιβάλλοντος (κατάσταση υπνωτικής υπνοβασίας). Οι χαμηλές συχνότητες μέσα στην ύπνωση εκλύονται πιθανόν από τους υποφλοιώδεις σχηματισμούς του εγκεφάλου όπως τον δικτυωτό σχηματισμό, το μεταιχμιακό σύστημα κ.λπ.³²

Διαφορές της καταληψίας της ύπνωσης από την κατατονία στη σχιζοφρένεια

Κατά την κατατονική εμβροντησία της σχιζοφρένειας περιορίζεται προοδευτικά ή απότομα η δραστηριότητα του πάσχοντος, φτάνοντας πολλές φορές στην πλήρη

εξαφάνιση των εκουσίων κινήσεων του σώματος με συμπτώματα υποβολιμότητας (ηχωπραξία, ηχωλαλία, ηχωμιμία, κηρώδη ευκαμψία). Στον αντίθετο πόλο είναι δυνατόν να εμφανιστεί κατατονική διέγερση.⁶⁷

Στη βαθιά υπνωτική καταληψία εμφανίζεται παρόμοια στάση του σώματος με αυτή της σχιζοφρενικής κατατονίας, όμως δεν υπάρχουν συμπτώματα όπως ηχωπραξία, ηχωλαλία, ηχωμιμία, ούτε εκδηλώσεις κατατονικής διέγερσης, όπως εναντίωση, στερεοτυπίες, αλόγιστη ευερεθιστότητα και αρνητισμός.^{8,32}

Η κατατονία της σχιζοφρένειας και αυτή της ύπνωσης, αντιθέτως, παρουσίαζαν κοινά στοιχεία στο ηλεκτροφυσιολογικό τους προφίλ. Στην υπνωτική καταληψία, όπως φάνηκε από τα δεδομένα μας που αναφέρθηκαν παραπάνω, επικρατούσε ο δ-ρυθμός στη μετωπιαία περιοχή του αριστερού ημισφαιρίου και ο θ-ρυθμός στις κροταφικές περιοχές και των δύο ημισφαιρίων (κυρίως αριστερά), ενώ και στην κατατονική εμβροντησία της σχιζοφρένειας επικρατεί γενικευμένη επιβράδυνση του α-ρυθμού με εμφάνιση και θ και δ κυμάτων.⁶⁸⁻⁷⁰

Συμπεράσματα

Στην κατάσταση υπνωτικής καταληψίας ο υπνωτιζόμενος μπαίνει σε μερική αισθητηριακή στέρηση (sensory deprivation), κατά την οποία, χωρίς φυσική και χημική επίδραση και, ενώ παραμένουν άθικτες οι οδοί των αισθητηριακών ερεθισμάτων, η αντίληψη του περιβάλλοντος δεν είναι συνειδητή, παρότι υφίσταται μερικώς, καθώς ο υπνωτιζόμενος δέχεται (χωρίς να υπάρχει ανάμνησή του) το πρόγραμμα υποβολής που, κατά την υπνοθεραπεία, αποσκοπεί στη διόρθωση της παθολογικής νοητικής λειτουργίας. Έτσι, κατά τη συνεργασία του φλοιού με τους υποφλοιώδεις σχηματισμούς του εγκεφάλου, στην κατάσταση της καταληψίας της ύπνωσης εμφανίζεται δυνατότητα ρύθμισης της ψυχοκινητικότητας και αντίστοιχα της βούλησης, καθώς και προκλητή τροποποίηση των μνημονικών ιχνών, διορθώνοντας και το παθολογικό συναίσθημα του ασθενούς, το άγχος και την κατάθλιψη.

Η ύπνωση, ως αλλοιωμένη κατάσταση της συνείδησης (ASC) έχει τη δυνατότητα τροποποίησης του εγκυβασμένου μοντέλου συμπεριφοράς. Η καταληψία στην ψυχοφυσιολογική της βάση, πιθανόν, να είναι η κατάσταση που ακινητοποιεί το σώμα και τις ψυχικές διεργασίες, έτσι ώστε ο άνθρωπος πιο εύκολα να δέχεται την υποβολή της ψυχοθεραπείας, με δυνατότητα αναγέννησης των βουλητικών διεργασιών, διόρθωσης της μνήμης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου. Όταν αυτό εφαρμόζεται, όπως επανειλημμένα έχει διαπιστωθεί, σε εθελοντές και ασθενείς από τον πρώτο συγγραφέα, οι υπνωτιζόμενοι, μετά την ύπνωση, εκτελούν (όπως έχουν προγραμματισθεί από τον υπνωσιολόγο) τις εντολές που δόθηκαν μέσα στην κατάσταση βαθιάς ύπνωσης. Έτσι, η

υπνοθεραπεία αποτελεί αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική μέθοδο η οποία δεν είναι αποτέλεσμα προσποίησης, κάτι το οποίο αποδεικνύεται και εργαστηριακά μέσω του ΗΕΓ, ιδίως από την παραμονή του θ-ρυθμού στην καταληψία κατά την κινητική δοκιμασία, καθώς και από την παράδοξη αντίδραση στο άνοιγμα των οφθαλμών με παραμονή του α-ρυθμού στις ινιακές απαγωγές.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η ύπνωση είναι απλώς και μόνον το «εργαλείο» μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η θεραπευτική προσέγγιση κατά την υπνοθεραπεία. Η τελευταία αποτελεί ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και εφαρμόζεται από κλινικούς, ψυχιάτρους ή ψυχολόγους εκπαι-

δευμένους στην ύπνωση και με γνώση ψυχοθεραπείας, ώστε να διασφαλίζεται η αυστηρή τήρηση της ιατρικής δεοντολογίας και η θεραπευτική αξία των οδηγιών που δίδονται κατά την υπνωτική υποβολή.⁷¹ Έτσι, η θεραπεία μέσω ύπνωσης έχει ψυχοθεραπευτική αποτελεσματικότητα που στηρίζεται στην αποκάλυψη των απωλεσθέντων αποτυπωμάτων της μνήμης, στην πλήρη εξαφάνιση ή αναδιοργάνωσή της, καθώς και στην αποκατάσταση της συγκινησιακής κατάστασης και αλλαγή της συμπεριφοράς, αποτελώντας δυναμική μέθοδο επιστημονικής διερεύνησης του ψυχισμού του ανθρώπου με θεραπευτικά αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

- Slavic A, Cordeiro MI, Riesthuis G. Maintenance of the Universal Decimal Classification: overview of the past and preparations for the future. *International Cataloguing and Bibliographic Control* 2008, 37:23–29
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's. *Pocket handbook of clinical Psychiatry*. 4th ed. (translation in Greek, edited by G.N. Papadimitriou). Litsas Medical Books and Publications, Athens, 2007
- Briggs JP. Complementary, alternative, and integrative health approaches. In: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J (eds) *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20e. McGraw Hill, Columbus, 2018
- Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB (eds) *Handbook of Clinical Hypnosis*. Wiley, New York, 2001
- Posner MI, Rothbart MK. Brain states and hypnosis research. *Conscious Cogn* 2011, 20: 325–327, doi: 10.1016/j.concog.2009. 11.008
- Lee JS, Koo BH. Fractal analysis of EEG upon auditory stimulation during waking and hypnosis in healthy volunteers. *Int J Clin Exp Hypn* 2012, 60:266–285, doi: 10.1080/00207144.2012.675294
- Rossi EL, Rossi KL. The neuroscience of observing consciousness and mirror neurons in therapeutic hypnosis. *Am J Clin Hypn* 2006, 48: 263–278, doi: 10.1080/00029157.2006.10401533
- Sakellion DN, Alimov UKh, Goblin AT. Cataleptic akinesia and its role in understanding psychiatric pathology (in Russian). In: *Materials of the 1st Psychiatric Congress of Uzbekistan*. Tashkend, 2015:137–141
- American Psychological Association. Dictionary (Cited July 2023). Available from <https://dictionary.apa.org/>
- Godefroid J. *The foundations of psychology: Human science and cognitive science* (in French). Vigot, Paris, 1993
- Godefroid J. *The paths of psychology* (in French). Mardaga, Bruxelles, 1995
- Rigatos GA. *Asclepian dreams – reference in votive tablets and in the "Sacred Discourses" by Aelius Aristides*, (in Greek). ASCENT, Athens, 2001
- Kavvadias (also Cawadias) P. *The Shrine of Asclepius at Epidaurus and the Healing of the Sick* (in Greek). Kaktos, Athens, 2006
- Yapijakis C, Bartsakoulia M, Patrinos GP. Hippocrates, the father of clinical medicine and Asclepiades, the father of molecular medicine (in Greek). *Archives of Hellenic Medicine* 2013, 30:88–96
- Skaltsa E. *History of pharmacy*. Kallipos, Open Academic Editions. Athens. 2015, doi: 10.57713/kallipos-526
- Tinterow MM. *Foundations of Hypnosis: From Mesmer to Freud*. Charles C. Thomas, Springfield, 1970
- Braid J. *Neurypnology or The rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism*. J. Churchill, London, 1843
- Gibson HB, Heap M. *Hypnosis in therapy*. Lawrence Erlbaum Associates Ltd. East Sussex, U.K. 1991
- Karyofyllis G. *On hypnotism and related issues* (in Greek), Printing Company "Paligenesia" J. Angelopoulos, Athens, 1891
- Damoglou S. *Hypnosis as means of treatment*. (in Greek) *Psychiatry and Neurology Review* 1904, 3:115–120
- Gardikas CD. *Specific Nosology*. Parisianou, Athens, 1984 (in Greek)
- Hadjiyiannis S. *Internal Medicine*. Broken Hill Publishers, Athens, 1994 (in Greek)
- Bekhterev VM. *Objective Psychology* (translated in French from Russian), Librairie F. Alcan, Paris, 1913 (republished, Editions L' Harmattan, 2008)
- Bekhterev VM. *Hypnosis, suggestion, telepathy*. Eksmo, Moskva, 2022 (in Russian)
- Bowers P, Laurence J-R, Hart D. The experience of hypnotic suggestions. *Int J Clin Exp Hypn* 1988, 36:336–349, doi: 10.1080/00207148808410523
- Wieder L, Brown RJ, Thompson T, Terhune DB. Hypnotic suggestibility in dissociative and related disorders: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2022, 139:104751, doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104751
- Crawford, HJ. Neuropsychophysiology of hypnosis: Towards an understanding of how hypnotic interventions work. In: Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB. *Handbook of Clinical Hypnosis*. New York: Wiley, 2001:61–85
- Burrows GD, Stanley RO. Introduction to clinical hypnosis and hypnotic phenomena. In: Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB (eds) *Handbook of Clinical Hypnosis*. Wiley, New York, 2001
- Rexwinkel R, Bovendeert JFM, Rutten JMTM, Frankenhuis C, Benninga MA, Vlioger AM. Long-term follow-up of individual therapist delivered and standardized hypnotherapy recordings in pediatric irritable bowel syndrome or functional abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2022, 75:24–29, doi: 10.1097/MPG.0000000000003478
- Erickson MH, Rossi EL. *Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States*. Irvington, New York, 1981
- Rosendahl J, Alldredge CT, Haddenhorst A. Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: a 20-year perspective. *Front Psychol* 2024, 14:1330238, doi: 10.3389/fpsyg.2023.1330238
- Sakellion DN. *Psychophysiological indices for objectifying hypnotic catalepsy* (in Greek). Dissertation Abstract. DOATAP, Athens, 2009
- Sakellion DN, Kadyrov BR, Alimov UKh. Hypnotic catalepsy as a method of non-pharmacological analgesia. *Kefalalgia*, 2012, 20:123–129 (in Greek)
- Gonsalkorale WM, Miller V, Afzal A, Whorwell PJ. Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut* 2003, 52:1623–1629, doi: 10.1136/gut.52.11.1623

35. Gottsegen D. Hypnosis for functional abdominal pain. *Am J Clin Hypn* 2011, 54:56–69, doi: 10.1080/00029157.2011.575964
36. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, Hansen E. The efficacy, safety and applications of medical hypnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2016, 113:289–296, doi: 10.3238/arztebl.2016.0289
37. Langlois P, Perrochon A, David R, Rainville P, Wood C, Vanhauzenhuyse A et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2022, 135:104591, doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104591
38. Hammond DC. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *Int J Clin Exp Hypn* 2007, 55:207–219, doi: 10.1080/00207140601177921
39. Kohen DP. Chronic daily headache: helping adolescents help themselves with self-hypnosis. *Am J Clin Hypn* 2011, 54:32–46, doi: 10.1080/00029157.2011.566767
40. Flynn N. Systematic review of the effectiveness of hypnosis for the management of headache. *Int J Clin Exp Hypn* 2018, 66:343–352, doi: 10.1080/00207144.2018.1494432
41. Barabasz M. Efficacy of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Int J Clin Exp Hypn* 2007, 55:318–335, doi: 10.1080/00207140701338688
42. Milling LS, Valentine KE, McCarley HS, LoStimolo LM. A meta-analysis of hypnotic interventions for depression symptoms: high hopes for hypnosis? *Am J Clin Hypn* 2019, 61:227–243, doi: 10.1080/00029157.2018.1489777
43. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *Int J Clin Exp Hypn* 2019, 67:336–363, doi: 10.1080/00207144.2019
44. Hery-Niaussat C, Ossart V, Penigault P, Robert P, Manera V, Gros A. Therapeutic hypnosis in a child with a written language disorder. *Am J Clin Hypn* 2023, 65:269–280, doi: 10.1080/00029157.2022
45. Chandrashekhar R. Advantageous use of hypnosis in a case of psychogenic vomiting. *Am J Clin Hypn* 2016, 58:347–356, doi: 10.1080/00029157.2015
46. Hackman RM, Stern JS, Gershwin ME. Hypnosis and asthma: a critical review. *J Asthma* 2000, 37:1–15, doi: 10.3109/02770900009055424
47. Jensen MP. The neurophysiology of pain perception and hypnotic analgesia: implications for clinical practice. *Am J Clin Hypn* 2008, 51:123–148, doi: 10.1080/00029157.2008.10401654
48. Eaton LH, Jang MK, Jensen MP, Pike KC, Heitkemper MM, Doorenbos AZ. Hypnosis and relaxation interventions for chronic pain management in cancer survivors: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer* 2022, 31:50, doi: 10.1007/s00520-022-07498-1
49. McNeal SA. EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. *Am J Clin Hypn* 2001, 43:263–274, doi: 10.1080/00029157.2001.10404281
50. Lynn SJ, Cardeña E. Hypnosis and the treatment of posttraumatic conditions: an evidence-based approach. *Int J Clin Exp Hypn* 2007, 55: 167–188, doi: 10.1080/00207140601177905
51. Becker PM. Hypnosis in the Management of Sleep Disorders. *Sleep Med Clin* 2015, 10:85–92, doi: 10.1016/j.jsmc.2014.11.003
52. Otte JL, Carpenter JS, Roberts L, Elkins GR. Self-hypnosis for sleep disturbances in menopausal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2020, 29:461–463, doi: 10.1089/jwh.2020.8327
53. Gold SN, Quiñones M. Applicability of hypnosis to the treatment of Complex PTSD and dissociation. *Am J Clin Hypn* 2020, 63: 78–94, doi: 10.1080/00029157.2020.1789546
54. Stephan E. Hypnotherapy for pain management, self-esteem, and re-establishing sexuality and intimacy after surgery. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis* 2014, 36:47–60
55. Johnson AK, Johnson AJ, Barton D, Elkins G. Hypnotic relaxation therapy and sexual function in postmenopausal women: Results of a Randomized Clinical Trial. *Int J Clin Exp Hypn* 2016, 64:213–224, doi: 10.1080/00207144.2016.1131590
56. Stefanis L, Angelopoulos E, Vaslamatzis G. Neurobiology and psychotherapy (in Greek) In: Papadimitriou GN, Liappas IA, Lykouras L (eds) *Contemporary Psychiatry*. BETA medical publishers, Athens, 2013
57. Frischholz EJ, Lipman LS, Braun BG, Sachs RG. Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *Am J Psychiatr* 1992, 149:1521–1525, doi: 10.1176/ajp.149.11.1521
58. Grond M, Pawlik G, Walter H, Lesch OM, Heiss WD. Hypnotic catalepsy-induced changes of regional cerebral glucose metabolism. *Psychiatry Res* 1995, 61:173–179, doi: 10.1016/0925-4927(95)02571-e
59. Sakellion DN, Kadyrov BR, Alimov UKh. Psychophysiological indices objectifying hypnotic catalepsy (in Greek). Proceedings of the 25th Panhellenic Congress of Psychiatry. *Psychiatriki* 2017, 28 (Suppl 1): 119–120
60. Kretschmer E. *Medizinische Psychologie*. G. Thieme, Leipzig, 1922
61. Sakellion DN, Sultankhodzhaeva ND, Mukhamedzhanov NZ, Karimbardiev DR, Kadirov BR. Objective EEG correlates of deprivation in hypnosis-modulated catalepsy. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2006, 106:39–47 PMID: 16608110 (in Russian)
62. Sakellion DN, Alimov UKh. Objective modelling of behavior in hypnosis through EEG. In: *Materials of the 1st Psychiatric Congress of Uzbekistan*, Tashkent, 2015:135–137 (in Russian)
63. Sakellion DN, Aripov AN. Model of low-frequency brain activity as a correlate of the functional state in catalepsy. *Journal of Theoretical and Clinical Medicine of the Academy of Sciences of Uzbekistan* 2010, 1:73–83 (in Russian)
64. Graffin NF, Ray WJ, Lundy R. EEG concomitants of hypnosis and hypnotic susceptibility. *J Abnorm Psychol* 1995, 104:123–131, doi: 10.1037/0021-843X.104.1.123
65. Crawford HJ. Cognitive and psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis. In: *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm*. Fass ML, Brown DP (eds) Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1990
66. De Pascalis V. Brain Functional Correlates of Resting Hypnosis and Hypnotizability: A Review. *Brain Sci* 2024, 14:115, doi: 10.3390/brainsci14020115
67. Stefanis N, Rizos E, Lykouras E. Schizophrenia and related disorders. In: Papadimitriou GN, Liappas IA, Lykouras L (eds) *Contemporary Psychiatry*. BETA medical publishers, Athens, 2013 (in Greek)
68. Smith JH, Smith VD, Philbrick KL, Kumar N. Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012, 24:198–207, doi: 10.1176/appi.neuropsych.11060120
69. Carroll BT, Goforth HW, Boutros NN, Anfinson TJ, Werner L. Electroencephalography in catatonic disorders due to general medical conditions and psychiatric disorders. *CNS Spectrums* 1998, 3:57–61, doi:10.1017/S1092852900005551
70. Valiulis L, Wilson JE, Roberson SW. Conventional and quantitative electroencephalogram (eeg) features in hospitalized patients assessed for catatonia. *Biol Psychiatry* 2021, 89 (Suppl): S163
71. Linden JH. Patient selection. Assessment and preparation, indications and contraindications. In: Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB (eds) *Handbook of Clinical Hypnosis*. Wiley, New York, 2001:42

Special article

Hypnosis: An ancient therapeutic practice revived in modern science

Dimitrios Sakellion,^{1,2} Shokhrukh Sultanov,¹ Dilmurad Irgashev,² Ulugbeg Alimov,³ Vagioula Tsoutsi,⁴ Dimitris Dikeos⁴

¹Tashkent State Dental Institute, Tashkent,

²Hospital "Doctor D", Tashkent,

³Tashkent Institute for Advanced Training of Doctors, Tashkent, Uzbekistan

⁴Sleep Research Unit, First Department of Psychiatry, Eginition Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 14 March 2024/Revised 21 October 2024 2024/Published Online 24 March 2025

ABSTRACT

Hypnosis is an externally induced alteration in consciousness because of suggestion. Hypnotherapy, also called clinical hypnosis, is the use of hypnosis as psychological treatment, either brief or long-term psychotherapy, for alleviating pain, inducing habit modification, and treating a range of physical and mental health problems, such as psychosomatic diseases, mood and anxiety disorders, and personality or behaviour disorders. In the present article, the method for therapeutic hypnosis is presented, mainly based on the first author's experience. The method involves muscle relaxation, suggestion, and sensory deprivation, which lead the hypnotized individual to become detached from the environment, allowing them to establish a connection ("rapport"), meaning they have direct contact only with the hypnotist and receive instructions without any external influences. The method used by the first author is that of "rapid" induction of catalepsy, which starts with instructions to remain still with closed eyes. The hypnotist then takes hold of the person's limbs and moves them, stimulating the kinaesthetic system responsible for the proprioceptive sense of position in space, thus leading to entering the hypnotic state. Personal characteristics that are associated with the degree of hypnotisability are also presented, as well as the levels of hypnotic state depth, potential complications of hypnosis, and its contraindications, which mainly include psychosis, especially schizophrenia with delusions of influence, and the presence of prominent histrionic personality characteristics. Use of alcohol or illegal substances is not a contraindication; it is, however, noted that, in their presence, the therapeutic effect of hypnosis is uncertain in the absence of other appropriate measures and suitable therapeutic interventions. The effects of hypnosis on the electroencephalogram (EEG) are indicative that the hypnotic state is distinct both from sleep and from full wakefulness. During hypnotic catalepsy, the EEG is characterized (compared to baseline) by an increase in delta rhythm power and an increase in the amplitude and index of theta rhythm, mainly in the temporal leads of both hemispheres. Additionally, there is significant asymmetry between the right and left hemispheres. It must be noted that hypnosis is just the tool through which hypnotherapy is applied. The latter should be only performed by clinicians, psychiatrists, or psychologists trained in psychotherapy, ensuring, thus, the therapeutic value of advice that is given to patients during the period of hypnotic suggestion.

KEYWORDS: Hypnosis, hypnotherapy, catalepsy, encephalogram, psychotherapy.

Σύντομο άρθρο

Συγκριτική μελέτη άγχους και ψυχικής υγείας γονέων παιδιών με και χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κατά την πανδημία του COVID-19

Χρηστίνα Μποτέλη,¹ Σταυρούλα Μπαργιώτα,² Άννα Παπακωνσταντίνου,¹
Αγοραστός Αγοραστός²

¹Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

²Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 15 Σεπτεμβρίου 2023/Αναθεωρήθηκε 29 Νοεμβρίου 2023/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 27 Φεβρουαρίου 2024

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πανδημία COVID-19, η οποία εξαπλώθηκε ραγδαία παγκοσμίως στις αρχές του 2020, επηρέασε με ποικίλους τρόπους την οικογενειακή καθημερινότητα των γονέων και των παιδιών τους. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η ψυχική υγεία και το στρες που βιώνουν οι γονείς κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, και αν αυτά διαφέρουν μεταξύ των γονέων παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ) και των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης, όπως και πιθανούς δημογραφικούς παράγοντες που να τα επηρεάζουν. Στη συγχρονική αυτή μελέτη συλλέχθηκαν δεδομένα μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου από ένα δείγμα 205 γονέων, 103 με παιδιά με τυπική ανάπτυξη που φοιτούν σε τακτικά σχολεία γενικής αγωγής (ΓΑ) και 102 με παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ) που φοιτούν σε σχολεία ειδικής αγωγής από τον Φεβρουάριο έως και τον Απρίλιο του 2021. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα αντιλαμβανόμενου stress PSS-10 και τη σύντομη μορφή της κλίμακας εκτίμησης της ψυχολογικής διάθεσης POMS-S, καθώς και ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων. Τα αποτελέσματά μας επιβεβαίωσαν πως οι γονείς παιδιών με ΕΕΑ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, μειωμένη δυνατότητα διαχείρισής του και χειρότερη συνολική συναισθηματική κατάσταση κατά την περίοδο της πανδημίας σε σχέση με γονείς παιδιών που φοιτούν σε δομές ΓΑ. Το είδος της δομής που φοιτούσαν τα παιδιά επιβεβαιώθηκε από πολυπαραγοντικές αναλύσεις ως ο μόνος παράγοντας που έχει σταθερή επίδραση σε όλες τις ψυχομετρικές κλίμακες. Οι παράγοντες που φαίνονται να επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους είναι το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση, ενώ οικογενειακή κατάσταση και ανεργία επέδρασαν αρνητικά αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του άγχους. Συμπερασματικά, η πανδημία φαίνεται να επηρέασε περισσότερο την ψυχική υγεία γονέων παιδιών με ΕΕΑ ανάγκες σε σχέση με γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και αποδεικνύει την αναγκαιότητα μεγαλύτερης ψυχοκοινωνικής στήριξης σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Covid-19, ψυχική υγεία, στρες, ειδικά σχολεία, ειδικές εκπαιδευτικές αγωγές.

Εισαγωγή

Η παγκόσμια πανδημία του SARS-CoV-2 (COVID-19) είχε σημαντικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας, καθώς οι περιορισμοί και τα μέτρα που επιβλήθηκαν για την αντιμετώπισή της δημιούργησαν μία νέα παγκόσμια πραγματικότητα.¹ Στο πλαίσιο αυτό, συγκεκριμένες κοινωνικές και πληθυσμιακές ομάδες εκτέθηκαν ιδιαίτερα και παρουσίασαν σοβαρότερες αρνητικές

ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Μία από αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες είναι οι οικογένειες με παιδιά.²

Τα παιδιά παρουσιάζουν ούτως ή άλλως κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που επηρεάστηκαν σοβαρά λόγω της κοινωνικής απομόνωσης στην πανδημία, καθώς βασικές τους ανάγκες αποτελούν το παιχνίδι, η συμμετοχή στο σχολικό πλαίσιο και η συναναστροφή τους με συνομηλίκους, μέσω των οποίων αναπτύσσουν κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες.³ Αυτό επηρέασε αναμφισβήτητα και

τους γονείς, που εκτός από προσωπικές ανασφάλειες (π.χ. εργασιακές, οικονομικές) και απώλεια υποστηρικτικού και κοινωνικού πλαισίου, κλήθηκαν να αναλάβουν πολλούς επιπρόσθετους ρόλους (π.χ. παροχή εκπαίδευσης, δημιουργική απασχόληση, δόμηση καθημερινότητας, κ.ά.) καθόλη τη διάρκεια της ημέρας.⁴ Αυτό το επιπλέον φορτίο, σε συνδυασμό με το άγχος τους για τη σωματική ασφάλεια, την κοινωνική απομόνωση και την ψυχική υγεία των παιδιών τους, αποτέλεσε βασικό παράγοντα πίεσης και άγχους στους γονείς.^{5,6}

Η ομάδα των οικογενειών με παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ) αντιμετώπισε σαφώς ακόμη σοβαρότερη πίεση και προβλήματα στην καθημερινότητα.⁷ Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία όσο πιο σοβαρή και μόνιμη είναι η αναπηρία ή η εκπαιδευτική ανάγκη ενός παιδιού, τόσο μεγαλύτερο είναι το στρες που βιώνουν οι γονείς.⁸ Αρνητικά συναισθήματα, όπως απογοήτευση, θλίψη, χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης και αίσθησης αποτελεσματικότητας, εκδηλώνονται στους γονείς παιδιών με ΕΕΑ, και ειδικότερα σε αυτούς που αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή του παιδιού.⁹

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να εξετάσει το επίπεδο άγχους και την ψυχική υγεία των γονέων παιδιών με ΕΕΑ που φοιτούν σε ειδικά σχολεία, σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών με τυπική ανάπτυξη που φοιτούν σε τακτικά σχολεία γενικής αγωγής (ΓΑ) κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19, όπως και πιθανούς δημογραφικούς παράγοντες που να τα επηρεάζουν, με σκοπό να αναδείξει δυνητικές διαφορές στις ψυχολογικές αντιδράσεις και ανησυχίες μεταξύ των δύο ομάδων.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια μη πειραματική, συγχρονική μελέτη παρατήρησης εγκάρσιας τομής με δειγματοληπτικό πλαίσιο βολικής δειγματοληψίας (convenient sampling) μέσω συμπλήρωσης ενός ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου από τον Φεβρουάριο έως και τον Απρίλιο του 2021. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα αντιλαμβανόμενου stress (Perceived Stress Scale PSS-10) και τη σύντομη μορφή της κλίμακας εκτίμησης της ψυχολογικής διάθεσης (Profile of Mood States - Short, POMS-S), καθώς και ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων. Περισσότερες πληροφορίες για τη μεθοδολογία της έρευνας καθώς και για όλες τις στατιστικές αναλύσεις παρατίθενται στο Supplementary Material του άρθρου.

Αποτελέσματα

Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε 205 γονείς παιδιών σχολικής ηλικίας (4–18 ετών), εκ των οποίων τα παιδιά των 103 γονέων φοιτούσαν σε σχολείο γενικής αγωγής, ενώ τα παιδιά των 102 συμμετεχόντων φοιτούσαν σε ειδικής αγωγής (66 σε ειδικό σχολείο, 9 σε παράλληλη στήριξη, 27 σε ένταξη). Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα

δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της μελέτης και οι διαφορές μεταξύ των 2 υποομάδων.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα ψυχομετρικά στοιχεία του δείγματος της μελέτης και οι διαφορές μεταξύ των 2 υποομάδων, καθώς και οι προσαρμοσμένες τιμές τους. Οι υποκλίμακες PSS-negative και PSS-positive, όπως και η κλίμακα POMS επέδειξαν καλή αξιοπιστία εσωτερικής εγκυρότητας με Cronbach's α 0,89, 0,76 και 0,93 αντίστοιχα. Οι στατιστικές αναλύσεις καταδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο υποομάδες του δείγματός μας, με υψηλότερα επίπεδα POMS, PSS negative και PSS positive σε γονείς με παιδιά ΕΕΑ σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών με τυπική ανάπτυξη που φοιτούν σε τακτικά σχολεία ΓΑ.

Μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης αναφορικά με την επίδραση δημογραφικών παραγόντων στις επιμέρους ψυχομετρικές κλίμακες (βλ. πίνακα S1) έδειξαν (α) στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης των γονέων στην κλίμακα PSS negative, ενώ η ηλικία και η επαγγελματική κατάσταση των γονέων παρέμειναν σε επίπεδο στατιστικού trend, (β) στατιστικά σημαντική επίδραση της εργασιακής κατάστασης των γονέων στην κλίμακα PSS positive, ενώ η οικογενειακή κατάσταση των γονέων παρέμεινε σε επίπεδο στατιστικού trend και (γ) στατιστικά σημαντική επίδραση της εκπαίδευσης και της οικογενειακής κατάστασης των γονέων στην κλίμακα POMS, ενώ επαγγελματική κατάσταση των γονέων έδειξε συσχέτιση $p=0,153$.

Τα μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τις αντίστοιχες μεταβλητές για κάθε κλίμακα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

PSS - Negative: Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης αναδεικνύουν πως μόνο οι παράγοντες φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση γονέα, όπως και το είδος της σχολικής δομής επιδρούν σημαντικά στον δείκτη PSS negative. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν 2,85 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη PSS negative σε σχέση με τους άνδρες. Τα άτομα ηλικίας άνω των 42 ετών έχουν 1,52 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη PSS negative σε σχέση με τους αυτούς ηλικίας 32–41 ετών. Οι μη έγγαμοι έχουν 1,98 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη PSS negative σε σχέση με τους έγγαμους και τέλος, τα άτομα με παιδιά σε σχολική δομή ΕΕΑ έχουν 1,8 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη PSS negative σε σχέση με τα άτομα με παιδιά σε σχολική δομή ΓΑ.

PSS - Positive: Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης αναδεικνύουν πως όλοι οι παράγοντες του μοντέλου (οικογενειακή κατάσταση γονέα, επαγγελματική κατάσταση γονέα και σχολική δομή) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στον δείκτη PSS positive. Δηλαδή, οι άγαμοι έχουν 1,05 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη PSS positive σε σχέση με τους έγγαμους. Οι άνεργοι έχουν 1,33 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη PSS positive σε σχέση με τους εργαζό-

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος και στατιστικές διαφορές μεταξύ των 2 υποομάδων.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		Συνολικό δείγμα		Γονείς ΓΑ		Γονείς ΕΕΑ		Γονείς ΓΑ v. ΕΕΑ	
		v	(%)	v	(%)	v	(%)	x ²	p
N		205		103		102			
Φύλο γονέα	Άνδρας	58	28,3	17	16,5	41	40,2	14,18	<0,001
	Γυναίκα	147	71,7	86	83,5	61	59,8		
Ηλικία γονέα	32–41 έτη	83	40,5	50	48,5	33	32,4	12,62	0,002
	42–51 έτη	94	45,9	47	45,6	47	46,1		
	52–61 έτη	28	13,6	6	5,9	22	21,5		
Εκπαίδευση γονέα	A'/B'-βάθμια	59	28,8	14	13,6	45	44,1	23,71	<0,001
	Γ'-βάθμια	77	37,6	45	43,7	32	31,4		
	MSc/PhD	69	33,6	44	42,7	25	24,5		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/-η	169	82,4	95	92,2	80	78,4	7,81	0,006
	Άγαμος/-η	36	17,6	8	7,8	17	21,6		
Επάγγελμα γονέα	Άνεργος/-η	18	8,8	6	5,8	12	11,8	3,18	0,673
	Δημόσιος υπάλληλος	62	30,2	35	34,0	27	26,5		
	Ελεύθερος επαγγελματίας	40	19,5	19	18,4	21	20,6		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	62	30,2	31	30,1	31	30,4		
	Οικιακά	21	10,2	11	10,7	10	9,8		
	Συνταξιούχος	2	1	1	1,0	1	1,0		
Φύλο παιδιού	Αγόρι	126	61,5	54	52,4	72	70,6	7,14	0,010
	Κορίτσι	79	38,5	17	47,6	30	29,4		
		MT	TA	MT	TA	MT	TA	t	p
Ηλικία παιδιού		8,9	3,6	8,6	3,7	9,3	3,5	0,19	0,153
Αριθμός παιδιών στην οικογένεια		1,9	0,7	2,0	0,7	1,9	0,8	1,43	0,849

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάζονται μέσω του αριθμού των συμμετεχόντων (N), της μέσης τιμής (MT), του εύρους και τυπικής απόκλισης (TA), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές μέσω των συχνοτήτων (v) και των αντίστοιχων ποσοστών (%). Η σύγκριση μεταβλητών ανάμεσα στις δύο ομάδες εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το t-test και το Mann-Whitney test για τις συνεχείς μεταβλητές ανάλογα με την κατανομή τους, όπως και το χ^2 test, για κατηγορικές μεταβλητές.

μενους. Τα άτομα με παιδιά σχολική δομή ΕΕΑ έχουν 0,78 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη PSS positive σε σχέση με τα άτομα με παιδιά σε σχολική δομή ΓΑ.

POMS: Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης αναδεικνύουν πως από όλους τους παράγοντες του μοντέλου, μόνο ο παράγοντας σχολική δομή έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στον δείκτη POMS. Οι γονείς με παιδιά σε σχολική δομή ΕΕΑ έχουν 5,7 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη POMS σε σχέση με τα άτομα με παιδιά σε σχολική δομή ΓΑ.

Συζήτηση

Ο κύριος στόχος αυτής της μελέτης ήταν να ερευνηθούν και να συγκριθούν η ψυχική υγεία και τα επίπεδα άγχους των γονέων παιδιών με ΕΕΑ που φοιτούν σε ειδικά σχολεία, σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών με τυπική ανάπτυξη που φοιτούν σε τακτικά σχολεία ΓΑ κατά την

περίοδο της πανδημίας του COVID-19, όπως και πιθανούς δημογραφικούς παράγοντες που να τα επηρεάζουν.

Τα αποτελέσματά μας επιβεβαίωσαν πως οι γονείς παιδιών με ΕΕΑ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (υψηλότερα επίπεδα PSS-Negative), μειωμένη δυνατότητα διαχείρισης (υψηλότερα επίπεδα PSS-Positive) και χειρότερη συνολική συναισθηματική κατάσταση (υψηλότερα επίπεδα POMS total score) κατά την περίοδο της πανδημίας σε σχέση με γονείς παιδιών που φοιτούν σε δομές ΓΑ. Το είδος της δομής που φοιτούσαν τα παιδιά επιβεβαιώθηκε από πολυπαραγοντικές αναλύσεις ως ο μόνος παράγοντας που έχει σταθερή επίδραση σε όλες τις ψυχομετρικές κλίμακες, αν και εξηγεί ένα σχετικά μικρό μόνο ποσοστό της διακύμανσης. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε σύμπνοια με προηγούμενες έρευνες και μετα-αναλύσεις σε προ COVID-19 περίοδο, που επιβεβαιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε γονείς με ΕΕΑ και επιδεικνύουν τον παράγοντα αυτόν ως καθοριστική συνιστώσα του στρες των γονέων.^{9,10} Από την άλλη, από τα αποτελέσματα αυτά

Πίνακας 2. Τιμές ψυχομετρικών ερωτηματολογίων και στατιστικές διαφορές μεταξύ των 2 υποομάδων

Ψυχομετρικές τιμές	Συνολικό δείγμα		Γονείς		Γονείς EEA		Γονείς ΓΑ (adjusted)		Γονείς EEA (adjusted)		ΓΑ vs EEA (adjusted)		ΓΑ vs EEA (adjusted)		
	MT	TA	MT	TA	MT	TA	MT	TA	MT	TA	max	t	F	p	
PSS - Negative	14,5	4,4	13,6	4,3	15,3	4,4	13,7	0,6	15,7	0,5	24,0	2,76	0,006	8,82	0,003
PSS - Positive	7,3	2,6	6,8	2,2	7,8	3,0	6,9	0,4	8,0	0,3	16,0	2,72	0,007	7,44	0,007
POMS - Total score	54,7	19,7	50,8	19,7	58,5	19,2	51,9	2,8	59,8	2,3	94,0	2,81	0,005	6,57	0,011

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάζονται μέσω της μέσης τιμής (MT), του εύρους (min - max), του τυπικού σφάλματος (ΤΣ) και τυπικής απόκλισης (ΤΑ). Η σύγκριση μεταβλητών ανάμεσα στις δύο ομάδες εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το t-test και το F-test (adjusted ANOVA). Η προσαρμογή των τιμών έγινε ως προς το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την οικογενειακή κατάσταση του γονέα, και το φύλο του παιδιού με βάση τις διαφορές των 2 ομάδων γονέων σε αυτά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

δεν μπορεί να εκτιμηθεί η όποια διαφοροποίηση των επιπέδων του άγχους και της ψυχικής υγείας στις δύο ομάδες σε σχέση με τα επίπεδα προ πανδημίας, καθώς δεν πρόκειται για προοπτική μελέτη.

Στο συνολικό δείγμα, ο μέσος όρος και των δύο υποκλιμάκων PSS-Negative και PSS-Positive είναι υψηλότερος από τον αναφερόμενο μέσο όρο της εκάστοτε κλίμακας στον ελληνικό γενικό πληθυσμό (PSS-Positive: $5,9 \pm 2,9$ σε άνδρες και $6,4 \pm 2,9$ σε γυναίκες; PSS-Negative: $10,6 \pm 4,5$ σε άνδρες και $12,1 \pm 4,4$ σε γυναίκες),¹¹ με αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες και ταυτόχρονα μειωμένη δυνατότητα ελέγχου του. Οι παράγοντες που φαίνονται να επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους είναι το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία (>42 ετών) και η οικογενειακή κατάσταση (άγαμοι), ενώ η οικογενειακή κατάσταση (άγαμοι) και ανεργία επέδρασαν αρνητικά αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του άγχους. Το γυναικείο φύλο, ιδιαίτερα, επιβεβαιώνεται σε αρκετές άλλες μελέτες ως αρνητικός συγκριτικός παράγοντας άγχους σε γονείς παιδιών με EEA.¹² Η συνολική συναισθηματική κατάσταση των γονέων, όμως, δεν φάνηκε να επηρεάζεται αρνητικά ή θετικά από κάποιον άλλον δημογραφικό παράγοντα. Τα χαρακτηριστικά των παιδιών (φύλο, ηλικία, συνολικός αριθμός παιδιών στην οικογένεια) επίσης δεν επηρέασαν το αντιλαμβανόμενο άγχος, την ικανότητα διαχείρισής του και τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων. Κάποια από αυτά τα ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με παρόμοιες συγκριτικές μελέτες σε γονείς με παιδιά με και χωρίς EEA που διενεργήθηκαν κατά την περίοδο της πανδημίας και έδειξαν ότι υπάρχουσα εργασία, έγγαμη οικογενειακή κατάσταση, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, ο αριθμός και το φύλο των παιδιών και η μικρότερη ηλικία των γονέων είναι αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες την ψυχική υγεία των γονέων.¹³

Μία βαθύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της πανδημίας στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των γονέων θα μπορούσε να υποστηρίξει την ανάπτυξη πιο στοχευμένων παρεμβάσεων και υπηρεσιών υποστήριξης στο μέλλον. Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει το υψηλότερο άγχος και τη χειρότερη συναισθηματική κατάσταση γονέων παιδιών σε δομές EEA σε σχέση με γονείς παιδιών σε δομές ΓΑ κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη ευρύτερου δικτύου υποστήριξης και κατάλληλων ψυχολογικών παρεμβάσεων και στρατηγικών, με στόχο την υποστήριξη και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πιο ευάλωτων οικογενειών.

Πρόσθετο υλικό

Πρόσθετο υλικό σχετικά με αυτό το άρθρο υπάρχει στη διαδικτυακή δημοσίευσή του στη διεύθυνση <https://doi.org/10.22365/jpsyech.2024.002>

Brief communication

Comparative study of stress and psychological well-being in parents of children with and without special education needs during the COVID-19 pandemic

Christina Boteli,¹ Stavroula Bargiota,² Anna Papakonstantinou,¹ Agorastos Agorastos²

¹Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki,

²2nd Department of Psychiatry, School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

ARTICLE HISTORY: Received 15 September 2023/Revised 29 November 2023/Published Online 27 February 2024

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, which rapidly spread worldwide in early 2020, has affected the daily lives of parents and their children in various ways. This study assessed the overall mental health status and stress experienced by parents during the COVID-19 pandemic and the differences between parents of children with special educational needs and parents of typically developing children. Additionally, we explored potential demographic factors that may influence these experiences. In this cross-sectional study, data were collected through questionnaires completed by a sample of 205 parents (103 children with typical development attending regular mainstream schools and 102 children with special educational needs attending special educational schools) from February to April 2021. Participants completed the Perceived Stress Scale (PSS-10), the short form of the Profile of Mood States (POMS-S), and a demographic questionnaire. Our findings confirmed that parents of children attending special education schools reported higher levels of anxiety, reduced coping abilities, and poorer overall emotional well-being during the pandemic compared to parents of children attending regular schools. The type of educational setting children attended was identified through multivariate analyses as the only factor consistently influencing all psychometric outcomes. Factors influencing anxiety levels included gender, older age, and family status, while family status and unemployment negatively impacted coping abilities. Taken together, the pandemic appears to have had a greater impact on the mental health of parents of children with special education needs compared to parents of children attending regular schools, highlighting the need for increased psychosocial support within this population group.

KEYWORDS: COVID-19, mental health, stress, special schools, special education needs.

Βιβλιοκριτική

Ακούσια αποικεσία: Πέρα από το τραύμα του ξεριζωμού Ρένος Παπαδόπουλος Εκδόσεις Τόπος, 2024

Ρένος Παπαδόπουλος, PhD, είναι καθηγητής στο τμήμα ψυχοκοινωνικών και ψυχαναλυτικών σπουδών και διευθυντής του κέντρου για το τραύμα, το άσυλο και τους πρόσφυγες στο Πανεπιστήμιο του Έσσεξ (Ηνωμένο Βασίλειο). Είναι κλινικός ψυχολόγος, οικογενειακός θεραπευτής και Γιουνγκιανός ψυχαναλυτής, καθώς επίσης εκπαιδευτής και επόπτης. Ως συνεργάτης-σύμβουλος πολυάριθμων οργανισμών έχει εργαστεί πάνω από τέσσερις δεκαετίες με πρόσφυγες, ανθρώπους που έχουν βασανιστεί και άλλους επιζώντες πολιτικής βίας και καταστροφών σε πολλές χώρες.

Μέσα από αυτή τη διεπιστημονική εμπειρία και εμπειρία πεδίου, ο συγγραφέας μας προσφέρει ένα επιστημολογικά και κλινικά καινοτόμο πλαίσιο σκέψης όχι μόνο για το προσφυγικό φαινόμενο αλλά ευρύτερα για την κατανόηση της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης οδύνης, υπερβαίνοντας τις απλουστευτικές διχοτομικές προσεγγίσεις (ανθεκτικότητα, ευαλωτότητα), τον τραυματο-κεντρικό λόγο και την αποφυγή ιατροκοποίησης και ψυχιατρικοποίησης μέσω απλουστευτικών διαγνωστικών κατηγοριών των τραυματικών καταστάσεων.

Προσεγγίζοντας το φαινόμενο ως βιωματική εμπειρία, και όχι μόνο μέσω των άλλων διαστάσεων που το συγκροτούν, ο συγγραφέας αναρωτιέται ποιος είναι πραγματικά ο πρόσφυγας και πότε σηματοδοτείται η έναρξη της προσφυγικής ιδιότητας, όπως επίσης τι σημαίνει αυτή η ιδιότητα για το σύνολο της ταυτότητάς του. Πώς επηρεάζει η προσφυγική εμπειρία τον καθένα, την ύπαρξή του και πώς επηρεάζει η εικόνα που έχουν οι άλλοι για αυτούς.

Μέσα από τον όρο «ακούσια αποικεσία» (involuntary dislocation) και την επανεξέταση της έννοιας της αντιξοότητας και της ανθεκτικότητας, ο Ρένος Παπαδόπουλος διατυπώνει την έννοια της ανάπτυξης που ενεργοποιείται από την αντιξοότητα και στο πλαίσιο εργασίας το οποίο ονόμασε πλέγμα του τραύματος (trauma grid) και μετονόμασε αργότερα σε πλέγμα αντιξοοτήτων (adversity grid).

Σύμφωνα με τη γραμμή σκέψης του, οι αντιδράσεις σε αντιξοότητες όλων μας, όπως και των προσφύγων,

και οι συνέπειές τους, απαιτούν μια ανοιχτή προσέγγιση ικανή να συλλαμβάνει κάθε φορά το πλήρες φάσμα τόσο των μεν όσο και των δε, χωρίς να περιορίζεται στην επιστημολογικά φτωχή υιοθεσία του τραυματοκεντρικού αφηγήματος.

Η επιστημολογική επαγρύπνηση που μας προτείνει, μας προσκαλεί να γινόμαστε ενήμεροι του τρόπου με τον οποίο η έκθεση στην προσφυγική κρίση ή και στην ακραία αντιξοότητα τείνει να πιέζει για έναν επιστημολογικό πανικό (όπως είχε επισημάνει ο G. Bateson), ο οποίος μας ωθεί στην υπεραπλούστευση, στην πόλωση και στην υιοθέτηση άμεσων και γρήγορων απαντήσεων. Ενδεικτικά αναφέρουμε εδώ ότι η στρεβλή και καταχρηστική χρήση των αυστηρών διαγνωστικών κριτηρίων της post traumatic stress disorder (PTSD) παραβιάζοντας την ψυχιατρική δεοντολογία, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, πέρα από την επιστημολογική στρέβλωση, αποτέλεσε μέσω της ψυχιατρικοποίησης, ένα εργαλείο χρηματοδότησης και αξιολόγησης των διαθέσιμων πόρων από τους διεθνείς οργανισμούς για την αντιμετώπιση του προσφυγικού φαινομένου.

Αυτή η καταχρηστική ψυχιατρικοποίηση όχι μόνο δεν βοηθά το άτομο να συν-κατασκευάσει μαζί με τον φροντιστή μια νέα χαρτογράφηση της ταυτότητάς του στη χώρα υποδοχής, αλλά ενισχύει τον κίνδυνο θυματοποίησης του πρόσφυγα και ανατροφοδότησης του διπόλου πρόσφυγας=θύμα και φροντιστής=σωτήρας, συσκοτίζοντας έτσι στην κλινική προσέγγιση αυτό που ο Ρένος Παπαδόπουλος ορίζει ως «νοσταλγικό αποπροσανατολισμό» (nostalgic disorientation), ο οποίος περιλαμβάνει μια σειρά από δύσκολα συναισθήματα (π.χ. αίσθημα αβεβαιότητας, σύγχυση, αίσθημα κενού, αβοηθησίας κ.λπ.), που κανένα όμως από αυτά δεν ανήκουν στη σφαίρα της ψυχοπαθολογίας.

Ο συγγραφέας δεν κουράζεται να επαναλαμβάνει πρώτα από όλα ότι πρόκειται για φυσιολογικές αντιδράσεις σε μη φυσιολογικές καταστάσεις και ότι με το έργο του δεν αποσκοπεί στην κατασκευή «τεχνικών» και «εργαλείων» αλλά πλαισίων εργασίας, που λειτουργούν ως αλληλοσχετιζόμενες προοπτικές εντός των οποίων είναι δυνατή η χρήση τεχνικών και εργαλείων κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καθίστανται πραγματικά αποτελεσματικές.

Η κυρίαρχη στάση αυτού του «φιλανθρωποκαπιταλισμού» οδηγεί γραμμικά στην ανατροφοδότηση στερεοτυπικών ρόλων και προκαταλήψεων, η οποία αφενός εξυπηρετεί την πολιτική ορθότητα και το δημοκρατικό άλλοθι αντιμετώπισης της απέραντης αυτής ακούσιας αποικεσίας και αφετέρου οδηγεί τους εμπλεκόμενους στο πεδίο σε μια εργαλειακή και φτωχή διαχείριση των πολύπλοκων αντιξοοτήτων που αντιμετωπίζουν. Με άλλα λόγια, η ευαλωτότητα ανταμείβεται και οι ειδικοί λειτουργούν ως επιδιορθωτές βλάβης.

Η συμβολή του έργου του Ρένου Παπαδόπουλου, μέσα από την εκπαίδευση και εποπτεία που προσφέρει στο πεδίο, είναι ότι διαμορφώνει την κουλτούρα μιας συνεργικής προσέγγισης και νοηματοδότησης των παρεμβάσεων για τα εκτοπισμένα άτομα, απελευθερωμένη από τα αλλοτριωτικά διαγνωστικά εργαλεία και τις ιδεοληψίες και μας οδηγεί μαζί με τον Μισέλ Φουκώ να αναρωτηθούμε: Πώς οι άνθρωποι κυβερνώνται μέσα από την παραγωγή της αλήθειας;

Στέλιος Στυλιανίδης

*Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής,
Πάντειο Πανεπιστήμιο, Ιδρυτής & Επίτιμος Πρόεδρος
της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης
και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ)*