



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**“Αγχώδεις Διαταραχές σε εφήβους και ενηλίκους: Επιδημιολογικές  
Συσχετίσεις, Συννοσηρότητα, Ανθεκτικότητα”**

**Σπυρίδων Πολίτης  
Ψυχολόγος**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019**









**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**“Αγχώδεις Διαταραχές σε εφήβους και ενηλίκους: Επιδημιολογικές  
Συσχετίσεις, Συννοσηρότητα, Ανθεκτικότητα”**

**Σπυρίδων Πολίτης**  
Ψυχολόγος

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019**



«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν.5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση Ιατρικού Τμήματος)»





Ημερομηνία αίτησης του κ. Πολίτη Σπυρίδωνα: 23-1-2014

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 764<sup>ο</sup>/17-6-2014

**Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:**

Επιβλέπων

Σκαπινάκης Πέτρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων  
Πετρικής Πέτρος, Λέκτορας Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 23-12-2014

«Αγχώδεις Διαταραχές σε εφήβους και ενήλικους: Επιδημιολογικές, συσχετίσεις, συννοσηρότητα και ανθεκτικότητα»

**ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 906<sup>ο</sup>/25-11-2019**

Κουτσιώτης Σπυρίδων	Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Βενετσάνος Μαυρέας	ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σκαπινάκης Πέτρος	Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Ευαγγέλου Ευάγγελος	Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής με έμφαση στην Κλινική και Μοριακή Επιδημιολογία του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Κώτσης Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Μαντάς Χρήστος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Πετρικής Πέτρος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 18-12-2019

Ιωάννινα 21-1-2020

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Άννα Μπατιστάτου**

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας





## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Πέτρο Σκαπινάκη για την εμπιστοσύνη και την αδιάλειπτη στήριξη του, την πολύτιμη καθοδήγηση και τις γνώσεις που μου μετέδωσε, καθώς και για την υπομονή του όλα αυτά τα χρόνια. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω ιδιαίτερω το μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής κ. Βενετσάνο Μαυρέα για την ευγένεια, τη στήριξη του, και την πολύτιμη συμβολή του, καθώς και το μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής κ. Πέτρο Πετρίκη για την συνεργασία και την χρήσιμη συνεισφορά του στην ολοκλήρωση αυτής της μακροχρόνιας προσπάθειας.

Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τα ερευνητικά έργα «Σχολική Μελέτη της Ηπείρου» και «Έρευνα Ψυχιατρικής Νοσηρότητας», τα οποία συγχρηματοδοτήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Ένωση-Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) & Εθνικούς Πόρους, στα πλαίσια του προγράμματος με τίτλο «Πυθαγόρας II», το οποίο εντάσσεται στο ΕΠΕΑΕΚ II του 3<sup>ου</sup> Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης του ΥΠ.Ε.Π.Θ .



...στον Βασίλη και την Γιαννούλα  
...στην Ειρήνη  
...στα παιδιά μου

*«Η ευτυχία απάνω στη γης είναι κομμένη στο μπόι του ανθρώπου. Δεν είναι σπάνιο πουλί να το κυνηγούμε πότε στον ουρανό, πότε στο μυαλό μας. Η ευτυχία είναι ένα κατοικίδιο πουλί στην αυλή μας.»*

Νίκος Καζαντζάκης, 1961  
Αναφορά στον Γκρέκο.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>1.</b>	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>5</b>
	<b>1.1. Διαταραχές Άγχους</b>	<b>5</b>
	<b>1.2. Η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) στην Εφηβεία</b>	<b>10</b>
	<b>1.3. Η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) στον ενήλικο γενικό πληθυσμό</b>	<b>11</b>
	1.3.1. Αιτιολογικές προσεγγίσεις της ΙΨΔ:	12
	1.3.1.1. Γενετικοί παράγοντες / Περιβαλλοντικοί παράγοντες	13
	1.3.1.2. Βιολογικοί παράγοντες	13
	1.3.1.3. Ψυχολογικοί παράγοντες-Γνωσιακή προσέγγιση	14
	1.3.1.4. Ψυχολογικοί παράγοντες-Ψυχοδυναμική προσέγγιση	15
	<b>1.4. Η Διαταραχή Πανικού (ΔΠ) στον ενήλικο γενικό πληθυσμό</b>	<b>16</b>
	1.4.1. Αιτιολογικές προσεγγίσεις της ΔΠ	18
	1.4.1.1 Βιολογικές Προσεγγίσεις	18
	1.4.1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες-Γνωσιακή προσέγγιση	19
	1.4.1.3. Ψυχολογικοί παράγοντες-Ψυχοδυναμική προσέγγιση	20
<b>2.</b>	<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ</b>	<b>21</b>
<b>3.</b>	<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>23</b>
	<b>3.1. Περιγραφή της δέσμης δεδομένων</b>	<b>23</b>
	<b>3.2. Η Σχολική Μελέτη της Ηπείρου</b>	<b>24</b>
	3.2.1. Επιλογή σχολείων	24
	3.2.2. Σχεδιασμός της μελέτης	25
	<b>3.3. Η Μελέτη Ψυχιατρικής Νοσηρότητας</b>	<b>26</b>
	3.3.1. Επιλογή Δείγματος και σχεδιασμός της Μελέτης	26
	<b>3.4. Η Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη (CIS-R)</b>	<b>28</b>
	3.4.1. Εκτίμηση της ΙΨΔ και Υπό-ΔΠ.	29
	3.4.2. Εκτίμηση των συμπτωμάτων πανικού και της ΔΠ	30
	<b>3.5. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας στην ΙΨΔ</b>	<b>32</b>
	<b>3.6. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας στην ΔΠ</b>	<b>33</b>
	<b>3.7. Κοινωνικό-οικονομικές και άλλες μεταβλητές</b>	<b>34</b>
<b>4.</b>	<b>ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</b>	<b>35</b>
	<b>4.1. Ανάλυση ΙΨΔ εφήβων/ενηλίκων</b>	<b>35</b>
	<b>4.2. Ανάλυση ΔΠ ενηλίκων</b>	<b>36</b>
<b>5.</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	<b>37</b>
	<b>5.1. Περιγραφή δείγματος ΙΨΔ στην Εφηβεία</b>	<b>37</b>
	5.1.1. Επιπολασμός ΙΨΔ και συσχετίσεις με το φύλο	37
	5.1.2. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις	39
	5.1.3. Συννοσηρότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας	43
	5.1.3.1. Συννοσηρότητα	43
	5.1.3.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	45
	<b>5.2. Αποτελέσματα ΙΨΔ ενηλίκων</b>	<b>47</b>
	5.2.1. Περιγραφή Δείγματος	47
	5.2.2. Επιπολασμός ΙΨΔ και συσχετίσεις με το φύλο	47
	5.2.3. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις	49
	5.2.4. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας	53
	5.2.4.1. Συννοσηρότητα,	53
	5.2.4.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	55
	5.2.4.2. Ποιότητα ζωής	57

<b>5.3. Αποτελέσματα ΔΠ ενηλίκων</b>	59
5.3.1. Περιγραφή Δείγματος	59
5.3.2. Επιπολασμός ΔΠ και συσχετίσεις με το φύλο	59
5.3.3. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις	62
5.3.4. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας	67
5.3.4.1. Συννοσηρότητα, Ποιότητα ζωής	67
5.3.4.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	71
<b>6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	73
<b>6.1. Εφηβεία και ΙΨΔ</b>	73
6.1.1. Επιπολασμός και διαφορές μεταξύ των φύλων	73
6.1.2. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις	74
6.1.3. Συννοσηρότητα και χρήση υπηρεσιών υγείας	75
<b>6.2. Η ΙΨΔ στον ενήλικο γενικό πληθυσμό</b>	76
6.2.1. Επιπολασμός και διαφορές μεταξύ των φύλων	77
6.2.2. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις	77
6.2.3. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας	79
<b>6.3. Η Διαταραχή Πανικού στον ενήλικο γενικό πληθυσμό</b>	80
6.3.1. Επιπολασμός ΔΠ	80
6.3.2. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις	81
6.3.3. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας	83
<b>7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	85
<b>8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	88
<b>9. ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	93
<b>10. ABSTRACT</b>	96
<b>11. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	98
<b>12. ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ</b>	113
<b>12. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	115



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

---

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1:</b> Επιπολασμός της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων σε έφηβους ηλικίας 16-18 χρονών στην Ελλάδα ανά φύλο και τύπου συμπτωμάτων (N=2431)	38
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2:</b> Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων σε έφηβους ηλικίας 16-18 χρονών στην Ελλάδα ανά φύλο και τύπου συμπτωμάτων (N=2431)	40
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3:</b> Τύπος συννοσηρότητας της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές/χρήση ουσιών σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών, στην Ελλάδα (N=2431)	44
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4:</b> Χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών με ΙΨΔ ή υποκλινικά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (N=2431)	46
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5:</b> Επιπολασμός της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70 (N= 4.894)	48
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6:</b> Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨΔ (Υπό-ΙΨΔ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70, πριν και μετά την στάθμιση για ψυχιατρική συννοσηρότητα (N= 4894)	50
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7:</b> Συννοσηρότητα της ΙΨΔ και της υποκλινικής ΙΨΔ (Υπό-ΙΨΔ) με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές/χρήση ουσιών σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4894).	54
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 8:</b> Χρήση υπηρεσιών υγείας σε συμμετέχοντες με ΙΨΔ και με υποκλινική ΙΨΔ (Υπό-ΙΨΔ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4902).	56
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 9:</b> Επιπολασμός της ΔΠ και των υποκλινικών ΔΠ συμπτωμάτων σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70 (N= 4894)	61
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 10:</b> Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της Διαταραχής Πανικού (ΔΠ) και της υποκλινικής διαταραχής πανικού (Υπό-ΔΠ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70 (N= 4894).	64
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 11:</b> Συννοσηρότητα της ΔΠ και της υποκλινικής ΔΠ (Υπό-ΙΨΔ) με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές/χρήση ουσιών σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4894).	69
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12:</b> Χρήση υπηρεσιών υγείας σε συμμετέχοντες με ΔΠ και με υποκλινική ΔΠ (Υπό-ΔΠ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4894).	72

**ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

---

<b>ΓΡΑΦΗΜΑ 1:</b> Εμφάνιση (%) συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε συμμετέχοντες με ΙΨΔ (OCD) και με υποκλινικά ΙΨΔ (Sub-OCD) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό(Control)	48
<b>ΓΡΑΦΗΜΑ 2:</b> Ποιότητα ζωής (τιμές στον δείκτη EQ-5D) στην ΙΨΔ σύμφωνα με την διάρκεια ( >6 μήνες ) και την συννοσηρότητα με κατάθλιψη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (έλεγχος).	58
<b>ΓΡΑΦΗΜΑ 3:</b> Ποιότητα ζωής (τιμές στην κλίμακα EQ-5D) στην ΙΨΔ και την Υπό-ΙΨΔ σε σύγκριση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.	58
<b>ΓΡΑΦΗΜΑ 4:</b> Παρουσία (%) συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε συμμετέχοντες με Διαταραχή Πανικού (PD) και υποκλινική ΔΠ (Sub-PD) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Control).	61
<b>ΓΡΑΦΗΜΑ 5:</b> Ποιότητα ζωής (τιμές στον δείκτη EQ-5D) σε συμμετέχοντες με Διαταραχή Πανικού (PD) και υποκλινική διαταραχή πανικού (Sub-PD) σύμφωνα με την συννοσηρότητα με Κατάθλιψη.	70

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχικές ασθένειες συναντιούνται όλο και πιο συχνά στις σύγχρονες κοινωνίες και αποτελούν έναν ισχυρό αποσταθεροποιητικό παράγοντα της ομαλής λειτουργίας τους, υποβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών, και καταναλώνοντας σημαντικούς ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους για την αντιμετώπιση των συνεπειών τους<sup>1,2</sup>. Επιδημιολογικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό παγκοσμίως υποστηρίζουν ότι τα ψυχικά αυτά σύνδρομα αποτελούν περίπου το 12% του συνόλου των ασθενειών<sup>3</sup>. Σύμφωνα με άλλες, ο δια βίου επιπολασμός τους κυμαίνεται από 18.1% έως 36.1%<sup>1,2,4</sup>. Ανάμεσά τους, οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται σταθερά να είναι οι πιο συχνές, καθώς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά δια βίου (16,6%) και ενός έτους (10,6%) επιπολασμού<sup>5</sup> και ακολουθούν οι διαταραχές διάθεσης με τον επιπολασμό ενός έτους να φτάνει το 7,8%<sup>1</sup>.

### 1.1. Διαταραχές άγχους

Οι αγχώδεις διαταραχές θεωρούνται οι πιο συχνές ψυχιατρικές παθήσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς πάνω από 60 εκατομμύρια άτομα προσβάλλονται από αυτές κάθε χρόνο, με αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών περίπου 1:2<sup>6</sup>. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το κόστος των συνδρόμων άγχους στην δεκαετία του ενενήντα, σε σχέση με τα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας, της μειωμένης απόδοσης στην εργασία, και του μειωμένου προσδόκιμου ζωής, είχε υπολογιστεί στα 42 δις το χρόνο<sup>7</sup> και στην Ευρώπη πιο πρόσφατες μελέτες περιγράφουν παρόμοια αποτελέσματα<sup>8</sup>.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-5<sup>9</sup>, οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται κυρίως από υπερβολική ανησυχία, υπερδιέγερση και εξουθενωτικό φόβο, έτσι σε αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται εκείνες που μοιράζονται τα παραπάνω χαρακτηριστικά και εμφανίζουν τις σχετιζόμενες με αυτά συμπεριφορικές διαταραχές<sup>9</sup>. Ο φόβος αφορά μια

συναισθηματική αντίδραση σε μία πραγματική ή αντιληπτή επικείμενη απειλή και η ανησυχία σχετίζεται με την προσμονή μιας μελλοντικής απειλής. Στην κατηγορία αυτήν, σύμφωνα με την τελευταία αναθεώρηση του DSM-5<sup>9</sup> συμπεριλαμβάνονται οι: διαταραχή άγχους αποχωρισμού, διαταραχή επιλεκτικής ή εκλεκτικής αλαλίας, ειδική φοβία, κοινωνική φοβία ή διαταραχή κοινωνικού άγχους, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε μια ιατρική κατάσταση, άλλη προσδιορισμένη διαταραχή άγχους και αγχώδης διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς. Οι διαφορές ανάμεσα στα παραπάνω σύνδρομα αφορούν το είδος των αντικείμενων ή καταστάσεων που επιφέρουν φόβο, ανησυχία ή αποφευκτική συμπεριφορά καθώς και των σχετιζόμενων γνωστικών ιδεασμών, και ο διαχωρισμός τους απαιτεί λεπτομερή έλεγχο των παραπάνω. Για παράδειγμα, τα συναισθήματα φόβου και ανησυχίας στους ασθενείς με διαταραχή άγχους αποχωρισμού αφορούν την πιθανότητα ατυχήματος ή κάποιου άλλου περιστατικού που θα μπορούσε να προκαλέσει την απώλεια ή τον χωρισμό από το άτομο (ή άτομα) στο οποίο έχουν προσκολληθεί (γονείς, σύντροφος). Στην διαταραχή κοινωνικού άγχους η αίσθηση του φόβου και της ανησυχίας σχετίζεται με τις κοινωνικές συναναστροφές του πάσχοντα και τις περιστάσεις στις οποίες θα μπορούσε να εκτεθεί απέναντι σε ένα κοινωνικό σύνολο, καθώς ο γνωστικός ιδεασμός περιλαμβάνει σκέψεις περί αμηχανίας ή δημοσίας γελοιοποίησης του εαυτού. Από την άλλη, οι αγοραφοβικοί ανησυχούν, φοβούνται και αποφεύγουν καταστάσεις, μεταξύ άλλων, όπου "κινδυνεύουν" να μείνουν μόνοι σε ανοικτούς ή κλειστούς χώρους, να χρησιμοποιήσουν μέσα μαζικής μεταφοράς ή να βρεθούν μέσα σε πλήθος, καθώς ανησυχούν ότι σε περίπτωση που πανικοβληθούν δεν θα μπορέσουν να αποδράσουν ή να δεχτούν βοήθεια<sup>9</sup>.

Πολλές από τις εν λόγω διαταραχές αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και τείνουν να επιμείνουν αν δεν αντιμετωπισθούν<sup>10,11</sup>. Επίσης, μελέτες υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές άγχους εμφανίζονται πολύ νωρίτερα από άλλες κοινές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένου των διαταραχών διάθεσης, αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών<sup>2</sup>. Για παράδειγμα η τυπική ηλικία εμφάνισης της ειδικής φοβίας βρίσκεται στην παιδική ηλικία, και η περίοδο εμφάνισης της κοινωνικής φοβίας στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή (18-20 χρόνια).

Παρά την παρατηρούμενη πρώιμη εμφάνιση των διαταραχών άγχους στις περισσότερες περιπτώσεις η αντιμετώπιση τους ξεκινά στην ενήλικη ζωή, περίπου δέκα χρόνια μετά την έναρξη τους<sup>12</sup>. Οι λόγοι που συμβαίνει αυτή η καθοριστική καθυστέρηση δεν έχουν εκτενώς ερευνηθεί. Περιορισμένες μελέτες περιγράφουν συστημικά εμπόδια (π.χ. οικονομικές δυσκολίες, έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας που μπορούν να απευθυνθούν)<sup>13</sup>, εμπόδια που προέρχονται από αποτυχίες στον εντοπισμό της διαταραχής σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης<sup>14</sup> και άλλα που προκαλούνται από αστοχίες στην διάγνωση τους<sup>15</sup>. Άλλες δυσκολίες σχετίζονται με την φύση των διαταραχών, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της κοινωνικής φοβίας όπου το άτομο αποφεύγει την επίσκεψη σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς το εμποδίζουν αισθήματα ντροπής και αμηχανίας<sup>16</sup>.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ενώ στις προηγούμενες εκδόσεις του DSM<sup>17,18</sup> στην κατηγορία των διαταραχών άγχους είχε ταξινομηθεί και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ), ενώ στην 5<sup>η</sup> έκδοση του DSM<sup>9</sup>, η ΙΨΔ πλέον έχει ταξινομηθεί σε ένα ξεχωριστό φάσμα ιδεοψυχαναγκαστικών και άλλων σχετικών διαταραχών. Εν τούτοις, καθώς ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της ΙΨΔ, το υψηλό επίπεδο άγχους και ανησυχίας, σχετίζεται άμεσα με τον σκοπό της μελέτης μας, δηλαδή τη διερεύνηση της

επίδρασης του άγχους σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του εφηβικού και ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα, θεωρούμε ότι η συμπερίληψη αυτής της σοβαρής ψυχικής διαταραχής<sup>19</sup> στην έρευνα μας, θα συνεισφέρει σημαντικά στα συμπεράσματα μας.

Επιδημιολογικές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι εν λόγω διαταραχές παρουσιάζουν σημαντική συννοσηρότητα τόσο μεταξύ τους όσο και με άλλα ψυχικά σύνδρομα<sup>20-22</sup>. Οι διαταραχές άγχους σχετίζονται σημαντικά με τις διαταραχές διάθεσης<sup>23</sup> και συχνά ο διαχωρισμός τους αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας καθώς τα συμπτώματα τους αλληλεπικαλύπτονται<sup>24,25</sup>. Για παράδειγμα, συμπτώματα διαταραχής άγχους όπως ανησυχία, σωματοποίηση, και κρίσεις πανικού συναντώνται συχνά σε καταθλιπτικούς ασθενείς<sup>26</sup>. Οι διαταραχές άγχους συνήθως προηγούνται ή εμφανίζονται ταυτόχρονα με τις διαταραχές διάθεσης<sup>23</sup>. Μελέτες υπολογίζουν το ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και διαταραχών άγχους στο 60% και αναφέρουν αιτιολογικές σχέσεις ανάμεσά τους<sup>24</sup>. Άλλες περιγράφουν την επίδραση των αγχωδών διαταραχών στην πρόγνωση της κατάθλιψης και αναφέρουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου σε άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή άγχους<sup>27,28</sup>. Επίσης οι εν λόγω διαταραχές συννοσηρούν με διαταραχές χρήσης ουσιών<sup>29,30</sup>, με χρόνιες σωματικές παθήσεις<sup>31,32</sup> και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας,<sup>33</sup> δυσκολίες στην θεραπευτική διαδικασία, αντίσταση σε αυτήν<sup>34</sup> και αυξημένη πιθανότητα υποτροπής<sup>35</sup>.

Στην Ελλάδα η επιρροή του άγχους στην ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού υπολείπεται αντιπροσωπευτικών ερευνών καθώς υπάρχει έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων<sup>36</sup>. Μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη της ερευνητικής μας ομάδας σχετικά με τον επιπολασμό των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της χώρας, ανέδειξε σημαντικές ψυχιατρικές

νοσηρότητες μεταξύ ορισμένων διαταραχών άγχους και διάθεσης ενώ υπογράμμισε την ανάγκη περαιτέρω έρευνας με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας<sup>36</sup> . Αναλογιζόμενοι τα παραπάνω μπορούμε να δούμε πόσο σημαντικά είναι, ο εντοπισμός, η μέτρηση, και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους καθώς έτσι γίνεται εφικτή η ανακούφιση ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού, η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αλλά και η εξοικονόμηση σημαντικών πόρων στην κοινότητα. Οι εν λόγω παρεμβάσεις προϋποθέτουν ενδελεχή μελέτη και συγκέντρωση αξιόπιστων σχετικών επιστημονικών δεδομένων.

Αυτό αποτελεί και τον κύριο σκοπό της παρούσας μελέτης, η οποία θα επικεντρωθεί στην έρευνα των διαταραχών που έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό τους το άγχος και την ανησυχία, εστιάζοντας κυρίως στην διαταραχή πανικού (ΔΠ), και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ), καθώς επίσης και στις υποκλινικές εκδοχές τους. Οι λόγοι για τους οποίους εστίασαμε στις παραπάνω διαταραχές αφορούν αφενός την διαπιστωμένη έλλειψη σχετικών μελετών σε επιδημιολογικά δείγματα στην χώρα μας, παρόλο που και τα δύο αυτά σύνδρομα θεωρούνται παγκοσμίως κοινά, και αφετέρου το ειδικό ενδιαφέρον και την επικέντρωση της ερευνητικής μας ομάδας στις εν λόγω διαταραχές, όπως αυτό διαφαίνεται και από προηγούμενες σχετικές μελέτες<sup>37,38</sup> και τη συμβατότητα τους με τη διαθέσιμη συλλογή δεδομένων καθώς τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στις βασικές μελέτες ( CIS-R) μπορούν να αξιολογήσουν τις δυο αυτές διαταραχές με εγκυρότητα και αξιοπιστία. Τέλος στην περίπτωση της ΙΨΔ η έρευνα μας αφορούσε τόσο ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα όσο και ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων, καθώς σκοπός μας ήταν η μελέτη της επίδρασης τουλάχιστον μιας διαταραχής άγχους και σε εφηβικούς πληθυσμούς, προτρέποντας για περαιτέρω σχετικές μελέτες. Έτσι η μελέτη μας θα επιχειρήσει να αναδείξει ανάμεσα σε άλλα, επιδημιολογικές συσχετίσεις

των παραπάνω συνδρόμων, τα επίπεδα συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και την επίδρασή των δύο αυτών συνδρόμων στην ποιότητα ζωής των ασθενών, σε δύο αντιπροσωπευτικά δείγματα του ελληνικού πληθυσμού, εφήβων και ενηλίκων.

## **1.2. Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) στην εφηβεία.**

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) είναι μία πολύπλοκη νευροψυχιατρική πάθηση που προσβάλλει την ποιότητα ζωής και συνδέεται με σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου<sup>39</sup>. Συνήθως εμφανίζεται στην παιδική ή εφηβική ηλικία και σύμφωνα με κλινικές μελέτες περίπου το ένα δεύτερο των ενήλικων ασθενών αναφέρει την έναρξη αυτής της διαταραχής πριν την ηλικία των δεκαπέντε ετών<sup>10,11</sup>. Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της ΙΨΔ σε παιδιά και εφήβους είναι τα ίδια με αυτά που χρησιμοποιούνται σε ενηλίκους καθώς η κλινική της εικόνα είναι παρόμοια σε όλες τις ηλικιακές ομάδες<sup>40,41</sup>.

Ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΙΨΔ σε παιδιά και εφήβους κυμαίνεται μεταξύ 0.2%-4%, ανάλογα με την ερευνητική μέθοδο που χρησιμοποιείται και τον υπό μελέτη πληθυσμό<sup>42-45</sup>. Οι μελέτες που αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού συνήθως συμπεριλαμβάνουν ηπιότερη συμπτωματολογία καθώς και υποκλινικές μορφές της ΙΨΔ διαταραχής<sup>46,47</sup>. Η σχέση των υποκλινικών εκδοχών της παραπάνω διαταραχής με την κλινική μορφή της ΙΨΔ παραμένει ασαφής<sup>48</sup>, παρόλο που διατείνεται η πιθανότητα μιας συνέχειας από τα ήπια συμπτώματα στην σοβαρή κλινική διαταραχή, όπως άλλωστε παρατηρείται και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές ή και διαταραχές της διάθεσης<sup>49,50</sup>.

Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες που εξετάζουν συσχετίσεις της ΙΨΔ με την διάσταση του φύλου, δεν αναφέρουν διαφορές μεταξύ των φύλων αναφορικά με τον επιπολασμό της ΙΨΔ στην εφηβεία<sup>51,43</sup>, παρόλο που άλλες παρατηρούν μεγαλύτερη



συχνότητα στον ανδρικό πληθυσμό<sup>52</sup>. Επίσης μελέτες που εξετάζουν τις συσχετίσεις της ΙΨΔ με μια σειρά κοινωνικοδημογραφικών - κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, εμφανίζουν αντιφατικά αποτελέσματα<sup>53,54,44</sup>. Μία από τις δυσκολίες στην εκτίμηση των παραπάνω συσχετισμών αποτελεί και η συνοσηρότητα που συχνά παρατηρείται ανάμεσα στην ΙΨΔ και άλλες κοινές ψυχιατρικές διαταραχές. Εντούτοις μόνο ένας περιορισμένος αριθμός μελετών σε μη κλινικά δείγματα παιδιών και εφήβων λαμβάνουν υπ' όψη τους τον παράγοντα της συνοσηρότητας<sup>42,53,55</sup>.

### **1.3. Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) στον ενήλικο γενικό πληθυσμό.**

Όπως αναφέραμε, η ΙΨΔ περιγράφεται ως ένα κοινό σημαντικό πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό<sup>56</sup>. Όσον αφορά τον ενήλικο γενικό πληθυσμό επιδημιολογικές μελέτες υπολογίζουν τον επιπολασμό της διαταραχής να κυμαίνεται από 0.7% σε 2.7%<sup>44</sup> παγκοσμίως. Η υποκλινική μορφή της ΙΨΔ παρουσιάζεται ακόμη πιο συχνή με μέσω όρο επιπολασμού στην Ευρώπη 13%<sup>57</sup>. Επιδημιολογικές μελέτες διακρίνουν σημαντικές συσχετίσεις της ΙΔΨ και του θηλυκού φύλου σε ενήλικους πληθυσμούς, και περιγράφεται ένα εύρος αναλογίας θηλυκού-αρσενικού της τάξεως των 1.5–3 μονάδων στις περισσότερες από αυτές<sup>58,21</sup>. Η παραπάνω παρατήρηση επιβεβαιώνεται και σε κλινικά δείγματα όπου συναντάται υπέρ-εκπροσώπηση του θηλυκού φύλου<sup>59</sup>, με εξαίρεση, όπως ήδη αναφέραμε, στα δείγματα παιδιών και εφήβων<sup>43</sup>.

Η μελέτη της συσχέτισης της ΙΨΔ στον ενήλικο γενικό πληθυσμό με άλλους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες έχει παραγάγει αντιφατικά αποτελέσματα<sup>60</sup>. Για παράδειγμα στη μελέτη της Ζυρίχης<sup>61</sup> υπήρξε ένας σημαντικός θετικός συσχετισμός της ΙΨΔ με τον παράγοντα "άνωτερο μορφωτικό επίπεδο", ενώ σε μια Αυστραλιανή μελέτη<sup>62</sup> δεν υπήρξε καμία σχέση μεταξύ των δυο παραγόντων. Τέλος σε μια τρίτη σχετική μελέτη που έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο<sup>43</sup>, οι συμμετέχοντες με

ανώτερο μορφωτικό επίπεδο παρουσίασαν αρνητική σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση της εν λόγω διαταραχής.

Η ΙΨΔ σε ορισμένες μελέτες έχει επίσης συσχετιστεί με την ύπαρξη οικονομικών δυσκολιών και την ανεργία<sup>63,62</sup> ενώ σε άλλες δεν έχουν αναφερθεί παρόμοιες επιρροές<sup>64</sup>. Επίσης οι σχέσεις της ΙΨΔ με παράγοντες όπως η ποιότητα ζωής και η χρήση των υπηρεσιών υγείας, έχουν επί το πλείστον εξεταστεί σε κλινικά περιβάλλοντα και μόνο ένας περιορισμένος αριθμός επιδημιολογικών μελετών πάνω σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του γενικού πληθυσμού μελετούν τις εν λόγω συσχετίσεις<sup>65</sup>.

Η ΙΨΔ σχετίζεται, μεταξύ άλλων, με οικογενειακά προβλήματα<sup>66</sup>, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αίσθημα ντροπής σχετικής με την φύση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν<sup>67</sup>, καθώς και με μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα<sup>68</sup>. Παρόλες τις δυσκολίες και την έκπτωση στην ποιότητα ζωής, τα άτομα που πάσχουν από ΙΨΔ παρουσιάζουν απροθυμία να μιλήσουν για τα συμπτώματά τους σε κάποιον επαγγελματία υγείας<sup>11</sup> με συνέπεια να μην λαμβάνουν άμεσα την κατάλληλη θεραπεία και να υπομένουν το βάρος της διαταραχής ακόμη και για πολλά χρόνια από την εμφάνιση της<sup>69</sup>.

### **1.3.1. Αιτιολογικές προσεγγίσεις της ΙΨΔ**

Καθώς η ΙΨΔ είναι μια πολύπλοκη νευροψυχιατρική διαταραχή<sup>70</sup> είναι δύσκολο να κατανοηθούν πλήρως τα ακριβή αίτια και η παθοφυσιολογία των μηχανισμών που ευθύνονται για την ανάπτυξη της<sup>71</sup> και η συζήτηση περί φύσης εναντίον ανατροφής έχει βρει πρόσφορο έδαφος αντιπαράθεσης. Παρόλα αυτά, τα συμπεράσματα ερευνών συγκλίνουν προς την πιθανότητα μιας πολυπαραγοντικής εξήγησης όπου ένας αριθμός γενετικών, βιολογικών και ψυχολογικών αιτιών επηρεάζουν την εμφάνιση της ΙΨΔ<sup>38,72</sup>.

### *1.3.1.1. Γενετικοί παράγοντες / Περιβαλλοντικοί παράγοντες.*

Ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ΙΨΔ είναι οικογενής και μεταδίδεται μέσα στις οικογένειες<sup>73-77</sup>, χωρίς αυτό να συνεπάγεται αποκλειστικά γενετική αιτιολογία. Όπως έχει παρατηρηθεί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην μετάδοση της ΙΨΔ ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας<sup>78,79</sup>. Στοιχεία για το μέγεθος της επιρροής των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνιση της ΙΨΔ, προέρχονται από μελέτες σε διδύμους. Σύμφωνα με συμπεράσματα από μια σχετικά πρόσφατη μεταανάλυση του συνόλου αυτών των ερευνών, πάνω στην επίδραση της κληρονομικότητας στην εμφάνιση της ΙΨΔ<sup>72</sup>, οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΙΨΔ, καθώς περίπου το 40% στην διακύμανση της ΙΨΔ μπορεί να αποδοθεί σε πρόσθετους γενετικούς παράγοντες. Εξίσου όμως σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι λεγόμενοι "μη κοινοί" περιβαλλοντικοί παράγοντες αφού το 50% της εν λόγω διακύμανσης αποδίδεται σε αυτούς. Επιπρόσθετα, γενετικές έρευνες αναφέρουν έναν αριθμό συγκεκριμένων γονιδίων που φαίνεται να σχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης της ΙΨΔ<sup>80</sup>.

### *1.3.1.2. Βιολογικοί παράγοντες*

Νευροβιολογικές έρευνες για την ΙΨΔ περιγράφουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της εγκεφαλικής λειτουργίας, των γνωσιακών διεργασιών και των κλινικών συμπτωμάτων<sup>81,82</sup>. Με την χρήση τεχνικών απεικονίσεων όπως της Τομογραφίας Εκπομπής Ποζιτρονίων (PET) ή της Λειτουργικής Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού (fMRI) ερευνητές έχουν εντοπίσει δυσλειτουργίες στον μετωπιαίο φλοιό (κορχομετωπιαίος φλοιός) και σε υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου (ραβδωτό σώμα, θάλαμος, κερκοφόρος πυρήνας, βασικά γάγγλια) σε άτομα που πάσχουν από ΙΨΔ. Σύμφωνα με αυτές αυξημένη ενεργοποίηση των παραπάνω περιοχών του

εγκεφάλου σχετίζονται με την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΙΨΔ<sup>83,82,81</sup>. Επίσης σε περιπτώσεις τεχνητής πρόκλησης των συμπτωμάτων της ΙΨΔ έχει παρατηρηθεί αυξημένη λειτουργία στις προαναφερθείσες εγκεφαλικές περιοχές<sup>84</sup>. Επιπλέον οι Menzies et al (2008)<sup>85</sup> υποστηρίζουν ότι η παθοφυσιολογία της ΙΨΔ δεν περιορίζεται μόνο στις παραπάνω εγκεφαλικές περιοχές και περιγράφουν δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την ΙΨΔ και σε άλλες δομές του εγκεφάλου, όπως αυτές που βρίσκονται στις ραχιοπλευρικές, μετωπιαίες και βρεγματικές περιοχές.

### *1.3.1.3. Ψυχολογικοί παράγοντες-Γνωσιακή Προσέγγιση*

Ένα σημαντικό ψυχολογικό μοντέλο για την εμφάνιση της ΙΨΔ<sup>86</sup> υποστηρίζει ότι κοινές παρεισφρούσες σκέψεις μετατρέπονται σε κλινικές ιδεοληψίες όταν κανείς θεωρήσει ότι αυτές συνεπάγονται υψηλή προσωπική ευθύνη και σημαντικότητα<sup>87</sup>. Αυτές οι πεποιθήσεις διογκωμένης υπευθυνότητας, παρασύρουν το άτομο στο να παρερμηνεύει διάφορες νοητικές δραστηριότητες ως δείκτες προσωπικής ευθύνης και σύμφωνα με αυτούς αξιολογεί τις παρεισφρούσες σκέψεις<sup>87</sup>. Έτσι όσοι εκδηλώνουν ΙΨΔ πιστεύουν ότι οι ιδεοληψίες σηματοδοτούν την καίρια ευθύνη που έχουν να αποτρέψουν ένα κακό που πιθανώς να συμβεί εκτός αν προβούν σε κάποια πράξη αποτροπής του.

Αυτές οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις περί υπευθυνότητας προέρχονται από εμπειρίες των πρώτων χρόνων ζωής και αναπτύσσονται μέσω πέντε πιθανών οδών, ανάμεσά τους, η ανάληψη διευρυμένης ευθύνης από την παιδική ηλικία, η ύπαρξη δύσκαμπτων και ακραίων κωδικών συμπεριφοράς και καθήκοντος και η ανατροφή από υπερπροστατευτικούς και ταυτόχρονα επικριτικούς γονείς. Οι παραπάνω σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως το παρατεταμένο άγχος και η καταθλιπτική διάθεση οδηγούν στην εκδήλωση της ΙΨΔ σε άτομα που έχουν προδιάθεση<sup>86</sup>.

Ένας αριθμός κλινικών και μη, ερευνητικών δεδομένων των προηγούμενων δεκαετιών<sup>88-90</sup> περιγράφουν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην αίσθηση υπευθυνότητας και την ΙΨΔ και έρχονται να υποστηρίξουν αρκετές πτυχές της θεωρίας του Salkovskis (1999)<sup>86</sup>. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί πως η αίσθηση υπευθυνότητας οδηγεί σε αύξηση αντισταθμιστικών αντιδράσεων δηλαδή σε εμφανείς ή συγκαλυμμένες συμπεριφορές σχεδιασμένες για να μειώνουν το άγχος που σχετίζεται με την ιδεοληψία. Επίσης μελέτες έχουν εντοπίσει σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις προαναφερθείσες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και την ΙΨΔ<sup>91-94</sup> παρόλο που άλλες αμφισβητούν το κατά πόσο οι εν λόγω πεποιθήσεις είναι προσβάσιμες μέσω των εργαλείων αυτοαξιολόγησης που χρησιμοποιούνται<sup>95,90</sup>.

#### *1.3.1.4. Ψυχολογικοί παράγοντες-Ψυχοδυναμική προσέγγιση*

Μια διαφορετική προσέγγιση που όμως έχει επίσης συμβάλει στην κατανόηση της ΙΨΔ είναι η Ψυχαναλυτική, Ο Freud (1896/1966) πρώτος εισήγαγε τον όρο “ιδεοληπτική νεύρωση”<sup>96</sup> προκειμένου να της δώσει ξεχωριστή κλινική υπόσταση διαχωρίζοντας αυτήν την διαταραχή από άλλες με τις οποίες είχε συμπτυχεί κάτω από τον όρο νευρασθένεια<sup>97</sup>. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση τοποθετεί την ανάπτυξη της ΙΨΔ στο τοπογραφικό μοντέλο και συνοψίζει τα συμπτώματα της ως αποτέλεσμα πιέσεων που δέχεται το Εγώ (Ego) από την μία πλευρά, από τις απειλητικές, μη αποδεχτές επιθετικές και ερωτικές παρορμήσεις του Εκείνο (ID) καθώς και από τους αυστηρούς και τιμωρητικούς κανόνες ενός δύσκαμπτου Υπερεγώ (Super Ego) από την άλλη<sup>98</sup>. Οι παραπάνω συγκρούσεις μεταξύ αυτών των ψυχικών δομών υφίστανται και σε υγιή άτομα τα οποία δεν αναπτύσσουν την συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία καθώς χρησιμοποιούν πιο λειτουργικούς τρόπους να αντιμετωπίζουν τις παρορμήσεις τους (π.χ. τον εξαγνισμό). Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία χαρακτηριστικά όπως αυτό της τελειομανίας και της σχολαστικότητας που συναντώνται σε ασθενείς με ΙΨΔ

αποτελούν προσπάθεια ελέγχου και απομάκρυνσης επιθετικών και σεξουαλικών επιθυμιών<sup>98,99</sup>.

#### **1.4. Διαταραχή Πανικού (ΔΠ) στον ενήλικο γενικό πληθυσμό.**

Η Διαταραχή Πανικού (ΔΠ) θεωρείται επίσης μια κοινή ψυχιατρική νόσος που ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών άγχους καθώς και αυτή όπως και οι υπόλοιπες διαταραχές που κατατάσσονται σε αυτήν την κατηγορία χαρακτηρίζεται μεταξύ άλλων από υπερβολικό φόβο και ανησυχία. Το εν λόγω σύνδρομο μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιβάρυνση στην υγεία και την καθημερινότητα των ατόμων που υποφέρουν από αυτήν<sup>19</sup>. Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι επιπτώσεις της ΔΠ είναι παρόμοιες ή ακόμα και μεγαλύτερες από αυτές που συνδέονται με την Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή<sup>100,36</sup> καθώς η ΔΠ σχετίζεται με αυξημένες πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας<sup>33</sup>, κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών<sup>30</sup> και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα<sup>101</sup>. Η ΔΠ εμφανίζεται περίπου στα εικοσιπέντε έτη ζωής<sup>102,103</sup> και σπάνια συναντάται κατά την παιδική ηλικία, με τον συνολικό μέσο όρο επιπολασμού πριν των δεκατεσσάρων χρόνων να είναι χαμηλότερος του 0.4%<sup>9</sup>.

Μελέτες στον γενικό πληθυσμό που επιχειρούν να μετρήσουν τον επιπολασμό αυτής της διαταραχής ανά τον κόσμο υποστηρίζουν ότι περίπου 1.7% με 4.7% του ενήλικου και εφηβικού πληθυσμού υποφέρουν από ΔΠ<sup>104-106</sup>. Πιο συγκεκριμένα πρόσφατες έρευνες εκτιμούν τον ενός έτους επιπολασμό της ΔΠ στις Ηνωμένες Πολιτείες να αγγίζει το 4.7%<sup>104</sup> ενώ στη Ευρώπη το ποσοστό της ανέρχεται στο 1.8%<sup>107</sup>. Μια διακρατική επιδημιολογική μελέτη που εξέτασε δεδομένα από 25 χώρες, ανάμεσα στα έτη 2001-2012, υπολόγισε τον επιπολασμό ζωής της ΔΠ να ανέρχεται στο 1.7%<sup>106</sup>. Επιπροσθέτως αρκετές μελέτες αρχίζουν να ερευνούν και τις υποκλινικές μορφές του Πανικού σε σχέση με τον επιπολασμό, και την επίδραση τους στην ποιότητα ζωής<sup>108,109</sup>

και μερικές αναφέρουν συσχετίσεις των παραπάνω υποκλινικών συμπτωμάτων με σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις<sup>110</sup>.

Πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της ΔΠ και ενός αριθμού κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών έχουν επίσης διερευνηθεί. Μελέτες περιγράφουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα σε σχέση με τον επιπολασμό της ΔΠ και των υποκλινικών συμπτωμάτων Πανικού<sup>108,105,106</sup>. Η ηλικία είναι επίσης ένας παράγοντας που έχει συσχετιστεί με τα εν λόγω σύνδρομα στις περισσότερες κοινοτικές μελέτες<sup>107,108,106</sup>. Όσον αφορά μια σειρά άλλων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (π.χ. οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, αστικότητα) δεν έχουν παρατηρηθεί αξιοσημείωτοι συσχετισμοί στη πλειοψηφία των μέχρι τώρα μελετών<sup>107,111</sup>. Μόνο σε περιορισμένες μελέτες παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα του νοικοκυριού έχουν συσχετιστεί με την ΔΠ και τα υποκλινικά συμπτώματα Πανικού<sup>30,106</sup>.

Τα άτομα που υποφέρουν από ΔΠ ή από υποκλινικά συμπτώματα πανικού συχνά έχουν να αντιμετωπίσουν και άλλες συννοσηρές ψυχιατρικές καταστάσεις<sup>112,108,110,106,111</sup>. Η ΔΠ συννοσηρεί με άλλες αγχώδεις διαταραχές, με διαταραχές της διάθεσης και διάφορες άλλες ψυχιατρικές διαταραχές<sup>111,113,114,106</sup>. Επιπροσθέτως η ΔΠ εμφανίζει συννοσηρότητες με σωματικές παθήσεις όπως με την καρδιαγγειακή νόσο<sup>32</sup> και τις διαταραχές ημικρανίας<sup>115</sup>. Παρόμοιες συννοσηρότητες, αν και ηπιότερης μορφής, έχουν παρατηρηθεί και για τα υποκλινικά συμπτώματα πανικού<sup>112,108</sup>. Η ΔΠ συννοσηρεί επίσης με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την αυτοκτονική συμπεριφορά<sup>33,116</sup>, και την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ<sup>30</sup>. Αξιοσημείωτη είναι επίσης η συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας και των νοσοκομειακών μονάδων επειγόντων περιστατικών που παρατηρείται σε άτομα με ΔΠ ή με υποκλινικά σύνδρομα πανικού<sup>108,117</sup>, και που

πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση του άγχους, την δημιουργία σοβαρών οικονομικών επιβαρύνσεων, και την αύξηση των ημερών απουσίας από την εργασία<sup>118,19</sup>.

#### **1.4.1. Αιτιολογικές προσεγγίσεις της ΔΠ**

##### *1.4.1.1. Βιολογικές Προσεγγίσεις*

Τα βιολογικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να εξηγήσουν την εμφάνιση των επεισοδίων πανικού και της ΔΠ αποδίδουν αυτές τις διαταραχές σε ανωμαλίες της νευροχημείας του εγκεφάλου και της γενετικής<sup>119</sup>. Ο Gorman (2000)<sup>120</sup> περιγράφει τρία κύρια χαρακτηριστικά της ΔΠ, i) την εμφάνιση ενός οξέως επεισοδίου πανικού, ii) το άγχος προσμονής, (τον φόβο δηλαδή της επανεμφάνισης ενός τέτοιου επεισοδίου), και iii) μια φοβική συμπεριφορά αποφυγής. Τα κλινικά αυτά χαρακτηριστικά προέρχονται από την διέγερση τριών ξεχωριστών νεύρο-ανατομικών περιοχών στον εγκέφαλο, α) του στελέχους του εγκεφάλου, β) του μεταιχμιακού συστήματος και γ) του προμετωπιαίου φλοιού αντίστοιχα. Το παραπάνω δίκτυο που ονομάστηκε φοβικό δίκτυο του εγκεφάλου<sup>120</sup> ρυθμίζει τα συμπεριφορικά συμπτώματα της διαταραχής πανικού. Η νεύρο-ανατομική προσέγγιση υποστηρίζει ότι τα άτομα με ΔΠ έχουν ιδιαίτερα χαμηλό όριο ενεργοποίησης του παραπάνω δικτύου και η έντονη δραστηριότητα σε αυτό ενεργοποιεί το αυτόνομο (ΑΣ) και το νεύρο ενδοκρινές (ΝΕΣ) σύστημα, μέσω των προβολών της αμυγδαλής στο εγκεφαλικό στέλεχος και τον υποθάλαμο, με συνέπεια την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΠ. Η ενεργοποίηση του επονομαζόμενου δικτύου φόβου μπορεί να απελευθερώσει εκείνους τους νευροδιαβιβαστές που προκαλούν αυτόνομες συμπεριφορικές αντιδράσεις όπως αύξηση του καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, στάση παγώματος και αμυντική συμπεριφορά. Με αυτόν τον τρόπο οι βιολογικές διεργασίες προκαλούν συμπεριφορικά συμπτώματα. Το παραπάνω μοντέλο



υποστηρίζεται από μελέτες οι οποίες με την χρήση νεύρο απεικόνισης επιδεικνύουν την σημασία των λειτουργιών συγκεκριμένων δομών στο φοβικό δίκτυο που όπως προαναφέρθηκε σχετίζεται με την δημιουργία επεισοδίων πανικού<sup>121</sup>.

#### *1.4.1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες- Γνωσιακή Προσέγγιση*

Σύμφωνα με τις γνωσιακές προσεγγίσεις η διαταραχή πανικού προκαλείται από μια "καταστροφική παρερμηνεία" κατά την οποία το άτομο που βρίσκεται σε κατάσταση πανικού παρερμηνεύει φυσιολογικές σωματικές αισθήσεις ως έναν εν εξελίξει ή επικείμενο, σημαντικό οργανικό ή νοητικό κίνδυνο<sup>122</sup>. Για παράδειγμα, η αίσθηση αύξησης στους καρδιακούς παλμούς ή μιας στιγμιαίας ζαλάδας, οι οποίες συχνά αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις απέναντι στο άγχος, παρερμηνεύονται ως καρδιακή προσβολή, επικείμενη λιποθυμία ή απώλεια ελέγχου. Οι Beck, Emery και Greenberg (1985)<sup>123</sup> επίσης αναφέρθηκαν στον ρόλο των καταστροφικών παρερμηνειών των αισθήσεων του σώματος στην εμφάνιση της ΔΠ, και περιέγραψαν τρεις επιπλέον παράγοντες: α) την αντίληψη περί πιθανότητας κινδύνου, β) το ατομικό επίπεδο των ικανοτήτων αντιμετώπισης του κινδύνου και γ) τη διαθεσιμότητα παραγόντων διάσωσης, που παίζουν κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη η μη μιας αίσθησης ευπάθειας ή αδυναμίας. Αυτή η αίσθηση έχει καθοριστική σημασία στην εμφάνιση όλων των διαταραχών άγχους συμπεριλαμβανομένου και της ΔΠ<sup>123</sup>.

Η γνωσιακή θεώρηση επίσης επικεντρώνεται στον ρόλο που διαδραματίζει η αίσθηση αυτό αποτελεσματικότητας του ατόμου. Δηλαδή της ικανότητας του να ανταπεξέλθει σε μία απειλητική κατάσταση όπως αυτή που δημιουργείται από το αίσθημα του πανικού<sup>124</sup>. Η διαταραχή πανικού μπορεί να εμφανιστεί πρωτίστως όταν το άτομο υποτιμά την ικανότητα που έχει στο να ανταπεξέλθει σε έναν κίνδυνο, έχει δηλαδή χαμηλή αυτοεκτίμηση, και δευτερευόντως από την εκτίμηση μιας κατάστασης ως επικίνδυνης ή μη<sup>124</sup>. Συνεπώς, η εξασθένηση των συμπτωμάτων της ΔΠ προϋποθέτει

την βελτίωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου παρά την μείωση των καταστροφικών παρερμηνειών που αρχικά διέτεινε ο Clark (1986)<sup>122</sup>.

Σε υποστήριξη των παραπάνω γνωσιακών προσεγγίσεων έρχονται μελέτες που παρατηρούν μεγαλύτερης συχνότητας γνωσιών οι οποίες «προσφέρονται» για καταστροφικές παρερμηνείες σε ασθενείς που έχουν ΔΠ, και που περιγράφουν πλήρη ύφεση των επεισοδίων πανικού όταν αυτές μεταβληθούν<sup>125-127</sup>. Παρόλα αυτά, το παραπάνω θεωρητικό μοντέλο δεν εξηγεί επαρκώς το γεγονός ότι επεισόδια πανικού συχνά εμφανίζονται και κατά την διάρκεια του ύπνου, αφού η ενεργητική επίγνωση των σωματικών αισθήσεων, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση σε αυτό το μοντέλο, δεν υφίσταται κατά την διάρκεια του ύπνου. Επίσης δεν διευκρινίζει πιο είναι το όριο σωματικών αισθήσεων μετά το οποίο πυροδοτείται μια κρίση πανικού<sup>128</sup>. Ακόμη ο Bandura (1988)<sup>124</sup> δεν διευκρίνισε την προέλευση του παράγοντα της αυτό-αποτελεσματικότητας, αν είναι δηλαδή αποτέλεσμα αναπτυξιακών παραγόντων ή χαρακτηριστικό της προσωπικότητας<sup>128</sup>. Ομοίως οι Beck et al, (1985)<sup>123</sup> δεν προσδιόρισαν αν οι αισθήσεις αδυναμίας που περιέγραψαν είναι αποτέλεσμα γενετικών ή επίκτητων παραγόντων.

#### *1.4.1.3. Ψυχολογικοί παράγοντες-Ψυχοδυναμική προσέγγιση*

Το Ψυχοδυναμικό μοντέλο δεν διαχωρίζει την ΔΠ και τις άλλες αγχώδεις διαταραχές<sup>128</sup> αφού υποστηρίζει ότι ο πανικός και οι υπόλοιπες εκφράσεις άγχους δεν διαφέρουν ποιοτικά αλλά μόνο σε δριμύτητα<sup>129</sup>. Η Ψυχοδυναμική εκδοχή υποστηρίζει πως τα επίπεδα άγχους και η ευαισθησία στην ΔΠ καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τους μηχανισμούς άμυνας που υποσυνείδητα αναπτύσσει το άτομο<sup>130</sup>. Η παραπάνω υπόθεση υποστηρίζεται από ερευνητικά ευρήματα που περιγράφουν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων πανικού όταν μη λειτουργικοί αμυντικοί μηχανισμοί (π.χ. διαστρέβλωση και αυτοθυσία) αντικατασταθούν από πιο ώριμους μηχανισμούς<sup>130</sup>.

Επιπροσθέτως η ψυχαναλυτική προσέγγιση της ΔΠ έχει επηρεαστεί από τις ιδέες του Φρόιντ πάνω στην νεύρωση (anxiety neurosis). Την ευαισθησία δηλαδή του ατόμου στο έντονο άγχος που μαρτυρά μια βαθύτερη συσσωρευμένη ένταση σεξουαλικής φύσης<sup>131</sup> ή σύμφωνα με πιο σύγχρονες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, οποιασδήποτε μορφής υποσυνείδητης σύγκρουσης του ατόμου<sup>132,133</sup>.

Ένα επεισόδιο πανικού λειτουργεί σαν αντιπερισπασμός και βοηθά στο να παραμένουν οι απειλητικές συγκρούσεις μακριά από την επιφάνεια της συνειδητότητας. Το αποτέλεσμα της κρίσης πανικού, σύμφωνα με το ψυχοδυναμικό μοντέλο είναι η ελάττωση της ανησυχίας που προκαλείται από τις ενδοψυχικές συγκρούσεις<sup>132</sup>. Το ψυχοδυναμικό πλαίσιο δεν απορρίπτει την γενετική προδιάθεση αναφορικά με την εμφάνιση της ΔΠ<sup>134,132</sup> η οποία σε συνδυασμό με ορισμένες δυσμενείς η τραυματικές, πρώιμες εμπειρίες προωθούν τις υποσυνείδητες συγκρούσεις, την ανησυχία, και μια τάση από το άτομο να εκτιμά τις καταστάσεις ως επικίνδυνες όμως. Από την άλλη δεν εξηγεί πως το αμυντικό σύστημα του ατόμου αρχικά μαθαίνει ότι ο πανικός είναι ένα τρόπος του να ελέγχεται η απειλή των συγκρούσεων.

## 2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Παραπάνω περιγράψαμε κάποιες σημαντικές πτυχές της φύσης των αγχωδών διαταραχών και σε συνέπεια με τον σχεδιασμό της μελέτης μας, επικεντρωθήκαμε στην Διαταραχή Πανικού και την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Στην συνέχεια, με την βοήθεια ερευνητικών δεδομένων από μελέτες ανά τον κόσμο, περιγράψαμε την επίδραση των εν λόγω συνδρόμων και των υποκλινικών εκδοχών τους στην ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από αυτές. Επίσης αναφερθήκαμε στις συσχετίσεις των σοβαρών αυτών συνδρόμων με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και στην συννοσηρότητα τους με άλλες ψυχιατρικές και σωματικές ασθένειες. Τέλος σε

μια προσπάθεια εκτενέστερης κατανόησης τους, παρουσιάσαμε εν συντομία έναν αριθμό θεωρητικών μοντέλων που επιχειρούν να εξηγήσουν την αιτιολογία των συγκεκριμένων συνδρόμων.

Στην Ελλάδα, η σχετική έρευνα, είναι περιορισμένη τόσο για την ΙΨΔ, που χαρακτηρίζεται ανεπαρκής σε πληθυσμούς εφηβικής ηλικίας και ενηλίκους<sup>135,136</sup>, όσο και για την ΔΠ, καθώς προηγούμενες σχετικές μελέτες ήταν περιορισμένες σε μικρές κοινότητες της χώρας<sup>137-139</sup>. Σύμφωνα με όσα γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που να εξετάζουν αποκλειστικά τις προαναφερθείσες διαταραχές καθώς και τις υποκλινικές εκδοχές τους στην ελληνική επικράτεια, και η ανάγκη έρευνας σε αυτόν τον τομέα είναι επιτακτική. Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η εν μέρει κάλυψη αυτού του ερευνητικού κενού. Έτσι αφενός η εξέταση κοινών προτύπων συσχετισμών μεταξύ των υποκλινικών εκδοχών και των σοβαρών κλινικών συνδρόμων της ΙΨΔ και της ΔΠ, και αφετέρου η εκτίμηση τους σε σχέση με τον επιπολασμό τους στον γενικό πληθυσμό την συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, την επίδραση τους στην ποιότητα ζωής, στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τη συσχέτιση τους με έναν αριθμό κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων θα συμβάλλει προς αυτήν την κατεύθυνση και πιθανώς θα αποτελέσει το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση σε νέες επιδημιολογικές μελέτες.

### 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 3.1. Περιγραφή της δέσμης δεδομένων

Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από δύο έρευνες του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Συγκεκριμένα αντλήσαμε δεδομένα από την Σχολική Μελέτη της Ηπείρου και από την Έρευνα Ψυχιατρικής Νοσηρότητας (2009-2010).

Η πρώτη είναι μια συγχρονική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε ύστερα από άδεια του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (αριθμός απόφασης: 61390/γ2/19-06-2006) και του Τμήματος Ερευνών του Υπουργείου Παιδείας, (ΥΠ.Ε.Π.Θ) και είχε ως απαραίτητη προϋπόθεση για την διεξαγωγή της την επιπλέον έγκριση του διευθυντή του κάθε σχολείου και του συλλόγου διδασκόντων. Στόχος της υπήρξε η εκτίμηση του επιπολασμού και των συσχετισμών μεταξύ κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στην όψιμη εφηβεία και περιλάμβανε 5.614 μαθητές λυκείων ηλικίας 15 – 18 ετών οι οποίοι φοιτούσαν σε 23 σχολικές μονάδες της Ηπείρου, της Αιτωλοακαρνανίας, της Αττικής (Καλλιθέα) και της Πάρου. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις, όπου στην πρώτη χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων και ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, και στην δεύτερη χρησιμοποιήθηκε τυχαίο στρωματοποιημένο δείγμα 2.440 μαθητών στους οποίους χορηγήθηκαν (σε ηλεκτρονική μορφή) το εργαλείο ανίχνευσης των διαταραχών πρόσληψης τροφής SCOFF<sup>140</sup>, η αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη CIS-R<sup>141</sup> και το ερωτηματολόγιο σωματικών συμπτωμάτων HSBC<sup>142</sup>.

Η δεύτερη μελέτη που οργανώθηκε από το Υπουργείο Υγείας και πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, είναι και αυτή μια συγχρονική μελέτη που στόχευε στην εκτίμηση του επιπολασμού και των συσχετισμών μεταξύ κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή. Η εν λόγω μελέτη περιλάμβανε ένα ευρύ

αντιπροσωπευτικό δείγμα της ελληνικής επικράτειας 9.800 ατόμων ηλικίας 18–70 ετών, κατοίκων των έξι περιφερειών υγείας της ελληνικής επικράτειας (εξαιρουμένου, για οικονομικούς λόγους, της Κρήτης). Η κλινική διαγνωστική συνέντευξη (CIS-R)<sup>141</sup> χρησιμοποιήθηκε και σε αυτό το δείγμα ενηλίκων, για την εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας.

### **3.2. Η Σχολική Μελέτη της Ηπείρου**

#### *3.2.1. Επιλογή σχολείων*

Το κυρίως μέρος της έρευνας πεδίου πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στους μήνες Ιανουάριο 2007 και Απρίλη 2008. Εκείνη την χρονική περίοδο, κατά προσέγγιση, φοιτούσαν 75.000 μαθητές σε 1193 γενικά λύκεια ανά την Ελλάδα. Ο συνολικός αριθμός γενικών λυκείων που επιλέχθηκε ήταν 25 στα οποία συμπεριλαμβανόταν 1) όλα τα Γενικά Λύκεια των κυρίων πόλεων της Ηπείρου και της Αιτωλοακαρνανίας, (η επιλογή αυτών των περιοχών έγινε με γνώμονα την κοντινή τους απόσταση από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων), 2) το σύνολο των γενικών Λυκείων στην περιοχή της Καλλιθέας στην Αθήνα (επιλέχθηκε τυχαία) και 3) όλα τα Γενικά Λύκεια της Πάρου (επιλέχθηκε ως ένα τυπικό παράδειγμα της νησιωτικής Ελλάδας και για λόγους ευκολίας των ερευνητών). Στους συμμετέχοντες συμπεριελήφθησαν όλοι οι μαθητές που φοιτούσαν στα παραπάνω σχολεία οι οποίοι εθελοντικά συμφώνησαν και συναίνεσαν να πάρουν μέρος στην έρευνα ( ο μέσος αριθμός των μαθητών ανά σχολείο ήταν 225 με διακύμανση από 138 έως 425).

Η επιτροπή Δεοντολογίας του Τμήματος Ερευνών του Υπουργείου Παιδείας, (ΥΠ.Ε.Π.Θ) και το Ελληνικό Παιδαγωγικό Ινστιτούτο ενέκριναν την μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την διακήρυξη του Ελσίνκι. Η συγκατάθεση για την συμμετοχή στη έρευνα εξασφαλίστηκε τόσο από τους μαθητές που συμμετείχαν όσο και από τους γονείς τους. Τέλος, απαραίτητη προϋπόθεση για την διεξαγωγή της την

επιπλέον ανεξάρτητη έγκριση του διευθυντή του κάθε σχολείου και του συλλόγου διδασκόντων.

### *3.2.2. Σχεδιασμός της μελέτης.*

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δισταδιακή δειγματοληψία<sup>143</sup>, όπου κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης όλοι οι συμμετέχοντες (N= 5.614, ποσοστό ανταπόκρισης 82%) έλαβαν και συμπλήρωσαν ένα σύντομο εργαλείο διαλογής βασισμένο στην αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη (Clinical Interview Schedule revised (CIS-R), η οποία χρησιμοποιήθηκε στην δεύτερη φάση της έρευνας. Επίσης ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε μια σειρά κοινωνικοδημογραφικών ερωτήσεων.

Η επιλογή των συμμετεχόντων για την δεύτερη φάση της μελέτης πραγματοποιήθηκε μέσω μιας στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας και σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την συμπλήρωση του σύντομου ερωτηματολογίου διαλογής. Συγκεκριμένα συμπεριελήφθησαν όλοι οι συμμετέχοντες με υψηλά σκορ (>75ου εκατοστημόριου), 30% αυτών με μεσαία σκορ και 10% των συμμετεχόντων με χαμηλά σκορ (<25ου εκατοστημόριου). Μοναδική εξαίρεση υπήρξαν τα δύο Γενικά Λύκεια στην Πάρο όπου όλοι οι μαθητές που συναίνεσαν να συμμετάσχουν συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική εκδοχή της συνέντευξης καθώς συνενώθηκαν οι δύο φάσεις, λόγω της διαθεσιμότητας τοπικών ερευνητών πεδίου.

Η δεύτερη φάση της μελέτης έλαβε χώρο στα εργαστήρια πληροφορικής των σχολείων, όπου οι συμμετέχοντες (N = 2431, ποσοστό ανταπόκρισης 95%) συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική εκδοχή του ερωτηματολογίου το οποίο αποτελούνταν από την πλήρη μορφή της αναθεωρημένης κλινικής διαγνωστικής συνέντευξης (CIS-R).

### **3.3. Μελέτη Ψυχιατρικής Νοσηρότητας**

Η μελέτη ψυχιατρικής νοσηρότητας που οργανώθηκε από το Υπουργείο Υγείας και πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, κατά την περίοδο Σεπτέμβρη 2009 με Φλεβάρη 2010, αποτελεί την δεύτερη “πηγή” από την οποία αντλήθηκαν δεδομένα για την παρούσα έρευνα. Στόχος της υπήρξε η εκτίμηση του επιπολασμού και των συσχετισμών μεταξύ κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή και περιλάμβανε ένα ευρύ αντιπροσωπευτικό δείγμα της ελληνικής επικράτειας 9.800 ατόμων ηλικίας 18–70 ετών που κατοικούσαν στις έξι περιφέρειες υγείας της ελληνικής επικράτειας, εξαιρουμένου για οικονομικούς λόγους της Κρήτης. Σύμφωνα με την, τότε πιο πρόσφατη, έρευνα απογραφής του 2001, ο υπό διερεύνηση πληθυσμός έφτανε τα 7.200.000 άτομα.

#### **3.3.1. Επιλογή Δείγματος και σχεδιασμός της Μελέτης**

Ο σχεδιασμός για την επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε και εφαρμόστηκε από μία Ελληνική στατιστική εταιρεία με μεγάλη εμπειρία στην διεξαγωγή ερευνών εθνικής εμβέλειας, σχετικές με κοινωνικά και πολιτικά θέματα, χρησιμοποιώντας αντιπροσωπευτικά δείγματα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα. Για την επιλογή των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε τεχνική δειγματοληψίας τριών σταδίων όπου στο πρώτο στάδιο επιλέχθηκαν απεριθμημένες περιοχές ενός ή περισσοτέρων ενιαίων οικοδομικών τετραγώνων, (σύμφωνα με την έρευνα απογραφής του 2001), στη συνέχεια και κατά το δεύτερο στάδιο έγινε επιλογή νοικοκυριών που βρίσκονταν στα παραπάνω οικοδομικά τετράγωνα, και από τα οποία επιλέχθηκαν συγκεκριμένα άτομα κατά το τρίτο στάδιο της έρευνας.

Η αρχική επιλογή δείγματος (αριθμημένων οικοδομικών τετραγώνων) περιλάμβανε την κατανομή των δήμων και κοινοτήτων οι οποίες συμπεριλαμβάνονταν σε κάθε Περιφέρεια σύμφωνα με τον βαθμό αστικοποίησης τους (στρώμα 1: αστικές περιοχές,



στρώμα 2: ημιαστικές περιοχές, στρώμα 3: αγροτικές περιοχές). Η διαστρωμάτωση για τις δύο μεγάλες πόλεις, Αθήνα και Θεσσαλονίκη έγινε με διαφορετικό τρόπο. Συγκεκριμένα η Αθήνα χωρίστηκε σε 31 στρώματα ίσου μεγέθους και σε 9 στρώματα η Θεσσαλονίκη. Το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε στα 9.800 άτομα με το κλάσμα δειγματοληψίας για κάθε στρώμα να θεωρείται σταθερό και ίσο του 0.085%. Στο πρώτο στάδιο της δειγματοληπτικής διαδικασίας οι πιθανότητες επιλογής των απεριθμημένων περιοχών (αρχικές δειγματοληπτικές μονάδες) ήταν ανάλογες του μεγέθους τους ( αριθμός νοικοκυριών σύμφωνα με την έρευνα απογραφής του 2001). Κατά το δεύτερο στάδιο έγινε η επιλογή των νοικοκυριών (δευτερευόντων δειγματοληπτικών μονάδων) που ανήκαν στις αρχικές δειγματοληπτικές μονάδες, (απεριθμημένες περιοχές). Σε αυτό το στάδιο χρησιμοποιήθηκε μια τυχαία συστηματική τεχνική επιλογής δείγματος νοικοκυριών. Η παραπάνω τεχνική είναι παρόμοια με την τεχνική της τυχαίας επιλογής δείγματος καθώς κάθε στοιχείο (νοικοκυριό) είχε μια γνωστή και ίση πιθανότητα επιλογής. Η συστηματική δειγματοληψία ξεκινά με την επιλογή ενός τυχαίου σημείου εκκίνησης (με την χρήση χαρτών των απεριθμημένων περιοχών) και στη συνέχεια επιλέγεται κάθε  $k$  διάστημα στο δειγματοληπτικό πλαίσιο ( $k$  είναι το δειγματοληπτικό διάστημα). Το μέγεθος του δείγματος σε κάθε επιλεγμένη αρχική μονάδα καθορίστηκε από το δειγματοληπτικό διάστημα το οποίο με τη σειρά του είχε προηγουμένως καθοριστεί χρησιμοποιώντας δεδομένα του πρώτου σταδίου δειγματοληψίας της μελέτης. Στο τρίτο στάδιο ένα μέλος του κάθε νοικοκυριού (ηλικίας 18-70 ετών) επιλέχθηκε με τη χρήση απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Τέλος, και σε αυτό το δείγμα ( όπως και στο δείγμα εφήβων) η εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας έγινε με την χρήση της αναθεωρημένης κλινικής διαγνωστικής συνέντευξης (CIS-R)<sup>141</sup> μιας πλήρως δομημένης ψυχιατρικής

συνέντευξης που σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί από ερευνητές οι οποίοι δεν έχουν σχετική κλινική ειδικευση<sup>141</sup>.

### **3.4. Η Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη (CIS-R).**

Όπως προαναφέρθηκε, για την εκτίμηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, και στα δύο δείγματα του ελληνικού πληθυσμού, χρησιμοποιήθηκε η αναθεωρημένη δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη CIS-R<sup>141</sup>. Το εν λόγω διαγνωστικό εργαλείο εκτιμά ψυχιατρικά συμπτώματα σε άτομα άνω των δεκαπέντε ετών, αν και έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία και σε έφηβους άνω των δεκατεσσάρων ετών<sup>144</sup>, καθώς και σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες παγκοσμίως<sup>145,146,38</sup> συμπεριλαμβανομένου και δύο ερευνών στην Ελλάδα<sup>111,36</sup>. Η Ελληνική εκδοχή της CIS-R καθώς και οι ψυχομετρικές της ιδιότητες έχουν εκτιμηθεί και περιγραφεί από τους Skarlinakis et al (2011)<sup>111</sup>. Στη μελέτη μας χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική μορφή της CIS-R<sup>141</sup> και στα δύο πληθυσμιακά δείγματα (εφήβων και ενηλίκων).

Η εν λόγω κλινική συνέντευξη υπολογίζει την παρουσία και δριμύτητα δεκατεσσάρων ψυχιατρικών συμπτωμάτων τα οποία παραθέτουμε κατά σειρά εξέτασης : σωματικά συμπτώματα, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για την σωματική υγεία, κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, αγχώδεις ιδέες (ανησυχίες), άγχος (σωματικό), φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί.

Η κάθε ενότητα συμπτωμάτων ξεκινά με δύο διερευνητικές ερωτήσεις, και ακολούθως πιο λεπτομερείς ερωτήσεις εκτιμούν την διάρκεια και δριμύτητα των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι δύο αυτές διερευνητικές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν και στην πρώτη φάση της σχολικής μελέτης προκειμένου να γίνει η επιλογή των μαθητών για την δεύτερη φάση. Τα σκορ για την κάθε ενότητα συμπτωμάτων κυμαίνονται από 0 έως 4 ( εκτός από την ενότητα

καταθλιπτικών ιδεών της οποίας το σκορ κυμαίνεται από 0 έως 5). Σύμφωνα με την αρχική μελέτη αξιολόγησης ένα σκορ από 2 και πάνω υποδεικνύει "κλινικά σημαντικό" σύμπτωμα<sup>147,36</sup>. Έτσι το χαμηλότερο σκορ στην συνέντευξη μπορεί να είναι το μηδέν και το υψηλότερο το 57.

Επιπροσθέτως εκτός από μια γενική εκτίμηση ψυχιατρικής νοσηρότητας που μας δίνει το σκορ, η χρήση ενός ειδικού προγράμματος και η εφαρμογή συγκεκριμένων διαγνωστικών αλγορίθμων επιτρέπει την εκτίμηση και των παρακάτω κοινών ψυχιατρικών διαταραχών: κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ειδικές φοβίες και κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μικτή αγχώδης/καταθλιπτική διαταραχή, σύνδρομο ανεξήγητης κόπωσης, λαμβάνοντας υπόψη τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10). Τέλος η προτεινόμενη διαδικασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [http://www.](http://www.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/intex.html)

[.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/intex.html](http://www.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/intex.html) ακολουθήθηκε στη μετάφραση της ελληνικής έκδοσης του CIS-R. Ο έλεγχος αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) της έκδοσης αυτής για το σύνολο του CIS-R ήταν 0.86 και η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου του CIS-R ήταν 0.84<sup>111</sup>.

#### *3.4.1. Εκτίμηση της ΙΨΔ και των υποκλινικών ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων.*

Σχετικά με την εκτίμηση των συμπτωμάτων της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής το CIS-R περιλαμβάνει έναν αριθμό ερωτήσεων για τις ιδεοληψίες και τους καταναγκασμούς σε χωριστές ενότητες. Το σκορ (0-4) για τις ιδεοληψίες σχετίζεται με τις επαναλαμβανόμενες, δυσάρεστες σκέψεις ή ιδέες που αντιμετωπίζει ο ερωτηθείς κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας, ενώ το σκορ (0-4) για τους καταναγκασμούς αφορά τη συχνότητα επανάληψης ίδιων πράξεων.

Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων είναι ως εξής: ένας βαθμός σημειώνεται για κάθε ένα από τα κριτήρια 1) παρουσίας συμπτωμάτων για τέσσερις ή περισσότερες ημέρες, 2)

προσπάθειας του ατόμου να σταματήσει επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις ή την επανάληψη συμπεριφορών, 3) αίσθησης αναστάτωσης ή ενόχλησης εξ αιτίας των συμπτωμάτων 4) εμπειρίας ενός επεισοδίου ιδεοληψίας διάρκειας τουλάχιστον 15 λεπτών ή μιας επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά για τουλάχιστον τρεις φορές.

Στην μελέτη μας, με βάση τις παραπάνω ενότητες ορίστηκαν δύο ,αμοιβαίως αποκλειόμενα, Ιδεοψυχαναγκαστικά σύνδρομα : α) Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ICD-10 κωδικός: F42); β) Υποκλινικά Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (δεν κωδικοποιούνται στο ICD-10). Τα δύο αυτά σύνδρομα πληρούν τα κριτήρια Α και Β του ICD-10, όμως προϋπόθεση για την διάγνωση της ΙΨΔ ήταν η πλήρωση και του κριτηρίου Γ. Για την διερεύνηση όλων των παραπάνω κριτηρίων χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές ερωτήσεις των δυο ενοτήτων ιδεοληψίας και καταναγκασμού του CIS-R (μια πιο λεπτομερής περιγραφή των κριτηρίων υπάρχει στο συμπληρωματικό παράρτημα). Ακολούθως έλαβε χώρα κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων που πληρούσαν τα κριτήρια της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (F42) σε τρεις κλινικούς υπότυπους: 1) ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κυρίως ιδεοληψιών (F42.1); 2) ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κυρίως ψυχαναγκασμών (F42.2); 3) ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μεικτού τύπου (F42.2). Τα κριτήρια της παραπάνω κατηγοριοποίησης επίσης παραθέτονται στο παράρτημα.

#### *3.4.2. Εκτίμηση των συμπτωμάτων πανικού και της ΔΠ*

Για τον ορισμό των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον πανικό χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές ενότητες του CIS-R για την ανησυχία και τον πανικό. Πιο συγκεκριμένα ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε δύο ερωτήσεις που αφορούσαν την ύπαρξη ή μη του συναισθήματος της ανησυχίας κατά την διάρκεια του περασμένου μήνα. Στην συνέχεια τα άτομα που απάντησαν θετικά στο παραπάνω, ερωτήθηκαν επίσης για τυχόν εμπειρίας επεισοδίου πανικού:

“Αναλογιζόμενος/η τον περασμένο μήνα υπήρχαν στιγμές όπου η ανησυχία και η ένταση έγιναν τόσο έντονες που πανικοβλήθηκες και που σε έκαναν για παράδειγμα να νοιώσεις ότι θα καταρρεύσεις ή θα χάσεις τον έλεγχο αν δεν κάνεις κάτι γι’ αυτό;”. Ακολούθως οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν βιώσει κρίση πανικού κατά την διάρκεια του περασμένου μήνα ερωτήθηκαν μια επιπλέον ερώτηση για το αν βίωσαν κρίση πανικού κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας. Τέλος στα άτομα που ανταποκρίθηκαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση τους ζητήθηκε να απαντήσουν σε μια σειρά επιπλέον ερωτήσεων σχετικές με τα χαρακτηριστικά, την δριμύτητα, την διάρκεια και την συχνότητα των κρίσεων πανικού, προκειμένου αξιολογηθεί αν πληρούν τα κριτήρια της ΔΠ όπως αυτά περιγράφονται στο ICD-10. Σε αυτήν την βάση καθορίστηκαν δύο αμοιβαίως αποκλειστικοί ορισμοί του πανικού:

1. Διαταραχή Πανικού: Ορίστηκε βαθμολόγηση με δύο ή παραπάνω βαθμών στην κλίμακα πανικού και αναπηρίας  $\geq 1$  όπου η ύπαρξη συμπτωμάτων πανικού όπως περιγράφεται στο ICD-10 έχουν προκαλέσει κλινική σημαντική δυσφορία και ανικανότητα αναφορικά με την κοινωνική, την διαπροσωπική και την επαγγελματική λειτουργία στην καθημερινότητα του ατόμου .
2. Υποκλινική διαταραχή πανικού: Οι συμμετέχοντες βαθμολογήθηκαν με δύο βαθμούς ή περισσότερους στην κλίμακα πανικού, όμως δεν πληρούσαν τα κριτήρια της δυσφορίας /ανικανότητας. (μια πιο λεπτομερής περιγραφή των κριτηρίων υπάρχει στο συμπληρωματικό παράρτημα).

### **3.5. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας στην ΙΨΔ**

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε και η συννοσηρότητα των Ιδιοψυχαναγκαστικών σχετιζόμενων συνδρόμων με τις εξής διαταραχές: καταθλιπτικό επεισόδιο, διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και φοβίες. Για τον ορισμό αυτών των διαταραχών χρησιμοποιήθηκαν οι τυπικοί διαγνωστικοί αλγόριθμοι (26,30) σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 (F32, F40.0, F40.1, F41.0, F41.1). Επιπλέον η ερώτηση σχετικά με την "κόπωση για την ζωή" χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί ενδεχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός σε πρώιμο στάδιο. Η ακριβής ερώτηση ήταν : "την περασμένη εβδομάδα ένοιωσες καθόλου πως δεν αξίζει να ζει κανείς τη ζωή;" με πιθανές απαντήσεις : "να", "ναι, μερικές φορές", "ναι συνεχώς". Οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε αυτούς που διακατέχονται από αυτοκτονικό ιδεασμό στην περίπτωση που απαντούσαν "ναι συνεχώς". Επιπροσθέτως στο δείγμα των εφήβων, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και η χρήση κάνναβης εκτιμήθηκαν με την εισαγωγή συγκεκριμένων ερωτήσεων, οι οποίες είχαν χρησιμοποιηθεί σε μία παλαιότερη σχολική έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας<sup>148</sup>. Συγκεκριμένα, ζητήθηκε από τους μαθητές να αναφέρουν πόσο συχνά έκαναν χρήση καπνού, αλκοόλ και κάνναβης. Η χρήση καπνού ταξινομήθηκε ως σημαντική όταν γινόταν κάθε ημέρα, η χρήση αλκοόλ ορίστηκε ως η κατανάλωση σκληρού λικέρ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και η χρήση κάνναβης ορίστηκε ως η χρήση της ουσίας τουλάχιστον μία φορά. Όσον αφορά το δείγμα ενηλίκων πληροφορίες για την τρέχουσα χρήση καπνού και κάνναβης (στην διάρκεια του περασμένου μήνα) συλλεχθήκαν μέσω αυτό-αναφορών στα πρότυπα της έρευνας Skaripnakis et al<sup>36</sup>. Η αξιολόγηση της δριμύτητας χρήσης αλκοόλ έγινε με την χρήση AUDIT και υιοθετώντας την μέθοδο που περιγράφεται από τους Aalto, Alho, Halme, & Seppa (2009)<sup>149</sup> και την δική μας αρχική έρευνα<sup>36</sup>.

Οι πληροφορίες σχετικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης της μελέτης. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν "Πόσες φορές επισκέφτηκες έναν γιατρό (γενικό ιατρό, παιδίατρο ή άλλον ιατρό) για οποιοδήποτε λόγο υγείας τους τελευταίους δώδεκα μήνες;" και οι πιθανές απαντήσεις ήταν : "Καμία", "1-2 φορές", "3-4 φορές", "5-6 φορές", "7-10 φορές" και "περισσότερες από 10 φορές". Στη συνέχεια ακολουθούσε μία δεύτερη ερώτηση η οποία αφορούσε τις επισκέψεις σε ιατρό ειδικά για κάποιον ψυχολογικό λόγο. Τέλος η ποιότητα ζωής στο δείγμα των ενηλίκων που υπέφεραν από ΙΨΔ, εκτιμήθηκε με την χρήση του εργαλείου EuroQoL EQ-5D το οποίο στην Ελλάδα έχει επικυρωθεί από τους Kontodimopoulos et al. (2008)<sup>150</sup>. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν ο δείκτης χρησιμότητας EQ-5D και η οπτική αναλογική κλίμακα VAS<sup>36</sup>.

### ***3.6. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας στην ΔΠ***

Σε αυτήν την μελέτη εκτιμήθηκε η συννοσηρότητα της ΔΠ και της υποκλινικής μορφής της με τις παρακάτω διαταραχές: καταθλιπτικό επεισόδιο, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και φοβίες (κοινωνική φοβία, αγοραφοβία και όλες οι άλλες υπολειπόμενες φοβίες). Για τον ορισμό αυτών των διαταραχών χρησιμοποιήθηκαν οι τυπικοί διαγνωστικοί αλγόριθμοι (26,30) σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 (F32, F40.0, F40.1, F41.0, F41.1). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ταξινομούταν αν οι συμμετέχοντες απαντούσαν θετικά σε ερωτήσεις που συμπεριλάμβαναν τρέχουσες ευχές περί θανάτου, ή αν ανέφεραν ιστορικό οποιονδήποτε αυτοκτονικών αποπειρών κατά την διάρκεια του περασμένου μήνα. Τέλος και εδώ πληροφορίες για την τρέχουσα χρήση καπνού και κάνναβης (στην διάρκεια του περασμένου μήνα) συλλεχτήκαν μέσω αυτό-αναφορών<sup>36</sup>. Η αξιολόγηση της δριμύτητας χρήσης αλκοόλ έγινε επίσης με την χρήση AUDIT και την μέθοδο που όπως προαναφέραμε έχει περιγραφεί αλλού<sup>149,36</sup>. Οι πληροφορίες σχετικά με την χρήση

των υπηρεσιών υγείας συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης της μελέτης μέσω ερωτήσεων για το αν οι συμμετέχοντες είχαν επισκεφτεί κάποιον γενικό Ιατρό (Συμπεριλαμβανομένων όλων των εσωτερικών ιατρών και τους ιδιώτες οικογενειακούς ιατρούς στην Ελλάδα), ή κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο) στην διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών, για οποιονδήποτε λόγο σχετικό με την γενική υγεία ή την ψυχική αντιστοίχως. Επίσης, όπως και στην περίπτωση της ΙΨΔ, η ποιότητα ζωής στο δείγμα των ενηλίκων που υπέφεραν από ΔΠ, εκτιμήθηκε με την χρήση του εργαλείου EuroQoL EQ-5D, χρησιμοποιώντας και εδώ τον δείκτη χρησιμότητας EQ-5D και την οπτική αναλογική κλίμακα VAS.

### ***3.7. Κοινωνικό-οικονομικές και άλλες μεταβλητές***

Όλοι οι κοινωνικό-δημογραφικοί δείκτες εξετάστηκαν κάνοντας ευθείες ερωτήσεις στους συμμετέχοντες. Για παράδειγμα στην μελέτη των εφήβων, η ερώτηση για τον δείκτη των υποκειμενικών οικονομικών δυσκολιών της οικογένειας ήταν: "αντιμετωπίζει η οικογένεια σου οικονομικές δυσκολίες;". Οι υπόλοιποι δείκτες που εξετάστηκαν ήταν οι εξής: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και των δύο γονέων, μορφωτικό επίπεδο και των δύο γονέων, επαγγελματική κατάσταση και των δύο γονέων, ακαδημαϊκή επίδοση στο σχολείο.

Ομοίως στην μελέτη των ενηλίκων, όλοι οι κοινωνικοδημογραφικοί και οικονομικοί δείκτες εκτιμήθηκαν κάνοντας ευθείες ερωτήσεις στους συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν οι ακόλουθες μεταβλητές: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση, παρουσία υποκειμενικών οικονομικών δυσκολιών και τόπος διαμονής. Επίσης ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν την ύπαρξη οποιασδήποτε χρόνιας παθολογικής ασθένειας (με τη χρήση μιας λίστας χρόνιων παθήσεων). Περισσότερες λεπτομέρειες



για την μέθοδο διερεύνησης των παραπάνω μεταβλητών παρατίθενται στην αρχική έρευνα της ομάδας μας, πάνω σε αυτήν βάση δεδομένων<sup>36</sup>.

#### **4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

##### **4.1. Ανάλυση ΙΨΔ εφήβων/ενηλίκων**

Τόσο στην μελέτη των εφήβων όσο και των ενηλίκων, προκειμένου να ληφθεί υπόψη ο περίπλοκος σχεδιασμός δειγματοληψίας και να εκτιμηθούν εύρωστα τυπικά σφάλματα, η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος STATA/SE Version 12.0 (Stata Corp, College, 2007 ) και το πακέτο εντολών “svy”. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και σταθμισμένα ποσοστά εξήχθησαν για τις υπό μελέτη μεταβλητές ,ενώ αναλύσεις « $\chi^2$ » χρησιμοποιήθηκαν για την σύγκριση των αναλογιών των επιπολασμών.

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στα σύνδρομα της ΙΨΔ και των κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών αξιολογήθηκαν υπολογίζοντας αρχικά τους αδρούς (crude) και ακολούθως τους σταθμισμένους λόγους πιθανοτήτων (odds ratios). Για την ανάλυση της συννοσηρότητας η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η συννοσηρή κατάσταση (π.χ. κατάθλιψη, χρήση ουσιών), ενώ τα σύνδρομα που σχετίζονται με την ΙΨΔ (π.χ. ΙΨΔ) εισήχθησαν ως ανεξάρτητη δυαδική μεταβλητή (Binary variable). Η χρήση των υπηρεσιών υγείας επίσης εξετάστηκε με την εφαρμογή παρόμοιων μοντέλων. Η εξαρτημένη μεταβλητή σε αυτήν την ανάλυση ήταν «οι συχνές επισκέψεις στον ιατρό» που ορίστηκαν ως : οι περισσότερες των δύο επισκέψεων στον ιατρό κατά την διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών για οποιοδήποτε λόγο ή συγκεκριμένα για ψυχολογικά αίτια. Οι λόγοι πιθανοτήτων (odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης εκτιμήθηκαν με μια σειρά σταθμισμένων μοντέλων λογιστικής

παλινδρόμησης. Όλες οι εκτιμήσεις στατιστικής σημαντικότητας στηρίχθηκαν σε δοκιμές δυο όψεων με επίπεδο σημαντικότητας 5%.

#### **4.2. Ανάλυση ΔΠ ενηλίκων**

Ομοίως, και για την εκτίμηση της ΔΠ η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος STATA/SE Version 12.0 (StataCorp College, 2007) και το πακέτο εντολών “svy”. Για την σύγκριση των αναλογιών των επιπολασμών χρησιμοποιήθηκαν και εδώ αναλύσεις « $\chi^2$ » ενώ περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και σταθμισμένα ποσοστά εξήχθησαν για τις υπό μελέτη μεταβλητές. Για την αξιολόγηση των συσχετίσεων των συνδρόμων της ΔΠ και των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών έγινε υπολογισμός αρχικά των αδρών (crude) και ακολούθως των σταθμισμένων λόγων πιθανοτήτων (odds ratios).

Στην ανάλυση της συννοσηρότητας η συννοσηρή κατάσταση (π.χ. Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους, Αυτοκτονικός Ιδεασμός κ.λπ.) ορίστηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή, και τα σχετικά με την ΔΠ σύνδρομα (π.χ. υποκλινικά συμπτώματα ΔΠ) εισήχθησαν ως ανεξάρτητη δυαδική μεταβλητή (Binary variable) . Η χρήση των υπηρεσιών υγείας επίσης εξετάστηκε με την εκτέλεση σχετικών μοντέλων, με εξαρτημένη μεταβλητή τις “συχνές επισκέψεις στον ιατρό” που ορίστηκαν ως : “η επίσκεψη σε γενικό Ιατρό (συμπεριλαμβανομένων όλων των εσωτερικών ιατρών και τους ιδιώτες οικογενειακούς ιατρούς στην Ελλάδα), ή επαγγελματία ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο) στην διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών, για οποιονδήποτε λόγο σχετικό με την γενική υγεία ή την ψυχική αντιστοίχως”.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1. Περιγραφή δείγματος ΙΨΔ στην εφηβεία

Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της μελέτης συμμετείχαν 5.164 μαθητές (55% κορίτσια, 41% Α Λυκείου, 28% Γ Λυκείου). Στην δεύτερη φάση ο αριθμός των μαθητών που έδωσαν συνέντευξη ήταν 2.431 (59% κορίτσια, 39% Α Λυκείου, 29% Γ Λυκείου). Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος κατά την διάρκεια των δύο φάσεων παρατίθενται στον Πίνακα Α1 (στο παράρτημα).

#### 5.1.1. Επιπολασμός ΙΨΔ και συσχετίσεις με το φύλο.

Στον **Πίνακα 1** παρουσιάζονται οι επιπολασμοί της ΙΨΔ και των σχετικών συνδρόμων, ανά φύλο. Συνολικά, 63 έφηβοι (σταθμισμένος επιπολασμός 1.39%; 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 1.05 – 1.84) πληρούσαν τα κριτήρια για ΙΨΔ ενώ 205 πληρούσαν τα κριτήρια για τα υποκλινικά ΙΨ συμπτώματα. (2.77%; 95% CI: 2.22 - 3.45). Παρατηρήθηκε μια ξεκάθαρη υπεροχή του θηλυκού φύλου αναφορικά με τα υποκλινικά ΙΨ συμπτώματα ( $p=0.03$ ) και μια παρόμοια αλλά οριακά μη στατιστικώς σημαντική τάση για την ΙΨΔ ( $p=0.06$ ). Επίσης δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στα φύλα στην κατηγορία των «κυρίως καταναγκαστικών» συμπτωμάτων τόσο για την κλινική ΙΨΔ ( $p=0.73$ ) όσο και για τα υποκλινικά συμπτώματα ( $p=0.38$ ) (Βλέπε παράρτημα Πίνακας Α2.)

**Πίνακας 1.** Επιπολασμός της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων σε έφηβους ηλικίας 16-18 χρονών στην Ελλάδα ανά φύλο και τύπου συμπτωμάτων (N=2431)

	ΙΨΔ <sup>1</sup> N (%) <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	Υποκλινικά Ιδεο-Ψυχαναγκαστικά Συμπτώματα <sup>2</sup> N (%) <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )
Όλοι οι Τύποι		
Αγόρι	21 (1.01%) (0.61% – 1.65%)	36 (2.08%) (1.43% – 3.04%)
Κορίτσι	42 (1.79%) (1.27% – 2.51%)	69 (3.47%) (2.64% – 4.55%)
	P <sup>5</sup> =0.06	<b>P<sup>5</sup>=0.03</b>
Σύνολο	63 (1.39 %) (1.05% – 1.84%)	105 (2.77%) (2.22% – 3.45%)

ΙΨΔ: Ιδεο – Ψυχαναγκαστική Διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10; <sup>2</sup> Υποκλινικά Ιδεο -Ψυχαναγκαστικά συμπτώματα: Η εμπειρία εμμονών ή/και καταναγκασμών που όμως δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια του ICD-10 για την Ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι δύο καταστάσεις είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες (δείτε την Μέθοδο); <sup>3</sup> Απόλυτος αριθμός παρατηρήσεων; τα ποσοστά σταθμιστήκαν ώστε να λαμβάνεται υπόψη η διαδικασία στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας ; <sup>4</sup> CI: Διαστήματα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>5</sup> τιμές σημαντικότητας (p-values) που προέκυψαν από δοκιμασίες  $\chi^2$  για την σύγκριση ανάμεσα σε αγόρι – κορίτσι. Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα.

### *5.1.2. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις*

Ο Πίνακας 2. παρουσιάζει τις συσχετίσεις της ΙΨΔ και των υποκλινικών συμπτωμάτων με έναν αριθμό κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Στις περισσότερες συσχετίσεις δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα με εξαίρεση τη μεταβλητή των οικονομικών δυσκολιών, η οποία παρουσιάζει μια ξεκάθαρα θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλινική ΙΨΔ αλλά όχι και με τα υποκλινικά συμπτώματα. Επιπροσθέτως οι έφηβοι με πατέρες που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες ή μητέρες που είχαν συνταξιοδοτηθεί είχαν σημαντικές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν υποκλινικά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα σε σύγκριση με έφηβους των οποίων οι γονείς εργαζόταν ως δημόσιοι υπάλληλοι

**Πίνακας 2:** Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων σε έφηβους ηλικίας 16-18 χρονών στην Ελλάδα ανά φύλο και τύπου συμπτωμάτων (N=2431)

	ΙΨΔ <sup>1</sup>		Υποκλινικά Ιδεο-Ψυχαναγκαστικά Συμπτώματα <sup>2</sup>	
	Χωρίς στάθμιση OR <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	Σταθμισμένοι OR <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	Χωρίς στάθμιση OR <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	Σταθμισμένοι OR <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )
Γυναικείο φύλο	1.79 (0.97-3.29)	1.63 (0.87-3.06)	<b>1.69 (1.05-2.72)</b>	1.50 (0.90-2.50)
Σχολική τάξη				
Α' Λυκείου	1.00	1.00	1.00	1.00
Β' Λυκείου	0.99 (0.51-1.91)	1.00 (0.50-2.00)	1.72 (1.00-2.98)	1.76 (0.99-3.14)
Γ' Λυκείου	0.82 (0.40-1.70)	0.74 (0.35-1.54)	1.35 (0.74-2.46)	1.34 (0.73-2.48)
Οικογ. κατάσταση γονιών				
Παντρεμένοι	1.00	1.00	1.00	1.00
Διαζύγιο/ Διάσταση	2.20 (0.87-5.55)	1.40 (0.48-4.10)	1.58 (0.72-3.45)	1.71 (0.77-3.80)
Χηρεία	2.05 (0.76-5.11)	1.54 (0.52-4.58)	0.37 (0.09-1.55)	0.21 (0.04-1.11)
Αριθμός αδελφών				
Κανένα	1.00	1.00	1.00	1.00
Ένα	0.48 (0.19-1.23)	0.53 (0.19- )	0.70 (0.31-1.55)	0.70 (0.30-1.64)
Δύο	0.59 (0.22-1.57)	0.58 (0.19-1.72)	0.73 (0.30-1.73)	0.78 (0.32-1.91)
Τρία ή περισσότερα	0.63 (0.22-1.75)	0.56 (0.17-1.79)	0.92 (0.35-2.40)	1.08 (0.38-3.11)
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνάσιο	1.92 (0.79-4.67)	2.15 (0.89-5.15)	0.94 (0.37 -2.39)	1.16 (0.43-3.09)
Λύκειο	0.84 (0.38-1.87)	1.01 (0.47-2.20)	1.03 (0.48-2.17)	1.14 (0.46-2.84)
ΤΕΙ	0.72 (0.24-2.19)	1.00 (0.29-3.43)	1.10 (0.45-2.65)	0.99 (0.36-2.66)
ΑΕΙ	0.85 (0.36-1.98)	1.42 (0.55-3.63)	1.29 (0.62-2.69)	1.12 (0.36-3.46)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00

Γυμνάσιο	1.28 (0.56-2.94)	1.06 (0.50-2.25)	0.89 (0.36-2.22)	0.86 (0.32-2.26)
Λύκειο	0.51 (0.23-1.13)	0.48 (0.23-1.00)	0.65 (0.31-1.38)	0.59 (0.23-1.49)
TEI	0.82 (0.34-1.95)	0.86 (0.29-2.49)	1.28 (0.53-3.12)	1.18 (0.39-3.60)
ΑΕΙ	0.48 (0.19-1.19)	0.51 (0.16-1.59)	1.40 (0.67-2.94)	1.39 (0.44-4.39)
<b>Απασχόληση πατέρα</b>				
Δημόσιος υπάλ.	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός υπάλ.	1.10 (0.53-2.32)	0.78 (0.30-1.99)	0.83 (0.40-1.69)	0.97 (0.47-2.04)
Ελ. Επαγγελμ.	0.92 (0.44-1.93)	0.64 (0.28-1.46)	1.72 (1.00-2.97)	<b>2.13 (1.18-3.86)</b>
Συνταξιούχος	0.27 (0.03-2.07)	0.23 (0.03-1.75)	1.66 (0.59-4.72)	1.87 (0.64-5.44)
Ανεργος/ Άλλο	1.75 (0.74-4.14)	0.94 (0.32-2.74)	0.64 (0.23-1.74)	0.85 (0.29-2.52)
<b>Απασχόληση μητέρας</b>				
Δημόσιος υπάλ.	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός υπάλ.	2.30 (0.94-5.59)	1.89 (0.62-5.77)	0.98 (0.50-1.91)	1.18 (0.55-2.50)
Ελ επαγγελματίας	2.06 (0.87-4.84)	1.96 (0.70-5.50)	0.65 (0.33-1.28)	0.54 (0.24-1.20)
Ανεργη	1.07 (0.23-5.08)	0.67 (0.11-4.02)	0.81 (0.20-3.23)	1.15 (0.28-4.72)
Οικιακά	1.22 (0.50-2.98)	1.03 (0.34-3.12)	0.73 (0.39-1.37)	0.87 (0.38-1.96)
Συνταξιούχος/Άλλο	2.96 (0.93-9.40)	2.26 (0.63-8.02)	2.04 (0.90-4.60)	<b>2.71 (1.10-6.68)</b>
<b>Οικονομικές δυσκολίες</b>				
Όχι	1.00	1.00	1.00	1.00
Λίγες	1.34 (0.63-2.82)	1.10 (0.55-2.24)	1.10 (0.67-1.81)	1.27 (0.74-2.16)
Πολλές	<b>3.71 (1.62-8.48)</b>	<b>2.97 (1.30-6.76)</b>	0.56 (0.23-1.39)	0.66 (0.25-1.70)
<b>Σχολική επίδοση</b>				
Άριστη	1.00	1.00	1.00	1.00
Πολύ καλή	0.95 (0.28-3.23)	1.51 (0.35-6.48)	1.52 (0.56-4.13)	1.57 (0.55-4.47)
Καλή	0.50 (0.22-1.31)	0.77 (0.28-2.10)	<b>1.95 (1.01-3.81)</b>	1.98 (0.92-4.25)
Μέτρια	0.88 (0.45-1.73)	1.04 (0.51-2.10)	1,19 (0.59-2.41)	1.17 (0.56-2.44)

---

---

<sup>1</sup>ΓΨΔ: Ιδεο – Ψυχαναγκαστική Διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10; <sup>2</sup> Υποκλινικά Ιδεο -Ψυχαναγκαστικά συμπτώματα: Η εμπειρία εμμονών ή/και καταναγκασμών που όμως δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια του ICD-10 για την Ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι δύο καταστάσεις είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες (δείτε την Μέθοδο); <sup>3</sup> Απόλυτος αριθμός παρατηρήσεων; τα ποσοστά σταθμιστήκαν ώστε να λαμβάνεται υπόψη η διαδικασία στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας ; <sup>4</sup> CI: Διαστήματα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>5</sup>τιμές p-values που προέκυψαν από δοκιμασίες  $\chi^2$  για την σύγκριση ανάμεσα σε αγόρι – κορίτσι. Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 5%



### *5.1.3. Συννοσηρότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας*

#### *5.1.3.1. Συννοσηρότητα*

Ο **Πίνακας 3** παρουσιάζει τα ποσοστά συννοσηρότητας της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων, με άλλες κοινές ψυχικές διαταραχές, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την χρήση αλκοόλ και κάναβης καθώς και με το κάπνισμα. Σχετικά με την κλινική ΙΨΔ, παρατηρήθηκαν σημαντικές συννοσηρότητες με όλες τις προαναφερθείσες διαταραχές και με την χρήση ουσιών. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ένα παρόμοιο αλλά ηπιότερο μοτίβο συννοσηρότητας στην κατηγορία των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων, με εξαίρεση την χρήση καπνού και κάναβης

**Πίνακας 3:** Τύπος συννοσηρότητας της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές/χρήση ουσιών σε δείγμα μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών, στην Ελλάδα (N=2431)

Τύπος Συννοσηρότητας	% Σε έφηβους με ΙΨΔ <sup>1</sup>	Λόγοι Πιθανοτήτων <sup>2</sup> (95% CI <sup>3</sup> )	% Σε έφηβους με Υποκλινικά Ιδεο-ψυχαναγκαστικά Συμπτώματα <sup>1</sup>	Λόγοι Πιθανοτήτων <sup>2</sup> (95% CI <sup>3</sup> )
Οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή	78.48%	<b>23.95</b> (10.86-52.83)	37.58%	<b>2.56</b> (1.61-4.06)
Καταθλιπτικό επεισόδιο	41.77%	<b>13.10</b> (6.95-24.69)	14.01%	<b>2.48</b> (1.35-4.55)
ΓΔΑ <sup>4</sup>	49.37%	<b>7.74</b> (4.03-14.86)	24.20%	<b>2.33</b> (1.42-3.82)
Διαταραχή Πανικού	8.86%	<b>3.72</b> (1.18-11.69)	5.73%	2.45 (0.99-6.11)
Φοβίες	29.11%	<b>7.10</b> (3.76-13.39)	12.74%	<b>2.38</b> (1.23-4.59)
Αυτοκτονικός Ιδεασμός <sup>5</sup>	21.52%	<b>7.01</b> (3.73-13.16)	10.19%	<b>2.87</b> (1.41-5.84)
Συχνή κατανάλωση αλκοόλ <sup>6</sup>	30.38%	<b>2.24</b> (1.16-4.31)	28.03%	<b>1.88</b> (1.12-3.18)
Τρέχον Κάπνισμα Τσιγάρων <sup>7</sup>	24.05%	<b>2.59</b> (1.38-4.87)	12.74%	1.06 (0.55-2.06)
Χρήση κάνναβης κατά την διάρκεια ζωής <sup>8</sup>	13.92%	<b>4.03</b> (1.96-8.29)	6.37%	1.57 (0.67-3.68)

<sup>1</sup> Όλα τα ποσοστά είναι σταθμισμένα ώστε να εκφράζουν την τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία; <sup>2</sup> Οι λόγοι πιθανοτήτων σταθμίστηκαν για ηλικία και φύλο και υπολογίστηκαν μέσω λογιστικής παλινδρόμησης με την συν-νοσηρή κατάσταση ως την εξαρτημένη μεταβλητή και την ΙΨΔ ή τα υποκλινικά ιδεό-ψυχαναγκαστικά συμπτώματα ως τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ομάδα ελέγχου για τις αναφερόμενες τιμές είναι “ έφηβοι χωρίς ΙΨΔ ή ιδεό-ψυχαναγκαστικά συμπτώματα” (π.χ. η πιθανότητα ύπαρξης οποιασδήποτε ψυχιατρικής διαταραχής ήταν 23.95 φορές υψηλότερη για άτομα με ΙΩΔ σε σχέση με άτομα χωρίς).<sup>3</sup> CI: Διαστήματα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>4</sup> ΓΑΔ : Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή; <sup>5</sup> Αυτοκτονικός ιδεασμός ορίστηκε η ύπαρξη σκέψεων ότι “δεν αξίζει να ζει κανείς”; <sup>6</sup> Η χρήση αλκοόλ ορίστηκε ως η κατανάλωση πυκνών ποτών τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα; <sup>7</sup> Ως κάπνισμα ορίστηκε η κατανάλωση τσιγάρων καθημερινά; <sup>8</sup> Η χρήση κάνναβης ορίστηκε η ύπαρξη ιστορικού χρήσης κάνναβης τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν; Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 5%.

### *5.1.3.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας*

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτυπώνεται στον **Πίνακα 4**. Σύμφωνα με αυτόν η ΙΨΔ ή τα ιδεό-ψυχαναγκαστικά συμπτώματα σχετίζονται με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, για οποιοδήποτε λόγο ή για κάποιον ψυχολογικό λόγο, σε σύγκριση με την χρήση των παραπάνω υπηρεσιών από υγιή άτομα. Επίσης όπως παρατηρείται, το μοτίβο χρήσης των γενικών ιατρικών υπηρεσιών (για οποιοδήποτε λόγο) είναι παρόμοιο μεταξύ της ΙΨΔ και των υποκλινικών συμπτωμάτων ενώ στην δεύτερη περίπτωση η συσχέτιση φτάνει σε σημαντικό στατιστικό επίπεδο. Αντίθετα, όσον αφορά την κατηγορία της χρήσης των ψυχολογικών υπηρεσιών η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική για την ΙΨΔ και όχι για την υποκλινική εκδοχή της.

**Πίνακας 4.** Χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16- 18 ετών με ΙΨΔ ή υποκλινικά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (N=2431)

	Συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας <sup>1</sup>			
	Για οποιοδήποτε λόγο		Για ψυχολογικούς λόγους μόνο	
	% <sup>2</sup>	Λόγος Πιθανοτήτων <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	% <sup>2</sup>	Λόγος Πιθανοτήτων <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )
Χωρίς ΙΨΔ ή συμπτώματα	17.35%	1.0 (τιμή αναφοράς)	3.4%	1.0 (τιμή αναφοράς)
Υποκλινικά ΙΨ Συμπτώματα	30.57%	<b>2.04</b> (1.26 – 3.33)	8.92%	1.74 (0.67 – 4.56)
ΙΨΔ	26.58%	1.66 (0.82 – 3.39)	6.33%	<b>2.64</b> (1.09 – 6.40)
ΙΨΔ ή υποκλινικά συμπτώματα	29.24%	<b>1.94</b> (1.29 – 2.93)	8.05%	<b>2.38</b> (1.15 – 4.92)

<sup>1</sup> Η συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας ορίστηκε ως επίσκεψη σε ιατρό 3 φορές ή περισσότερες κατά τους τελευταίους 12 μήνες για οποιοδήποτε λόγο ή για κάποια ψυχολογική αιτία. <sup>2</sup> Όλα τα ποσοστά είναι σταθμισμένα προκειμένου να εκφράζουν την τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Οι λόγοι πιθανοτήτων υπολογίστηκαν μέσω μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης με τις συχνές επισκέψεις σε ιατρό ως την εξαρτημένη μεταβλητή και τα ιδεοψυχαναγκαστικά σύνδρομα ως την ανεξάρτητη (π.χ. η πιθανότητα συχνών επισκέψεων σε ιατρό εξ αιτίας ψυχολογικών λόγων ήταν 2.64 φορές μεγαλύτερη για τους συμμετέχοντες με ΙΨΔ δε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς ΙΨΔ). <sup>3</sup> CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (Confidence Interval); Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 5%.

## 5.2. Αποτελέσματα ΙΨΔ ενηλίκων

### 5.2.1. Περιγραφή Δείγματος

Σε αυτήν την μελέτη συμμετείχαν τέσσερις χιλιάδες εννιακόσιοι δύο (4902) ενήλικες (54.2% ποσοστό ανταπόκρισης, για λεπτομέρειες δείτε την ενότητα Μέθοδος). 50.4% του τελικού δείγματος ήταν γυναίκες, ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 42 χρόνια, 61% ήταν παντρεμένοι, 59.6% εργαζόταν και 54.8% ζούσαν σε αστικό περιβάλλον. Στον Πίνακα Α3. (στο παράρτημα) εμφανίζονται τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος μας, αντιπροσωπευτικού των κατοίκων της Ελληνικής Επικράτειας.

### 5.2.2. Επιπολασμός ΙΨΔ και συσχετίσεις με το φύλο.

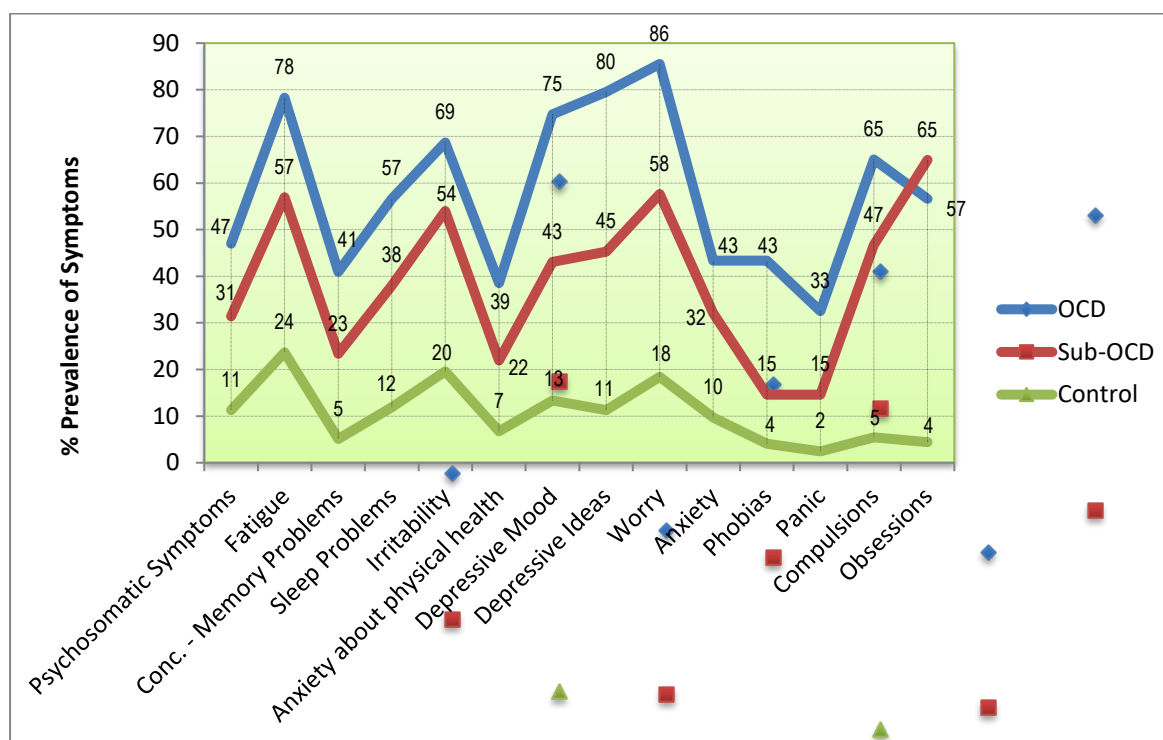
Ο επιπολασμός της ΙΨΔ και των σχετικών συνδρόμων, ανά φύλο και κλινικό τύπο παρουσιάζονται στον **Πίνακα 5**. Συνολικά, 1.69% των συμμετεχόντων (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 1.33%-2.05%) πληρούσαν τα κριτήρια για ΙΨΔ και 2.79% (95% CI: 2.33% - 3.26%) πληρούσαν τα κριτήρια για τα υποκλινικά Ψ συμπτώματα. Αναφορικά με το φύλο υπήρξε μια ξεκάθαρη υπεροχή του θηλυκού φύλου στην συσχέτιση με την ΙΨΔ ( $p= 0.025$ ) που γινόταν ακόμη μεγαλύτερη στην συσχέτιση του με την υποκλινική ΙΨΔ (Υπό-ΙΨΔ) ( $p=0.006$ ). Επιπροσθέτως ο "κυρίως καταναγκαστικός" τύπος συμπτωμάτων εμφανιζόταν συχνότερα στην Υπό-ΙΨΔ σε σύγκριση με την ΙΨΔ (πίνακας 2β). Τέλος, στην **Γράφημα 1**, παρουσιάζεται το μοτίβο εμφάνισης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται στα δύο σύνδρομα σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου. Σύμφωνα με αυτήν, με εξαίρεση τα εμμονικά και καταναγκαστικά συμπτώματα, το παραπάνω μοτίβο ήταν παρόμοιο αλλά διέφερε σε μέγεθος, αφού όπως ήταν αναμενόμενο η εμφάνιση των συμπτωμάτων αυξανόταν καθώς περνούσε από την υποκλινική στην κλινική μορφή.

**Πίνακας 5.** Επιπολασμός της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70 (N= 4.894)

	ΙΨΔ <sup>1</sup> (N=83)	Υποκλινικά Ιδιο-Ψυχαναγκαστικά Συμπτώματα <sup>2</sup> (N=137)
Ανά Φύλο	Επιπολασμός % (95% CI <sup>3</sup> )	Επιπολασμός % (95% CI <sup>3</sup> )
Αρσενικό	1.28% (0.83% – 1.72%)	2.14% (1.56% – 2.71%)
Θηλυκό	2.10% (1.54% – 2.67%)	3.44% (2.72% – 4.16%)
	<b>p=0.025</b>	<b>p=0.006</b>
Σύνολο	<b>1.69%</b> (1.33% – 2.05%)	<b>2.79%</b> (2.33% – 3.26%)
Ανά κλινικό υπότυπο		
Κυρίως Εμμονές	0.59% (0.38% - 0.81%)	1.49% (1.15% - 1.83%)
Κυρίως Καταναγκασμοί	0.73% (0.50% - 0.97%)	0.98% (0.70% - 1.25%)
Μεικτός τύπος	0.37% (0.20% - 0.54%)	0.33% (0.17% - 0.49%)
Σύνολο	<b>1.69%</b> (1.33% – 2.05%)	<b>2.79%</b> (2.33% – 3.26%)

<sup>1</sup>ΙΨΔ: Ιδιο – Ψυχαναγκαστική Διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10; <sup>2</sup> Υποκλινικά Ιδιο -Ψυχαναγκαστικά συμπτώματα : Η εμπειρία εμμονών ή/και καταναγκασμών που όμως δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια του ICD-10 για την Ιδιο-ψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι δύο καταστάσεις είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες (δείτε την Μέθοδο); <sup>3</sup> CI: Διαστήματα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval);

**Γράφημα 1.** Εμφάνιση (%) συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε συμμετέχοντες με ΙΨΔ (OCD) και με υποκλινικά ΙΨΔ (Sub-OCD) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό(Control)



### 5.2.3. Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις

Οι συσχετίσεις της ΙΨΔ και των υποκλινικών συμπτωμάτων με τα κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6**. Συγκεκριμένα περιγράφονται δύο σειρές λόγων πιθανοτήτων (OR) όπου η πρώτη έχει σταθμιστεί για όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά, και η δεύτερη έχει επιπλέον σταθμιστεί και για παρουσία ψυχιατρικής συννοσηρότητας (όπως υπολογίζεται από το συνολικό σκορ στο CIR-S με εξαίρεση το τμήμα που συμπεριλάμβανε εμμονές και καταναγκασμούς).

Στον πίνακα 6 παρατηρούνται περιορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Σχετικά με την ΙΨΔ η πιο εύρωστη συσχέτιση παρατηρήθηκε με την παρουσία οικονομικών δυσκολιών. Επιπροσθέτως οι συμμετέχοντες με δύο ή περισσότερα τέκνα (έναντι αυτών με ένα ή κανένα) εμφάνιζαν μεγαλύτερες πιθανότητες να πληρούν τα κριτήρια της ΙΨΔ ανεξαρτήτως από την ύπαρξη ή όχι γενικής ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Επίσης σημειώθηκε μια τάση αυξημένου επιπολασμού στους συμμετέχοντες με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, ο οποίος γινόταν στατιστικά σημαντικός στους απόφοιτους τεχνικής/επαγγελματικής μόρφωσης. Σημαντικοί συσχετισμοί παρατηρήθηκαν και για την αγροτική τοποθεσία, την παρουσία χρόνιας σωματικής ασθένειας και της χηρείας, που όμως έπαψαν να είναι στατιστικά σημαντικοί όταν οι παραπάνω σταθμίστηκαν για γενική ψυχιατρική συννοσηρότητα.

Σχετικά με τα υποκλινικά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (Υπό-ΙΨΔ) υπήρξε σημαντική συσχέτιση με την παρουσία χρόνιων σωματικών ασθενειών και με την αγροτική τοποθεσία. Οι υπόλοιπες σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν (θηλυκό φύλο και τις υποκειμενικές οικονομικές δυσκολίες) δεν αφορούσαν αποκλειστικά την Υπό - ΙΨΔ καθώς έχασαν την σημαντικότητά τους όταν σταθμίστηκαν για τις τιμές του CIS-R.

**Πίνακας 6:** Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨΔ (Υπό-ΙΨΔ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70, πριν και μετά την στάθμιση για ψυχιατρική συννοσηρότητα (N= 4894)

	ΙΨΔ <sup>1</sup>				Υπό-ΙΨΔ <sup>2</sup>			
	Λόγοι Πιθανοτήτων <sup>3</sup>		Λόγοι Πιθανοτήτων (Με στάθμιση για ψυχιατρική συννοσηρότητα) <sup>4</sup>		Λόγοι Πιθανοτήτων <sup>3</sup>		Λόγοι Πιθανοτήτων (Με στάθμιση για ψυχιατρική συννοσηρότητα) <sup>4</sup>	
	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>
<b>Φύλο</b>								
Αρσενικό	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Θηλυκό	1.39	0.83 – 2.32	0.78	0.44 – 1.40	<b>1.66</b>	<b>1.11 – 2.46</b>	1.30	0.86 – 1.96
<b>Ηλικία</b>								
18-29	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
30-39	1.37	0.59 – 3.19	0.85	0.32 – 2.23	1.28	0.66 - 2.45	1.16	0.59 - 2.26
40-49	0.97	0.37 – 2.52	0.65	0.22 – 1.91	1.17	0.57 – 2.40	1.03	0.49 – 2.17
50-59	0.81	0.29 – 2.28	0.57	0.18 – 1.86	1.70	0.82 – 3.52	1.57	0.74 – 3.32
60-70	1.32	0.45 – 3.91	1.31	0.38 – 4.50	1.29	0.55 – 2.99	1.26	0.53 – 3.02
<b>Οικογ. Κατάσταση</b>								
Παντρεμένος	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Άγαμος	1.01	0.46 - 2.23	1.27	0.52 – 3.13	1.10	0.61 – 1.98	1.23	0.67 – 2.26
Διαζευγμένος/Χωρισ	1.44	0.60 - 3.42	1.03	0.38 – 2.76	1.17	0.56 – 2.44	0.97	0.45 – 2.08
Χήρος	<b>2.55</b>	<b>1.17 - 5.56</b>	2.04	0.88 – 4.72	0.96	0.44 – 2.08	0.69	0.31 – 1.54



## Αριθμός Τέκνων

Κανένα / Ένα	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Δύο ή περισσότερα	1.87	0.97 - 3.64	<b>2.21</b>	<b>1.03 – 4.75</b>	1.07	0.67 – 1.73	1.08	0.66 – 1.77

## Εκπαίδευση

Καμία / Πρωτοβάθμια	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Re	1.00	Ref
Γυμνασιακή	1.09	0.52 – 2.31	1.27	0.54 – 3.01	1.08	0.62 – 1.85	1.11	0.63 – 1.96
Λυκειακή	1.30	0.64 – 2.66	2.13	0.93 – 4.89	0.88	0.51 – 1.51	1.07	0.60 – 1.89
Τεχνική/Επαγγελματική	2.20	0.86 – 5.65	<b>4.78</b>	<b>1.65 – 13.86</b>	0.90	0.41 – 2.01	1.20	0.53 – 2.74
Τριτοβάθμια	0.84	0.22 – 3.16	1.74	0.41 – 7.41	0.94	0.41 – 2.15f	1.22	0.51 – 2.89

## Απασχόληση

Πλήρης / Μερική	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Οικιακά	0.90	0.42 – 1.94	1.30	0.54 – 3.14	0.82	0.47 – 1.43	0.91	0.51 – 1.61
Άνεργος	0.52	0.15 – 1.81	0.44	0.12 – 1.62	1.02	0.42 – 2.45	0.88	0.36 – 2.17
Συνταξιούχος	0.69	0.31 – 1.56	0.87	0.36 – 2.10	0.68	0.35 – 1.34	0.74	0.37 – 1.47
Άλλο/Οικονομικά Ανενεργός	1.04	0.48 – 2.26	1.17	0.49 – 2.78	0.68	0.34 – 1.39	0.69	0.33 – 1.43

## Χρόνιες. Ασθένειες

Όχι	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Ναι	<b>3.08</b>	<b>1.80 – 5.28</b>	1.01	0.54 – 1.87	<b>2.91</b>	<b>1.91 – 4.46</b>	<b>1.61</b>	<b>1.02 – 2.55</b>

## Τύπος Τοποθεσίας

Αστικός	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Ημιαστικός	0.82	0.36 – 1.86	0.88	0.36 – 2.17	1.28	0.74 – 2.19	1.24	0.71 – 2.17
Αγροτικός	<b>1.66</b>	<b>1.03 – 2.69</b>	1.50	0.87 – 2.60	<b>1.56</b>	<b>1.07 – 2.28</b>	<b>1.52</b>	<b>1.03 – 2.25</b>

## Οικονομ. Δυσκολίες

Όχι	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Ναι	<b>5.76</b>	<b>3.49 – 9.49</b>	<b>3.14</b>	<b>1.81 – 5.46</b>	<b>1.84</b>	<b>1.15 – 2.95</b>	1.11	0.67 – 1.82

---

---

<sup>1</sup> IΨΔ: Ιδιο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10; <sup>2</sup> Υπό-IΨΔ: Η ύπαρξη εμμονών ή/και καταναγκασμών που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια του ICD-10 για την Ιδιο-ψυχαναγκαστική διαταραχή. Τα δύο σύνδρομα είναι αμοιβαίως αποκλειόμενα (δείτε την ενότητα Μέθοδος) ; <sup>3</sup> Οι λόγοι πιθανοτήτων σταθμίστηκαν για όλες τις μεταβλητές του πίνακα και για ψυχιατρική νοσηρότητα (συνολικό σκορ στο CIR-S με εξαίρεση τις ενότητες που συμπεριλάμβαναν εμμονές και καταναγκασμούς) ; <sup>5</sup> OR: Odds Ratios; <sup>6</sup> CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>7</sup> Ref: Κατηγορία αναφοράς (Reference category). Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0.05

#### 5.2.4. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας

##### 5.2.4.1. Συννοσηρότητα

Στον **Πίνακα 7** παρουσιάζονται οι συννοσηρότητες των δύο ΙΨ συνδρόμων. Όπως φαίνεται, οι συμμετέχοντες που είχαν ΙΨΔ ή Υπό-ΙΨΔ ήταν πιθανότερο να αναφέρουν και άλλες κοινές ψυχικές διαταραχές σε σχέση με υγιείς συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, και αυτές οι συσχετίσεις ήταν υψηλότερες στα άτομα με το κλινικό σύνδρομο. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός εμφανιζόταν στο 20% και 7% σε συμμετέχοντες με ΙΨΔ ή Υπό-ΙΨΔ αντίστοιχα, έναντι 1.68% της ομάδας ελέγχου. Τέλος οι συσχετίσεις με τη χρήση ουσιών υπήρξαν πιο εύρωστες για την Υπό-ΙΨΔ σε σύγκριση με την ΙΨΔ.

**Πίνακας 7:** Συννοσηρότητα της ΙΨΔ και της υποκλινικής ΙΨΔ (Υπό-ΙΨΔ) με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές/χρήση ουσιών σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4894).

Τύπος Συννοσηρότητας	% Στο σύνολο του δείγματος (n=4902)	% Σε συμμετέχοντες με ΙΨΔ <sup>1</sup> (N=83)	Λόγοι Πιθανοτήτων <sup>3</sup> (95% CI <sup>3</sup> )	% Σε συμμετέχοντες με Υπό-ΙΨΔ <sup>2</sup> (N=137)	Λόγοι Πιθανοτήτων <sup>3</sup> (95% CI <sup>3</sup> )
Καταθλιπτικό επεισόδιο	2.90%	49.40%	<b>42.78</b> (26.17 – 69.94)	12.41%	<b>4.54</b> (2.63 – 7.84)
ΓΔΑ <sup>4</sup>	4.10%	38.55%	<b>15.64</b> (9.68 – 25.27)	13.14%	<b>3.36</b> (1.99 – 5.67)
Διαταραχή Πανικού	1.88%	32.53%	<b>33.61</b> (19.69 – 57.37)	11.68%	<b>7.50</b> (4.22 – 13.33)
Φοβίες	2.79%	43.37%	<b>34.95</b> (21.45 – 56.94)	11.65%	<b>4.62</b> (2.65 – 8.05)
Αυτοκτονικός ιδεασμός (τρέχων)	1.68%	20.48%	<b>16.08</b> (8.81 – 29.35)	7.30%	<b>4.37</b> (2.19 – 8.74)
Συχνή κατανάλωση αλκοόλ	12.69%	13.25%	1.29 (0.67 – 2.47)	24.09%	<b>2.69</b> (1.78 – 4.07)
Κάπνισμα Τσιγάρων (τρέχων)	39.60%	44.58%	<b>1.63</b> (1.03 – 2.58)	48.91%	<b>1.81</b> (1.27 – 2.59)
Χρήση κάνναβης (Τρέχουσα)	2.06%	2.41%	1.84 (0.43 – 7.82)	3.65%	<b>2.94</b> (1.14 – 7.57)

<sup>1</sup>ΙΨΔ : Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10; <sup>2</sup> Υποκλινικά Ιδεο -Ψυχαναγκαστικά συμπτώματα (Υπό- ΙΨΔ): Η εμπειρία εμμονών ή/και καταναγκασμών που όμως δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια του ICD-10 για την Ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι δύο καταστάσεις είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες (δείτε την ενότητα Μέθοδος); <sup>3</sup> Οι λόγοι πιθανοτήτων σταθμίστηκαν για ηλικία και φύλο και υπολογίστηκαν μέσω λογιστικής παλινδρόμησης με την συν-νοσηρή κατάσταση ως την εξαρτημένη μεταβλητή και την ΙΨΔ ή τα υποκλινικά ιδεο-ψυχαναγκαστικά συμπτώματα (Υπό-ΙΨΔ) ως τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ομάδα ελέγχου για τους αναφερόμενους λόγους πιθανοτήτων είναι “συμμετέχοντες χωρίς ΙΨΔ ή Υπό-ΙΨΔ αντιστοίχως”; <sup>4</sup>ΓΔΑ: Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

#### 5.2.4.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Η χρήση των υπηρεσιών Υγείας (**Πίνακας 8.**), ήταν συχνότερη και για τα δύο σύνδρομα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Συνολικά 30% των συμμετεχόντων με ΙΨΔ είχαν επισκεφθεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Επιπροσθέτως η συννοσηρότητα με την κατάθλιψη συσχετίστηκε με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με ΙΨΔ χωρίς συννοσηρότητα (39% έναντι 21%, αντίστοιχα,  $p=0.02$ ). Η χρήση των γενικών υπηρεσιών υγείας υπήρξε επίσης πιθανότερη στα άτομα με ΙΨΔ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

**Πίνακας 8:** Χρήση υπηρεσιών υγείας σε συμμετέχοντες με ΙΨΔ και με υποκλινική ΙΨΔ (Υπό-ΙΨΔ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4902).

	Χρήση Υπηρεσιών Υγείας			
	Επίσκεψη σε Γενικό Ιατρό <sup>1</sup> για Ιατρικούς Λόγους (τελευταίους 12 μήνες)		Επίσκεψη σε επαγγελματία Ψυχικής Υγείας για ψυχολογικούς λόγους (τελευταίους 12 μήνες)	
	%	OR <sup>2</sup> (95% CI <sup>3</sup> )	%	OR <sup>2</sup> (95% CI <sup>3</sup> )
Χωρίς ΙΨΔ	15.85%	1.00 (τιμή αναφοράς)	5.45%	1.00 (τιμή αναφοράς)
Υπό-ΙΨΔ	27.74%	<b>1.70</b> (1.15 – 2.52)	21.17%	<b>3.91</b> (2.54 – 6.04)
ΙΨΔ	42.17%	<b>3.27</b> (2.06 – 5.17)	30.12%	<b>6.22</b> (3.80 – 10.20)
Μη συννοσηρ. με κατάθλιψη	40.48%	<b>3.68</b> (1.93 – 7.00)	21.43%	<b>4.69</b> (2.19 – 10.01) <sup>4</sup>
Συννοσηρή με κατάθλιψη <sup>4</sup>	43.90%	<b>3.23</b> (1.70 – 6.16)	39.02%	<b>9.83</b> (5.11 – 18.89) <sup>4</sup>

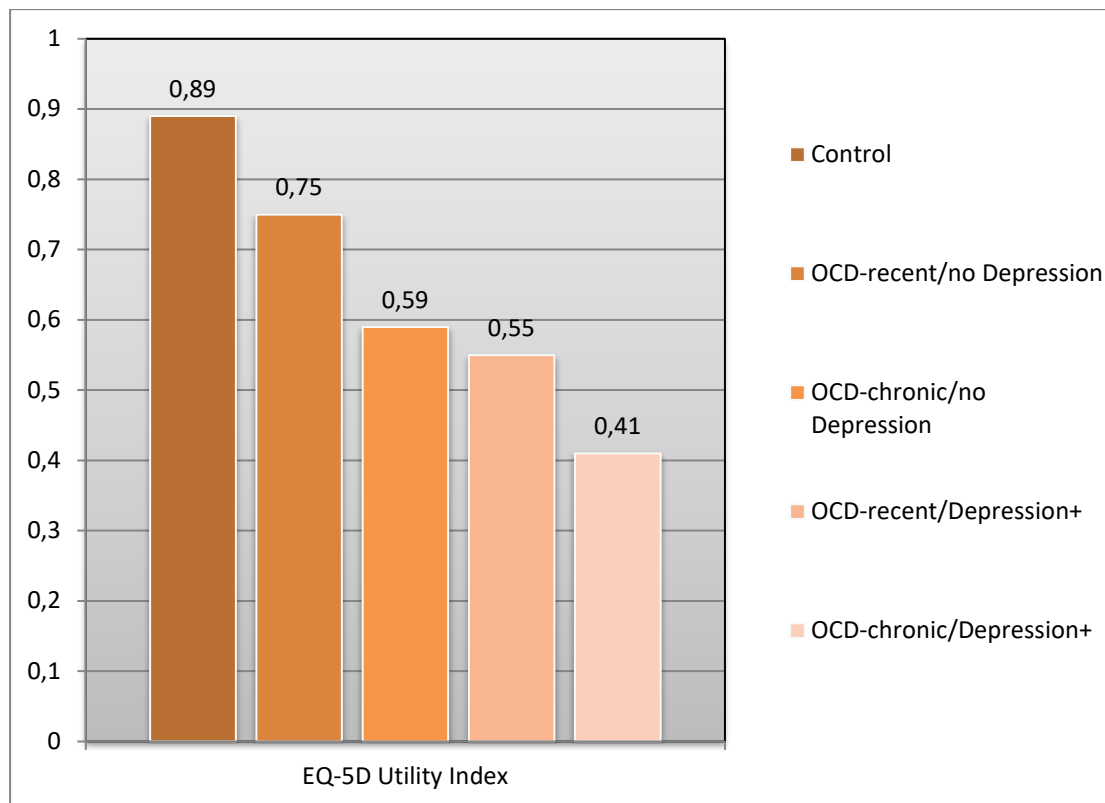
<sup>1</sup> Οποιοσδήποτε Ιατρός γενικής ιατρικής (συμπεριλαμβανομένου και ειδικούς παθολόγους οι οποίοι κυρίως ασκούν υπηρεσίες γενικής ιατρικής στην Ελλάδα); <sup>2</sup> Οι λόγοι πιθανοτήτων σταθμίστηκαν για ηλικία και φύλο και υπολογίστηκαν μέσω λογιστικής παλινδρόμησης με συχνές επισκέψεις στον Ιατρό ως την εξαρτημένη μεταβλητή και την ΙΨΔ ή τα υποκλινικά ιδεό-ψυχαναγκαστικά συμπτώματα (Υπό-ΙΨΔ) ως τις ανεξάρτητες μεταβλητές (π.χ. η πιθανότητα συχνών επισκέψεων σε ιατρό για κάποιον ιατρικό λόγο ήταν 1.70 φορές υψηλότερος για τους συμμετέχοντες με Υπό- ΙΨΔ σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς Υπό-ΙΨΔ. <sup>3</sup>CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>4</sup> Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0.05.

#### 5.2.4.3. Ποιότητα Ζωής

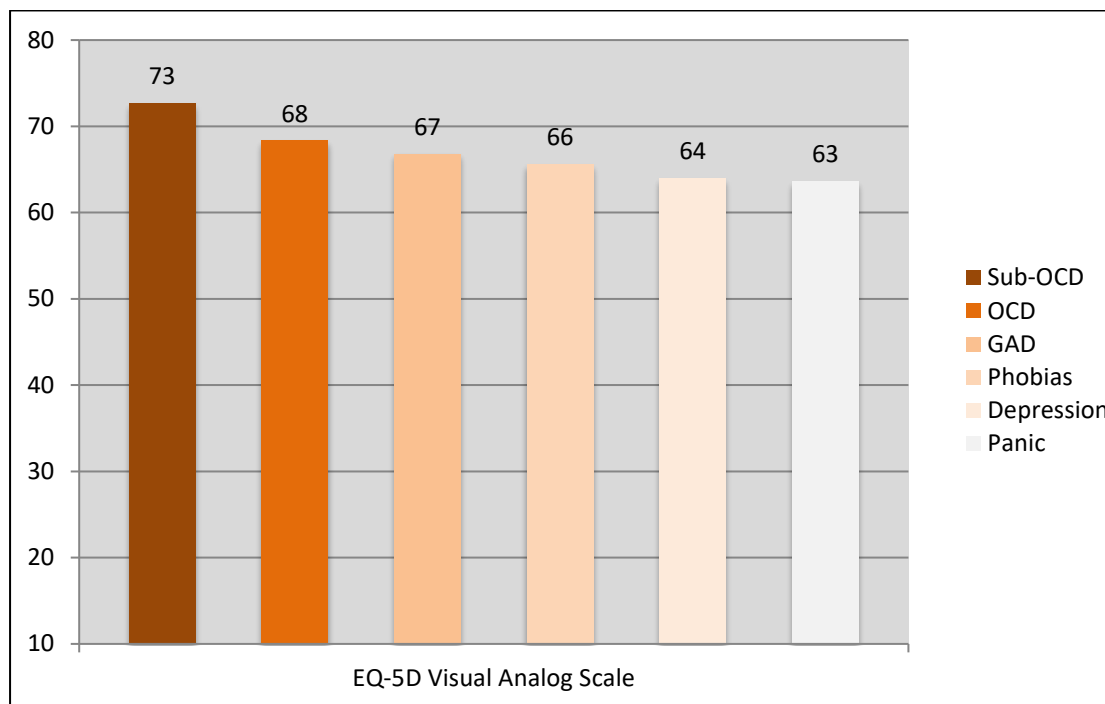
Η Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων με ΙΨΔ παρουσιάζεται στα **Γραφήματα 2. και 3.** Η πρώτη περιγράφει την επίδραση της ΙΨΔ σύμφωνα με την διάρκεια της και τη συννοσηρότητα με κατάθλιψη, και η δεύτερη συγκρίνει την επίδραση των δύο συνδρόμων, στην ποιότητα ζωής των ατόμων, με εκείνη από άλλες κοινές ψυχικές διαταραχές. Στην εικόνα 2 η ΙΨΔ σχετίζεται με μια σημαντική έκπτωση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης η συννοσηρότητα της ΙΨΔ με την κατάθλιψη και η διάρκεια της (> 6 μηνών) σχετίζεται με ακόμη μεγαλύτερη έκπτωση ( $p < 0.001$  για όλες τις συγκρίσεις με την ομάδα ελέγχου).

Συνολικά, η ΙΨΔ και η Υπό-ΙΨΔ παρουσίασαν σημαντικές εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου. Για την ΙΨΔ ο μέσος όρος του δείκτη ωφελιμότητας της κλίμακας EQ-5D ήταν 0.56 έναντι 0.89 ( $p < 0.001$ ), ενώ για την Υπό-ΙΨΔ ήταν 0.68 έναντι 0.89 ( $p < 0.001$ ). Επίσης η διαφορά ανάμεσα στην ΙΨΔ και την Υπό-ΙΨΔ υπήρξε στατιστικά σημαντική (0.56 έναντι 0.68,  $p = 0.003$ ). Τέλος στην σύγκριση με άλλες κοινές ψυχικές διαταραχές, η ΙΨΔ δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μετρήσεις της ποιότητας ζωής σε αντίθεση με την Υπό-ΙΨΔ.

**Γράφημα 2.** Ποιότητα ζωής (τιμές στον δείκτη EQ-5D) στην ΙΨΔ σύμφωνα με την διάρκεια (>6 μήνες) και την συννοσηρότητα με κατάθλιψη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (έλεγχος).



**Γράφημα 3.** Ποιότητα ζωής (τιμές στην κλίμακα EQ-5D) στην ΙΨΔ και την Υπό-ΙΨΔ σε σύγκριση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.





### 5.3. Αποτελέσματα ΔΠ ενηλίκων

#### 5.3.1 Περιγραφή Δείγματος

Σε αυτήν την μελέτη συμμετείχαν τέσσερις χιλιάδες οκτακόσιοι ενενήντα τέσσερις (4894) ενήλικες (54.2% ποσοστό ανταπόκρισης, για λεπτομέρειες δείτε την ενότητα Μέθοδος). Ανάμεσα τους, 50.4% του τελικού δείγματος ήταν γυναίκες, ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 42 χρονών, 61% ήταν παντρεμένοι, 59.6% εργαζόταν και 54.8% ζούσαν σε αστικό περιβάλλον (τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος μας περιγράφονται στον πίνακα A3 στο παράρτημα).

#### 5.3.2. Επιπολασμός ΔΠ και συσχετίσεις με το φύλο.

Ο επιπολασμός της ΔΠ και των σχετικών συνδρόμων, ανά φύλο και κλινικό τύπο παρουσιάζονται στον **Πίνακα 9**. Συνολικά, 1.87% των συμμετεχόντων (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 1.50%-2.26%) πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΠ και 1.61% πληρούσαν τα κριτήρια για τα υποκλινικά συμπτώματα πανικού (95% CI: 1.26% - 1.96%). Αναφορικά με το φύλο υπήρξε μια ξεκάθαρη υπεροχή του θηλυκού φύλου στην συσχέτιση με την ΔΠ ( $p= 0.001$ ) και με την υποκλινική ΔΠ ( $p=0.01$ ). Επίσης, 3.84% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι είχαν βιώσει κρίσεις πανικού στην διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 2.98% - 4.01%).

Επιπρόσθετα στο **Γράφημα 4**. Παρουσιάζουμε το πλήρες ψυχοπαθολογικό προφίλ που περιγράφει την εμπειρία των συμμετεχόντων με ΔΠ και Υπό-ΔΠ, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό όπως αυτά έχουν μετρηθεί από την αναθεωρημένη δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη (CIS-R). Σύμφωνα με αυτήν, ο επιπολασμός των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων είναι υψηλός καθώς υψηλά ποσοστά των συμμετεχόντων με ΔΠ βιώνουν κόπωση (80%), ευερεθιστικότητα (77%), ανησυχία (78%), καταθλιπτικό ιδεασμό (73%) και καταθλιπτική διάθεση (68%). Επίσης

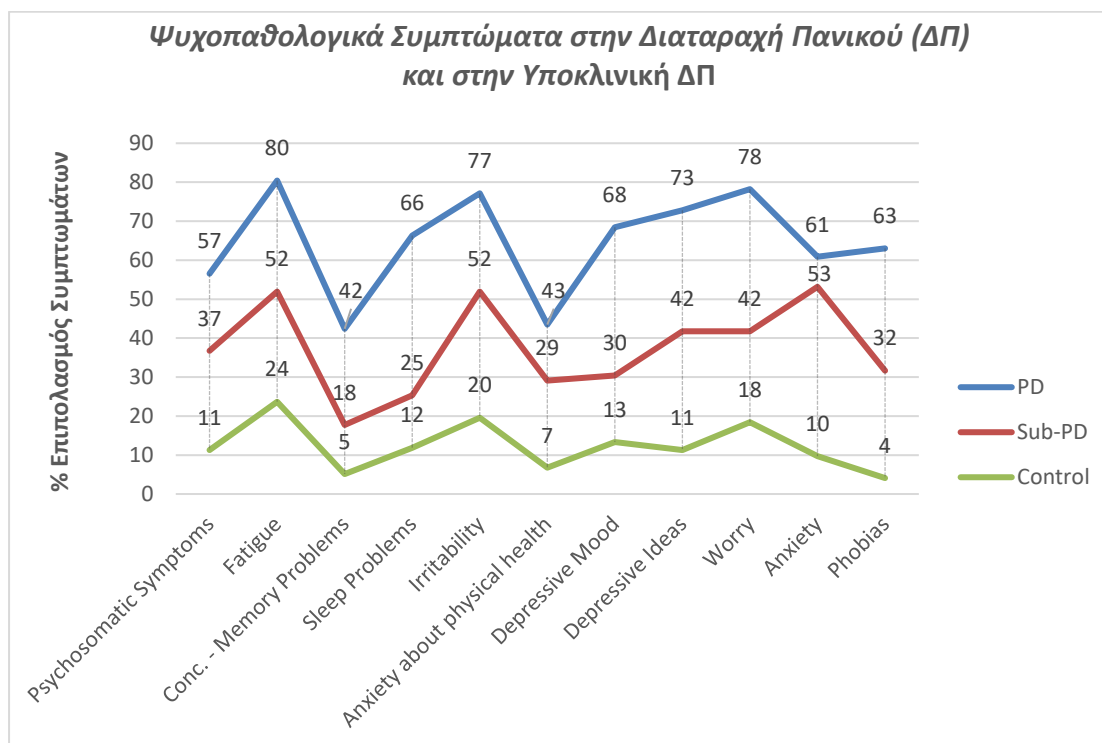
παρόμοια συμπτώματα ψυχοπαθολογίας βιώνουν και οι συμμετέχοντες με Υπό-ΔΠ, με χαμηλότερους όμως επιπολασμούς (π.χ. κόπωση 52%, ευερεθιστικότητα 52%, ανησυχία 42%).

**Πίνακας 9.** Επιπολασμός της ΔΠ και των υποκλινικών ΔΠ συμπτωμάτων σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70 (N= 4894)

	Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
	Επιπολασμός % (95% CI <sup>1</sup> )	Επιπολασμός % (95% CI <sup>1</sup> )	
Διαταραχή Πανικού	<b>1.19%</b> (0.76% - 1.62%)	<b>2.55%</b> (1.93% - 3.17%)	<b>1.87%</b> (1.50% - 2.26%)
	<b>p<sup>2</sup>&lt;0.001</b>		
Υποκλινική Διαταραχή Πανικού	<b>1.15%</b> (0.73 - 1.58)	<b>2.06%</b> (1.50% - 2.62%)	<b>1.61%</b> (1.26% - 1.96%)
	<b>p<sup>2</sup>=0.01</b>		
Κρίσεις Πανικού (Περασμένη Εβδομάδα )	<b>2.35%</b> (1.75% – 2.95%)	<b>4.62%</b> (3.79% – 5.44%)	<b>3.48%</b> (2.98% - 4.01%)
	<b>p<sup>2</sup>&lt;0.001</b>		

<sup>1</sup> CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>2</sup> τιμές σημαντικότητας (p-values) για την σύγκριση ανάμεσα σε αγόρι-κορίτσι ;

**Γράφημα 4.** Παρουσία (%) συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε συμμετέχοντες με Διαταραχή Πανικού (PD) και υποκλινική ΔΠ (Sub-PD) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Control).



### 5.3.3. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις

Οι συσχετίσεις της ΔΠ και των υποκλινικών συμπτωμάτων με τα κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά παρατίθενται στον **Πίνακα 10**. Εκεί παρουσιάζουμε δύο σειρές λόγων πιθανοτήτων (OR) η πρώτη έχει σταθμιστεί για όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά, και η δεύτερη έχει επιπλέον σταθμιστεί και για παρουσία ψυχιατρικής συννοσηρότητας (όπως υπολογίζεται από το συνολικό σκορ στο CIR-S με εξαίρεση τις σχετικές με την ΔΠ ενότητες).

Όπως φαίνεται στον πίνακα υπάρχουν μόνο λίγες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Όσον αφορά την ΔΠ η πιο εύρωστη συσχέτιση παρατηρήθηκε με το γυναικείο φύλο καθώς οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν περισσότερες πιθανότητες να πληρούν τα κριτήρια της ΔΠ ανεξαρτήτως παρουσίας ή μη ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Επιπροσθέτως, η ύπαρξη χρόνιας πάθησης και οικονομικών δυσκολιών εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την ΔΠ ανεξαρτήτως από την παρουσία ή μη γενικής ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν και ανάμεσα στην ΔΠ και την ηλικία (ηλικιακές κατηγορίες 30-39, 40-49 και 60-70), το ανώτερο δευτεροβάθμιο μορφωτικό επίπεδο και, την απόκτηση δύο ή περισσότερων παιδιών. Παρόλα αυτά οι εν λόγω συσχετίσεις δεν αφορούσαν αποκλειστικά την ΔΠ καθώς έπαψαν να είναι στατιστικά σημαντικοί όταν σταθμίστηκαν για γενική ψυχιατρική συννοσηρότητα (τιμές του CIS-R).

Σχετικά με τα υποκλινικά συμπτώματα πανικού (Υπό-ΔΠ) παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με τις μεταβλητές ανεργία, παρουσία χρόνιων σωματικών ασθενειών και με τις οικονομικές δυσκολίες. Οι υπόλοιπες σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν (θηλυκό φύλο, ανύπαντρος/η, ύπαρξη δύο ή περισσότερων παιδιών, φροντίδα οικίας και κατώτερη ή ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ) δεν

αφορούσαν αποκλειστικά το υποκλινικό σύνδρομο του πανικού καθώς έχασαν την σημαντικότητα τους αφού σταθμίστηκαν για τις τιμές του CIS-R.

**Πίνακας 10.** Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της Διαταραχής Πανικού (ΔΠ) και της υποκλινικής διαταραχής πανικού (Υπό-ΔΠ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας 18-70 (N= 4894).

	ΔΠ <sup>1</sup>				Υπό-ΔΠ <sup>2</sup>			
	Λόγοι Πιθανοτήτων (OR) – Μοντέλο 1 <sup>3</sup>		Λόγοι Πιθανοτήτων (OR) – Μοντέλο 2 <sup>4</sup>		Λόγοι Πιθανοτήτων (OR) <sup>3</sup>		Λόγοι Πιθανοτήτων <sup>4</sup>	
	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>	OR <sup>5</sup>	95% CI <sup>6</sup>
<b>Φύλο</b>								
Αρσενικό	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Θηλυκό	<b>2.16</b>	<b>1.39 – 3.37</b>	<b>1.98</b>	<b>1.21 – 3.23</b>	<b>1.81</b>	<b>1.13 – 2.87</b>	1.52	0.89 – 2.58
<b>Ηλικία</b>								
18-29	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
30-39	<b>2.03</b>	<b>1.02 – 4.06</b>	1.44	0.64 – 3.26	1.62	0.81 - 3.26	1.18	0.52 - 2.70
40-49	<b>2.25</b>	<b>1.13 – 4.50</b>	1.20	0.50 – 2.87	1.32	0.62 – 2.78	0.78	0.31 – 1.98
50-59	1.66	0.77 – 3.54	0.65	0.25 – 1.73	1.65	0.79 – 3.44	0.77	0.29 – 2.03
60-70	<b>2.23</b>	<b>1.11 – 4.49</b>	0.57	0.19 – 1.69	1.67	0.82 – 3.41	0.58	0.19 – 1.77
<b>Οικ. Κατάσταση</b>								
Παντρεμένος/η	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Άγαμος/η	<b>0.42</b>	<b>0.23 - 0.77</b>	0.57	0.25 – 1.31	<b>0.45</b>	<b>0.25 – 0.82</b>	0.51	0.21 – 1.20
Διαζευγμένος/Χωρισμένος/η	1..60	0.76 - 3.39	1.32	0.60 – 2.93	0.63	0.19 – 2.02	0.51	0.15 – 1.72
Χήρος/α	1.82	0.86 – 3.84	1.30	0.55 – 3.09	0.95	0.34 – 2.65	0.69	0.23 – 2.12
<b>Αριθμός Τέκνων</b>								
Κανένα/Ένα	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref

Δύο ή περισσότερα	<b>1.81</b>	<b>1.18 – 2.79</b>	1.26	0.73 – 2.19	<b>1.65</b>	<b>1.04 – 2.61</b>	1.08	0.59 – 1.98
Εκπαίδευση								
Καμία / Πρωτοβάθμια	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Γυμνασιακή	0.80	0.43 – 1.47	0.93	0.48 – 1.81	1.05	0.57 – 1.95	1.17	0.59 – 2.29
Λυκειακή	<b>0.55</b>	<b>0.33 – 0.92</b>	0.77	0.40 – 1.48	<b>0.49</b>	<b>0.28 – 0.87</b>	0.66	0.32 – 1.33
Τεχνική/Επαγγελματική	0.48	0.19 – 1.17	0.68	0.25 – 1.86	<b>0.19</b>	<b>0.04 – 0.80</b>	0.27	0.06 – 1.27
Τριτοβάθμια	0.46	0.17 – 1.20	0.66	0.22 – 1.92	0.76	0.32 – 1.80	1.27	0.47 – 3.44
Απασχόληση								
Πλήρης / Μερική	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Οικιακά	1.63	0.94 – 2.83	0.84	0.44 – 1.62	<b>2.33</b>	<b>1.32 – 4.09</b>	1.25	0.63 – 2.47
Άνεργος/η	1.70	0.67 – 4.34	1.31	0.49 – 3.47	<b>3.26</b>	<b>1.43 – 7.43</b>	<b>2.79</b>	<b>1.15 – 6.74</b>
Συνταξιούχος/α	1.41	0.76 – 2.62	0.84	0.36 – 1.97	1.45	0.71 – 2.95	1.03	0.41 – 2.61
Άλλο/ Οικον. Ανενεργός/ή	1.07	0.52 – 2.19	1.14	0.53 – 2.48	1.28	0.59 – 2.77	1.53	0.66 – 3.53
Χρόνιες Σωματικές Ασθένειες								
Όχι	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Ναι	<b>3.38</b>	<b>2.17 – 5.24</b>	<b>3.58</b>	<b>2.14 – 5.98</b>	<b>2.37</b>	<b>1.43 – 3.93</b>	<b>2.21</b>	<b>1.23 – 3.96</b>
Τύπος Τοποθεσίας								
Αστική	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Ημι-αγροτική	0.95	0.49 – 1.83	0.91	0.47 – 1.78	1.56	0.82 – 2.96	1.48	0.77 – 2.83
Αγροτική	0.98	0.62 – 1.55	0.91	0.57 – 1.46	1.31	0.81 – 2.15	1.15	0.69 – 1.91
Οικονομικές Δυσκολίες								
Όχι	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref	1.00	Ref
Ναι	<b>2.74</b>	<b>1.65 – 4.54</b>	<b>1.89</b>	<b>1.09 – 3.26</b>	<b>2.69</b>	<b>1.56 – 4.64</b>	<b>2.05</b>	<b>1.14 – 3.68</b>

---

<sup>1</sup>ΔΠ: Διαταραχή Πανικού σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 ; <sup>2</sup>Υπό-ΔΠ: Υποκλινικά Συμπτώματα Πανικού; Η εμπειρία κρίσεων πανικού που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια του ICD-10 για την Διαταραχή Πανικού. Τα δύο σύνδρομα είναι αμοιβαίως αποκλειόμενα (δείτε την ενότητα Μέθοδος); <sup>3</sup> Λόγοι Πιθανοτήτων σταθμισμένοι για όλες τις μεταβλητές του πίνακα; <sup>4</sup> Λόγοι Πιθανοτήτων σταθμισμένοι για όλες τις μεταβλητές του πίνακα και για ψυχιατρική νοσηρότητα (συνολικό σκορ στο CIR-S με εξαίρεση τις σχετικές με τη ΔΠ ενότητες); <sup>5</sup> OR: Odds Ratios; <sup>6</sup> CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>7</sup> Ref: Κατηγορία αναφοράς (Reference category). Οι έντονα τυπωμένες τιμές υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0.05.



#### 5.3.4. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας

##### 5.3.4.1. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής

Στον **Πίνακα 11**, παρουσιάζονται τα πρότυπα συννοσηρότητας των δύο συνδρόμων της ΔΠ. Σύμφωνα με αυτόν οι συμμετέχοντες που είχαν ΔΠ ή Υπό-ΔΠ είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν και από άλλες κοινές ψυχικές διαταραχές σε σχέση με τους υγιείς συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον οι παραπάνω συσχετίσεις συννοσηρότητας ήταν υψηλότερες για τα άτομα με το κλινικό σύνδρομο. Συγκεκριμένα όσον αφορά την ΔΠ παρατηρήθηκε σημαντική συννοσηρότητα με όλα τα ψυχιατρικά σύνδρομα (π.χ. καταθλιπτικό επεισόδιο εμφανίστηκε στο 33.70% των συμμετεχόντων με ΔΠ, γενικευμένη διαταραχή άγχους υπήρχε στο 58.70%, ΙΨΔ στο 29.35% και φοβίες παρουσίαζε το 63.04%), τον αυτοκτονικό ιδεασμό (15.22%) και την τρέχουσα χρήση καπνού (48.91%). Σχετικά με την Υπό-ΔΠ παρατηρήθηκαν ηπιότερες αλλά σημαντικές συσχετίσεις μόνο με την γενικευμένη διαταραχή άγχους (εμφανίζονταν στο 15.19% των συμμετεχόντων με υποκλινικά συμπτώματα πανικού), τις φοβίες (11.39%) , καθώς και με την μεταβλητή του αυτοκτονικού ιδεασμού (11.39%). Επίσης σε αντίθεση με το κλινικό σύνδρομο, η υποκλινική μορφή της ΔΠ εμφάνισε σημαντική συννοσηρότητα με την συχνή κατανάλωση αλκοόλ και την τρέχουσα χρήση κάναβης.

Η ποιότητα ζωής παρουσιάζεται στο **Γράφημα 5**. Όπου η ΔΠ και η Υπό-ΔΠ εμφανίζονται σύμφωνα με την συννοσηρότητα τους με την Κατάθλιψη. Όπως φαίνεται η ΔΠ σχετίζεται με σημαντικές εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου και η συννοσηρότητα της με την κατάθλιψη σχετίζεται με ακόμη περαιτέρω εκπτώσεις ( $p < 0.001$ ), σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου.

Γενικότερα, τόσο η ΔΠ όσο και η Υπό-ΔΠ παρουσίασαν σημαντικές εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου. Για την ΔΠ η μέση τιμή του δείκτη

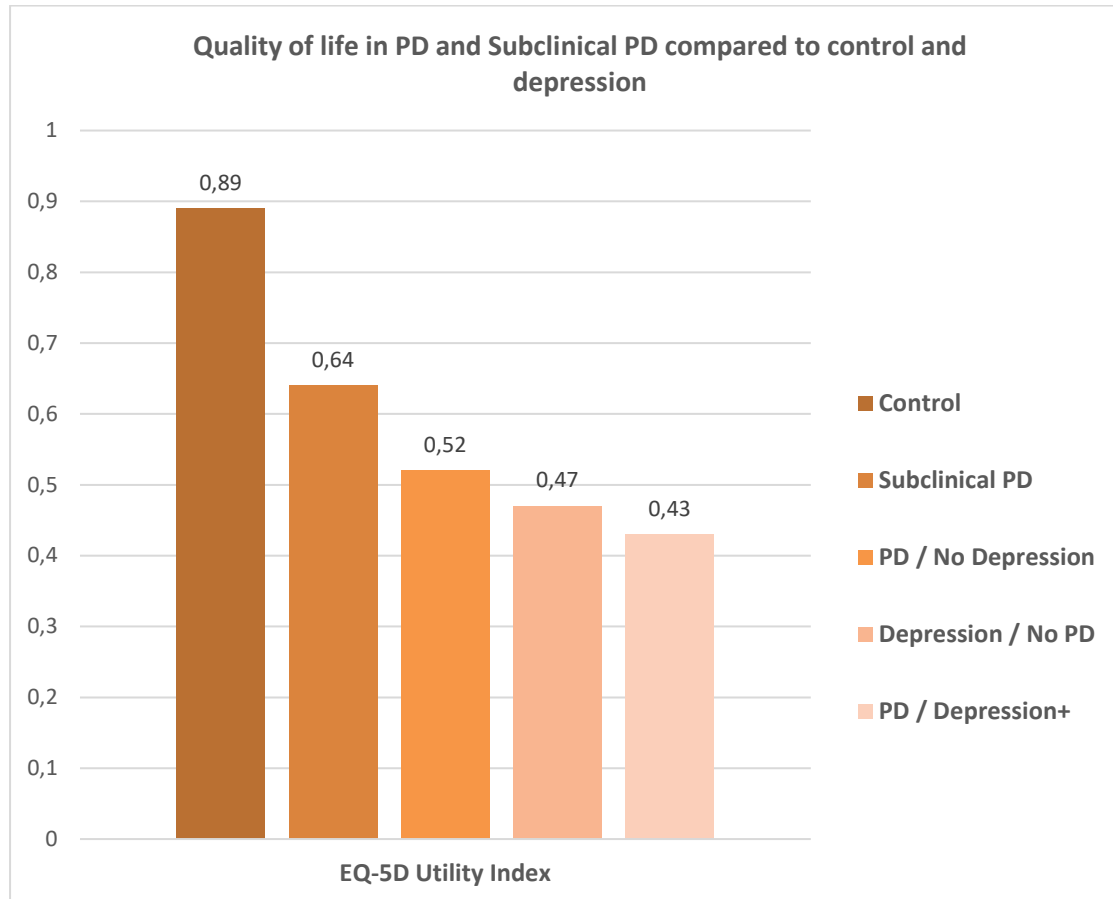
ωφελιμότητας της κλίμακας EQ-5D ήταν 0.52 έναντι 0.89 ( $p < 0.001$ ), ενώ για την Υπό-ΔΠ ήταν 0.64 έναντι 0.89 ( $p < 0.001$ ). Επίσης η διαφορά ανάμεσα στην ΔΠ και την Υπό-ΔΠ υπήρξε στατιστικά σημαντική (0.52 έναντι 0.64,  $p = 0.03$ ), όπως υπήρξε και η διαφορά ανάμεσα στην κατάθλιψη και τα εν λόγω σύνδρομα (0.47 έναντι 0.52 και 0.64 αντίστοιχα). Τέλος η πιο σημαντική (αρνητική) επίδραση πάνω στην ποιότητα ζωής αφορούσε την συννοσηρότητα της ΔΠ με την Κατάθλιψη (0.43,  $p < 0.001$ )

**Πίνακας 11.** Συννοσηρότητα της ΔΠ και της υποκλινικής ΔΠ (Υπό-ΙΨΔ) με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές/χρήση ουσιών σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4894).

Τύπος Συννοσηρότητας	% Στο σύνολο του δείγματος	% Σε Συμμετέχοντες με ΔΠ <sup>1</sup>	Λόγοι Πιθανοτήτων(OR) <sup>3</sup> (95% CI <sup>3</sup> )	% Σε Συμμετέχοντες με Υπό-ΔΠ <sup>2</sup>	Λόγοι Πιθανοτήτων (OR) <sup>3</sup> (95% CI <sup>3</sup> )
Καταθλιπτικό επεισόδιο	2.90%	33.70%	<b>20.35</b> (12.47 – 33.22)	3.80%	1.15 (0.36 – 3.73)
ΓΔΑ <sup>4</sup>	4.10%	58.70%	<b>43.20</b> (27.28 – 68.42)	15.19%	<b>3.93</b> (2.07 – 7.45)
ΙΨΔ	1.69%	29.35%	<b>33.47</b> (19.61 – 57.12)	3.80%	2.09 (0.64 – 6.82)
Φοβίες	2.79%	63.04%	<b>97.49</b> (59.97– 158.50)	11.39%	<b>4.26</b> (2.07 – 8.75)
Τρέχων Αυτοκτονικός Ιδεασμός	1.68%	15.22%	<b>11.18</b> (5.94 – 21.04)	11.39%	<b>7.47</b> (3.55 – 15.72)
Συχνή κατανάλωση αλκοόλ	12.69%	15.22%	1.51 (0.84 – 2.71)	27.85%	<b>3.26</b> (1.95 – 5.44)
Τρέχων κάπνισμα τσιγάρων	39.60%	48.91%	<b>1.83</b> (1.19 – 2.81)	45.57%	1.52 (0.96 – 2.43)
Τρέχουσα χρήση κάνναβης	2.06%	3.26%	2.68 (0.80 – 8.93)	2.53 %	<b>1.76</b> (0.41 – 7.46)

<sup>1</sup>ΔΠ: Διαταραχή Πανικού σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 ; <sup>2</sup>Υπό-ΔΠ: Υποκλινικά Συμπτώματα Πανικού; Η εμπειρία κρίσεων πανικού που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια του ICD-10 για την Διαταραχή Πανικού. Τα δύο σύνδρομα είναι αμοιβαίως αποκλειόμενα (δείτε την ενότητα Μέθοδος); <sup>3</sup> Λόγοι Πιθανοτήτων (OR) σταθμισμένοι για ηλικία και φύλο που υπολογίστηκαν από τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης με την συν-νοσηρή κατάσταση ως την εξαρτημένη μεταβλητή και την ΔΠ ή την Υπό-ΔΠ ως τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ομάδα ελέγχου για τους αναφερόμενους λόγους πιθανοτήτων είναι “συμμετέχοντες χωρίς ΔΠ ή Υπό-ΔΠ αντιστοιχώς”; <sup>4</sup>ΓΔΑ: Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

**Γράφημα 5.** Ποιότητα ζωής (τιμές στον δείκτη EQ-5D) σε συμμετέχοντες με Διαταραχή Πανικού (PD) και υποκλινική διαταραχή πανικού (Sub-PD) σύμφωνα με την συννοσηρότητα με Κατάθλιψη.



Όλες οι τιμές των παραπάνω διαταραχών είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικές από το δείγμα ελέγχου ( $p < 0.001$ ). Οι τιμές της Υπό-ΔΠ διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά από τις άλλες διαταραχές ( $p = 0.03$  σε σύγκριση με την ΔΠ και  $< 0.01$  σε σύγκριση με τις υπόλοιπες.)

#### 5.3.4.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας, (**Πίνακας 12.**) παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δύο συνδρόμων πανικού και των αυξημένων επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς για παθολογικά αίτια, ή σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας για ψυχολογικά αίτια σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Συνολικά 53.26% των συμμετεχόντων με ΔΠ είχαν επισκεφθεί έναν γενικό ιατρό για ιατρικούς λόγους κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, όπως έκανε και το 37.97% των ατόμων με Υπό-ΔΠ συγκριτικά με το 15.56% της ομάδας ελέγχου. Επίσης 44.57% των συμμετεχόντων που υπόφεραν από ΔΠ και 18.99% των συμμετεχόντων με Υπό-ΔΠ επισκέφτηκαν κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας για ψυχολογικούς λόγους κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών σε σύγκριση με 5.35% των υγείων ατόμων. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι επισκέψεις σε κάποιον γενικό ιατρό (για ιατρικούς λόγους) καθώς και αυτές σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (για ψυχολογικούς λόγους) ήταν πιθανότερες στα άτομα με ΔΠ σε σύγκριση με αυτά που εμφάνιζαν υποκλινικά συμπτώματα της ΔΠ.

**Πίνακας 12.** Χρήση υπηρεσιών υγείας σε συμμετέχοντες με ΔΠ και με υποκλινική ΔΠ (Υπό-ΔΠ) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα 18-70 (N= 4894).

	Χρήση Υπηρεσιών Υγείας			
	Επίσκεψη σε Γενικό Ιατρό <sup>1</sup> για Ιατρικούς Λόγους (τελευταίους 12 μήνες)		Επίσκεψη σε επαγγελματία Ψυχικής Υγείας για ψυχολογικούς λόγους (τελευταίους 12 μήνες)	
	%	OR <sup>2</sup> (95% CI <sup>3</sup> )	%	OR <sup>2</sup> (95% CI <sup>3</sup> )
Χωρίς Διαταραχή Πανικού	15.56%	1.00 (Reference)	5.35%	1.00 (Reference)
Υποκλινική Διαταραχή Πανικού	37.97%	<b>2.92</b> (1.81 – 4.71)	18.99%	<b>3.26</b> (1.82 – 5.84)
Διαταραχή Πανικού	53.26%	<b>5.63</b> (3.66 – 8.68)	44.57%	<b>12.21</b> (7.88 – 18.92)

<sup>1</sup>Οποιοσδήποτε Ιατρός γενικής ιατρικής (συμπεριλαμβανομένου και ειδικούς παθολόγους οι οποίοι κυρίως ασκούν υπηρεσίες γενικής ιατρικής στην Ελλάδα); <sup>2</sup>Οι λόγοι πιθανοτήτων σταθμίστηκαν για ηλικία και φύλο και υπολογίστηκαν μέσω λογιστικής παλινδρόμησης με συχνές επισκέψεις στον Ιατρό ως την εξαρτημένη μεταβλητή και την ΔΠ ή την Υπό-ΔΠ ως τις ανεξάρτητες μεταβλητές (π.χ. η πιθανότητα συχνών επισκέψεων σε ιατρό για κάποιον ιατρικό λόγο ήταν 2.92 φορές υψηλότερος για τους συμμετέχοντες με Υπό-ΔΠ σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν Υπό-ΔΠ. Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0.05. <sup>3</sup>CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval);

## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 6.1. Εφηβεία και ΙΨΔ

Η ΙΨΔ και τα υποκλινικά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα υπήρξαν σχετικά κοινά στο συγκεκριμένο δείγμα μαθητών λυκείου στην Ελλάδα. Επίσης αξιοσημείωτη υπήρξε η συννοσηρότητα με τις άλλες κοινές διαταραχές και τη χρήση ουσιών, ακόμη και στην υποκλινική κατηγορία. Αντιθέτως παρατηρήθηκε περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, εντοπίστηκαν μόνο ορισμένοι συσχετισμοί ανάμεσα στην ΙΨΔ και αρκετά κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, με μόνη εξαίρεση τον συσχετισμό του συνδρόμου με τις σοβαρές οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια.

#### 6.1.1. Επιπολασμός και διαφορές μεταξύ φύλων.

Ο επιπολασμός της ΙΨΔ στο δείγμα μας ήταν 1.39% (95% CI: 1.05 - 1.84). Μια προηγούμενη μελέτη στην Ελλάδα, σε εφήβους, που όμως χρησιμοποίησε μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος (12-18 ετών), ανέφερε χαμηλότερο ποσοστό επιπολασμού της τάξεως του 0,5%<sup>135</sup>. Παρόμοιο ποσοστό (0.8%) παρατηρήθηκε και σε έρευνα με Ινδούς εφήβους ηλικίας 12-18 ετών<sup>45</sup>. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με αυτά άλλων σχετικών μελετών στην κοινότητα, οι οποίες αναφέρουν ποσοστά επιπολασμού από 1% έως 4%<sup>46,44,151</sup>. Η σύγκριση των παραπάνω διαφορετικών μελετών είναι δύσκολη καθώς συναντιούνται μεθοδολογικές ανομοιότητες και διαφορές τόσο στον ορισμό της ΙΨΔ όσο και στα όργανα μέτρησης που χρησιμοποιούνται<sup>44</sup>.

Όσον αφορά το ποσοστό επιπολασμού των υποκλινικών ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων, που παρατηρήθηκε στην μελέτη μας (2.77%; 95% CI: 2.22 - 3.45), είναι επίσης ανάλογο με αυτά άλλων παρόμοιων μελετών, των οποίων τα αποτελέσματά κυμαίνονται από 1,25% έως 5.5%<sup>152-155,151</sup>.

Επιπροσθέτως παρατηρήσαμε μια αξιοσημείωτη υπερίσχυση του θηλυκού φύλου αναφορικά με τα υποκλινικά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ( $p=0.03$ ) και μία παρόμοια αλλά μη στατιστικά σημαντική τάση για την ΙΨΔ ( $p=0.06$ ). Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν επίσης σε μία σχετική μελέτη στην Πολωνία<sup>155</sup>, ενώ σε άλλες επιδημιολογικές μελέτες, στις οποίες όμως συμμετείχαν άτομα μικρότερης ηλικίας (5-16 ετών), δεν παρατηρήθηκαν παρόμοιες διαφορές. Επίσης η ανάλυση στους κλινικούς υπότυπους της ΙΨΔ δεν έδειξε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με τον καταναγκαστικό υπότυπο (για την ΙΨΔ και τα υποκλινικά συμπτώματα) και η υπερίσχυση του θηλυκού φύλου κυρίως αποδίδεται στο ότι τα κορίτσια ανέφεραν περισσότερες εμμονές συγκριτικά με τα αγόρια. Διαφορές στους υπότυπους της ΙΨΔ ανάμεσα στα δύο φύλα έχουν επίσης αναφερθεί και σε άλλες μελέτες<sup>156</sup>.

#### *6.1.2. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις.*

Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στους περισσότερους κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και την ΙΨΔ ή τα υποκλινικά συμπτώματα, με εξαίρεση τον παράγοντα της παρουσίας οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο παραπάνω παράγοντας έχει συσχετιστεί και με άλλες κοινές ψυχιατρικές διαταραχές στο ίδιο δείγμα, όπως για παράδειγμα με κατάθλιψη<sup>157</sup>, ως ακολούθως το συγκεκριμένο εύρημα δεν περιορίζεται μόνο στην ΙΨΔ. Εντούτοις στη μελέτη μας παρατηρήσαμε θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στις οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια και την κλινική ΙΨΔ ενώ δεν υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις του εν λόγω παράγοντα με τα υποκλινικά συμπτώματα.

Προηγούμενες μελέτες υποστηρίζουν ότι σε αρκετές περιπτώσεις, η ΙΨΔ έπεται μιας υποκλινικής φάσης ηπιότερων συμπτωμάτων<sup>59,158</sup>, και άλλες<sup>159,158</sup> περιγράφουν μία



σειρά γεγονότων (π.χ. μια αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης ή κάποιο άλλο σημαντικό γεγονός), που μπορεί να δρουν καταλυτικά στην διαδικασία μετάβασης από τα υποκλινικά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα στην κλινική μορφή της ΙΨΔ. Το εύρημα μας σχετικά με την σημασία των οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια θα μπορούσε να αποτελέσει μία ένδειξη ότι αυτή η μεταβλητή επίσης διευκολύνει την μετάβαση από τα υποκλινικά συμπτώματα της διαταραχής στην κλινική της μορφή, παρόλο που η συγχρονική φύση των δεδομένων μας είναι ένας προφανής περιορισμός για μια τέτοια επεξήγηση.

Αναλογιζόμενοι την παρούσα Ελληνική οικονομική κρίση, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παραπάνω παρατήρηση αποτελεί μία σημαντική θεωρητική εκδοχή, ιδίως όσον αφορά νεότερα άτομα με ΙΨΔ, καθώς προηγούμενες έρευνες στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι το ποσοστό μετάλλαξης των υποκλινικών συμπτωμάτων στην κλινική ΙΨΔ διαταραχή, σε διάστημα παρακολούθησης δύο ετών, ανέρχεται στο 20%, και περιγράφουν ακόμα υψηλότερα ποσοστά για άτομα που ζουν σε οικογένειες με σοβαρά οικονομικά προβλήματα<sup>135</sup>. Παρόλα αυτά, άλλες μελέτες δείχνουν χαμηλότερα ποσοστά<sup>160,51</sup>.

Τέλος, η απουσία συσχετίσεων με άλλες κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές έχει επίσης παρατηρηθεί και σε άλλα πληθυσμιακά δείγματα<sup>155,151</sup>. Η παραπάνω παρατήρηση αποτελεί πιθανή ένδειξη της σημασίας του ρόλου των βιολογικών παραγόντων αναφορικά με την αιτιολογία της ΙΨΔ, κάτι που έχει φανεί και σε άλλες μελέτες<sup>161,162</sup>.

### *6.1.3. Συννοσηρότητα και χρήση υπηρεσιών υγείας.*

Η ΙΨΔ στην εφηβεία παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα με άλλες κοινές ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και με χρήση ουσιών. Στην μελέτη μας αυτό είναι εμφανές ακόμη και στην υποκλινική μορφή της διαταραχής και έρχεται σε συμφωνία με άλλες μελέτες

σε παιδιά και εφήβους με ΙΨΔ<sup>154,42,151</sup>, σε ενήλικους με ΙΨΔ<sup>64,163,164</sup> ή με άλλες διαταραχές άγχους και διάθεσης<sup>49,37</sup>. Τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι ακόμα και στις υποκλινικές μορφές της ασθένειας, τα νεαρά άτομα με ΙΨΔ αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες.

Όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών υγείας η κλινική ΙΨΔ αλλά και τα υποκλινικά συμπτώματα, σχετίζεται με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών αυτών, είτε για οποιοδήποτε λόγο ή για ψυχολογικούς λόγους, σε σύγκριση με υγιείς έφηβους. Η χρήση των γενικών υπηρεσιών υγείας ήταν πιθανότερη στην υποκλινική μορφή παρά στην κλινική μορφή της ΙΨΔ, ενώ το αντίθετο παρατηρήθηκε όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει μια διστακτικότητα των νέων με ΙΨΔ να αναφέρουν τα συμπτώματά τους στον οικογενειακό ιατρό ή τον παιδίατρο. Προηγούμενες μελέτες επίσης έχουν αναφέρει μια συστολή των νεαρών ατόμων με ΙΨΔ να μιλήσουν για τα συμπτώματά τους επειδή νιώθουν ντροπή ή φοβούνται πως δεν θα βρουν κατανόηση<sup>165</sup>.

## **6.2. Η ΙΨΔ στον ενήλικο γενικό πληθυσμό.**

Όπως και στο δείγμα των εφήβων έτσι και σε αυτό των ενηλίκων, τα ιδεοψυχαναγκαστικά σύνδρομα συναντιούνται σχετικώς συχνά και επιφέρουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής ειδικά όταν είναι χρόνια ή/και συνυπάρχουν με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη. Τόσο η κλινική ΙΨΔ όσο και η υποκλινικές εκδοχές της (σε μικρότερο βαθμό), σχετίζονται με σημαντική συννοσηρότητα και εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής σε σχέση με τα υγιή δείγματα ελέγχου.

### *6.2.1. Επιπολασμός και διαφορές μεταξύ των φύλων.*

Στην μελέτη μας ο επιπολασμός της ΙΨΔ στο συγκεκριμένο δείγμα του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα ανήλθε στο 1.69% (95%CI:1.33–2.05) και βρίσκεται εντός των πλαισίων εύρους τιμών ενός σημαντικού αριθμού εμπειριστατωμένων συστηματικών αναλύσεων, σύμφωνα με τις οποίες ο δια βίου επιπολασμός της ΙΨΔ υπολογίζεται παγκοσμίως σε 2% και σε 1%-1.7% κατά την διάρκεια 1 έως 6 μηνών<sup>58,44</sup>. Ωστόσο παρατηρείται σημαντική διακύμανση στις τιμές των παραπάνω αναλύσεων οι οποίες επηρεάζονται από τις διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια και τα επιδημιολογικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται, καθώς και από τη συμμετοχή ή μη ειδικών ερευνητών στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων<sup>38</sup>.

Κατά τη φάση της αδρής ανάλυσης παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική επίδραση του θηλυκού φύλλου τόσο στην ΙΨΔ όσο και την υποκλινική μορφή της με αναλογία 1.6 και για τις δύο καταστάσεις. Η αναλογία αυτή πλησιάζει στον μέσο όρο τιμών που έχει αναφερθεί σε μια προηγούμενη ανασκόπηση επιδημιολογικών μελετών της ΙΨΔ<sup>60</sup>. Παρόλα αυτά, στη φάση της σταθμισμένης ανάλυσης η επίδραση του φύλλου στην ΙΨΔ και την υποκλινική εκδοχή της, μειώθηκε σημαντικά. Η τελευταία αυτή παρατήρηση είναι μια ένδειξη ότι η επίδραση του φύλου μπορεί να οφείλεται σε συγχυτικές μεταβλητές (π.χ. κοινωνικό-δημογραφικές), ή σε μια γενικότερη τάση που έχουν οι συμμετέχουσες στην παρούσα έρευνα να αναφέρουν γενικώς περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα και όχι αποκλειστικά περισσότερα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

### *6.2.2. Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις.*

Στη μελέτη μας εξετάστηκαν πιθανές συσχετίσεις ενός ευρέος φάσματος κοινωνικό-δημογραφικών-κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και της ΙΨΔ, όμως παρατηρήθηκε μόνο ένας μικρός αριθμός σημαντικών συσχετίσεων στο πλήρες σταθμισμένο μοντέλο.

Το γεγονός αυτό εγείρει ερωτήσεις σχετικές με το κατά πόσο οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της ΙΨΔ είναι λιγότερο σημαντικοί από γενετικούς ή βιολογικούς παράγοντες την στιγμή που σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν την σημαντικότητα της επίδρασης των τελευταίων<sup>166</sup>. Αναφορικά με τον ρόλο αγωγόνων εμπειριών, παλαιότερες αλλά και σύγχρονες έρευνες απέτυχαν να εντοπίσουν συσχετισμούς με την ΙΨΔ με μικρές εξαιρέσεις όπως αυτή της γέννησης ενός παιδιού σε γυναίκες ασθενείς<sup>167</sup>, και της κακοποίησης<sup>168</sup>. Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων στην ΙΨΔ συμπέρανε ότι προς το παρόν, δεν υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις για τον ρόλο κανενός από αυτούς τους παράγοντες στην ανάπτυξη της ΙΨΔ, και ότι περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη<sup>169</sup>.

Στην δική μας ανάλυση παρατηρήθηκε σημαντική θετική συσχέτιση της ύπαρξης του παράγοντα "οικονομικές δυσκολίες" με την ΙΨΔ αλλά όχι με την υποκλινική της μορφή. Ίσως η παραπάνω παρατήρηση να αποτελεί παράδειγμα αντίστροφης αιτιότητας, δηλαδή η ανάπτυξη της ΙΨΔ να οδηγεί σε περισσότερα σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Από την άλλη δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την πιθανότητα ότι οι οικονομικές δυσκολίες να προκαλούν περισσότερο άγχος και με αυτόν τον τρόπο να διευκολύνουν την μετάβαση από την υποκλινική στην κλινική κατάσταση. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η παραπάνω παρατήρηση εντοπίστηκε και στην έρευνα μας με εφήβους<sup>136</sup>. Επίσης όπως σημειώθηκε στην παρούσα μελέτη, η ύπαρξη δύο ή περισσότερων παιδιών στην οικογένεια συσχετίστηκε με την ΙΨΔ συμφωνώντας με την μελέτη των Maina et. al, (1999)<sup>167</sup>. Τέλος τα υποκλινικά συμπτώματα της ΙΨΔ εμφανιζόταν συχνότερα σε άτομα που έπασχαν από κάποια χρόνια παθολογική σωματική ασθένεια, καθώς είναι πιθανόν να ανησυχούν περισσότερο για την κατάσταση τους και έτσι να αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης

ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων σχετικών με την πάθηση τους. Ευρήματα προγενέστερων μελετών επίσης μαρτυρούν ότι ο παράγοντας “άγχος σχετικά με την κατάσταση της υγείας” και η ΙΨΔ συχνά συννοσηρούν και οι ανησυχίες για την υγεία πολλές φορές επικαλύπτονται με ιδεοληψίες σχετικές με την αυτήν<sup>170</sup>.

### *6.2.3. Συννοσηρότητα, ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας*

Τα αποτελέσματα συννοσηρότητας της μελέτης μας επαληθεύουν εκείνα άλλων μελετών<sup>171,21</sup>, που υποστηρίζουν ότι η ΙΨΔ και η Υπό-ΙΨΔ αποτελούν ιδιαίτερα σοβαρά σύνδρομα με υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας και αυτοκτονικού ιδεασμού. Στο δείγμα, μας σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες, που έπασχαν από ΙΨΔ, πληρούσαν επίσης και τα κριτήρια για την διάγνωση της κατάθλιψης. Επίσης η συσχέτιση με την συγκεκριμένη διαταραχή διάθεσης υπήρξε υψηλή (αν και ηπιότερη), ακόμη και στην υποκλινική της μορφή. Σύμφωνα με τα ευρήματα μας, η συννοσηρότητα με την κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, καθώς και την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αναφορικά με το τελευταίο, επιβεβαιώσαμε την τυπική παρατήρηση που συχνά αναφέρουν οι κλινικοί ερευνητές, ότι δηλαδή οι ασθενείς με ΙΨΔ συχνά θα επισκεφτούν για πρώτη φορά την κλινική όταν θα αρχίσουν να υποφέρουν και από κατάθλιψη. Συγκεκριμένα στην ανάλυση των δεδομένων μας παρατηρήθηκε ένας σχεδόν διπλασιασμός (από 21% σε 39%) της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας όταν υπήρξε συννοσηρότητα με την κατάθλιψη. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από έρευνες γενικού πληθυσμού σε άλλες χώρες<sup>172</sup>. Επίσης στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τη διαταραχή πανικού, κάτι που έχει σημειωθεί και σε άλλες μελέτες που χρησιμοποίησαν δείγματα από την κοινότητα<sup>173</sup>. Όσον αφορά την επίδραση της ΙΨΔ στην ποιότητα ζωής παρατηρήθηκε σημαντική έκπτωση συγκριτικά με το δείγμα ελέγχου ακόμη και στην υποκλινική κατάσταση, που επιδεινώνονταν ανάλογα με την χρονιότητα της και την

συννοσηρότητα με την κατάθλιψη. Τέλος σε σύγκριση με άλλες διαταραχές άγχους δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές της επίδρασης της ΙΨΔ στην ποιότητα ζωής των ατόμων, επιβεβαιώνοντας προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα σε άλλα δείγματα<sup>174</sup>.

### **6.3. Η Διαταραχή Πανικού στον ενήλικο γενικό πληθυσμό.**

Όπως παρατηρήθηκε τα σύνδρομα του Πανικού είναι σχετικά κοινά στην Ελληνική επικράτεια και συννοσηρούν με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, γενικευμένη διαταραχή άγχους και φοβίες, παρόλο που η ΔΠ είναι δριμύτερη όσον αφορά την ψυχιατρική συννοσηρότητα, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την επίδραση της στην ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με την υποκλινική της μορφή .

Επίσης, σε αυτή την μελέτη η ΔΠ και η Υπό-ΔΠ εμφάνισαν ανεξάρτητες συσχετίσεις με έναν αριθμό κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών. Συγκεκριμένα η ΔΠ συσχετίστηκε με το θηλυκό φύλο, την παρουσία χρόνιων σωματικών παθήσεων, και τις οικονομικές δυσκολίες, και η Υπό-ΔΠ συσχετίστηκε με παράγοντες όπως η ανεργία, οι οικονομικές δυσκολίες και η παρουσία χρόνιων σωματικών παθήσεων. Επιπλέον και τα δύο σύνδρομα του πανικού σχετίστηκαν με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τόσο για παθολογικούς όσο και για ψυχολογικούς λόγους, σε σύγκριση με τους υγιείς συμμετέχοντες.

#### **6.3.1. Επιπολασμός ΔΠ**

Ο επιπολασμός της ΔΠ ανάμεσα στους συμμετέχοντες αυτής της μελέτης ήταν 1.87% (95% CI: 1.50 - 2.26). Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί με εκείνα ενός εύρους μελετών του γενικού πληθυσμού, ανά τον κόσμο, οι οποίες εκτιμούν τον επιπολασμό της ΔΠ να κυμαίνεται από 1.7% έως 4.7%<sup>104-106</sup>. Παρόμοιες αναφορές σχετικά με τον επιπολασμό των υποκλινικών συμπτωμάτων πανικού σε επιδημιολογικές μελέτες είναι σπάνιες<sup>111</sup>, στην μελέτη μας το ύψος του επιπολασμού του υποκλινικού συνδρόμου του

πανικού (1.61%; 95% CI: 1.26–1.96) ήταν σχετικά ανάλογο με εκείνα παραπλήσιων διαθέσιμων ερευνών, των οποίων τα ποσοστά κυμαίνονταν από 1.90% σε 2.73%<sup>108,37</sup>. Όπως και στην εκτίμηση των Ιδεοψυχαναγκαστικών συνδρόμων έτσι και εδώ οι αποκλίσεις ανάμεσα στις παρατηρήσεις των παραπάνω μελετών, αναφορικά με τον επιπολασμό της ΔΠ και της Υπό-ΔΠ αποδίδονται, μεταξύ άλλων, σε μεθοδολογικές παραλλαγές στη χρήση διαγνωστικών εργαλείων και κριτηρίων<sup>175</sup>, την ανάμειξη ή μη ειδικών ερευνητών στην διαχείριση των συνεντεύξεων<sup>104,38</sup> καθώς και σε διαφορές στα χαρακτηριστικά των δειγμάτων<sup>176</sup>.

### *6.3.2. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις.*

Στην έρευνα μας εξετάστηκαν πιθανές συσχετίσεις ενός ευρέως φάσματος κοινωνικοδημογραφικών-κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, με την ΔΠ και την Υπό-ΔΠ, όπου παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις και των δύο συνδρόμων με τις μεταβλητές οικονομικές δυσκολίες και την παρουσία χρόνιων σωματικών παθήσεων. Σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν επίσης μεταξύ του θηλυκού φύλου και της ΔΠ και ανάμεσα στην Υπό-ΔΠ και την ανεργία. Ευρήματα σύγχρονων επιδημιολογικών μελετών περιγράφουν παρόμοιες συσχετίσεις ανάμεσα στην ΔΠ<sup>105,106</sup> ή την Υπό- ΔΠ<sup>108,37,106</sup> και τους εν λόγω παράγοντες. Οι παραπάνω μελέτες, σε αντίθεση με τη μελέτη μας, αναφέρουν περαιτέρω σημαντικές συσχετίσεις και με άλλους κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες . Για παράδειγμα οι De Jonge et al<sup>106</sup> (2016), σε μια επιδημιολογική μελέτη της ΔΠ, ανέφεραν συσχετίσεις των δύο συνδρόμων με τους παράγοντες ηλικία, κατώτερη εκπαίδευση, και την περίπτωση διαζυγίου/χηρείας. Οι Batelaan et al (2007)<sup>108</sup> επίσης περιέγραψαν επιπλέον κοινωνικοδημογραφικές-κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις με την ΔΠ (π.χ. κατώτερη εκπαίδευση, αστικότητα, χαμηλή αυτοπεποίθηση, χαμηλό εισόδημα νοικοκυριού, ατομική διαμονή), και με τη Υπό-ΔΠ (π.χ. ηλικία, κατώτερη

εκπαίδευση, χαμηλό εισόδημα νοικοκυριού, ατομική διαμονή). Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι και στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ΔΠ και κοινωνικοδημογραφικών-κοινωνικοοικονομικών παραγόντων όπως η ηλικία, το ανώτερο δευτεροβάθμιο μορφωτικό επίπεδο και η απόκτηση δύο ή περισσότερων παιδιών οι οποίες έπαψαν να είναι στατιστικά σημαντικές όταν σταθμίστηκαν για γενική ψυχιατρική συννοσηρότητα (τιμές του CIS-R). Παρομοίως συσχετίσεις μεταξύ της Υπό-ΔΠ και παραγόντων όπως το θηλυκό φύλο, το να είναι κανείς ανύπαντρος/η, η απόκτηση δύο ή περισσότερων παιδιών, η φροντίδα οικίας και η κατώτερη ή ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση που αρχικά εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές δεν αφορούσαν αποκλειστικά την Υπό-Π αφού έχασαν την σημαντικότητά τους όταν σταθμίστηκαν και αυτές για γενική ψυχιατρική συννοσηρότητα.

Εξετάζοντας περαιτέρω τα παραπάνω ερευνητικά αποτελέσματα παρατηρούμε ότι ορισμένοι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικονομικές δυσκολίες) παρουσιάζουν σταθερές σημαντικές συσχετίσεις με τα σύνδρομα πανικού στις περισσότερες σχετικές επιδημιολογικές μελέτες. Η πλειοψηφία τέτοιων επιδημιολογικών ερευνών παγκοσμίως, υποστηρίζει ότι τουλάχιστον κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και την πορεία της ΔΠ<sup>108</sup> (Batelaan et al, 2007). Από την άλλη, αρκετοί ερευνητές περιγράφουν μια διαδικασία πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων ανάμεσα σε γενετικούς<sup>177-179</sup>, περιβαλλοντικούς<sup>134,180,181</sup>, και ψυχολογικούς παράγοντες<sup>132</sup> στην εμφάνιση και εξέλιξη της ΔΠ.

Οι εύρωστες συσχετίσεις των δυο συνδρόμων του πανικού με τις οικονομικές δυσκολίες, που παρατηρήθηκαν στην ανάλυση της παρούσας μελέτης, και που παρέμειναν σημαντικές ακόμη και μετά την στάθμιση τους για γενική ψυχιατρική



συννοσηρότητα, καθώς και οι σημαντικές συσχετίσεις που αναδείχθηκαν μεταξύ της Υπό-ΔΠ και της ανεργίας αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη σημασία αν αναλογιστούμε την τρέχουσα οικονομική κατάσταση που επικρατεί στην χώρα μας. Περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να ρίξει φως στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, που πλήττει την Ελλάδα, σε σχέση με την εμφάνιση και τον επιπολασμό της ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ελληνική επικράτεια και με τον ρόλο που διαδραματίζουν παράγοντες όπως η ανεργία και οι οικονομικές δυσκολίες στην μετάβαση από την υγεία στις υποκλινικές μορφές των ψυχικών διαταραχών και στην εμφάνιση των σοβαρών κλινικών ψυχιατρικών συνδρόμων.

### *6.3.3. Συννοσηρότητα ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας*

Η ΔΠ παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα, έτσι τα άτομα που υποφέρουν από αυτήν επίσης παλεύουν και με επιπρόσθετες ψυχιατρικές διαταραχές<sup>110,106</sup>, κάτι που ισχύει ακόμη και για τις υποκλινικές μορφές του συνδρόμου<sup>112,108</sup>. Η συννοσηρότητα της ΔΠ σχετίζεται με περαιτέρω έκπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Για παράδειγμα, η συννοσηρότητα της ΔΠ με την Μείζονα Κατάθλιψη περιλαμβάνει σημαντικά αυξημένα περιστατικά αποπειρών αυτοκτονίας σε σύγκριση με αυτά που αποδίδονται στην κάθε μια ξεχωριστά<sup>182</sup>.

Στην παρούσα μελέτη οι παραπάνω προτάσεις είναι εμφανείς καθώς τα αποτελέσματα της ανάλυσης μας φανερώνουν ότι η ΔΠ και η Υπό-ΔΠ δοκιμάζουν τα επίπεδα υγείας του ενήλικου γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μας, λίγο λιγότερο από δύο στους τρεις συμμετέχοντας με ΔΠ πληρούσαν επίσης τα κριτήρια της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και των φοβιών (κοινωνική φοβία, αγοραφοβία και όλες οι άλλες υπολειπόμενες φοβίες), ένας στους τρεις επίσης υπέφερε και από καταθλιπτικό επεισόδιο, και περίπου ένας στους επτά υπέφερε και από αυτοκτονικό ιδεασμό. Επιπροσθέτως η συννοσηρότητα με την γενικευμένη διαταραχή άγχους και

τις φοβίες υπήρξε σημαντικά υψηλή (αν και ηπιότερη) ακόμη και στην υποκλινική μορφή του συνδρόμου και το ποσοστό συννοσηρότητας του αυτοκτονικού ιδεασμού με την Υπό-ΔΠ ήταν σχεδόν ίσο με το εκτιμώμενο ποσοστό για την κλινική μορφή της ΔΠ.

Τα ευρήματα της μελέτης μας συμφωνούν με αυτά προηγούμενων μελετών οι οποίες περιέγραφαν αυξημένη συννοσηρότητα μεταξύ της ΔΠ και άλλων ψυχιατρικών συνδρόμων καθώς και με τον αυτοκτονικό ιδεασμό<sup>33,37,113,114,116,106</sup>, και σημαντικές, αν και ηπιότερες, συννοσηρότητες με την Υπό-ΔΠ<sup>112,108,110,37</sup>. Επίσης, η συννοσηρότητα της ΔΠ σχετίζεται με περαιτέρω επιδείνωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών<sup>182</sup> όμως χρειάζεται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να διαφωτιστεί η ακριβής επίπτωση της στην ήδη καταπονημένη καθημερινότητα των ατόμων που βιώνουν αυτήν την περίπλοκη και επώδυνη συμπτωματολογία.

Οι επιπτώσεις της ΔΠ που περιγράφησαν παραπάνω σε συνδυασμό με την επίμονη και υποτροπιάζουσα πορεία της<sup>183,37</sup>, συχνά έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η αυξημένη αυτή χρήση έχει παρατηρηθεί σε πολλές μελέτες<sup>184,117,19</sup>, όπως και στην δική μας, όπου οι συμμετέχοντες που υπέφεραν από ΔΠ ή Υπό-ΔΠ εμφάνιζαν σημαντικά αυξημένες επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς για παθολογικά αίτια, ή σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας για ψυχολογικά αίτια σε σύγκριση με τους υγιείς συμμετέχοντες.

Τέτοιες επισκέψεις πυροδοτούνται από ξαφνικά και έντονα σωματικά συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με την ΔΠ, μιμούνται παθολογικά σύνδρομα όπως το άσθμα και οι καρδιαγγειακές παθήσεις και απαιτούν μια μακρά σειρά χρονοβόρων και ακριβών διαγνωστικών διαδικασιών<sup>118,19</sup>. Η πολυπλοκότητα των συμπτωμάτων και η υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, κάνει τη διάγνωση της ΔΠ μια δύσκολη υπόθεση<sup>185</sup>. Σύμφωνα με τους Vermani et al (2011)<sup>15</sup>, τα ποσοστά λανθασμένων

διαγνώσεων για τη ΔΠ ανάμεσα σε 840 ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανέρχονταν στο πολύ υψηλό μέγεθος του 85.8%. Η αστοχία αυτή μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εμπόδιο στην ανακούφιση των ατόμων που πάσχουν από ΔΠ .

## **7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Στην μελέτη μας, υπάρχουν ορισμένα ζητήματα σχετικά με τον σχεδιασμό, την μεθοδολογία και την συγκέντρωση των δεδομένων που θα μπορούσαν να θεωρηθούν αφενός ως περιορισμοί και αφετέρου ως δυνητικά πεδία βελτίωσης σε επερχόμενες μελέτες. Συγκεκριμένα τόσο η Σχολική Μελέτη της Ηπείρου όσο και η Ερευνα Ψυχιατρικής Νοσηρότητας, από τις οποίες αντλήσαμε τα δεδομένα μας, ήταν συγχρονικού τύπου μελέτες. Τέτοιες μελέτες ενώ παρουσιάζουν μια σειρά πρακτικών (οικονομία χρόνου, χαμηλότερο κόστος) και ερευνητικών (γενίκευση αποτελεσμάτων) πλεονεκτημάτων, από την άλλη δεν επιτρέπουν να συνάγουμε αιτιολογικές σχέσεις, καθώς όλες οι σημαντικές συσχετίσεις που εντοπίστηκαν στην μελέτη μας θα μπορούσαν να είναι αμφίδρομες.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του παραπάνω περιορισμού αφορά την σημαντική συσχέτιση που παρατηρήσαμε, μεταξύ του παράγοντα οικονομικές δυσκολίες και της ΙΨΔ. Η εν λόγω συσχέτιση θα μπορούσε να αποτελέσει μία σοβαρή ένδειξη ότι αυτή η μεταβλητή συμβάλλει στην μετάβαση από τα υποκλινικά συμπτώματα της διαταραχής στην κλινική της μορφή, όπως έχει αναφερθεί για παρόμοιους στρεσογόνους παράγοντες σε άλλες μελέτες<sup>159,158</sup>. Από την άλλη όμως η παρατήρηση αυτή είναι πιθανόν να αποτελεί παράδειγμα αντίστροφης αιτιότητας, δηλαδή η ανάπτυξη της ΙΨΔ να έχει προκαλέσει σοβαρότερα οικονομικά προβλήματα. Η συγχρονική φύση της μελέτης μας είναι ένας προφανής περιορισμός για οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερμηνείες, οι οποίες θα μπορούσαν να στηριχθούν με επάρκεια μόνο με κατάλληλα στοιχεία που θα απέρρεαν από επιδημιολογικές μελέτες διαχρονικού τύπου.

Επίσης στην μελέτη ψυχιατρικής νοσηρότητας, παρόλο που το δείγμα ήταν σε μεγάλο βαθμό αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας, το ποσοστό ανταπόκρισης έφτασε το 54% και έτσι δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την πιθανότητα μεροληπτικής επιλογής, ειδικότερα αν τα άτομα με σοβαρά ψυχικά σύνδρομα αρνούνταν συστηματικά να συμμετάσχουν στην έρευνα. Επιπροσθέτως η χρήση μιας δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης της οποίας δεν έχει εξεταστεί η κλινική της εγκυρότητα σε σχέση με τα κοινά ψυχιατρικά σύνδρομα, όπως ορίστηκαν για αυτήν την μελέτη, ενέχει τον κίνδυνο της υπερεκτίμησης του επιπολασμού των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στην κοινότητα<sup>186</sup>. Επιπλέον, η παρουσία χρόνιων σωματικών παθήσεων εξετάστηκε μέσω αυτό-αναφορών, μελέτες παρατηρούν ανακρίβειες στις αυτό-αναφορές συμμετεχόντων σχετικά με την ύπαρξη ή μη, κάποιας χρόνιας σωματικής πάθησης<sup>187,188</sup>. Τέτοιες ασυνέπειες συχνά σχετίζονται, μεταξύ άλλων, με παράγοντες όπως ο τύπος της ασθένειας<sup>187,188</sup>, η εθνότητα, η ηλικία και η οικονομική κατάσταση του ατόμου<sup>189</sup>. Τέλος, καθώς η διάρκεια των ψυχιατρικών συμπτωμάτων εξετάστηκε αναδρομικά υπήρξε ο κίνδυνος εμφάνισης σφαλμάτων ανάκλησης (recall bias) αφού η χρονική απόσταση ανάμεσα στην εμφάνιση ενός συμπτώματος και στην ανάκληση του έχει σχετιστεί με τέτοιου είδους σφάλματα.

Το δείγμα εφήβων της σχολικής μελέτης της Ηπείρου, αποτελούνταν από μαθητές ημερησίων ενιαίων λυκείων χωρίς να έχουν συμπεριληφθεί σε αυτό έφηβοι μαθητές τεχνικών/επαγγελματικών λυκείων, ή/και έφηβοι που για κάποιο λόγο έχουν διακόψει την φοίτησή τους, και αυτό δεν επιτρέπει την ασφαλή γενίκευση των ευρημάτων μας. Επίσης η άντληση στοιχείων σχετικών με έναν αριθμό κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που αφορούσαν τους γονείς των συμμετεχόντων εφήβων (οικονομική κατάσταση, κοινωνικό επίπεδο, μόρφωση) έγινε μέσω αυτό-αναφορών των τελευταίων και αυτό θα μπορούσε να επηρεάσει την ακριβή ταξινόμηση των στοιχείων στις

ανάλογες κατηγορίες<sup>190,191</sup>, αν και τα συμπεράσματα μελετών που εξετάζουν την αξιοπιστία της παραπάνω μεθόδου έχουν χαρακτηριστεί ασαφή<sup>192</sup>. Παρόλα αυτά μια λανθασμένη ταξινόμηση θεωρείται τυχαία και τείνει να επηρεάζει τα αποτελέσματα προσεγγίζοντας τις μηδενικές τιμές (null values) καθιστώντας πιθανότερη την εμφάνιση ψευδώς αρνητικών σφαλμάτων (τύπου II).

Επιπροσθέτως η ερώτηση σχετικά με την εργασιακή κατάσταση των γονέων παρείχε πληροφορίες μόνο για τον τύπο απασχόλησης τους καθώς δεν συμπεριλάμβανε άλλα στοιχεία σχετικά με την ιεραρχία των γονέων μέσα στον επαγγελματικό κλάδο που ανήκαν. Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήσαμε την μεταβλητή της αυτό-αναφερόμενης σχολικής επίδοσης και όχι μεταβλητές που να βασίζονται σε αντικειμενικά και πιο αξιόπιστα δεδομένα (π.χ. επίσημη βαθμολογία ή επίσημα αποτελέσματα σχολικών εξετάσεων). Αυτό έγινε καθώς στόχος μας δεν ήταν ο διαχωρισμός των μαθητών σε καλούς και αδύναμους βάση των επιδόσεών τους, αλλά το να ορίσουμε μια μεταβλητή η οποία θα αντανάκλασε τον τρόπο που οι έφηβοι αντιλαμβάνονταν τις επιδόσεις τους στο σχολικό περιβάλλον. Παρόμοιες μετρήσεις που εστιάζουν στην υποκειμενική αντίληψη της σχολικής επίδοσης χρησιμοποιούνται συχνά και σε μελέτες σχετικές με τον σχολικό εκφοβισμό<sup>111</sup>.

Τέλος, ενώ υπήρξε αναδρομική καταγραφή της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (κατά την διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών), ο επιπολασμός των συμπτωμάτων της ΙΨΔ και της ΔΠ αφορούσε μόνο την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Έτσι ήταν πιθανό άτομα τα οποία έπασχαν από τα υπό διερεύνηση σύνδρομα, για κάποιο διάστημα στους τελευταίους δώδεκα μήνες, και που ακολούθως υπήρξε ύφεση των συμπτωμάτων τους (π.χ. λόγω θεραπείας) να έχουν καταχωρηθεί στην ομάδα ελέγχου αφού δεν αντιμετώπισαν τέτοιου είδους συμπτώματα στο εξεταζόμενο διάστημα της τελευταίας εβδομάδας.

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτή την μελέτη διερευνήσαμε τον επιπολασμό, την συννοσηρότητα, και τη συμπτωματολογία της ΙΨΔ τόσο στην όψιμη εφηβεία όσο και την ενήλικη ζωή σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του γενικού πληθυσμού. Επίσης εξετάσαμε κοινούς πρότυπους συσχετισμούς μεταξύ των υποκλινικών εκδοχών της διαταραχής και της κλινικής ΙΨΔ καθώς και πιθανές συσχετίσεις των δύο συνδρόμων με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την επίδραση των ιδεοψυχαναγκαστικών συνδρόμων στην ποιότητα ζωής των ενήλικων συμμετεχόντων. Ομοίως έγινε διερεύνηση της ΔΠ και των υποκλινικών εκδοχών της σε σχέση με τον επιπολασμό της στον γενικό πληθυσμό την συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, τις επιπτώσεις της στην ποιότητα ζωής, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τη συσχέτιση της με έναν αριθμό κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τόσο τα κλινικά σύνδρομα της ΙΨΔ και της ΔΠ όσο και οι υποκλινικές εκδοχές τους είναι κοινά στους υπό εξέταση πληθυσμούς. Επίσης αξιοσημείωτη υπήρξε η συννοσηρότητα τους ακόμη και στις υποκλινικές κατηγορίες .

Συγκεκριμένα η ΙΨΔ στην εφηβεία παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα με άλλες κοινές ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και με χρήση ουσιών. Στην μελέτη μας αυτό είναι εμφανές και στην υποκλινική μορφή της διαταραχής κάτι που υποδηλώνει ότι ακόμα και στις υποκλινικές μορφές της ασθένειας, τα νεαρά άτομα με ΙΨΔ αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες. Όσον αφορά τον ενήλικο πληθυσμό κι εδώ φαίνεται ότι η ΙΨΔ και η Υπό-ΙΨΔ αποτελούν ιδιαίτερα σοβαρά σύνδρομα με υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας και αυτοκτονικού ιδεασμού που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ιδίως όταν συννοσηρούν με κατάθλιψη.

Επίσης στην ανάλυση μας φαίνεται ξεκάθαρα η σοβαρή επίδραση της ΔΠ και της Υπό-ΔΠ, καθώς και τα δύο αυτά σύνδρομα φαίνεται να δοκιμάζουν σημαντικά τα επίπεδα υγείας του ενήλικου γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα αφού και γι' αυτές παρατηρούνται υψηλές συννοσηρότητες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, παρόλο που η ΔΠ υπήρξε δριμύτερη όσον αφορά την ψυχιατρική συννοσηρότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, σε σύγκριση με το υποκλινικό σύνδρομο.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα μας, η συσχέτιση ενός ευρέως φάσματος κοινωνικοδημογραφικών - κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και των εν λόγω συνδρόμων καταλήγουν σε περιορισμένες σημαντικές παρατηρήσεις, και αυτό αποτελεί πιθανή ένδειξη της σημασίας των βιολογικών παραγόντων στην εμφάνιση των υπό εξέταση κλινικών συνδρόμων. Από την άλλη η σημαντική συσχέτιση της παρουσίας οικονομικών δυσκολιών, που ήταν κοινή τόσο στα κλινικά σύνδρομα της ΓΨΔ και της ΔΠ όσο και στην υποκλινική εκδοχή της ΔΠ, είναι ιδιαίτερα σημαντική αν λάβουμε υπόψη την κοινωνικοοικονομική κρίση που εδώ και δέκα περίπου χρόνια μαστίζει την χώρα μας. Δεδομένου ότι η συλλογή των στοιχείων μας έλαβε χώρα στην απαρχή αυτής της κοινωνικοοικονομικής λαίλαπας θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να μελετηθούν το απορρέον τραύμα αλλά και η ανθεκτικότητα της Ελληνικής κοινωνίας και ιδιαίτερα των κοινωνικών εκείνων στρωμάτων που έχουν πληγεί περισσότερο.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα είναι η πρώτη επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα, που με την χρήση ενός ευρέος δείγματος μαθητών λυκείων και ενός εθνικά αντιπροσωπευτικού δείγματος του γενικού ενήλικου πληθυσμού, εκτιμά τον επιπολασμό, την συννοσηρότητα, την ποιότητα ζωής, την χρήση υπηρεσιών υγείας και τις συσχετίσεις με έναν αριθμό κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων της Διαταραχής Πανικού, της Ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής και των σχετικών αντίστοιχων υποκλινικών

συνδρόμων. Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις τα παραπάνω σύνδρομα είναι κοινά στον γενικό ενήλικο Ελληνικό πληθυσμό με σημαντικά ποσοστά συννοσηρότητας, σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από αυτά για τον κλινικό τύπο και με ηπιότερες αλλά επίσης αξιοσημείωτες ανάλογες συνέπειες στην υποκλινική μορφή τους.

Όπως έχει προταθεί, η πορεία των εν λόγω κλινικών διαταραχών, καθώς συμβαίνει και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, χαρακτηρίζεται από μια συνέχεια<sup>24</sup>, και η δριμύτητα των συμπτωμάτων τους μπορεί να εξελιχθεί από ήπιες σε πιο σοβαρές εκδοχές τους<sup>59,158,37</sup>, όπου τα υποκλινικά σύνδρομα μπορεί να θεωρηθούν ένας μεταβατικός χώρος ανάμεσα στην υγεία και την κλινική διαταραχή<sup>108</sup>. Στην μελέτη μας παρατηρήθηκαν ηπιότερες συσχετίσεις με τα υποκλινικά συμπτώματα υποδηλώνοντας ένα χαμηλότερο αντίκτυπο στις ζωές των συμμετεχόντων σε σύγκριση με την επίδραση της ΔΠ και της ΙΨΔ. Οι παρατηρήσεις αυτές εγείρουν ερωτήσεις σε σχέση με την εμφάνιση και την πορεία αυτών των διαταραχών και δίνουν το έναυσμα για νέες μελέτες προκειμένου να φωτίσουν την διαδρομή της μετάβασης των διαταραχών από τις ήπιες εκδοχές τους στα κλινικά σύνδρομα. Για παράδειγμα νέες μελέτες θα μπορούσαν να ερευνήσουν την πιθανότητα ύπαρξης μιας ενδιάμεσης θέσης την οποία καταλαμβάνουν οι υποκλινικές μορφές του πανικού ή των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και μιας μεταβατικής διαδικασίας από αυτές στα κλινικά σύνδρομα τους.

Παραπάνω, ανάμεσα σε άλλα, συνάγεται η σημασία της έγκαιρης αντιμετώπισης των υποκλινικών συμπτωμάτων του πανικού και του ιδεοψυχαναγκασμού, καθώς αυτή θα μπορούσε να αποτρέψει μια πιθανή μετάβαση σε πιο σοβαρές κλινικές εκδοχές. Αν λάβουμε υπόψη την διαφαινόμενη διστακτικότητα του δείγματος των νέων με ΙΨΔ να αναφέρουν τα συμπτώματά τους και την περιγραφόμενη από άλλες έρευνες συστολή



των νεαρών ατόμων με ΙΨΔ να μιλήσουν για αυτά<sup>165</sup> καταλαβαίνουμε πόσο σημαντική είναι η αποτελεσματική πρώτη προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών τους και να τους δώσουν την ευκαιρία μιας έγκαιρης και εύστοχης αντιμετώπισης του σοβαρού εξελισσόμενου προβλήματος που αντιμετωπίζουν.

Οι παρεμβάσεις για την διαχείριση της ΙΨΔ έχουν προσφάτως επανεξεταστεί και τα στοιχεία μαρτυρούν την αποτελεσματικότητα και την εξοικονόμηση πόρων αρκετών φαρμακολογικών και ψυχοθεραπευτικών θεραπειών<sup>38</sup>. Όμως το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της ΙΨΔ είναι αφενός η αναγνώριση της διαταραχής από τους ασθενείς και τους παρόχους υπηρεσιών και αφετέρου η διαθεσιμότητα εξειδικευμένων υπηρεσιών. Η μελέτη μας δείχνει ότι ενώ η ΙΨΔ είναι συχνή στην Ελλάδα, η αντιμετώπιση της δεν είναι επαρκής. Παρόλο που στην ηπειρωτική Ελλάδα υπάρχουν διαθέσιμες δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι περισσότερες από αυτές προσφέρουν φαρμακολογική αντιμετώπιση, ενώ η χρήση Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας ή ο συνδυασμός θεραπειών είναι περιορισμένος, ειδικά στις δημόσιες υπηρεσίες. Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις μας υπάρχει μια ανεκπλήρωτη ανάγκη έγκαιρης αντιμετώπισης της ΙΨΔ και των σχετικών συνδρόμων και η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών είναι απαραίτητη.

Επίσης η κατάχρηση των γενικών και ψυχολογικών υπηρεσιών υγείας, από τα άτομα με ΔΠ, και οι συνέπειες που αυτή συνεπάγεται θα μπορούσαν να περιοριστούν με την σχεδίαση πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών πλάνων όπου οι ασθενείς θα έχουν την δυνατότητα να δεχθούν έγκαιρη και εξειδικευμένη φροντίδα. Τέτοιες εξειδικευμένες δομές υγείας που προσφέρουν υψηλή ποιότητα στην διαχείριση και θεραπεία της ΔΠ και άλλων ψυχικών διαταραχών συναντώνται σπανίως στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα.

Παρά την διαθεσιμότητα αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης των παραπάνω διαταραχών<sup>185</sup>, σε πολλές περιπτώσεις στην χώρα μας η ψυχολογική και ψυχιατρική διαχείριση τους είναι σύντομη και περιορίζεται σε κοινή ενθάρρυνση στην πρώτη περίπτωση και τυποποιημένη συνταγογράφηση φαρμάκων στην δεύτερη. Γι' αυτόν τον λόγο πρέπει να δοθεί έμφαση στην προώθηση και την καθιέρωση εξειδικευμένων υπηρεσιών και πρωτοκόλλων όπου οι ασθενείς θα δέχονται την αποτελεσματικότερη θεραπεία, θα έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν ενεργά στην διαμόρφωση της πορείας της, να εκπαιδεύονται σχετικά με την φύση αυτής της διαταραχής καθώς και σε τεχνικές ατομικής διαχείρισης αυτών των τόσο εξουθενωτικών συνδρόμων.

## 9. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται σταθερά να είναι οι πιο συχνές ψυχικές παθήσεις, καθώς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά δια βίου επιπολασμού (16,6%) και επιπολασμού ενός έτους (10,6%)<sup>5</sup>. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση πάνω από 60 εκατομμύρια ατόμων προσβάλλονται από αυτές κάθε χρόνο, ενώ οι οικονομικές συνέπειες των εν λόγω συνδρόμων στις Ηνωμένες Πολιτείες, κατά την διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών έχει υπολογιστεί στα 42 δις το χρόνο. Ανάμεσα τους η Διαταραχή Πανικού και (μέχρι προσφάτως) η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή, οι οποίες σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντική συννοσηρότητα και γενικότερα σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής .

ΣΤΟΧΟΣ της παρούσας διατριβής είναι η εκτίμηση του επιπολασμού της Διαταραχής Πανικού και της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, των επίπεδων συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και της επίδρασή των δύο αυτών συνδρόμων στην ποιότητα ζωής των ασθενών και της χρήσης υπηρεσιών υγείας, σε δύο αντιπροσωπευτικά δείγματα του ελληνικού πληθυσμού, εφήβων και ενηλίκων.

ΔΕΙΓΜΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε α) δείγμα μαθητών λυκείων ηλικίας 15 – 18 ετών οι οποίοι φοιτούσαν σε 23 σχολικές μονάδες της Ηπείρου, της Αιτωλοακαρνανίας, της Αττικής (Καλλιθέα) και της Πάρου (N=2.431) και β) αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού ενήλικου Ελληνικού πληθυσμού (N=4894). Για την εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε κάθε δείγμα χρησιμοποιήθηκε η αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη (CIS-R). Η εξέταση της ποιότητας ζωής στο δεύτερο δείγμα έγινε με την χρήση του εργαλείου EuroQoL EQ-5D.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

α) Ο επιπολασμός της ΙΨΔ στο δείγμα εφήβων ήταν 1.39% (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 1,05%-1,84%) ενώ αυτός των υποκλινικών ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων ήταν 2.77% [CI]: 2,22%-3,45%). Το 1,69% των ενήλικων συμμετεχόντων (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 1,33%-2,05%) πληρούσαν τα κριτήρια για ΙΨΔ ενώ 2,79% πληρούσαν τα κριτήρια για τα ιδεοψυχαναγκαστικά υποκλινικά συμπτώματα (95% CI: 2.33% - 3,26%). Επίσης και στα δύο δείγματα, στην σταθμισμένη ανάλυση, λίγες κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις παρέμειναν στατιστικά σημαντικές. Επίσης τόσο η ΙΨΔ όσο και η υποκλινική της εκδοχή, στα δείγματα εφήβων και ενηλίκων, σχετίζονται με σημαντικές εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής των και αυξημένη συννοσηρότητα, αν και στην περίπτωση του κλινικού συνδρόμου η επιπτώσεις ήταν πιο σοβαρές. Τέλος η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας υπήρξε σχετικά περιορισμένη και αυξανόταν σε περίπτωση συννοσηρότητας με κατάθλιψη.

β) το 1,87% των συμμετεχόντων (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 1,50%-2,26%) πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΠ και 1,61% πληρούσαν τα κριτήρια για τα υποκλινικά συμπτώματα πανικού (95% CI: 1,26% - 1,96%). Η ΔΠ ή τα υποκλινικά συμπτώματα πανικού συσχετίστηκαν μόνο με έναν περιορισμένο αριθμό κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, ειδικότερα μετά την σταθμισμένη ανάλυση. Επίσης και τα δύο αυτά σύνδρομα πανικού σχετίζονται με σημαντικές εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας για ψυχολογικά ή παθολογικά αίτια σε σύγκριση με υγιή άτομα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τόσο τα κλινικά σύνδρομα της ΙΨΔ και της ΔΠ όσο και οι υποκλινικές εκδοχές τους δοκιμάζουν τα επίπεδα υγείας των υπό εξέταση πληθυσμών,

και σχετίζονται με σημαντικές εκπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους, καθώς παρατηρούνται υψηλές συννοσηρότητες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Οι παραπάνω επιπτώσεις παρουσιάζονται ηπιότερες στα υποκλινικά σύνδρομα. Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή είναι σοβαρό πρόβλημα υγείας και η αντιμετώπιση της θεωρείται ανεπαρκής στην Ελλάδα και αλλού. Η προαγωγή εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα στα χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο συστήματα υγείας. Επίσης η παρατηρηθείσα κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας από άτομα που υποφέρουν από συμπτώματα πανικού καλεί για την σχεδίαση πιο αποτελεσματικών πολιτικών αντιμετώπισης.

## 10. ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Anxiety disorders constantly appear to be more common than other mental disorders, with reportedly high lifetime (16, 6%) and one year (10, 6%) prevalence rates<sup>5</sup>. Every year over 60 million EU citizens face the burden of anxiety disorders and the estimated economic consequences of past decades in the US reaches as high as 42 billion dollars yearly. Among them, Panic Disorder and (until recently) Obsessive Compulsive Disorder display significant comorbidity in many epidemiological studies, with serious impact in the quality of patients' lives.

**AIM:** The aim of the present study was to describe the prevalence and sociodemographic associations of panic disorder (PD), obsessive compulsive disorder (OCD) and related subthreshold symptoms and to appraise the comorbidity, use of services and impact on quality of life of these syndromes, in two representative samples of the adolescent and adult general population in Greece.

**METHODS:** for the purposes of this study 2 samples are used, a) a total of 2427 adolescents (15-18 years) attending senior high schools in Greece were selected for a detailed psychiatric interview and b) a secondary analysis of the 2009-2010 general population Greek psychiatric morbidity survey (4902 participants living in private households, response rate 54%). Psychiatric disorders in both samples were assessed with the revised Clinical Interview Schedule (CIS-R). Quality of life was assessed with the EuroQoL EQ-5D in the second sample. Use of alcohol, nicotine and cannabis, and several socio-demographic and socio-economic variables were also assessed,

**RESULTS:** a) The prevalence of OCD in the adolescents' sample was 1.39% (95% confidence interval [CI]: 1.05–1.84) while that of subclinical obsessive–compulsive symptoms was 2.77% (2.22–3.45). Financial difficulties of the family were the only

socio-demographic variable that was significantly associated with OCD but not with subclinical symptoms. In the adult population sample 1.69% of the participants (95% confidence interval [CI]: 1.33% – 2.05%) met criteria for OCD while 2.79% met criteria for subthreshold obsessive-compulsive symptoms (95% CI: 2.33% - 3.26%). For both samples, in the adjusted analysis very few sociodemographic associations remained statistically significant. Although the full-blown syndrome was more severe in terms of comorbidity and quality of life our results showed that even subthreshold obsessive-compulsive symptoms were associated with significant comorbidity and reductions in quality of life. Use of mental health services was relatively limited but significantly increased in the case of comorbidity with depression. b) 1.87% of the participants (95% confidence interval [CI]: 1.50% – 2.26%) met criteria for PD and 1.61% met criteria for subclinical PD (95% CI: 1.26% - 1.96%). PD or subclinical PD was independently associated with a limited number of sociodemographic and socioeconomic variables especially after the adjusted analysis. Both panic related conditions involved significant reductions in quality of life and elevated utilization of health services for both medical and psychological reasons in comparison to healthy participants

CONCLUSION: Both clinical and subclinical versions of the researched syndromes test the levels of public health in Greece with substantial comorbidity and impaired quality of life. The abovementioned consequences appear to be milder in the subclinical syndromes. OCD is an under-treated public health problem that needs more attention in Greece and elsewhere. Provision of specialised mental health services should be a priority for publicly funded national health systems. What is more the observed use of the general and psychological health services among adults with panic symptoms calls for more efficient diagnostic and treatment policies.

## 11. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wittchen H, and Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005, 15(4): 357-376.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009, 18(1): 23–33.
3. Vos T, Flaxman A, Naghavi M, et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012, 380(9859): 2163-2196.
4. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Intl J Epidemiol* 2014, 43(2): 476–493.
5. Somers J, Goldner E, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006, 51(12):100-113.
6. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011, 21(9): 655-679.
7. Greenberg P, Sisitsky T, Kessler RC, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999, 60(7): 427-435.
8. Andlin-Sobocki P, and Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. *Eur J Neurol* 2005, 12(1): 39-44.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 2013, (5th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
10. Skoog G, and Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive–compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56(2): 121–7.
11. Fenske J, and Schwenk T. Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2009, 80(3): 239-45.
12. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: An international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med* 2000 30(3):693-703.
13. Olfson M, Shea S, Feder A, et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med* 2000, 9(9): 876-83.



14. Wittchen HU. Met and unmet need for interventions in community cases with anxiety disorders, In: Andrews G, Henderson S. (Eds), *Unmet Need in Psychiatry. Problems, Resources, Responses 2000*. Cambridge University Press, Cambridge, 256-276.
15. Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011, 13 (2).
16. Patel A, Knapp M, Henderson J, et al. The economic consequences of social phobia. *J Affect Disord* 2002, 68(2-3), 221-33.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 1980 (3rd ed.) Washington, DC: Author.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 1987 (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
19. Davidoff J, Christensen S, Khalili DN, et al. Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Qual Life Res* 2012, 21:945– 959.
20. Kessler R, Anthony J, Blazer D, et al. The US National Comorbidity Survey: overview and future directions. *Epidemiol Psychiatr Soc* 1997, 6:4-16.
21. Ruscio A, Stein D, Chiu W, et al. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol. Psychiatry* 2010, 15(1): 53-63.
22. Goldstein-Piekarski A, Williams L, and Humphreys K. A trans-diagnostic review of anxiety disorder comorbidity and the impact of multiple exclusion criteria on studying clinical outcomes in anxiety disorders. *Transll Psychiatry* 2016, 6(6):847.
23. Michael T, Zetsche U, and Margraf J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007, 6(4): 136-142
24. Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P, et al. Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60: 1117–1122.
25. Lamers F, van Oppen P, Comijs H, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* 2011, 72(3): 341-348.
26. Fawcett J, and Kravitz H. Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness. *J Clin Psychiatry* 1983, 44(8 Pt 2):8–11.
27. Wittchen HU, Beesdo K, Bittner A, et al. Depressive episodes, evidence for a causal role of primary anxiety disorders. *Eur Psychiatry* 2003, 18(8): 384-393.

28. Bittner A, Goodwin R, Wittchen H, et al. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry* 2004, 65: 618-626.
29. Back S, and Brady K. (2008). Anxiety Disorders with Comorbid Substance Use Disorders: Diagnostic and Treatment Considerations. *Psychiatric annals* 2008, 38(11): 724–729.
30. Torres AR, Ferrão YA, Shavitt RG, et al. Panic disorder and agoraphobia in OCD patients: Clinical profile and possible treatment implications. *Compr Psychiatry* 2014, 55: 588–597.
31. Ducat L, Philipson L, and Anderson B. The mental health comorbidities of diabetes. *JAMA* 2014, 312(7): 691–692.
32. Meuret A, Kroll J, and Ritz T. Panic Disorder Comorbidity with Medical Conditions and Treatment Implications. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 2017, 13:12.
33. Nepon J, Belik SL, Bolton J and Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depress Anxiety* 2010, 27:791–798.
34. Bystrisky A. Treatment-resistant anxiety disorders. *Mol Psychiatry* 2006, 11(9): 805-14.
35. Kessler R, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003, 289(23): 3095-3105.
36. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 2013, 13:163.
37. Skapinakis P, Lewis G, Davies et al. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: Epidemiology, comorbidity and functional limitation. *Eur Psychiatry* 2011, 26(6) : 354-362.
38. Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W, et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016, 3(8):730–739.
39. Macy A, Theo J, Kaufmann S, et al. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectr* 2013. 189(1): 21–33.
40. Stewart S, Geller D, Jenike M, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110(1): 4–13.

41. Geller D. Obsessive–compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin N* 2006, 29(2): 353–70.
42. Douglass H, Moffitt T, Dar R, et al. Obsessive–compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34(11): 1424–31.
43. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, et al. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Br J Psychiatry* 2001, 179:324-9.
44. Fontenelle L, Mendlowicz M, and Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive–compulsive disorder. *Prog Neuro psychopharmacol Biol Psychiatry* 2006, 30(3): 327–337.
45. Jaisoorya T, Janardhan Reddy Y, Thennarasu K, et al. An epidemiological study of obsessive compulsive disorder in adolescents from India. *Compr Psychiatry* 2015, 61:106–14.
46. Verhulst F, Van Der Ende J, Ferdinand R, et al. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54(4):329–36.
47. Rapoport J, and Inoff-Germain G. Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, 41:419–31.
48. Fineberg N, Hengartner M, Bergbaum C, et al. A Prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013, 17(3):170-8.
49. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al. From depressive symptoms to depressive disorders: The relevance of thresholds. *Br J Psychiatry* 2010, 196(5): 365-371.
50. van Os J. The dynamics of subthreshold psychopathology: implications for diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 2013, 170:695–8.
51. Valleni-Basile L, Garrison C, Waller J, et al. Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35(7): 898-906.
52. de Mathis M, Alvarenga P, Funaro G, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature rev. *Bras Journal Psiquiatr* 2011, 33(4): 390-399.
53. Guerrero A, Hishinuma E, Andrade N, et al. Demographic and clinical characteristics of adolescents in Hawaii with obsessive-compulsive disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003, 157(7): 665-670.

54. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, et al. Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health, *Int Rev Psychiatry* 2003, 15(1-2):178-84.
55. Mathews C, Jang K, Hami S, et al and Stein, M. The structure of obsessionality among young adults. *Depress Anxiety* 2004, 20(2): 77–85.
56. Meier S, Mattheisen M, Mors O, et al. Mortality among persons with obsessive-compulsive disorder in Denmark. *JAMA Psychiatry* 2016. 73(3):268–274.
57. Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *J Affect Disord.* 2010, 124(3):291-9.
58. Torres A, and Lima M. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A review. *Re. Bras. Psiquiatr* 2005. 27(3): 237-242.
59. Pinto A, Mancebo M, Eisen J, et al. The brown longitudinal obsessive compulsive study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry* 2006, 67(5):703–11.
60. Fontenelle L, and Hasler G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008. 32(1): 1-15.
61. Degonda M, Angst J. The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993, 243(2):95-102.
62. Crino R, Slade T, Andrews G. The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2005,162(5):876-82.
63. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, et al. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000, 250(5):262-8.
64. Angst J, Gamma A, Endrass J, et al. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 255(1): 65-71.
65. Subramaniam M, Soh P, Vaingankar J, et al (2013). Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder: Impact of the Disorder and of Treatment *CNS Drugs* 2013, 27(5): 367-83.
66. Amir et al Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord.* 2000, 14(3):209-17.

67. Weingarden H, Renshaw KD. Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord.* 2015,171:74-84.
68. Bistrisky 2001Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety*2001, 14(4):214-8.
69. Dell'osso et al 2013 Dell'Osso B, Camuri G, Benatti B, et al. Differences in latency to first pharmacological treatment (duration of untreated illness) in anxiety disorders: a study on patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Early Interv Psychiatry* 2013,7:374-80.
70. Aydin S, Arica N, Ergul E, et al. Classification of obsessive compulsive disorder by EEG complexity and hemispheric dependency measurements. *Int J Neural Syst* 2015, 25:155
71. Taylor S. Disorder-Specific Genetic Factors in Obsessive-Compulsive Disorder: A Comprehensive Meta-Analysis. *Am J Med Genet Part B* 2016, 171B:325–332.
72. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clin Psychol Rev* 2011, 31:1361-1372.
73. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57(4):358-63.
74. Albert U, Maina G, Ravizza L, et al. An exploratory study on obsessive compulsive disorder with and without a familial component: Are there any phenomenological differences? *Psychopathology* 2002, 35:8–16.
75. Fyer AJ, Lipsitz JD, Mannuzza S, et al. A direct interview family study of obsessive-compulsive disorder. I. *Psychol Med.* 2005, 35(11):1611-21.
76. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, et al. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry* 2006, 163(11):1986-92.
77. Black DW, Stumf A, McCormick B, et al. A blind re-analysis of the Iowa family study of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2013, 209:202-206.
78. Bolton D, Rijdsdijk F, O'Connor TG. Obsessive-compulsive disorder, tics and anxiety in 6-year-old twins. *Psychol Med* 2007, 37(1):39-48.
79. Pauls et al 2010 Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci* 2010, 12:149–163.
80. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry* 2013,18(7):799–805.

81. Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014, 68(8):587-605.
82. Pauls et al; 2014 Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, et al. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci* 2014, 15(6):410-24.
83. Milad MR, Rauch SL. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends Cogn Sci* 2012, 16(1):43–51.
84. Nakao T, Nakagawa A, Yoshiura T, et al. Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: a functional magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 2005, 57(8):901-10.
85. Menzies et al 2008 Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, et al. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008, 32(3):525-49
86. Salkovskis PM, & Campbell P. Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behav Res Ther* 1994, 32(1):1–8.
87. Clark DA. Cognitive-behavioural therapy for OCD. 2004. New York: Guilford Press.
88. Bouchard C, Rheaume J, & Ladouceur R. Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behav Res Ther* 1999, 37:239-248.
89. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, et al. Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behav Res Ther* 1992, 30:263-271.
90. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behav Res Ther* 2003, 41: 863-878.
91. Steketee G, Frost RO, Wincze J, et al. Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behav Cogn Psychother* 2000, 28:259-268
92. Sookman D, & Pinard G. Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment* 2002:63–89.
93. Abramowitz, JS, Deacon BJ, Woods CM, et al. Association between protestant religiosity and obsessive compulsive symptoms and cognitions. *Depress Anxiety* 2004, 20:70-76.

94. Tolin DF, Woods CM., & Abramowitz JS. Relationship between obsessive Beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognit Ther Res* 2003, 27:657-669.
95. Tolin DF, Worhunsky P, & Maltby N. Are 'obsessive' beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2006, 44:469-480.
96. Freud S. Notes upon a case of Obsessional Neurosis. In J. Strachey et al. (Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume X*. 1909, London: Hogarth Press.
97. Kempke S, Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: is it time to work through our ambivalence? *Bull Menninger Clin*. 2007, 71(4):291-311.
98. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. 1945. W W Norton & Co.
99. Salzman L. (1980). *Treatment of the obsessive personality*. 1980. Jason Aronson Inc. Publishers.
100. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R. Quality of life in panic disorder. *Am Gen Psychiatry* 1989, 46(11):984-92.
101. Carrera M, Herran A, Ayuso-Mateos JL, et al. Quality of life in early phases of panic disorder: Predictive factors. *J Affect Disord* 2006, 94(1-3): 127-134.
102. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2003, 5(3).
103. Seritan AL, Bourgeois JA, Schneider A, et al. Ages of onset of mood and anxiety disorders in fragile X permutation carriers. *Curr Psychiatry Rev* 2013, 9(1): 65-71.
104. Kessler RC, Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health* 2008, 29:115-29.
105. Carta MG, Moro MF, Aguglia E, et al. The attributable burden of panic disorder in the impairment of quality of life in a national survey in Italy. *In J Soc Psychiatry* 2015, 61(7): 693 -699.
106. De Jonge P, Roest AM, Lim CW, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety* 2016, 00:1-23
107. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005, 15(4): 435-43.
108. Batelaan N, De Graaf R, Van Balkom A, et al. Thresholds for health and thresholds for illness: panic disorder versus subthreshold panic disorder. *Psychol Med* 2007, 37: 247-256.

109. Oral E, Aydin N, Gulec M, et al. Panic disorder and subthreshold panic in the light of comorbidity: a follow-up study. *Compr Psychiatry* 2012, 53: 988-994.
110. Bystritsky A, Kerwin L, Niv N, et al. Clinical and Subthreshold Panic Disorder. *Depress Anxiety* 2010, 27:381–389
111. Skapinakis P, Anagnostopoulos F, Bellos S, et al. An empirical investigation of the structure of anxiety and depressive symptoms in late adolescence: cross-sectional study using the Greek version of the revised Clinical Interview Schedule. *Psychiatry Res* 2011, 186(2-3): 419-426.
112. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:415–424.
113. Karelia J, Vala A, Parmar MC. A Study of Phenomenology of Panic Disorder & Assessment of Severity & Comorbidity of Panic Disorder. *NJIRM* 2014, 5(2).
114. Latalova K, Prasko J, Grambai A, et al. Bipolar Disorder and anxiety disorders. *Neuro Endocrinol Lett* 2013, 34: 738-744.
115. Smitherman TA, Kolivas ED, Jennifer R. et al. Panic Disorder and Migraine: Comorbidity, Mechanisms, and Clinical Implications. *Headache* 2012, 53:23-45.
116. Rappaport LM, Moskowitz DS, Galynker I, et al. Panic symptom clusters differentially predict suicide ideation and attempt. *Comprehensive Psychiatry* 2014, 55:762-769.
117. Chou KL. Panic disorder in older adults: Evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010, 25, 822–832.
118. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work-loss days. *Psychol Med* 1997, 27: 861–873.
119. Pine DS, Cohen P, Gurley D, et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998, 55(1):56–64
120. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, et al. Neuroanatomical Hypothesis of Panic Disorder, Revised. *Am J Psychiatry* 2000, 157:493–505
121. Fredrikson M, Wik G, Fischer H, Andersson J: Affective and attentive neural networks in humans: a PET study of Pavlovian conditioning. *Neuroreport* 1995; 7:97–101
122. Clark D. A Cognitive Approach to Panic. *Behav Res Ther* 1986. 24(4): 461-470.
123. Beck AT, Emery G, & Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias A cognitive perspective. 1985. New York Basic Books.



124. Bandura A. Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research* 1988, 1:77–98.
125. Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 1999.3. Sarasota, FL, USA: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange
126. Casey L, Oei T, and Newcombe P. Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research* 2005, 15(1-2):55-68.
127. Teachman B, Marker C, and Smith-Janik S. Automatic associations and panic disorder: trajectories of change over the course of treatment. *J Consulting Clin Psychol* 2008, 76(6):988–1002.
128. Fava L, Morton J. Causal modeling of panic disorder theories. *Clin Psychol Rev* 2009, 29(7):623-37.
129. Michels R, Frances A, & Shear MK. Psychodynamic models of anxiety. 1985. In A. H.Tuma & J. D. Maser (Eds.) *Anxiety and the anxiety disorders* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
130. Bond M, & Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 2004, 161:1665–1671
131. Freud S. Obsessions and phobias. *SE* 1895, 3:74-82.
132. Busch F, Cooper A, Klerman G, et al.(1991). Neurophysiological, cognitive-behavioral and psychoanalytic approaches to panic disorder: Toward integration. *Psychoanal Inq.* 1991, 11(3):316–332.
133. Sweeney M, & Pine D. Etiology of Fear and Anxiety. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions.* 2004, 34–60. Oxford University Press.
134. Shear M. Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. *Am J Psychiatry* 1996, 153(Suppl), 125–136.
135. Roussos A, Francis K, Koumoula A. et al. The Leyton obsessional inventory - child version in Greek adolescents: standardization in a national school - based survey and two-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003, 12(2):58-66.
136. Politis S, Magklara K, Petrikis P, et al. Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2017. 21:188-194.

137. Skapinakis P, Magklara K, Bellos S, et al. The association between socio-economic status and mental disorders in late adolescence: Cross-sectional survey in the Northwestern part of Greece. *Archives of Hellenic Medicine* 2007, 24 (1): 19-29.
138. Tseloni A, Zissi A, Skapinakis P. Psychiatric morbidity and social capital in rural communities of the Greek North Aegean islands. *J. Community Psychol* 2010, 38 (8).
139. Stylianidis S, Skapinakis P, Pantelidou S, et al. Prevalence of common mental disorders in an island area: needs assessment and planning of mental health actions. *Greek Med Arch* 2010, 27:675–683 (in Greek)
140. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999, 319(7223):1467-8.
141. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med.* 1992, 22: 465-486.
142. WHO: Health and Health Behaviour Among Young People: Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC): International Report Copenhagen: Health Promotion and Investment for Health. 2000, World Health Organisation Regional Office for Europe
143. Dunn G, Pickles A, Tansella M, et al. Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *Br J Psychiatry* 1999, 174:95-100.
144. Bond L, Carlin J, Thomas L, et al. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001, 323:480-4.
145. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, et al. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995, 30: 127-131.
146. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001, 178: 228-233.
147. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, et al. Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households. London 2001, The Stationery Office.
148. Currie C, Roberts C, Morgan A, et al. (Eds.). Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. 2004. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
149. Aalto M, Alho H, Halme JT, et al. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug Alcohol Depend* 2009, 103: 25-29.

150. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, et al. (2008). Validity of the EuroQoL (EQ-5D) Instrument in a Greek General Population. *Value Health* 2008, 11(7):1162-1169.
151. Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord* 2012, 26:746-52.
152. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, et al. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31(6): 1057–1061.
153. Thomsen P. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Self-reported obsessive-compulsive behavior in pupils in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1993, 88: 212 – 7.
154. Flament M, Whitaker A, Rapoport J, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, 27(6):764–71.
155. Brynska A, and Wolanczyk T. Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents: a Polish perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005, 14: 319–27.
156. Mancini F, Gragnani A, Orazi F, et al. Obsessions and compulsions: normative data on the Padua Inventory from an Italian non-clinical adolescent sample. *Behav Res Ther* 1999, 37(10):919–25.
157. Magklara K, Bellos S, Niakas D, et al. Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC psychiatry* 2015, 15:199.
158. Coles ME, Johnson E, and Schubert J. Retrospective reports of the onset of obsessive compulsive disorder: Extending knowledge of the protracted symptom phase. *Behav Cogn Psychother* 2011, 39(5):579-89. doi:
159. Khanna S, Rajendra P, and Channabasavanna SM. Life events and onset of obsessive compulsive disorder. *Int J Soc Psychiatry* 1988, 34: 305-9.
160. Berg C, Rapoport J, Whitaker A, et al. Childhood obsessive compulsive disorder: a two-year prospective follow-up of a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28(4):528-33.
161. Eng G, Sim K, and Chen S. Meta-analytic investigations of structural grey matter, executive domain-related functional activations, and white matter diffusivity in obsessive compulsive disorder: an integrative review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015, 52:233-57.
162. Cheng B, Cai W, Wang X, et al. Brain Gray Matter Abnormalities in First-Episode, Treatment-Naive Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *Front Behav Neurosci* 2016, 10:141.

163. Lack C, Storch E, Keeley M, et al. Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent-child agreement, and clinical correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009, 44(11):935-42.
164. Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster AT et al. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 2011, 47:339-49.
165. Newth S, and Rachman S. The concealment of obsessions. *Behav Res Ther* 2001, 39(4):457-4.
166. Mataix-Cols D, Boman M, Monzani B, et al. (2013). Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry* 2013, 70:709-717. 167.
167. Maina G, Albert U, Bogetto F, et al. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Res* 1999, 89: 49–58.
168. Vidal-Ribas P, Stringaris A, Rück C, et al. Are stressful life events causally related to the severity of obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study. *Eur Psychiatry* 2014, 30(2):309-16.
169. Brander G, Rydell M, Kuja-Halkola R, et al. Association of Perinatal Risk Factors With Obsessive-Compulsive Disorder A Population-Based Birth Cohort, Sibling Control Study. *JAMA Psychiatry* 2016, 73(11):1135–1144.
170. Reuman L, Jacoby R, Blakey S, et al. Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder *Psychiatry Res* 2017, 256: 417 - 422.
171. Torres A, Prince M, Bebbington P, et al. Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am. J. Psychiatry* 2006,163(11):1978-1985.
172. Torres A, Prince M, Bebbington P, et al. Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British psychiatric morbidity survey of 2000. *Psychiatr Ser* 2007, 58(7):977-82.
173. Goodwin R, Koenen K, Hellman F, et al. Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:143-9.
174. Rappaport M, Clary C, Fayyad R, et al. Quality-of-Life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 2005, 162: 1171- 1178.
175. Guo X, Meng Z, Huang G, et al. Meta-analysis of the prevalence of anxiety disorders in mainland China from 2000 to 2015. *Sci. Rep* 2016, 6.

176. Reed V, Wittchen H. DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: How specific are panic attacks? *J. Psychiatr. Res.* 1998, 32, 335-345
177. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, et al. Personality and Major Depression. A Swedish Longitudinal, Population-Based Twin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63(10):1113-1120.
178. Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland SE, et al. A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO (2), panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Arch Gen Psychiatry* 2009, 66:64–71
179. Robertson – Nay R, Eaves LJ, Hettema JM, et al. Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depress Anxiety* 2012, 29(4):320-7
180. Scaini S, Ogliari A, Eley TC, et al. Genetic and environmental contributions to separation anxiety: A meta-analytic approach to twin data. *Depression and Anxiety* 2012, 29(9):754-61.
181. Kossowsky J, Pfaltz MC, Schneider S, et al. The Separation Anxiety Hypothesis of Panic Disorder Revisited: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2013, 170:768–781
182. Baca - Garcia E, Aroca F. Risk factors for suicidal behavior related to depressive and anxiety disorders. *Salud Mental* 2014, 37:349-355.
183. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry* 2005, 162(6): 1179–1187.
184. Feldman JM, Lehrer PM, Borson S, Hallstrand TS, Siddique MI. 2005. Health care use and quality of life among patients with asthma and panic disorder. *J Asthma*. 2005, 42(3):179-84.
185. Combs H, Markman J. Anxiety Disorders in Primary Care. *Med Clin N Am* 2014, 98: 1007-1023.
186. Stein M, Forde D, Anderson G, et al. Obsessive-Compulsive disorder in the community: An epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154:1120–1126.
187. Menon C, Gipson K, Bowe WP, et al. (2008) Validity of subject self-report for acne. *Dermatology* 2008, 217:164-168.
188. Van der Heyden J, De Bacquer D, Tafforeau J, et al. Reliability and validity of a global question on self-reported chronic morbidity. *J Public Health* 2014, 22(4):371-380.

189. Cigolle CT, Corey L Nagel CL, et al. Inconsistency in the Self-report of Chronic Diseases in Panel Surveys: Developing an Adjudication Method for the Health and Retirement Study *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2018, 73(5):901-912.
190. Lien N, Friestad C, Klepp KI. Adolescents' proxy reports of parents' socioeconomic status: how valid are they? *J Epidemiol Community Health* 2001, 55(10):731–737.
191. Pueyo MJ, Serra-Sutton V, Alonso J, et al. Self-reported social class in adolescents: validity and relationship with gradients in self-reported health. *BMC Health Serv Res* 2007, &:151.
192. Perera I, Ekanayake L. Influence of oral health-related behaviours on income inequalities in oral health among adolescents. *Community Dentistry And Oral Epidemiology* 2011, 39(4):345-51

## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

### ΣΠΟΥΔΕΣ:

- ULSTER University, Σχολή Επιστημών Ζωής και Υγείας (2010-2011): Μεταπτυχιακό Δίπλωμα (M.Sc) στην Ψυχολογία Υγείας.
- University College of London (UCL), Σχολή Επιστημών Εγκεφάλου, Τομέας Επιστημών Ψυχολογίας και Γλώσσας (2002-2003): Μεταπτυχιακό Δίπλωμα (M.Sc) στην Ψυχαναλυτική Αναπτυξιακή Ψυχολογία.
- University of Bedfordshire, Σχολή Ψυχολογίας (1996-1999): Δίπλωμα (BA. Hons) Ψυχολογίας

### ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ :

- 07/2017- σήμερα: Ψυχολόγος στο Συμβουλευτικό Κέντρο Κέρκυρας, της ΓΓΙΦ, υπό την οργανωτική και επιστημονική εποπτεία του ΚΕΘΙ (Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας).
- 04/2011-07/2017: Ψυχολόγος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του δήμου Κέρκυρας.
- 05/2008-05/2009: Ψυχολόγος σε ξενώνα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Κέρκυρας μέσω του προγράμματος Stage του ΟΑΕΔ.
- 05/2005-12/2007: Ψυχολόγος, Ελεύθερος επαγγελματίας.
- 03/2004-03/2005: Ψυχολόγος στο Ψυχογηριατρικό οικοτροφείο «Αργώ» της ΜΚΟ ΚΛΙΜΑΚΑ
- 09/2002-12/2003: Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Στήριξης σε Ξενώνα φιλοξενίας εφήβων , Social Face Ltd, London, UK
- 02/2001-03/2002: Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Στήριξης, Radlett lodge School, National Autistic Society, UK.
- 05/1999-11/2000 : Στρατιωτικός Ψυχολόγος, άμισθη θέση στα πλαίσια της θητείας μου στον Ελληνικό Στρατό.

### ΓΛΩΣΣΕΣ

- Μητρική Γλώσσα: Ελληνικά
- Αγγλικά: Εξαιρετικό επίπεδο
- Ιταλικά: Μέτριο επίπεδο

### ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

- Anna Freud, National Centre for Children and Families, *Mentalization-Based Treatment: Basic Training*, (3-5/04/2019, Θεσσαλονίκη).
- ΕΚΔΔΑ/ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ, *Εκπαίδευση στελεχών δομών πρόληψης και καταπολέμησης της βίας κατά των γυναικών, της ΓΓΙΦ, για την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών σε γυναίκες θύματα κακοποίησης*, (19-22/03/2018, Ιωάννινα).
- ΕΚΔΔΑ/ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ, *Συμβουλευτική σε κακοποιημένες γυναίκες σε θέματα εργασιακής απασχόλησης*, (2-6/10/2017, Ιωάννινα).
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, *Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία: Θεωρία και Κλινική Πράξη*, (Εξ' αποστάσεως σεμινάριο 145 ωρών, 2015).
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, *Διαχείριση χωρισμού- διαζυγίου γονέων*, (Εξ' αποστάσεως σεμινάριο 80 ωρών, 2014)
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πρόγραμμα Αριάδνη, *Κατάρτιση Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για το φαινόμενο του εθισμού των εφήβων στο διαδίκτυο καθώς και για τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν από την ανεξέλεγκτη χρήση τού διαδικτύου*, (14/11/2011-30/05/2012, Κέρκυρα).
- University College of London, Hypnosis Unit, Εκπαίδευση στην Εφαρμοσμένη Ύπνωση. Απόκτηση πιστοποιημένης επάρκειας χρήσης της τεχνικής του Υπνωτισμού. (2005, Λονδίνο)

**ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ**

- Politis, S., Bellou, V., Belbasis, L., & Skapinakis, P. (2014). The association between bullying-related behaviours and subjective health complaints in late adolescence: cross-sectional study in Greece. *BMC Res notes*, 7, 523. doi:[10.1186/1756-0500-7-523](https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-523)
- Politis, S., Magklara, K., Petrikis, P., Michalis, G., Simos, G., & Skapinakis, P. (2017) Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece, *Int J Psychiat Clin*, 21:3, 188-194, doi: [10.1080/13651501.2017.1324038](https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1324038)
- Skapinakis, P., Politis, S., Karampas, A., Petrikis P., & Mavreas V (2019). Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece, *Int J Psychiat Clin*, doi: [10.1080/13651501.2019.1588327](https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1588327)
- Michalis, G., Bellos, S., Politis, S., Maglara, K., Petrikis, P., and Skapinakis, P., (2019). Epidemiology of alcohol use in late adolescence in Greece and comorbidity with depression and other common mental disorders



## 12. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Λεπτομερή κριτήρια που χρησιμοποιήσαμε για τον ορισμό της Ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής και των σχετικών συνδρόμων .

#### Ορισμός της ΙΨΔ και των σχετικών συνδρόμων.

Ορίσαμε δύο ,αμοιβαίως αποκλειόμενα, Ιδιοψυχαναγκαστικά σύνδρομα χρησιμοποιώντας τα παρακάτω κριτήρια:

#### α) Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (ICD-10 κωδικός: F42);

1. Είτε Ιδεοληψίες είτε καταναγκασμοί (ή και τα δύο) έπρεπε να είναι παρόν για τουλάχιστον 4 ημέρες κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας όπως περιγράφεται στο κριτήριο Α στα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 (ICD-10, 1993), ενώ τα συμπτώματα θα πρέπει να διαρκούν για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, όπως αναφέρεται στο ίδιο κριτήριο. Η εκπλήρωση ή μη του κριτηρίου Α είχε αποφασιστεί με βάση απαντήσεις στις σχετικές ερωτήσεις στην ενότητα των ιδεοληψιών και των καταναγκασμών του CIS-R.

2. Είτε Ιδεοληψίες είτε καταναγκασμοί έπρεπε να είναι δυστονικές του εγώ, επίμονες και να προκαλούν δυσφορία στους συμμετέχοντες, όπως περιγράφεται στα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια Β2,Β3 και Β4 του ICD-10. Η ύπαρξη ή μη των παραπάνω κριτηρίων είχε κριθεί με βάση απαντήσεις στις σχετικές ερωτήσεις στην ενότητα των ιδεοληψιών και των καταναγκασμών του CIS-R.

3. Τα συμπτώματα θα έπρεπε να κατανάλωναν χρόνο και να παρέμβαιναν στην καθημερινή λειτουργία κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας, που αντιστοιχεί στην βλάβη λόγω ιδεοληψιών ή καταναγκασμών. Όπως περιγράφεται στο ερευνητικό διαγνωστικό κριτήριο Γ του ICD-10.Σύμφωνα με την σχετική ενότητα, το παραπάνω κριτήριο πληρούνταν αν οι συμμετέχοντες ανέφεραν τουλάχιστον μέτρια βλάβη.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το κριτήριο Δ του ICD-10 (εξαίρεσης περιπτώσεων των συναισθηματικών διαταραχών) δεν χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να είναι δυνατή η μελέτη της συννοσηρότητας μεταξύ της ΙΨΔ και των άλλων κοινών ψυχικών διαταραχών.

#### β) Υποκλινικά Ιδιοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (δεν κωδικοποιούνται στο ICD-10).

1. Τα γενικά κριτήρια 1 και 2 , όπως παραπάνω, για την ΙΨΔ είχαν πληρωθεί.

2. Δε υπήρχε βλάβη (το κριτήριο 3, όπως παραπάνω, για τη ΙΨΔ δεν είχε πληρωθεί, π.χ. οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι “τα συμπτώματά τους δυσκόλευαν αλλά δεν τους εμπόδιζαν να φέρουν εις πέρας τις υποχρεώσεις τους”).

**γ) Επίσης κατηγοριοποιήσαμε τους συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια της πλήρους ΙΨΔ (F42) σε τρεις κλινικούς υπότυπους σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια:**

*γ1) Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή κυρίως εμμονικές σκέψεις και συλλογισμούς, (ICD-10 κωδ: F42.0)*

1. Όλα τα γενικά κριτήρια 1,2 και 3, όπως παραπάνω, για την ΙΨΔ είχαν πληρωθεί

2. Το αποτέλεσμα της βαθμολόγησης στην ενότητα των ιδεοληψιών του CIS-R έπρεπε να είναι τουλάχιστον 2 στα τέσσερα , ενώ εκείνα στην ενότητα των καταναγκασμών ήταν χαμηλότερα του 2.

*γ2) Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή κυρίως καταναγκαστικές πράξεις (ICD-10 κωδ: F42.1)*

1. Όλα τα γενικά κριτήρια 1,2 και 3, όπως παραπάνω, για την ΙΨΔ είχαν πληρωθεί

2. Το αποτέλεσμα της βαθμολόγησης στην ενότητα των καταναγκασμών του CIS-R έπρεπε να είναι τουλάχιστον 2 στα τέσσερα , ενώ εκείνα στην ενότητα των ιδεοληψιών ήταν χαμηλότερα του 2.

*γ3), Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή μικτές καταναγκαστικές ιδέες και πράξεις (ICD-10 code: F42.2)*

1. Όλα τα γενικά κριτήρια 1, 2 και 3, όπως παραπάνω, για την ΙΨΔ είχαν πληρωθεί.

2. Το αποτέλεσμα της βαθμολόγησης και στις δύο ενότητες(ιδεοληψίες/καταναγκασμοί) του CIS-R έπρεπε να είναι τουλάχιστον 2 στα τέσσερα.

**Πίνακας 1Α.** Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις δυο φάσεις της μελέτης .

Μεταβλητή	Φάση 1 (n=5614)	Φάση 2 (N=2431)
Φύλο		
Αγόρι	2530 (45%)	989 (41%)
Κορίτσι	3084 (55%)	1442 (59%)
Ηλικία		
≤16	2265 (41%)	957 (40%)
17	1869 (33%)	825 (34%)
≥18	1440 (26%)	627 (26%)
Σχολική Τάξη		
Α' Λυκείου	2281 (41%)	942 (39%)
Β' Λυκείου	1772 (31%)	778 (32%)
Γ' Λυκείου	1561 (28%)	711 (29%)
Οικογεν. κατάσταση γονιών		
Παντρεμένοι	5012 (89%)	2145 (88%)
Διαζύγιο/ Σε διάσταση	394 (7%)	178 (7.5%)
Χηρεία	159 (3%)	82 (3.5%)
Ελλείπουσες τιμές	49 (1%)	26 (1%)
Ηλικία πατέρα	47.97 (5.14)	47.8 (4.9)
Ηλικία μητέρας	42.60 (4.7)	42.7 (4.6)
Αριθμός αδελφών		
Κανένα	446 (8%)	194 (8%)
Ένα	3087 (55%)	1.407 (59,5%)
Δύο	1313 (24%)	537 (23%)
Τρία ή περισσότερα	722 (13%)	225 (9,5%)
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος υπάλληλος	1828 (33%)	796 (33%)
Ιδιωτική υπάλληλος	1183 (22%)	511 (21%)
Ελ. Επαγγελματίας	1949 (35.5%)	839 (34.5%)
Άνεργος	42 (0.5%)	17 (0.5%)
Συνταξιούχος	290 (5%)	123 (5%)
Υπολειμματική κατηγορία	224 (4%)	145 (6%)
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσια Υπάλληλος	1679 (30%)	681 (28%)
Ιδιωτική Υπάλληλος	1056 (19%)	446 (18.5%)
Ελ. Επαγγελματίας	741 (13%)	347 (14%)
Οικιακά	1720 (31%)	748 (31%)
Άνεργη	234 (4%)	109 (4.5%)
Υπολειμματική κατηγορία	184 (3%)	100 (4%)
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα		
Δημοτικό	791 (14%)	382 (16%)
Γυμνάσιο	849 (15%)	344 (14%)
Λύκειο	1589 (29%)	733 (30%)
ΤΕΙ	738 (13%)	309 (13%)
ΑΕΙ	1562 (28%)	663 (27%)

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας		
Δημοτικό	743 (13%)	338 (14%)
Γυμνάσιο	784 (14%)	365 (15%)
Λύκειο	2086 (37.5%)	915 (37.5%)
ΤΕΙ	584 (10.5%)	233 (9.5%)
ΑΕΙ	1385 (25%)	580 (24%)
Οικονομικές δυσκολίες οικογένειας		
Καμία/ελάχιστες	4804 (86%)	2025 (83.5%)
Μερικές	675 (12%)	328 (13.5%)
Πολλές	118 (2%)	66 (3%)
Σχολική επίδοση		
Άριστη	510 (9%)	209 (8.5%)
Πολύ καλή	1898 (34%)	751 (31%)
Καλή	2135 (38%)	932 (38.5%)
Μέτρια	1047 (19%)	526 (22%)

**Πίνακας 2Α.** Επιπολασμός της ΙΨΔ και των υποκλινικών ΙΨ συμπτωμάτων σε έφηβους ηλικίας 16-18 χρονών στην Ελλάδα ανά φύλο και τύπου συμπτωμάτων (N=2431)

		ΙΨΔ <sup>1</sup>	Υποκλινικά Ιδέο-Ψυχαναγκαστικά Συμπτώματα <sup>2</sup>
		N (%) <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	N (%) <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )
<i>Όλοι οι Τύποι</i>			
	Αγόρι	21 (1.01%) (0.61% – 1.65%)	36 (2.08%) (1.43% – 3.04%)
	Κορίτσι	42 (1.79%) (1.27% – 2.51%)	69 (3.47%) (2.64% – 4.55%)
		$P^5=0.06$	$P^5=0.03$
	<b>Σύνολο</b>	63 (1.39 %) (1.05% – 1.84%)	105 (2.77%) (2.22% – 3.45%)
<i>Κυρίως Εμμονές</i>			
	Αγόρι	5 (0.24%) (0.09% - 0.67%)	8 (0.56%) (0.26% - 1.21%)
	Κορίτσι	15 (0.61%) (0.35% - 1.06%)	27 (1.47%) (0.95% - 2.26%)
		$P^6=0.11$	$P^6=0.03$
	<b>Σύνολο</b>	20 (0.42%) (0.26% - 0.69%)	35 (1.00%) (0.69% - 1.47%)
<i>Κυρίως Καταναγκασμοί</i>			
	Αγόρι	12 (0.63%) (0.32% - 1.20%)	16 (0.83%) 0.47% - 1.47%
	Κορίτσι	13 (0.54%) (0.29% - 0.98%)	26 (1.14%) (0.74% - 1.76%)
		$p^6=0.73$	$p^6=0.38$

	<b>Σύνολο</b>	25 (0.58%) (0.37 - 0.91)	42 (0.99%) (0.70% - 1.40%)
<i>Μεικτός τύπος</i>			
	Αγόρι	4 (0.14%) (0.05% – 0.37%)	12 (0.69%) (0.36% - 1.33%)
	Κορίτσι	14 (0.64%) (0.35% - 1.17%)	16 (0.86%) (0.49% - 1.51%)
		<b>P<sup>e</sup>=0.004</b>	<b>P<sup>e</sup>=0.63</b>
	<b>Σύνολο</b>	18 (0.39%) (0.23 - 0.65%)	28 (0.78%) (0.51% - 1.19%)

<sup>1</sup>ΓΨΔ: Ιδεο – Ψυχαναγκαστική Διαταραχή σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10; <sup>2</sup> Υποκλινικά Ιδεο -Ψυχαναγκαστικά συμπτώματα: Η εμπειρία εμμονών ή/και καταναγκασμών που όμως δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια του ICD-10 για την Ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι δύο καταστάσεις είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες (δείτε την Μέθοδο); <sup>3</sup> Απόλυτος αριθμός παρατηρήσεων; τα ποσοστά σταθμιστήκαν ώστε να λαμβάνεται υπόψη η διαδικασία στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας ; <sup>4</sup> CI: Διαστήματα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval); <sup>5</sup> τιμές σημαντικότητας (p-values) που προέκυψαν από δοκιμασίες  $\chi^2$  για την σύγκριση ανάμεσα σε αγόρι – κορίτσι. Οι έντονα τυπωμένες τιμές p-values υποδηλώνουν στατιστική σημαντικότητα.

**Πίνακας 3Α.** Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος αντιπροσωπευτικού των κατοίκων της Ελληνικής Επικράτειας (N 4.894).

Μεταβλητή	N(%)
<b>Φύλο</b>	
Άνδρες	2425 (49.6%)
Γυναίκες	2469 (50.4%)
<b>Ηλικιακή Ομάδα</b>	
18-29	1226 (25.1%)
30-39	1032 (21.1%)
40-49	934 (19.1%)
50-59	802 (16.4%)
60-70	900 (18.4%)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	
Παντρεμένος/η	2995 (61.2%)
Άγαμος	1446 (29.6%)
Διαζευγμένος/Διάσταση	240 (4.9%)
Χηρεία	213 (4.3%)
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	
Πρωτοβάθμια ή λιγότερο	926 (18.9%)
9ετής βασική	797 (16.3%)
12ετήςβασική	2348 (48.0%)
ΤΕΙ	439 (9%)
Πανεπιστήμιο	439 (9%)
<b>Εργασιακή Κατάσταση</b>	
Πλήρους απασχόλησης	2917 (59.6%)
Φροντίζει το σπίτι/δεν εργάζεται	691 (14.1%)
Άνεργος (αναζητά εργασία)	184 (3.8%)
Συνταξιούχος	577 (11.8%)
Άλλο	525 (10.7%)
<b>Αστικότητα τύπου διαμονής</b>	
Αστική	2682 (54.8%)
Ημιαστική	607 (12.4%)
Αγροτική	1605 (32.8%)
<b>Αίσθηση οικονομικών δυσκολιών</b>	
Καθόλου ή Λίγες	3283 (67.1%)
Αρκετές ή πολλές	1611 (32.9%)
<b>Κάπνισμα</b>	
Όχι	2955 (60.4%)
Ναι	1937 (39.6%)

**Παρουσία ψυχικής διαταραχής**

Κατάθλιψη	142 (2.9%)
ΓΑΔ	201 (4.1%)
Δ/χη Πανικού	92 (1.9%)
Ιδεοψυχαναγκαστική Δ/χή	83 (1.7%)
Φοβική Δ/χή	137 (2.8%)
Μικτή Αγχώδης Καταθλιπτική Δ/χη	131 (2.7%)

**CIS-R Score**

0-5	3484(71.19%)
6-11	722(14.75%)
12-17	332 (6.78%)
≥ 18	356 (7.27%)