

«Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων
ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής σε ενήλικες
υπό ακούσια νοσηλεία στα τμήματα οξείας φροντίδας στην
Κύπρο (Μελέτη ΨΥΧΑΓΩΚ)»

της

Κατερίνας Καϊκούση

Λεμεσός, Μάϊος 2021

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ Επιστημών Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Διδακτορική διατριβή

«Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής
διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής σε ενήλικες υπό ακούσια
νοσηλεία στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο (Μελέτη
ΨΥΧΑΓΩΓ)»

της

Κατερίνας Καϊκούση

Λεμεσός, Μάιος 2021

Έντυπο έγκρισης

Διδακτορική διατριβή

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής
και της ψυχοτρόπου αγωγής σε ενήλικες υπό ακούσια νοσηλεία στα τμήματα
οξείας φροντίδας στην Κύπρο (Μελέτη ΨΥΧΑΓΩΚ)

Παρουσιάστηκε από

την Κατερίνα Καϊκούση

Επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ Μαρία Καρανικόλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πρόεδρος
Τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολής Επιστημών Υγείας, Τ.Ε.Π.Α.Κ

Υπογραφή _____

Μέλος συμβουλευτικής επιτροπής Δρ Νίκος Μίτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Π.Α.Κ

Υπογραφή _____

Μέλος συμβουλευτικής επιτροπής Δρ. Γεώργιος Αλεβιζόπουλος, Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Υπογραφή _____

Μέλος συμβουλευτικής επιτροπής Δρ. Ανδρέας Χατζηττοφής, Λέκτορας Ψυχιατρικής, Ιατρική
Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υπογραφή _____

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Μάϊος 2021

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Κατερίνα Καϊκούση, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΟ

Στην κόρη μου, η οποία αποτελούσε και αποτελεί πηγή έμπνευσης για εμένα, η οποία με ενθάρρυνε συνεχώς με τον δικό της τρόπο όλη αυτή την περίοδο, και η οποία στήριζε όλες τις προσπάθειες που προϋποθέτει η έναρξη, η διεκπεραίωση και η ολοκλήρωση ενός διδακτορικού.

Στους γονείς μου, Γεώργιο και Μαλάμω και στα αδέρφια μου, Αντώνη και Θεοδώρα που χωρίς τη σημαντική συμβολή τους δεν θα τα κατάφερνα ποτέ.

Στη θεία μου Κατελίτσα και στο θείο μου Πέτρο, που πίστεψαν σε εμένα από την πρώτη στιγμή.

Στην αδελφική μου φίλη και κουμπάρα μου, Μαρία, που με στήριζε έμπρακτα σε όλη την πορεία αυτή και που μου θύμιζε συνεχώς τους λόγους για τους οποίους δεν έπρεπε να τα παρατήσω.

Στις φίλες μου Κέρη, Αλεξάνδρα, Γεωργία και Χαρά που με ενθάρρυναν συνεχώς.

Στους παιδικούς μου φίλους Δημήτρη, Αδάμο, Κωνσταντίνο και στη Στάθη...

Στους συνοδοιπόρους «σημαντικούς άλλους» στο ταξίδι αυτό.

Στους φίλους που στάθηκαν δίπλα μου σε όλες τις δύσκολες στιγμές την περίοδο αυτή.

Στην καθηγήτρια μου που υπήρξε μέντορας μου όλα αυτά τα χρόνια.

Σε όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή.

Σε αυτούς που πίστεψαν σε εμένα.

Σε αυτούς που δεν πίστεψαν σε εμένα.

Και σε έναν φίλο, που έφυγε νωρίς....

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτριά μου, Δρ. Μαρία Καρανικόλα, για τη συνεχή υποστήριξή της, την καθοδήγηση και την υπομονή της όλα αυτά τα χρόνια. Για τις γνώσεις που μοιράστηκε μαζί μου, όχι μόνο εκπαιδευτικά και ερευνητικά, αλλά σε ευρύτερο φάσμα, στην οποία οφείλω πολλά για την επίτευξη της σημερινής διατριβής. Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, τον Δρ. Νίκο Μίτλεττον, τον Δρ. Ανδρέα Χατζηττοφή και τον Δρ. Γεώργιο Αλεβιζόπουλο, για την καθοδήγηση αλλά και την έμπρακτη υποστήριξή τους. Θερμές ευχαριστίες στη συνεργάτιδά μου ψυχίατρο Ευανθία Μπέλλα, της οποίας η βοήθεια ήταν καθοριστική για τη συλλογή των δεδομένων της μελέτης, και η οποία υπήρξε υποστηρικτική καθ' όλη τη διαδικασία διεκπεραίωσης της μελέτης. Ευχαριστώ, επίσης, όσους ψυχιάτρους και ειδικευόμενους ψυχιάτρους ενεπλάκησαν, ώστε να ολοκληρωθεί η συλλογή δεδομένων, την τέως διευθύντρια του Νοσοκομείου Αθαλάσσας ψυχίατρο κα. Μαρία Πίττα καθώς και την κα. Αναστασία Αργυρού, τέως Υπεύθυνη Νοσηλευτική Λειτουργό του Νοσοκομείου Αθαλάσσας για τη σημαντική συμβολή τους στη συλλογή των δεδομένων. Θα ήθελα να ευχαριστήσω, επίσης, τους πλείστους συναδέλφους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι οποίοι προσπάθησαν με κάθε τρόπο να συμβάλουν στη διευκόλυνση της διεκπεραίωσης της μελέτης, αλλά και όλους τους συμμετέχοντες οι οποίοι έλαβαν μέρος στη μελέτη αυτή. Ευχαριστώ, επίσης, τους γονείς μου και τα αδέρφια μου, των οποίων η στήριξη και η βοήθεια αποτέλεσε αρωγό στην επίτευξη του στόχου μου. Τέλευταία και σημαντικότερη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κόρη μου, στην οποία οφείλω το σημερινό αποτέλεσμα, της οποίας η υπομονή, η επιμονή και η κατανόηση παρ' όλο το νεαρό της ηλικίας της, ήταν ίσως οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους κατάφερα σήμερα να φτάσω στη δικιά μου

Ιθάκη, μέσα από ένα όμορφο ταξίδι!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα κοινωνικο – δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ενήλικων ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς στη Νότια Ευρώπη. Περαιτέρω, η αντιψυχωτική πολυφαρμακεία και τα πρότυπα συνταγογράφησης υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής χρησιμοποιούνται συχνά για τη θεραπεία ψυχωτικών συμπτωμάτων ειδικά στην ακούσια εισαγωγή. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτή την πρακτική.

Σκοπός: Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής σε ενήλικες υπό ακούσια νοσηλείας στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις (Δεκέμβριος 2016 – Φεβρουάριος 2018). Εφαρμόστηκε απογραφική δειγματοληψία. Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης αποτέλεσαν όλα τα ενήλικα άτομα που προσήλθαν ακούσια στα τμήματα εισδοχής του. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Για την αξιολόγηση της έντασης της συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκαν τα δομημένα εργαλεία αξιολόγησης PANSS, HDRS, YOUNG, HAM-A και MoCA. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό εργαλείο SPSS.

Αποτελέσματα: Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 406 συμμετέχοντες (262 άνδρες, 144 γυναίκες). Από αυτούς 86.2% ήταν άγαμοι, 77.6% ήταν άνεργοι, και 24.9% ήταν κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης. Η συχνότερη διάγνωση ήταν η σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχωτική διαταραχή (86.4%). Ο κυριότερος λόγος εισδοχής ήταν η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση ή/και απουσία αυτό-φροντίδας, ή/και ετεροκαταστροφική συμπεριφορά ή/και αυτοκτονική συμπεριφορά) (53.6%). Περαιτέρω, 70.7% του δείγματος ανέφεραν θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ, ενώ 2.1% ανέφεραν θετικό οικογενειακό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ. 52% των συμμετεχόντων ανέφεραν θετικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία. Αναφορικά με τους παράγοντες ακούσιας επανεισαγωγής, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες με κυπριακή εθνικότητα, (OR: 4.40, 95%CI: 2.58-7.50), οι κάτοχοι

πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης (OR: 3.70, 95%CI: 1.64-8.37), τα άτομα με αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και διακοπή φαρμακευτικής αγωγής (OR: 10.84, 95%CI: 2.69-43.72), καθώς και τα άτομα με θετικό ιστορικό χρήση ουσιών (OR: 6.39, 95%CI: 1.52-26.82) παρουσίαζαν αυξημένες πιθανότητες ακούσιας επανεισαγωγής συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Περαιτέρω, άτομα με θετικό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς, παρουσίασαν έως και 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία (OR: 5.01, 95%CI: 1.09-22.99) συγκριτικά με τα άτομα με αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη. Επιπρόσθετα, τα άτομα με τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια» είχαν έως και 12 φορές περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια συγκριτικά με άλλες διαγνώσεις (OR 12.15, 95%CI: 1.04-142). Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης είχαν 54.6% λιγότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια συγκριτικά με αυτούς που ήταν κάτοχοι τριτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης (OR 0.442, 95%CI: 0.24-0.79). Η αντιψυχωτική πολυφαρμακεία συμπεριλαμβανομένης και της κατ' επίκλησης αντιψυχωτικής αγωγής αναφέρθηκε στο 33.2% ($n = 160$) των συμμετεχόντων. Η πολυφαρμακεία χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής αναφέρθηκε 5.6% ($n = 27$) των συμμετεχόντων. 27.2% ($n = 131$) των συμμετεχόντων συνταγογραφήθηκε σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένης και της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής ενώ 39.2% ($n = 189$) των συμμετεχόντων συνταγογραφήθηκε σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής. Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, οι συχνότεροι παράγοντες που σχετίστηκαν με τη συνταγογράφηση υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής ήταν το ανδρικό φύλο, το θετικό ατομικό ιστορικό NND/NBA, άτομα τα οποία ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος, καθώς και άτομα με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών. Το ανδρικό φύλο ήταν ο μοναδικός παράγοντας που σχετίστηκε με τη συνταγογράφηση πολυφαρμακείας χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής ενώ το ανδρικό φύλο, το αρνητικό οικογενειακό ιστορικό NND/NBA, τα άτομα τα οποία ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος και η συνολική βαθμολογία της υπο-κλίμακας θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας PANSS φάνηκε να σχετίζονται με τη συνταγογράφηση πολυφαρμακείας χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Εξαιτίας των υψηλών ποσοστών ακούσιας επανεισαγωγής, προτείνεται επαν-αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των σχετικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται στην κοινότητα, καθώς και η εφαρμογή δομημένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων αναφορικά με την

αναγκαιότητα και τη σημαντικότητα τήρησης της θεραπευτικής αγωγής στην κοινότητα. Περαιτέρω, προτείνεται επαναξιολόγηση των προτύπων συνταγογράφησης φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία με απώτερο στόχο την τροποποίηση ή τη διατήρηση των υφιστάμενων πρακτικών.

Key words: ακούσια θεραπεία; υποχρεωτική; δημογραφικά χαρακτηριστικά

ABSTRACT

Introduction: Socio-demographic and clinical characteristics of adults under compulsory psychiatric treatment, have not been reported adequately in Southern European countries. Furthermore, antipsychotic polypharmacy and prescription of high-dose antipsychotics are often used for the treatment of psychotic symptoms, especially in compulsory psychiatric care although there is lack of evidence to support this practice and related risks for patients..

Objective: We investigated the the relationship between the intensity of psychiatric symptoms and the psychotropic treatment of adults who were involuntarily treated in the acute Mental Health Services in Cyprus.

Material and method: A descriptive cross-sectional study was applied. Data collection achieved via a structured questionnaire including demographic and clinical variables. Census sampling was applied in Cyprus referral center for compulsory psychiatric treatment. All individuals admitted in the AH who met the criteria for entry in the study were assessed. Socio-demographic and clinical characteristics was assessed with a structured questionnaire, and the structure assessment tools of PANSS, HADRS, YOUNG, HARS and MoCA were used to assess the severity of the symptoms. Data were analyzed through the Statistical Package for Social Sciences.

Results: The sample included 406 individuals (262 males, 144 females). Approximately 86.2% were single, 77.6% were unemployed, and 24.9% held a bachelor's degree. The most frequent clinical diagnosis was schizophrenia or a relevant psychotic disorder (86.4%). The most frequent admission cause was non-adherence to pharmacotherapy along with disorganized behavior (agitation and/or self-care deficit, and/or aggressive behavior, and/or suicidal behavior) (53.6%). Moreover, 70.7% of the sample reported a positive personal history of mental health problems, while 42.1% reported a positive family history of mental health disorders. Half of the participants (52%) were previously involuntarily admitted for compulsory treatment. Adjusted associations of readmission status were reported with Cypriot ethnicity (OR: 4.40, 95%CI: 2.58-7.50), primary education only (OR: 3.70, 95%CI: 1.64-8.37), readmission due to disorganized behavior along with non-adherence to pharmacotherapy (OR: 10.84, 95%CI: 2.69-43.72), as well as along with substance use (OR: 6.39, 95%CI: 1.52-26.82). Readmission was almost five times more likely to

occur due to suicidal behavior (OR: 5.01, 95%CI: 1.09-22.99) compared to disorganized behavior not otherwise specified. Additionally, those with a diagnosis of schizophrenia were more than 12 times more frequently readmitted for compulsory treatment compared to other diagnoses (OR 12.15, 95%CI: 1.04-142). Moreover, the participants with higher secondary education had 54.6% less odds to be involuntarily re-admitted compared to Bachelor degree holders (OR 0.442, 95%CI: 0.24-0.79). Antipsychotic polypharmacy with a PRN schema was reported in 33.2% ($n = 160$) of the participants. Polypharmacy without a PRN schema was reported in 5.6% ($n = 27$) of the participants. We found that 27.2% ($n = 131$) of the participants were prescribed high-dose antipsychotics without PRN included; and 39.2% ($n = 189$) prescribed high-dose antipsychotics with PRN included. In the logistic regression analyses, predictors for prescription of high-dose antipsychotics were male gender, positive psychiatric history, receiving state benefits and a negative history of substance use. Male gender was the only predictor for polypharmacy without a PRN schema whereas male gender, negative family psychiatric history, receiving state benefits and the total score on the positive symptoms PANSS subscale were predictors for polypharmacy with a PRN schema included.

Conclusion: A high percentage of involuntary treatment was noted due to non-adherence to pharmacotherapy and substance use. Re-evaluation of the effectiveness of relevant community interventions is suggested, as well as implementation of structured educational programs on therapy adherence during psychiatric hospitalization. Furthermore, a high frequency of polypharmacy and use of medication PRN beyond clinical guidelines has been reported for the first time in psychiatric compulsory care in Cyprus; revision in antipsychotic prescription is needed.

Key words: compulsory treatment; involuntary; demographic characteristics

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	viii
ABSTRACT.....	xi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xviii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	xxiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΕΝΔΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	xxiv
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	xxv
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	2
1. Εισαγωγή.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	9
1.1 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	10
1.1.1 Σημαντικότητα & χρησιμότητα του ζητήματος της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής, και της σχέσης τους με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά στα ενήλικα άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο.....	10
1.1.2 Σημεία πρωτοτυπίας μελέτης και αιτιολόγηση επιλογής του συγκεκριμένου θέματος	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	17
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	17
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	18
1.2.1 Ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία - Γενική περιγραφή	18
1.2.2 Ακούσια νοσηλεία στην Κύπρο και σχετική νομοθεσία.....	18
1.2.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή αντιμετώπισης ΝΒΔ /ΝΝΔ στην Κύπρο	20
1.2.4 Συμπτώματα κατάθλιψης (εννοιολογικός προσδιορισμός).....	21
1.2.4.1. Λειτουργικός προσδιορισμός συμπτωμάτων κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) - <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>	22
1.2.5 Συμπτώματα μανίας (εννοιολογικός προσδιορισμός).....	31
1.2.5.1 Λειτουργικός προσδιορισμός συμπτωμάτων μανίας στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) - <i>Young Mania Rating Scale</i>	31
1.2.6 Ψυχωτικά συμπτώματα	35

1.2.6.1. Λειτουργικός προσδιορισμός ψυχωτικών συμπτωμάτων στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) - Possitive and Negative Syndrome Scale.....	35
1.2.7 Συμπτώματα άγχους (εννοιολογικός προσδιορισμός)	47
1.2.7.1. Λειτουργικός προσδιορισμός συμπτωμάτων άγχους στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) – <i>Κλίμακα αξιολόγησης Hamilton Anxiety Rating Scale</i>	48
1.2.8 Γνωστικές λειτουργίες (εννοιολογικός προσδιορισμός)	51
1.2.8.1. Λειτουργικός προσδιορισμός γνωστικών διαταραχών στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) – <i>Εργαλείο αξιολόγησης Montreal Cognitive Assessment</i>	51
1.2.9.1 Προσδιορισμός πολυφαρμακείας στην παρούσα μελέτη (λειτουργικός ορισμός).....	55
1.2.10 Υψηλές δόσεις αντιψυχωτικών (εννοιολογικός ορισμός).....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	56
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	56
1.4.1 Το ζήτημα της ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία	57
1.4.2 Ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία και νομική υπόσταση	58
1.4.3 Το νομοθετικό πλαίσιο στην Ευρώπη	59
1.3.4. Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική θεραπεία ψυχικής υγείας.....	61
1.3.5. Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική θεραπεία ψυχικής υγείας στην Ευρώπη	61
1.3.6 Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών στην Κύπρο.....	63
1.3.7. Στίγμα και ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία	63
1.3.8. Ακούσια νοσηλεία: Κυριότερες αιτίες	65
1.3.9. Υποχρεωτική λήψη θεραπείας σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία, πολυφαρμακεία και υψηλές δόσεις αντιψυχωτικών.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	67
1.5.1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία	68
<i>Ανάλυση ερευνών</i>	70
1.5.2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση προτύπων συνταγογράφησης ενήλικων ατόμων υπο ακούσια νοσηλεία για υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	85
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	85
2.Μεθοδολογία της έρευνας.....	86
Σκοπός μελέτης.....	86
2.1. Σκοπός.....	86
2.1.1. Επιμέρους στόχοι:	86

2.1.2. Ερευνητικά ερωτήματα	86
2.2.Υλικό και Μέθοδος.....	87
2.2.1. Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	87
2.2.2. Περιβάλλον μελέτης	87
2.2.3. Μέθοδος Δειγματοληψίας.....	88
2.2.4. Πληθυσμός στόχος.....	88
2.2.5. Κριτήρια Εισόδου / Αποκλεισμού	88
2.2.6. Μέγεθος Δείγματος	89
Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής για την επιλογή του τελικού δείγματος (n=406).....	91
2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	91
2.3.1. Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	93
2.3.2. Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας της έρευνας	94
2.3.3. Προστασία συμμετεχόντων.....	94
2.3.4. Καταγραφή παραπόνων και καταγγελιών.....	95
2.3.5. Προστασία προσωπικών δεδομένων.....	95
2.3.6. Στατιστικές δοκιμασίες – Ανάλυση δεδομένων.....	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	97
4. Αποτελέσματα.....	98
4.1. Περιγραφή κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	98
4.1.1. Κοινωνικο-δημογραφικά και χαρακτηριστικά συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθηκαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (n=482) ..	98
4.1.2. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (individuals) (n=406)	101
4.1.3. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων οι οποίοι επανεισήχθηκαν υπό ακούσια νοσηλεία για υποχρεωτική θεραπεία στο ΝΑ κατά τη χρονική διάρκεια της μελέτης (χρονική περίοδος 14 μηνών).....	103
4.1.4. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με ιστορικό πολλαπλών ακούσιω επανεισαγωγών για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας στο ΝΑ	104
4.1.5. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείγματος συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθηκαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (n=174)	105
4.1.6. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με καταθλιπτική συμπτωματολογία (n=44)	105
4.1.7. Κοινωνικο-Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με μανιακή συμπτωματολογία (n=105)	106
4.1.8. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με ψυχωτική συμπτωματολογία (n=358)	108

4.1.9. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με αυτοκαταστροφική / αυτοκτονική συμπεριφορά κατά την εισαγωγή (n=40).....	109
4.1.10. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών (n=306)	110
4.1.11. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος στο οποίο δεν πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών (n=176)	112
4.1.12. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HDRS (n=44)	113
4.1.13. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας PANSS και των υποκλιμάκων θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας (n=482)	113
4.1.14. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας YMRS (n=105)	114
4.1.15. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HARS (n=482)	114
4.1.16. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας MoCA (n=306).....	115
4.1.17. Κατανομή δείγματος ως προς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή και τη προγραμματισμένη συνταγογραφούμενη αγωγή, συχνότητας συνταγογράφησης των καθορισμένων φαρμακευτικών ουσιών στο πλαίσιο υποχρεωτική θεραπείας σε πάσχοντες υπό ακούσια νοσηλεία και συχνότητα συνταγογράφησης σε σχέση με την ιατρική διάγνωση (n=482) 115	
4.1.18. Συνολικός αριθμός συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής ουσίας σε σχέση με τη συχνότητα ιατρικής διάγνωσης στο συνολικό δείγμα (n=482).....	116
4.1.19. Συνταγογράφηση πολυφαρμακίας και υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής στο συνολικό δείγμα 118	
4.2. Διαφορές μεταξύ των ομάδων του δείγματος	118
4.2.1. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά (συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία) και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος των περιπτώσεων που εισήχθηκαν για ακούσια νοσηλεία (cases) (n=482).....	118
4.2.2. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (cases) (n=406) 121	
4.2.3. Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε συμμετέχοντες με θετικό και αρνητικό ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (n=406)	125
4.2.4. Διαφορές συμμετεχόντων σε σχέση με την χρήση ελαφρών και σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών 126	
4.2.5. Διαφορές μεταξύ εισαγωγής και επανεισαγωγής.....	127
4.2.6. Διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων με 1 υποτροπή (individuals) σε σχέση με τους συμμετέχοντες με πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης (cases) (περίοδος 14 μηνών).....	128

4.2.7. Σχέση μέσων τιμών σε συμμετέχοντες με καταθλιπτική συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (n=40)	129
4.2.8. Προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση κλινικών ΚΣ.....	130
4.2.9. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με την συνταγογράφηση πολυφαρμακείας και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482)	131
4.2.10. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482).....	132
4.2.11. Πολυπαράγοντική ανάλυση μεταξύ των μεταβλητών «υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αγωγής, «πολυφαρμακείας» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής και των κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (n=406).....	133
4.2.12. Σχέση έντασης ψυχωτικών συμπτωμάτων, πολυφαρμακείας και αυξημένης δόσης αντιψυχωτικής αγωγή	134
4.2.13. Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	135
4.2.14. Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	149
4.2.15. Σχέση αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	153
4.2.16. Σχέση μανιακής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	155
4.2.17. Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών	156
4.2.18. Σχέση της συνολικής μέσης τιμής της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και της συνολικής μέσης τιμής της κλίμακας MoCA.....	159
4.2.19. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου MoCA – Σχέση της συνολικής μέσης τιμής κλίμακας MoCA και α) θετικού ατομικού ιστορικού NND/NBD, β) συχνότητας υποτροπών κατά το διάστημα 14 μηνών, και γ) συχνότητας ακούσιας εισαγωγής/επανεισαγωγής	159
4.2.20. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου PANSS - Σχέση θετικού ατομικού ιστορικού NND/NBD, συχνότητας υποτροπών κατά τη διάρκεια της μελέτης και συχνότητας ακούσιων εισαγωγή και κλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	160
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	161
Συζήτηση / Ερμηνεία αποτελεσμάτων.....	162
7. Προτεινόμενες Παρεμβάσεις	202
8. Περιορισμοί Μελέτης	207
9. Συμπεράσματα	209
10. Βιβλιογραφία	559

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	213

Πίνακας I. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία	214
Πίνακας II. Πρότυπα συνταγογράφησης ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία βάσει των ερευνών της τελευταίας δεκαετίας.....	252
<i>Πίνακας I.</i> Κοινωνικο-δημογραφικά και χαρακτηριστικά συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθηκαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (n=482).....	261
Πίνακας 2a. Σύγκριση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταξύ του δείγματος των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης (n=406) και του πληθυσμού της Κύπρου.....	263
Πίνακας 2b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείγματος συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθηκαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (N=174).....	266
Πίνακας 2c. NND/NBD Συγγενικού Ατόμου (N=172)	267
Πίνακας 3. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με 1 υποτροπή (individuals) (n=406) και πολλαπλές υποτροπές (n=76) κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών).....	268
Πίνακας 4a. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με καταθλιπτική συμπτωματολογία (n=44)	270
Πίνακας 4b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο με καταθλιπτική συμπτωματολογία	273
Πίνακας 4c. NND/NBD Συγγενικού Ατόμου (N=24)	274
Πίνακας 5b. Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με μανιακή συμπτωματολογία (n=105).....	275
<i>Πίνακας 5c.</i> NND/NBD Συγγενικού Ατόμου (N=53)	276
Πίνακας 6a. Κοινωνικο – δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με ψυχωτική συμπτωματολογία (n=358).....	277
Πίνακας 6b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών συμμετεχόντων με ψυχωτική συμπτωματολογία.....	280
Πίνακας 6c. NND/NBD Συγγενικού Ατόμου (N=152)	281
Πίνακας 7a. Κοινωνικο – Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (n=40).....	282
Πίνακας 7b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ατόμων με αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	285
Πίνακας 8a. Κοινωνικο – Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο και αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών βάσει του εργαλείου MoCA (n=482).....	286

Πίνακας 8b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο και αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών βάσει του εργαλείου MoCA (n=213)	289
Πίνακας 8c. ΝΝΔ/ΝΒΔ συγγενικού ατόμου χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο και αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών βάσει του εργαλείου MoCA (n=213).....	290
Πίνακας 9a. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση HDRS (n=44)	291
Πίνακας 9b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής κλίμακας HDRS (n=44)	293
Πίνακας 10a. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση κλίμακας PANSS και των υποκλιμάκων θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας (n=482)	294
Πίνακας 10b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας PANSS και των υποκλιμάκων θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας (n=482)	296
Πίνακας 11a. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση της κλίμακας YMRS (n=105)	298
Πίνακας 11b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας YMRS (n=105)	299
Πίνακας 12a. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HARS (n=482).....	300
Πίνακας 12b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HARS (n=482)	302
Πίνακας 13a. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση της κλίμακας MoCA (n=306)	304
Πίνακας 13b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας MoCA (n=306).....	305
Πίνακας 14a. Συχνότητα συνταγογράφησης κατ' επίκλησην φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την ιατρική διάγνωση του συνολικού δείγματος (n=482).....	307
Πίνακας 14b. Συνολικός αριθμός συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής ουσίας σε σχέση με τη συχνότητα ιατρικής διάγνωσης στο συνολικό δείγμα (n=482).....	308
Πίνακας 15. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά (συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία) και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος των περιπτώσεων που εισήχθησαν για ακούσια νοσηλεία (cases) (n=482)	310
Πίνακας 16. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (cases) (n=406).....	316
Πίνακας 17. Λόγος του odss και 95% CI σε σχέση με τις μεταβλητές: διάγνωση σχιζοφρένειας. τη διάγνωση ψυχωτικού επεισοδίου υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας. τη διάγνωση διαταραχή διάθεσης. διακοπή φαρμακευτικής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση (n=406).....	323

Πίνακας 18. Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε συμμετέχοντες με θετικό και αρνητικό ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (n= 406). ...	326
Πίνακας 19. Λόγος του odds και 95% CI σε σχέση με τις μεταβλητές: χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών και κλινικών, κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών σχετιζόμενων με την υγεία (n=79)	328
Πίνακας 20. Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε σχέση με τη χρήση ελαφριών και σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών (N= 168).....	329
Πίνακας 21. Λόγος του odds και 95% CI σε σχέση με τις μεταβλητές: επανεισδοχή και κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση (n=406). 331	331
Πίνακας 22. Προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση κλινικών ΚΣ (N=406)	332
Πίνακας 23. Σχέση μέσων τιμών σε συμμετέχοντες με κλινικά ΚΣ (HDRS score $\geq$ 8) (n=44) και συμμετέχοντες χωρίς κλινικά ΚΣ (HDRS score <8) (n=362).....	333
Πίνακας 24. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με την συνταγογράφηση πολυφαρμακεία και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482).....	335
Πίνακας 25. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482).....	337
Πίνακας 26. Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των μεταβλητών «υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αγωγής. «πολυφαρμακείας» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής και των κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (n=406).....	340
Πίνακας 27. Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)	342
Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών(n=358).....	345
Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358).....	348
Πίνακας 28. Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών(n=358).....	390
Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358).....	391
Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358).....	392

Πίνακας 29. Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=44).....	406
Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	408
Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	410
Πίνακας 30. Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482) 440	
Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	442
Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	444
Πίνακας 31. Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=105) 474	
Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	476
Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	478
Πίνακας 32. Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=306).....	506
Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	508
Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών.....	510
Πίνακας 33. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και ψυχωτικής συμπτωματολογίας (n=358)	542
Πίνακας 34. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (n=44)	546
Πίνακας 35. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και μανιακής συμπτωματολογίας (n=105)	549
Πίνακας 36. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και αγχώδους συμπτωματολογίας (n=482)	550
Πίνακας 37. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και γνωστικών διαταραχών (n=306).....	552
Πίνακας 38. Σχέση συνολικής τιμής υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και συνολικής τιμής εργαλείου MoCA (n=306).....	555

Πίνακας 39. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου MoCA σε σχέση με το πρώτο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ και το θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ (n=306).....	556
Πίνακας 40. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου MoCA σε σχέση με την πρώτη ακούσια εισαγωγή και το προηγούμενο ιστορικό ακούσιων εισαγωγών (n=306).....	557
Πίνακας 41. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) κλίμακας PANSS σε σχέση με το πρώτο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ και το θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ (n=358).....	558

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής για την επιλογή του τελικού δείγματος (n=406).....	91
Διάγραμμα 2: Κατανομή δείγματος ως προς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή και τη προγραμματισμένη συνταγογραφούμενη αγωγή. καθώς και απεικόνιση της συχνότητας συνταγογράφησης των καθορισμένων φαρμακευτικών ουσιών στο πλαίσιο υποχρεωτική θεραπείας σε πάσχοντες υπό ακούσια νοσηλεία.	306

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΕΝΔΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Δενδρόγραμμα 1: Διαδικασία αναζήτησης ερευνητικών μελετών σύμφωνα με τα κριτήρια που τέθηκαν.....69

Δενδρόγραμμα 2. Διαδικασία αναζήτησης και εξεύρεσης ερευνητικών μελετών σύμφωνα με τα κριτήρια που τέθηκαν.....80

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παραρτήματα Α..... 610

Παράρτημα I: Επιστολή έγκρισης διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου 611	611
Παράρτημα II: Επιστολή έγκρισης από την επιτροπή προώθησης ερευνών του Υπουργείου Υγείας 612	612
Παράρτημα II: Επιστολή έγκρισης από την επιτροπή προώθησης ερευνών του Υπουργείου Υγείας 613	613
Παράρτημα III: Επιστολή γνωστοποίησης έναρξης της μελέτης στον επίτροπο προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα..... 614	614
Παράρτημα IV: Επιστολή γνωστοποίησης έναρξης διεξαγωγής της μελέτης προς το διευθυντή του Νοσοκομείου Αθαλάσσας και προς τη επιστημονική συντονίστρια του Νοσοκομείου Αθαλάσσας..... 617	617
Παραρτήματα Β..... 621	621
Παράρτημα I: Εργαλείο συλλογής κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών 621	621
Παράρτημα II: Έντυπο συγκατάθεσης πάσχοντα για συμμετοχή στη μελέτη.. 624	624
Παράρτημα III: Εργαλείο Positive and Negative Syndrome Scale..... 628	628
Παράρτημα IV: Οδηγός συμπλήρωσης εργαλείου Positive and Negative Syndrome Scale 629	629
Παράρτημα V: Εργαλείο Hamilton Depression Rating Scale..... 649	649
Παράρτημα VI: Εργαλείο Young Mania Rating Scale 654	654
Παράρτημα VII: Εργαλείο Hamilton Anxiety Rating Scale 657	657
Παράρτημα VIII: Εργαλείο Montreal Cognitive Assessment..... 658	658

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΤΕΠΑΚ	Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
NNΔ	Νευρο-νοητικές Διαταραχές
NΒΔ	Νευροβιολογικές Διαταραχές
ΥΨΥ	Υπρεσίες Ψυχικής Υγείας
ΝΑ	Νοσοκομείο Αθαλάσσης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΚΒ	Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου
ΑΝΣ	Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale
YMRS	Young Mania Rating Scale
PANSS	Positive And Negative Syndrome Scale
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health V
ADHD	Attention Deficit Hyperactive Disorder
MMS	Mini Mental State Examination
SPSS	Statistical Package of Social Sciences
MT	Μέση Τιμή
ΤΑ	Τυπική Απόκλιση
ΚΣ	Καταθλιπτικόμορφα Συμπτώματα
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
OR	Odds Ratio
p	p value

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.Εισαγωγή

Η ακούσια (υποχρεωτική) ψυχιατρική νοσηλεία είναι μία διαδικασία, η οποία εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο σε άτομα με νευρο-νοητικές/ νευρο-βιολογικές διαταραχές (NNΔ/NBA)(ψυχικές διαταραχές), όταν η δυνατότητα λήψης θεραπείας σε εξωτερική βάση είναι αδύνατη, κύρια εξαιτίας της έντασης και της σοβαρότητας της συμπτωματολογίας των νοσημάτων αυτών (Adebiyi et al. 2018; Zhang et al. 2015). Η διαδικασία αυτή εφαρμόζεται στα άτομα με NNΔ/NBA χωρίς τη συγκατάθεση τους, και εφόσον η ένταση της συμπτωματολογίας είναι αρκετά σοβαρή έτσι ώστε να υφίστανται κίνδυνος για τον πάσχοντα ή για τα άτομα του περιβάλλοντός του (Adebiyi et al. 2018).

Παρ' όλο που υπάρχουν διαχρονικά ενδείξεις ότι η συχνότητα εμφάνισης NNΔ/NBA στον γενικό πληθυσμό αυξάνεται παγκοσμίως (Rehm et al. 2019), τα δεδομένα για τους παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία σε περιπτώσεις σοβαρής NN/NB συμπτωματολογίας δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και της Μεσογείου (Kisely et al. 2019; Barnett et al. 2017; Stylianidis et al. 2017; Flammer et al. 2016; Curley et al. 2016; Walker et al. 2019; Douzenis et al. 2012). Την ίδια στιγμή, τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της υποχρεωτικής ψυχιατρικής θεραπείας είναι ανεπαρκή (Pilarinos et al. 2019; van Kranenburg et al. 2019), ενώ ο αυτό-στιγματισμός των ατόμων που νοσηλεύονται ακούσια για υποχρεωτική λήψη ψυχιατρικής θεραπείας έχει καταγραφεί πολλάκις στη διεθνή βιβλιογραφία (Kaite et al. 2015). Παράλληλα, η ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία σε δομές οξείας ψυχιατρικής φροντίδας έχει περιγραφεί ως ένας σοβαρός στρεσογόμος παράγοντας για τα μέλη της οικογένειας πασχόντων, καθώς και για τους επαγγελματίες υγείας των υπηρεσιών αυτών (Jaeger et al. 2019).

Ωστόσο, τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, παρατηρείται αύξηση στα ποσοστά ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, τόσο σε Ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο (Keown et al. 2018). Οι ακριβείς παράγοντες που σχετίζονται με τη διαδικασία αυτή ποικίλουν, κυρίως εξαιτίας της πολυμορφίας των νομοθετικών πλαισίων που υπάρχουν στις διάφορες χώρες, καθώς και των διαφορετικών ποσοστών επιπολασμού των NNΔ/NBA σε κάθε μια από αυτές (Karash et al. 2018). Παρόλαυτα, φαίνεται πως τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των πασχόντων, αποτελούν ίσως τους κυριότερους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Walker et al. 2019).

Βάσει των ανωτέρω, στοχευμένες βάσει τεκμηριωμένων δεδομένων παρεμβάσεις μείωσης της συχνότητας ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία θεωρούνται απαραίτητες. Προς τον στόχο αυτό αναμένεται να συμβάλλουν μελέτες που να αφορούν στους παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία. Ειδικότερα, τέτοιου είδους μελέτες αναμένεται να παρέχουν δεδομένα χρήσιμα για την ταυτοποίηση ευάλωτων κλινικών ομάδων στην κοινότητα, και κατ' επέκταση να συμβάλλουν στην ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων έγκαιρης και έγκυρης πρόληψης υποτροπής και κατ' επέκταση αποτροπής της ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (de Jong et al. 2021).

Συνολικά, η ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, μιας και οι ΝΝΔ/ΝΒΔ επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα του γενικού πληθυσμού, με σοβαρό αντίκτυπο στην καθημερινότητα των ατόμων (Henderson et al. 2013). Ωστόσο, τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που δέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία στην Κύπρο δεν έχουν καταγραφεί μέχρι σήμερα. Μάλιστα, κατά την ανασκόπηση των στατιστικών δεδομένων του Υπουργείου Υγείας και της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου, βρέθηκε ότι παρόλο που υπάρχουν καταγεγραμμένα τα δημογραφικά δεδομένα των ατόμων που νοσηλεύονται με γενικές παθήσεις σε ιδιωτικά και δημόσια νοσηλευτήρια, δεν υπάρχει σχετική καταγραφή για τα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2016).

Μεμονωμένες είναι οι αναφορές που αφορούν τα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα των ΝΝΔ/ΝΒΔ στην Κυπριακή Δημοκρατία. Συγκεκριμένα, υπάρχει μια αδρή αναφορά βάσει της οποίας το 20% του γενικού πληθυσμού της φαίνεται να νοσεί από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, όπου το 15% αφορά σε διαταραχή άγχους, το 7% σε κατάθλιψη και το υπόλοιπο ποσοστό σε κάποια ψυχωτική διαταραχή (Golna et al. 2004). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την τελευταία αναφορά της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου (2017) για τα άτομα που επισκέφθηκαν τα δημόσια νοσηλευτήρια εκούσια, έχουν καταγραφεί 182 περιπτώσεις ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας και άλλων συναφών ψυχωτικών διαταραχών, 220 περιπτώσεις ατόμων με διάγνωση διαταραχών διάθεσης, 113 περιπτώσεις ατόμων με διάγνωση αγχωδών διαταραχών και 13 περιπτώσεις ατόμων με διάγνωση σχετιζόμενη με τη χρήση ουσιών.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα παραπάνω δεδομένα δεν αφορούν άτομα τα οποία εισήχθησαν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής

υγείας. Επομένως, τα δεδομένα της στατιστικής υπηρεσίας της Κυπριακής Δημοκρατίας δεν έχουν επικυρωθεί από άλλες επιδημιολογικές ή περιγραφικές μελέτες.

Προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ διάφορων κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, όπως η καταγωγή και το να είναι κανείς μέλος εθνικής μειονότητας (Barnett et al. 2019), το ανδρικό φύλο (Curley et al. 2016), η οικογενειακή κατάσταση (ανύπανδρα άτομα) και η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η ανεργία και η λήψη οικονομικού βοηθήματος (Walker et al. 2019).

Περαιτέρω, άλλες μελέτες που περιγράφουν τους παράγοντες κινδύνου για επαναλαμβανόμενες ακούσιες εισαγωγές (επανεισαγωγές), συνδέουν κλινικούς παράγοντες με το φαινόμενο αυτό, ενώ τα δεδομένα σχετικά με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες είναι ασαφή (Lin et al. 2019). Σε κάθε περίπτωση, όμως, αναφέρεται ότι οι επαναλαμβανόμενες ακούσιες ψυχιατρικές νοσηλείες συνδέονται με κακή έκβαση της νόσου (Walker et al. 2019). Επομένως, μελέτες διερεύνησης των παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο επανεισαγωγής θεωρούνται σημαντικές, καθώς είναι δυνατό να συμβάλουν στην ταυτοποίηση κλινικών πληθυσμών υψηλού κινδύνου για επαναλαμβανόμενες ακούσιες νοσηλείες, και περαιτέρω την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων πρόληψης και ενδυνάμωσης.

Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ενήλικων ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο, καθώς και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής στα άτομα αυτά.

Ειδικότερα, η παρούσα ερευνητική μελέτη επικεντρώθηκε στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ενήλικων ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;
- Ποια η ένταση των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών και αγχώδων συμπτωμάτων βάσει των κλιμάκων PANSS, HDRS, YMRS και HARS (αντίστοιχα) των ενήλικων ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;

- Ποιος είναι ο βαθμός διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών βάσει την κλίμακας MoCA στα ενήλικα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;
- Υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το είδος και τις δόσεις των αντιψυχωτικών, αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών φαρμάκων και σταθεροποιητών διάθεσης που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών και αγχώδων συμπτωμάτων βάσει δημογραφικών χαρακτηριστικών στα ενήλικα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;
- Υπάρχει διαφοροποίηση της έντασης των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών και αγχώδων συμπτωμάτων βάσει δημογραφικών χαρακτηριστικών στα ενήλικα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;

Στο πρώτο κεφάλαιο της διατριβής, επιχειρείται η διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος της μελέτης, αναλύεται κριτικά η αναγκαιότητα της μελέτης των παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο. Επιπρόσθετα, επεξηγούνται τα σημεία πρωτοτυπίας της παρούσας έρευνας και γίνεται αιτιολόγηση της επιλογής του συγκεκριμένου θέματος. Το πρώτο κεφάλαιο κλείνει με την περιγραφή της χρησιμότητας της μελέτης των παραγόντων που σχετίζονται με ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας, καθώς και της σχέσης μεταξύ της έντασης των συμπτωμάτων και της ψυχοτρόπου φαρμακευτικής αγωγής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται εννοιολογικά τα κύρια φαινόμενα που μελετώνται στην παρούσα διατριβή. Παράλληλα, γίνεται περιγραφή των φαινομένων της πολυφαρμακείας και των υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία. Επίσης, επιχειρείται μια περιγραφική ανάλυση των λειτουργικών ορισμών, καθώς επίσης και των ειδικών εργαλείων αξιολόγησης της έντασης των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών και αγχώδων συμπτωμάτων, καθώς επίσης και τον βαθμό διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών που οποία χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση της αντιμετώπισης των ΝΝΔ/ΝΒΔ στην Κύπρο, και πραγματοποιείται μια περιγραφική ανάλυση του

θεωρητικού πλαισίου στο οποίο στηρίχθηκε η παρούσα έρευνα, και μέσα από τη συζήτηση γίνεται αιτιολόγηση της επιλογής του συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου. Ακολουθεί εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση διερεύνησης των παραγόντων ακούσιας εισαγωγής υποχρεωτική νοσηλεία και των προτύπων συνταγογράφησης κατά τη διαδικασία αυτή. Συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος αυτής της ενότητας διερευνάται βιβλιογραφικά η σχέση ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, ενώ στο δεύτερο μέρος της ενότητας αυτής διερευνούνται τα πρότυπα συνταγογράφησης σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία για την υποχρεωτική λήψη θεραπείας ψυχικής υγείας.

Στο ειδικό μέρος (τρίτο κεφάλαιο) διατυπώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας και στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της. Αρχικά, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος, η μέθοδος δειγματοληψίας, τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού στην έρευνα, η διαδικασία λήψης των σχετικών αδειών για την έρευνα και πραγματοποιείται μια κριτική ανάλυση των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην συλλογή των δεδομένων. Επιπρόσθετα, στο τέταρτο επιχειρείται η παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο διεξάγεται συζήτηση και επιχειρούνται προσπάθειες ερμηνείας των παρόντων ευρημάτων. Το κεφάλαιο αυτό ολοκληρώνεται με τη συζήτηση των γενικών παραδοχών και περιορισμών της παρούσας έρευνας.

Στο τελευταίο (έκτο) κεφάλαιο, διατυπώνονται τα συμπεράσματα και οι προοπτικές που ανοίγονται βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, και γίνεται συζήτηση των ερευνητικών και κλινικών πρακτικών που αναμένεται να προκύψουν βάσει των παρόντων ευρημάτων. Τέλος, παρουσιάζονται οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης και τα συμπεράσματα.

Ακολουθούν η βιβλιογραφία, οι πίνακες και τα παραρτήματα. Στο παράρτημα Α παρουσιάζονται αναλυτικά όλες οι σχετικές άδειες διεξαγωγής της παρούσας έρευνας και η σχετική αλληλογραφία με τους εμπλεκόμενους φορείς. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η έγκριση από τη Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (EEBK), η άδεια διεξαγωγής της μελέτης από το ΥΥ, η γνωστοποίηση της μελέτης στον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και η γνωστοποίηση έναρξης της μελέτης στο Διευθυντή του Νοσοκομείου Αθαλάσσης και στην Κλινική Συντονίστρια του Νοσοκομείου

Αθαλάσσας. Στο παράρτημα Β παρουσιάζονται αναλυτικά τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

1.1 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

1.1.1 Σημαντικότητα & χρησιμότητα του ζητήματος της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής, και της σχέσης τους με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά στα ενήλικα άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο

Ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ΝΝΔ/ΝΒΔ, είναι απρόθυμα να φτάσουν στις επίσημες υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ΥΨΥ) για αναζήτηση βοήθειας, κυρίως εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει τις ΝΝΔ/ΝΒΔ (Wrigley et al. 2005). Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα, σε αρκετές περιπτώσεις, η πρώτη επαφή των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας με τις ΥΨΥ να συμβεί έπειτα από διακστικό διάταγμα για υποχρεωτική νοσηλεία, εξαιτίας της επιδείνωσης των προβλημάτων αυτών λόγω μη λήψης θεραπείας (Paul 2008). Επομένως, ο προσδιορισμός του κλινικού και δημογραφικού προφίλ των ατόμων που λαμβάνουν για πρώτη φορά θεραπεία από τις ΥΨΥ υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία ενδέχεται να συμβάλει στη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων προς τις ομάδες αυτές, εφόσον βρίσκονται ακόμη στην κοινότητα και πριν να επιδεινωθούν τα συμπτώματά τους και χρειαστεί να οδηγηθούν στις ΥΨΥ υπό το καθεστώς ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Kelly et al. 2018). Τέτοιες παρεμβάσεις αναμένεται όχι μόνο να συμβάλλουν στη μείωση της συχνότητας υποχρεωτικής ψυχιατρικής νοσηλείας, αλλά και στον περιορισμό του κοινωνικού στιγματισμού και του αυτό-στιγματισμού που συνοδεύει την εμπειρία της ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (Rüsch et al. 2014).

Επιπλέον, η καταγραφή των επιβαρυντικών παραγόντων σε επίπεδο κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί για την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού και την ενίσχυση της εγγραμματοσύνης τους σε θέματα ψυχικής υγείας (Bone et al. 2019). Μέσω της προβολής δεδομένων που βασίζονται σε ενδείξεις αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, αναμένεται να περιοριστούν οι μύθοι που συνδέονται με τις ψυχικές διαταραχές και κατ' επέκταση το συνεπακόλουθο κοινωνικό στίγμα (Thornicroft et al. 2016).

Περιοτέρω, η καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ακούσιας επανεισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία είναι σημαντική για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων ενδυνάμωσης στα νοσηλευόμενα άτομα, αλλά και στη διαμόρφωση παρεμβάσεων πρόληψης υποτροπών κατά την περίοδο παραμονής των πασχόντων στην κοινότητα (Kelly et al. 2018). Για παράδειγμα, στοχευμένες παρεμβάσεις ενδυνάμωσης δεξιοτήτων αυτό-διαχείρισης νόσου και έγκαιρου εντοπισμού συμπτωμάτων υποτροπής στις ομάδες αυτές, ενδέχεται να συμβάλει στην έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας από τις ΥΨΥ και κατ' επέκταση στη μείωση της πιθανότητας ακούσιας επανεισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (de Jong et al. 2016; Thornicroft et al. 2016).

Περαιτέρω, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ΝΝΔ/ΝΒΔ και της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής σε ενήλικα άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, δύναται να συμβάλει στην καταγραφή των μεθόδων συνταγογράφησης, και περαιτέρω στην ανάπτυξη παρεμβάσεων βελτίωσης της φαρμακοθεραπείας, όπου αυτό βρεθεί απαραίτητο (Hung et al. 2017; National patient safety goals 2018).

Συνολικά, το αναμενόμενο όφελος από τη διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης αφορά στην απόκτηση σαφούς εικόνας των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας στην Κύπρο, καθώς επίσης και της έντασης και του είδους των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών που εκδηλώνουν τα άτομα αυτά. Η απόκτηση των δεδομένων αυτών ενδέχεται να συμβάλλει στην ανάδειξη της αναγκαιότητας ή όχι διαμόρφωσης καινούργιων παρεμβάσεων αναφορικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής στις υπηρεσίες αυτές (Lunansky et al. 2021; Garay et al. 2016).

Ειδικότερα, με βάση την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία ενδέχεται να υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών και δημογραφικών χαρακτηριστικών (Stevenson et al. 2016). Η ανίχνευση της σχέσης αυτής και η σύγκριση της έντασης των συμπτωμάτων μεταξύ ατόμων με διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά είναι σημαντική για την κατανόηση τυχόν παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης ή/και υποτροπής ΝΝΔ/ΝΒΔ που να οδηγεί σε ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία.

Επιπλέον, η ανάδειξη των δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με υψηλή ένταση συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής στον Κυπριακό πληθυσμό, μπορεί να οδηγήσει στην

ταυτοποίηση ομάδων υψηλού κινδύνου/ ευάλωτων πληθυσμών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Μακροπρόθεσμα τα ευρήματα αυτά μπορεί να καταστούν χρήσιμα στο σχεδιασμό ειδικών παρεμβάσεων ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών.

Περαιτέρω, δεδομένα της τελευταίας δεκαετίας δείχνουν ότι τα φαρμακευτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται σε άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία διαφοροποιούνται από αυτά που προτείνουν οι υφιστάμενες οδηγίες (Remington et al. 2016). Ταυτόχρονα, οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται κυρίως στα φάρμακα βραδείας αποδέσμευσης, σε ζητήματα αποτελεσματικότητας, στη βελτιστοποίηση δοσολογίας, στους διαφορετικούς τρόπους χορήγησης και στη φαρμακοκινητική (Harrington et al. 2002; Taylor et al. 2002; Mendes et al. 2015). Μάλιστα, τα δεδομένα δείχνουν ότι η μονοθεραπεία δεν εφαρμόζεται συχνά κατά την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, ενώ φαίνεται να παρατηρείται όλο και πιο συχνά το φαινόμενο της πολυφαρμακείας ή των υψηλών συνταγογραφούμενων δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής σε πάσχοντες με ψυχωτική συμπτωματολογία σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία (Gallego et al. 2012; Mendes et al. 2016; Martinho et al. 2020). Κάποια από τα δεδομένα αυτά, δείχνουν ότι ο συνδυασμός αντιψυχωτικών για την εξασφάλιση της ύφεσης των συμπτωμάτων καθιστούν την πολυφαρμακεία και τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής αναπόφευκτες πρακτικές (Harrington et al. 2002; Taylor et al. 2002). Ωστόσο, η αποφυγή τέτοιων πρακτικών και η συνεπακόλουθη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της φαρμακευτικής αγωγής θεωρούνται αναγκαία.

Ως εκ τούτου, η διεξαγωγή μελετών με επίκεντρο τα ζητήματα αυτά, και στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής προσέγγισης θα μπορούσε να συμβάλει προς τον έλεγχο τέτοιων πρακτικών (Mace & Taylor, 2014). Η καταγραφή των δεδομένων αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών και των δόσεων της ψυχοτρόπου αγωγής αναμένεται να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας. Ειδικότερα, η ανάδειξη του εάν διαφοροποιείται η φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με την ένταση των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής ή/και συγκεκριμένων κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, καθώς και του τρόπου με τον οποίο συνδέονται, αναμένεται να χρησιμοποιηθεί για την περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή τη διαφοροποίηση και του τρόπου με τον οποίο σχετίζεται με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επιπρόσθετα, τα παρόντα ευρήματα αναμένεται να συγκριθούν με δεδομένα από άλλες χώρες και να αποτελέσουν έναυσμα για περεταίρω διερεύνηση του θέματος.

Βάσει του ΠΟΥ στόχος κάθε συστήματος υγείας πρέπει να είναι η καταγραφή της έντασης των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής, καθώς και των χαρακτηριστικών των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ώστε να γίνεται ταυτοποίηση των ψυχικά ευάλωτων πληθυσμών (WHO 2013).

Συνολικά, η αύξηση του αριθμού των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Κύπρο, δεσμεύει τους επαγγελματίες υγείας να προσαρμοστούν στις νέες ανάγκες των νέων χρηστών του συστήματος υγείας και να αναβαθμίσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας, στόχος των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η παροχή ποιοτικής φροντίδας για τη ψυχική υγεία, η οποία δύναται να καλύπτει πέραν από τη θεραπεία και την αποκατάσταση, την πρόληψη της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών καθώς και την πρόληψη των υποτροπών που οδηγούν σε αναπηρία. Επιπλέον, η οργάνωση της παρεχόμενης φροντίδας ψυχικής υγείας αναμένεται να είναι ανάλογη των ιδιαίτερων αναγκών του πληθυσμού της Κυπριακής Δημοκρατίας. Επομένως, ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με το δημογραφικό και κοινωνικό προφίλ των χρηστών των ΥΨΥ, αλλά και σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα και θεραπεία, θεωρούνται σημαντικά για διαμόρφωση και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εν λόγω υπηρεσιών (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2021). Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο Υγείας δύναται να αξιοποιήσει τα αποτελέσματα της έρευνας:

1. για την απόκτησης σαφούς εικόνα της έντασης της καταθλιπτικής, αγχώδους και ψυχωτικής συμπτωματολογίας των ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο, καθώς και των γνωστικών διαταραχών και της έντασης συμπτωμάτων μανίας,
2. προκειμένου να αναδειχτεί η αναγκαιότητα στοχευμένων παρεμβάσεων ή/και τροποποίησης των ήδη υπάρχουσών αναφορικά με την ύφεση της έντασης των συμπτωμάτων αυτών.
3. για την αναβάθμιση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας,
4. για την κατανόηση των παραγόντων υποτροπής νόσων όπως η σχιζοφρένεια και οι διαταραχές διάθεσης,
5. για την ταυτοποίηση ομάδων υψηλού κινδύνου για σοβαρή υποτροπή που οδηγεί σε υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία,

6. για την καταγραφή της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής και την αξιολόγησή της με βάση διεθνείς πρακτικές,
7. για την απόκτηση δεδομένων αναφορικά με την κλινική πρακτική της συνταγογράφησης και ενδεχόμενη σύσταση ειδικής ομάδας μελετης του ΥΥ για διαμόρφωση κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών.

Όλα τα παραπάνω συνιστούν βασικά ζητήματα αναφορικά με την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, και ως εκ τούτου η παρούσα μελέτη, δύναται να συνεισφέρει ουσιαστικά υπέρ του δημοσίου συμφέροντος της Κυπριακής Δημοκρατίας.

1.1.2 Σημεία πρωτοτυπίας μελέτης και αιτιολόγηση επιλογής του συγκεκριμένου θέματος

Μετά από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει πληθώρα μελετών για την καταθλιπτική και την ψυχωτική διαταραχή, καθώς επίσης και για την αντικαταθλιπτική και αντιψυχωτική αγωγή (Alphs et al. 2016; Brown & Roffman, 2016; Ruderfer et al. 2016; Stevenson et al. 2016; Li et al. 2015; An et al. 2017). Επίσης, υπάρχουν μελέτες για τη σχέση μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Walker et al. 2019). Ωστόσο, σε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Google Scholar, Medline, Embase, Psycinfo για το χρονικό διάστημα από το 1980 μέχρι και τον Φεβρουάριο του 2021 δεν ανευρέθηκαν δημοσιευμένες μελέτες που να διερευνούν τη σχέση των δόσεων των αντικαταθλιπτικών και των αντιψυχωτικών φαρμάκων που χορηγούνται κατά την οξεία φάση των συμπτωμάτων αυτών, και συγκεκριμένα στις περιπτώσεις ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, και της έντασης των καταθλιπτικών ή/και ψυχωτικών συμπτωμάτων, τόσο διεθνώς όσο και σε κυπριακό πληθυσμό. Ο προσδιορισμός της σχέσης αυτής συνιστά μία από τις παραμέτρους που αφορούν στην ασφάλεια και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Stevenson et al. 2016), αλλά και την βασική πρωτοτυπία της παρούσας διατριβής.

Ειδικότερα, σημειώνεται ότι η παρούσα διατριβή συνιστά, στον βαθμό που γνωρίζουμε, την πρώτη ερευνητική προσπάθεια α) καταγραφής τον βαθμό διαταραχής των των γνωστικών λειτουργιών και της έντασης και του είδους των καταθλιπτικών, ψυχωτικών και αγχώδων συμπτωμάτων που εκδηλώνουν τα άτομα που εισέρχονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας της Κυπριακής Δημοκρατίας, β) διερεύνησης της σχέσης μεταξύ του είδους των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και των δημογραφικών/κλινικών χαρακτηριστικών των ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία τις

υπηρεσίες οξείας φροντίδας της Κυπριακής Δημοκρατίας, γ) καταγραφής της συνταγογραφούμενης αντικαταθλιπτικής και αντιψυχωτικής αγωγής κατά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης των ψυχωτικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων υπό καθεστώς ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία στην Κυπριακή Δημοκρατία.

Προηγούμενα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας έχουν δείξει ανοδική τάση ακούσιων εισαγωγών στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας από το 2007 μέχρι και σήμερα, χωρίς ωστόσο, να γίνεται οποιαδήποτε καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών της συγκεκριμένης ομάδας υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία (Cyprus Ministry of Health, 2018). Περαιτέρω, κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις ερευνητικών δεδομένων Pubmed, GoogleScholar, Medline, Embase, PsycInfo δεν εντοπίστηκε, στον βαθμό που γνωρίζουμε, δημοσιευμένη επιδημιολογική μελέτη που να αφορά στα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική τις ΥΨΥ στην Κυπριακή Δημοκρατία, ή άλλα σύγχρονα δεδομένα που να αφορούν τη διερεύνηση των ΝΝΔ/ΝΒΔ στον γενικό πληθυσμό της Κυπριακής Δημοκρατίας (Kisely et al. 2017; Walker et al. 2019), ενώ αντίστοιχα τα δεδομένα από της χώρες της Ν. Ευρώπης και της Μεσογείου είναι περιορισμένα (Kisely et al. 2019; Barnett et al. 2017; Stylianidis et al. 2017; Flammer et al. 2016; Curley et al. 2016; Walker et al. 2019; Douzenis et al. 2012). Ως εκ τούτου, φαίνεται να είναι σημαντική η καταγραφή των κλινικών και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή ή επαν-εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία σε θαλάμους οξείας φροντίδας στις ΥΨΥ στην Κύπρο, αφού τα δεδομένα αυτά θα αποτελέσουν αφενός μια εθνική βάση αναφορικά με τους επιβαρυντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, ενώ θα επιτρέψουν αφετέρου σε μελλοντικές συγκρίσεις με τα διεθνή δεδομένα (Walker et al. 2019). Παράλληλα, τα δεδομένα αυτά ενδέχεται να καταστήσουν εφικτή την εφαρμογή εθνικής στρατηγικής και διεθνούς πολιτικής για την υγειονομική περίθαλψη της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού (Kisely et al. 2019).

Μάλιστα, αν και υπάρχουν μελέτες οι οποίες περιγράφουν τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία (Walker et al. 2019; Yang et al. 2020), στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε επιπρόσθετα η σχέση μεταξύ κοινωνικό-δημογραφικών/κλινικών χαρακτηριστικών και πολυφαρμακείας και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, ενώ η ένταση της συμπτωματολογίας αξιολογήθηκε με τη χρήση δομημένων εργαλείων.

Συνοψίζοντας, η ανάδειξη συγκεκριμένων δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με υψηλή ένταση συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής, καθώς και με δυσλειτουργικά θεραπευτικά μοντέλα μπορεί να οδηγήσει στην ταυτοποίηση ομάδων υψηλού κινδύνου/ευάλωτων πληθυσμών αναφορικά με τους παράγοντες αυτούς. Μακροπρόθεσμα, τα ευρήματα αυτά μπορεί να καταστούν χρήσιμα στο σχεδιασμό ειδικών παρεμβάσεων ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών.

Περαιτέρω, τα ευρήματα ίσως να συγκριθούν με δεδομένα από άλλες χώρες, γεγονός το οποίο θα αποτελέσει το έναυσμα για περεταίρω διερεύνηση του θέματος. Η καταγραφή δεδομένων αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της έντασης των NN/NB συμπτωμάτων και των δόσεων της φαρμακευτικής αγωγής, ενδεχομένως θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας. Ειδικότερα, η ανάδειξη του εάν διαφοροποιείται η φαρμακευτική αγωγή και η εφαρμογή δυσλειτουργικών θεραπευτικών μοντέλων (υψηλές δόσεις αντιψυχωτικών/ πολυφαρμακεία) σε σχέση με την ένταση των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής ή/και συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών, και με ποιο τρόπο, είναι εφικτό να χρησιμοποιηθούν για την περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή τη διαφοροποίηση και του τρόπου με τον οποίο σχετίζεται μελλοντικά σε σχέση με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η καταγραφή της σχέσης μεταξύ χορηγούμενης φαρμακοθεραπείας και έντασης NN/NB συμπτωμάτων ενδεχομένως να αποσαφηνίσει ζητήματα σχετικά με το είδος και τις δόσεις των χορηγούμενων φαρμάκων στις περιπτώσεις αυτές και να οδηγήσει σε σύγκριση με τις διεθνείς πρακτικές και τροποποίηση ή διατήρηση των υφιστάμενων διαδικασιών. Επιπλέον, μέσα από τη μελέτη αυτή, θα παρασχεθούν δεδομένα χρήσιμα για τη διαμόρφωση κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών βέλτιστης πρακτικής βάσει των πληθυσμιακών χαρακτηριστικών της Κυπριακής Δημοκρατίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

1.2.1 Ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία - Γενική περιγραφή

Ως ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία ορίζεται η παροχή ψυχιατρικής φροντίδας σε κάποιο άτομο χωρίς χωρίς τη συγκατάθεσή του σε τμήματα οξείας και ασφαλούς φροντίδας, κατόπιν δικαστικού διατάγματος (Palazidou & Polyniki 2018). Η ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία και κατ' επέκταση η υποχρεωτική λήψη θεραπείας, αποτελούν κρίσιμες πτυχές της φροντίδας υγείας ατόμων με ΝΝΔ/ΝΒΔ (Karasch et al. 2020). Οι όροι «υποχρεωτική» και «ακούσια» νοσηλεία έχουν την ίδια έννοια, ενώ η κλινική αυτή πρακτική χρησιμοποιείται σε όλες τις χώρες (Wasserman et al. 2020). Η ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση των οξέων συμπτωμάτων ΝΝΔ/ΝΒΔ όταν οι πάσχοντες δύναται να γίνουν επικίνδυνοι για τον εαυτό τους ή για τους άλλους (Karasch et al. 2020). Κατά την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία και την συνεπακόλουθη υποχρεωτική θεραπεία, το άτομο έχει άμεση πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη γεγονός το οποίο μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο βλάβης προς τον εαυτό του ή προς τρίτους.

1.2.2 Ακούσια νοσηλεία στην Κύπρο και σχετική νομοθεσία

Η νομοθεσία για την ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη στην Κύπρο θεσπίστηκε το 1997 (Cyprus Ministry of Health 2018), ενώ σχετικές τροποποιήσεις έγιναν το 2003 και το 2007. Σκοπός της νομοθεσίας ήταν να προβλέψει την ανάπτυξη για τη λειτουργία ψυχιατρικών κέντρων, τα οποία θα παρείχαν φροντίδα για τους ψυχικά πάσχοντες και θα διασφάλιζαν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Παράλληλα με την τροποποίηση του νόμου του 1997 κατά το 2003 και τη συμπερίληψη των ατόμων αυτών στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, καθορίστηκε και η επιτροπή ψυχικής υγείας, η οποία θα αποτελούσε ένα εποπτικό φορέα του οποίου ευθύνη είναι η προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και η συμβολή στην ορθή εφαρμογή του νόμου μερί ακούσιας εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλείας (Palazidou & Polyniki 2018).

Ο Νόμος περί Ψυχικής Υγείας του 1997, ορίζει την ψυχική διαταραχή ως διαταραχή συμπεριφοράς εξαιτίας της νοητικής λειτουργίας ενός ατόμου (Cyprus Ministry of Health 2018). Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, η ψυχική διαταραχή θεωρείται σοβαρή όταν το άτομο εκδηλώνει βία ή αντικοινωνική διαταραχή ή όταν η κριτική του σκέψη έχει επιδεινωθεί σε

τέτοιο βαθμό, έτσι ώστε η εισαγωγή του σε τμήμα οξείας και ασφαλούς φροντίδας να είναι απαραίτητη για την προστασία τόσο του ιδίου όσο και των κοντινών του ατόμων (Cyprus Ministry of Health 2018). Τα παραπάνω κριτήρια αποτελούν τους κυριότερους λόγους για ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στην Κυπριακή Δημοκρατία. Ο Νόμος καθιστά σαφές ότι προϋπόθεση της εισαγωγής για ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία σε τμήματα (θαλάμους) οξείας και ασφαλούς φροντίδας σε περίπτωση που παρατηρηθούν οι παραπάνω ενδείξεις, είναι η παρουσία «ψυχικής ασθένειας» (Cyprus Ministry of Health 2018).

Κατά τη διαδικασία ακούσιας εισδοχής για υποχρεωτική νοσηλεία, ο πάσχων έχει το δικαίωμα ακρόασης ενώπιον του δικαστηρίου, και εάν το άτομο επιθυμεί, έχει τη δυνατότητα Cyprus Ministry of Health 2018).

Η απόφαση του δικαστηρίου για υποχρεωτική νοσηλεία, συμπεριλαμβάνει το αίτημα για προσωρινή περίοδο παραμονής σε θάλαμο οξείας/ ασφαλούς φροντίδας για περίοδο 28 ημερών, με στόχο την αξιολόγηση και τη θεραπεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ανανέωση του διατάγματος ακούσιας νοσηλείας είναι εφικτή μετά τις 28 ημέρες και έπειτα κάθε 2 μήνες, ενώ το μέγιστο χρονικό διάστημα ανανέωσης του δικαστικού διατάγματος ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία είναι 12 μήνες. Πριν την έκδοση του δικαστικού διατάγματος ή την επέκταση της χρονικής διάρκειας παραμονής σε θαλάμους ασφαλούς φροντίδας, το άτομο μπορεί να ζητήσει ακρόαση από το δικαστήριο, εκτός και εάν σύμφωνα με την αξιολόγηση του θεράποντος ψυχιάτρου το άτομο στερείται της ικανότητας να παρακολουθήσει τη δίκη. Στην περίπτωση αυτή, ο ψυχίατρος θεωρείται ο προσωπικός εκπρόσωπος του ατόμου (Cyprus Ministry of Health 2018).

Μετά τη δικαστική απόφαση και την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία των ατόμων σε θαλάμους οξείας / ασφαλούς φροντίδας, τα άτομα αυτά λαμβάνουν υποχρεωτική θεραπεία σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος ψυχιάτρου. Ωστόσο, σύμφωνα με τη νομοθεσία, κατά τη διάρκεια παραμονής στη δομή οξείας και ασφαλούς φροντίδας, η εφαρμογή του φαρμακευτικού/ θεραπευτικού πλάνου προϋποθέτει τη συγκατάθεση και την εμπλοκή του θεραπευομένου στη διαδικασία αυτή (Cyprus Ministry of Health 2018).

Με την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας και την ύφεση των συμπτωμάτων, ο θεράπων ψυχίατρος σε συνεννόηση με τη διεπαγγελματική ομάδα μπορεί είτε να μετατρέψει την υποχρεωτική θεραπεία σε εθελοντική, είτε να δώσει εξιτήριο στο άτομο (Cyprus Ministry of Health 2018). Σύμφωνα με τη νομοθεσία, κατά το εξιτήριο, το άτομο δύναται να διασυνδεθεί

με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εφόσον υπάρχει η συγκατάθεση του ιδίου (Cyprus Ministry of Health 2018).

Συνοψίζοντας, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια: (α) το άτομο να πάσχει από ΝΝΔ/ΝΒΔ, (β) το άτομο να μην είναι ικανό να κρίνει το συμφέρον της υγείας του, (γ) η στέρηση νοσηλείας να έχει ως αποτέλεσμα, είτε να μην είναι εφικτή η θεραπεία του ατόμου, είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία στην Κυπριακή Δημοκρατία, η ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία βάσει δικαστικού διατάγματος, παρέχεται μόνο σε μονάδες ασφαλούς φροντίδας, και συγκεκριμένα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθαλάσσας (ΨΝΑ), που είναι και το κέντρο αναφοράς ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία στην Κύπριακή Δημοκρατία. Η διάρκεια νοσηλείας σύμφωνα με το διάταγμα ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία είναι 1 έως 28 μέρες, και όπως προαναφέρθηκε η διάρκεια ισχύος του διατάγματος μπορεί να ανανεωθεί αναλόγως, σύμφωνα και με την αξιολόγηση του θεράποντα ψυχιατρού (Cyprus Ministry of Health 2018).

1.2.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή αντιμετώπισης ΝΒΔ /ΝΝΔ στην Κύπρο

Οι πρώτες αναφορές περίθαλψης ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην Κύπρο συναντούνται κατά την Βυζαντινή εποχή, όπου οι μοναχοί και οι μοναχές παρείχαν φροντίδα στους ψυχικά πάσχοντες. Κατά την περίοδο της αγγλοκρατίας, χρησιμοποιήθηκε ο χώρος Buayuk χανί στην παλιά Λευκωσία για την κράτηση των «εγκληματιών φρενοπαθών», ο οποίος ήταν ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος για αδικοπραγούντες (Φιλίππου 2019).

Η πρώτη καταγραφή ατόμων με ψυχιατρικές παθήσεις έγινε το 1882, καθώς κατά την περίοδο αυτή καταγράφηκαν 564 τέτοιες περιπτώσεις. Τον Ιανουάριο του 1882 εγκαινιάζεται και λειτουργεί για πρώτη φορά ο θάλαμος φρενοβλαβών στο Κονάκι της παλιάς Λευκωσίας. Το Κονάκι ήταν ένας χώρος, ο οποίος αποτελείται από τέσσερις μονές κλίνες στους οποίους νοσηλεύονταν μόνο άνδρες (Φιλίππου 2019). Η περίθαλψη των ατόμων αυτών γινόταν από γενικούς γιατρούς.

Γενικά, στο τέλος του 19^ο αιώνα μ.Χ. υπάρχουν αναφορές για τη λειτουργία ενός ψυχιατρείου στη Λευκωσία, το Tumarhane, το οποίο αποσκοπούσε στον εγκλεισμό ατόμων με ψυχικές διαταραχές οι οποίοι θεωρούνταν επικίνδυνοι. Το άσυλο αυτό διέθετε 15 μονόκλινα δωμάτια, ενώ την περίοδο αυτή γίνεται για πρώτη φορά αναφορά στη μέθοδο περιορισμού και

απομόνωσης των ψυχικά πασχόντων με τη χρήση μηχανικών μέσων και δεσμών (χειροπέδες, αλυσίδες και ζουρλομανδίες).

Λίγα χρόνια μετά, λειτούργησε το άσυλο της Αγίας Παρασκευής, στη Λευκωσία. Εκεί διορίζεται για πρώτη φορά ιατρός με ειδικευση στη Νευρολογία και Ψυχιατρική. Το 1927, έπειτα από αίτημα του διευθυντή του ασύλου, διορίζεται η πρώτη Κύπρια γυναίκα ως επισκέπτρια στο άσυλο. Την ίδια περίοδο, αντικαταστήθηκε και ο όρος «άσυλο φρενοπαθών» με τον όρο «Ψυχιατρείο». Το 1953 προσλαμβάνονται οι πρώτοι νοσηλευτές με εξειδίκευση στην ψυχιατρική φροντίδα. Μετέπειτα, το 1963, ξεκίνησε η λειτουργία της ψυχιατρικής κλινικής στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, ενώ το 1964 στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθαλάσσας (ΨΝΑ) εισήχθησαν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία για πρώτη φορά πάσχοντες με δικαστική απόφαση (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2013).

Κατά την περίοδο 1940 – 1959, καταγράφονται συγκεκριμένες θεραπείες οι οποίες χρησιμοποιούνταν για τους ψυχικά πάσχοντες. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν αναφορές για θεραπεία λοβοτομής, πυρετοθεραπεία, ινσουλινικό κώμα, ηλεκτροσοκ, ενώ γύρω στο 1950 υπάρχουν αναφορές για την έναρξη εφαρμογής χορήγησης αντιψυχωτικών σκευασμάτων στους ψυχικά πάσχοντες, όπως χλωροπρομαζίνης.

Επισημαίνεται, ότι η ένταση και το είδος των συμπτωμάτων, καθώς και τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αντιμετωπίζονται στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο, από την εποχή αυτή και μέχρι σήμερα, δεν έχουν καταγραφεί, καθώς και το είδος και οι δόσεις της φαρμακοθεραπείας που χορηγείται υπό ακούσια νοσηλεία.

1.2.4 Συμπτώματα κατάθλιψης (εννοιολογικός προσδιορισμός)

Η κατάθλιψη, θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο, βιώνει συναισθηματικές εμπειρίες που κυμαίνονται από μια περιστασιακή περίοδο θλίψης (καταθλιπτική διάθεση, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας, συναισθήματα απελπισίας, κινητική δυσλειτουργία και διαπροσωπικές δυσκολίες, διαταραχές όρεξης, ύπνου και διάθεσης, σεξουαλική δυσλειτουργία) έως και σε πολύ σοβαρές διαταραχές ή χρόνια απώλεια του ενδιαφέροντος ή / και της ευχαρίστησης σε σχεδόν όλες τις δραστηριότητες. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να παρατηρηθεί στο πλαίσιο των ακόλουθων διαταραχών:

- Καταθλιπτικό επεισόδιο

- Μείζον καταθλιπτική διαταραχή
- Διπολική διαταραχή
- Συναισθηματική διαταραχή
- Κυκλοθυμία
- Δυσθυμία
- Επειλόχιος κατάθλιψη

Για την αξιολόγηση της έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αξιολόγησης Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton 1960).

1.2.4.1. Λειτουργικός προσδιορισμός συμπτωμάτων κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) - *Hamilton Depression Rating Scale*

Η αξιολόγηση της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην παρούσα μελέτη, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης Hamilton Depression Rating Scale. Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στον κλινικό πληθυσμό αποτελεί ένα σημαντικό θέμα αναφορικά με την ορθή διάγνωση και κατ' επέκταση την θέσπιση κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου στον κλινικό πληθυσμό. Επομένως, οι κλίμακες αναφορικά με την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι σημαντικό να είναι κλινικά εύχρηστες, αξιόπιστες, έγκυρες και ευαίσθητες ως προς το αποτέλεσμα σε συνάρτηση με τον εκάστοτε πληθυσμό στόχο ανεξαρτήτως ιατρικής διάγνωσης (Myers & Weissman 1980). Το εργαλείο αξιολόγησης της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας θα πρέπει να είναι αξιόπιστο και ευαίσθητο ως προς τις πολλαπλές και διαφορετικές πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της εκάστοτε πληθυσμιακή ομάδας, όπως γλώσσα επικοινωνίας κατά την αξιολόγηση και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των πασχόντων όπως η ηλικία, το φύλο ή η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Chipimo & Fylkesnes 2010).

Η κλίμακα αξιολόγησης HDRS δημοσιεύθηκε το 1960 (Hamilton 1960), και έκτοτε αποτελεί μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τόσο σε ερευνητικό επίπεδο, όσο και στην καθημερινή κλινική πρακτική (Rohan et al. 2016). Η κλίμακα μετράει και ποσοτικοποιεί τα σημαντικά σημεία και συμπτώματα της κατάθλιψης και η χρήση της στοχεύει στην αξιολόγηση της βαρύτητας της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η αρχική μορφή της κλίμακας, αποτελείτο από μια μη δομημένη μορφή η οποία αξιολογούσε μεμονωμένα τα συμπτώματα καταθλιπτικής φύσεως (Carrozzino et al. 2019). Διαμορφώθηκε από τον Max Hamilton στις αρχές της δεκαετίας του 1960 με αρχικό σκοπό να βοηθήσει στην

αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των πρώτων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία άρχιζαν να χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική εκείνη εποχή (Zimmerman et al. 2013; Worboys, 2013). Με το πέρασμα των χρόνων πραγματοποιήθηκαν όχι μόνο τροποποιήσεις στον αριθμό σημείων των συμπτωμάτων που αξιολογούνταν, αλλά και στον τρόπο αξιολόγησης βάση της συγκεκριμένης κλίμακας (Carrozzino et al. 2019).

Ο ίδιος ο Hamilton ωστόσο, συνέστησε τη συμπερίληψη μόνο των 17 πρώτων σημείων κατά την αξιολόγηση βάση της συγκεκριμένης κλίμακας, και την παράλειψη των 4 τελευταίων σημείων που αφορούσαν την ημερίσια διακύμανση, την αποπροσωποποίηση / αποπραγματοποίηση, τα παρανοϊκά συμπτώματα και τις εμμονές / ψυχαναγκασμούς, στοιχεία τα οποία είτε δεν θεωρούνταν συχνά εμφανιζόμενα σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, είτε δεν αποτελούσαν κριτήριο αξιολόγησης της σοβαρότητας της έντασης της συμπτωματολογίας της νόσου (Hamilton 1960).

Ως εκ τούτου, με το πέρασμα των χρόνων έχουν προταθεί αρκετές τροποποιήσεις στην κλίμακα, με πολλές διαφορετικές εκδοχές να έχουν δημοσιευθεί σε σχέση με τον τρόπο χρήσης της κλίμακας HDRS (Williams 2001). Αν και η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χαρακτηριστεί ως «χρυσό πρότυπο» για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ωστόσο ως εργαλείο αξιολόγησης, φαίνεται να παρουσιάζει ψυχομετρικές αδυναμίες και δυσκολίες αναφορικά με την εγκυρότητα αξιολόγησης της κλίμακας, σε σχέση με την αρχική της μορφή (Rohan et al. 2016).

Υπάρχουν πολλές μεταφρασμένες εκδόσεις της κλίμακας Hamilton σε άλλες γλώσσες, όπως είναι η γαλλική γλώσσα, η γερμανική, η ιταλική, η τουρκική και η ταϊλανδέζικη γλώσσα. Η κλίμακα παίρνει βαθμολογίες από 0 έως 2 ή από 0 έως 4, δίνοντας έτσι, συνολικές τιμές από 0 έως 50.

Σημεία Αξιολόγησης Κλίμακας HDRS

Ο εξεταστής, κατά την αξιολόγηση, καλείται να κυκλώσει αριστερά τον αριθμό που αντιστοιχεί στην καταγραφή που περιγράφει ακριβέστερα την ένταση των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ο εξεταζόμενος. Τα σημεία τα οποία αξιολογούνται αφορούν κατά κύριο λόγο τα ακόλουθα: καταθλιπτική διάθεση, αισθήματα ενοχής, τάση αυτοκτονίας, αρχική αυπνία, ενδιάμεση αυπνία, όψιμη αυπνία, εργασία και ενδιαφέροντα, επιβράδυνση, κινητική ανησυχία, άγχος ψυχικό, άγχος σωματικό, γαστρεντερικά σωματικά συμπτώματα, γενικά σωματικά συμπτώματα, γεννητικά συμπτώματα, υποχονδριακά συμπτώματα, απώλεια βάρους, επίγνωση

της νόσου (εναισθησία), ημερήσια διακύμανση, αποπροσωποποίηση και αίσθημα μη πραγματικού, παρανοϊκά συμπτώματα, ιδεοληπτικά συμπτώματα (παράρτημα V).

Εκδοχές της κλίμακας HDRS

Οι διαθέσιμες εκδοχές της κλίμακας διαφέρουν ως προς τον αριθμό των σημείων αξιολόγησης, την ακολουθία, τη διατύπωση των στοιχείων και τη διαδικασία βαθμολογίας. Οι Rosenthal & Klerman (1996), πρότειναν την πρώτη τροποποιημένη έκδοση της κλίμακας η οποία περιλάμβανε ένα προσθετό στοιχείο σχετικά με το αίσθημα αναξιότητας (Rosenthal & Klerman 1966). Οι Paykel et al. (1970), εισήγαγαν σημαντικές τροποποιήσεις αναφορικά με τον τρόπο αξιολόγησης και την ανάπτυξη κλινικής συνέντευξης για την ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, οι οποίες ήταν βασισμένες στην αρχική μορφή του συγκεκριμένου εργαλείου, μέσω μιας εκτεταμένης έκδοχης της HDRS (Paykel et al. 1970; Paykel 1985; Guidi et al. 2011). Η έκδοχή αυτή περιελάμβανε 36 σημεία αξιολόγησης (Paykel et al. 1970; Paykel 1985; Guidi et al. 2011). Στη συνέχεια, οι Kovacs et al. (1981), αναφέρθηκαν σε μια έκδοση 24 σημείων αξιολόγησης, η οποία θεωρήθηκε μη ωφέλιμη, ενώ παράλληλα στην πορεία παρατηρήθηκε ότι δεν ήταν ιδιαίτερα εύχρηστη (Kovacs et al. 1981).

Παράλληλα, οι Gelenberg et al. (1990), εισηγήθηκαν μια εκτεταμένη έκδοχή της κλίμακας με 27 σημεία, η οποία κάλυπτε τα συμπτώματα αξιολόγησης της άτυπης κατάθλιψης (Gelenberg et al. 1990). Όμοια, οι Thase et al. (1992), εισήγαγαν με νεότερη έκδοχή της κλίμακας, η οποία αξιολογούσε τα αντίστροφα νευροεγκεφαλικά συμπτώματα της κατάθλιψης (reverse neurovegetative symptoms), όπως η υπερυπνία, η αύξηση σωματικού βάρους και η αύξηση της όρεξης για φαγητό (Thase et al. 1992).

Με το πέρασμα των χρόνων, κάποιι ερευνητές εισηγήθηκαν συντομευμένες εκδοχές της κλίμακας HDRS, οι οποίες είχαν προκύψει από εισηγήσεις των Bech et al. (1975) στο παρελθόν. Ο Bech και η ερευνητική του ομάδα, ανέδειξαν την εγκυρότητα της χρήσης των 6 σημείων αξιολόγησης της κλίμακας HDRS, για την αξιολόγηση του κεντρικού πυρήνα των συμπτωμάτων κατάθλιψης (Bech et al. 2009). Σε μια μελέτη τους το 1993, οι Gibbons et al., πρότειναν μια άλλη σύντομη έκδοχή της κλίμακας, η οποία συμπεριλαμβάνει 8 σημεία αξιολόγησης, τα οποία βρέθηκαν να αποτελούν ένα μονοδιάστατο μέτρο αξιολόγησης της σοβαρότητας της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Gibbons et al. 1993).

Δομημένη και Μη Δομημένη έκδοχή της κλίμακας HDRS

Τα πρώτα χρόνια δημιουργίας της κλίμακας, για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της HDRS, χρησιμοποιήθηκε ένας μη δομημένος

τρόπος αξιολόγησης ο οποίος είχε ως στόχο αξιολόγηση της συνολικής έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Hamilton 1960, Gelenberg & Wojcik 1990), χωρίς τη χρήση ενός οδηγού συνέντευξης ή ενός κεντρικού πυλώνα αξιολόγησης (Bech et al. 1986), το οποίο συμπληρωνόταν βάσει μιας ημι-δομημένης συνέντευξης (Morris et al. 2008; Timmerby et al. 2017)

Η αρχική μορφή αξιολόγησης του εγχειριδίου HDRS δεν ήταν δομημένη, αφού ο Max Hamilton παρείχε μόνο γενικές οδηγίες για τον τρόπο αξιολόγησης του ατόμου βάση της κλίμακας αυτής (Hamilton 1960). Μάλιστα, όπως υποστήριξε, «η διαδικασία συνέντευξης εξαρτάται εξ' ολοκλήρου από τον ερευνητή / αξιολογητή για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών και κατ' επέκταση την αξιολόγηση των συμπτωμάτων» (Hamilton 1960). Λαμβάνοντας, υπόψη τη μη δομημένη εκδοχή της κλίμακας HDRS, η αξιολόγηση βασιζόταν αποκλειστικά στην εμπειρογνωμοσύνη και την κρίση του εκάστοτε ερευνητή / αξιολογητή (Hamilton 1967).

Στην πορεία, η μεταγενέστερη εκδοχή του εργαλείου που δημοσιεύθηκε από τους Beck et al. (1986), συμπεριλάμβανε 23 σημεία αξιολόγησης και παρείχε ρητά ορισμούς και λειτουργικά κριτήρια (δηλ. σημεία αγκύρωσης ως σταθερές μεταβλητές αξιολόγησης). Τα σημεία έπαιρναν τιμές από το 0 μέχρι το 4, ενώ στόχος του συγκεκριμένου τρόπου αξιολόγησης ήταν η διαπίστωση της σοβαρότητας της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Beck et al. 1986).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1960, ο Eugene S. Paykel ξεκίνησε την ανάπτυξη του διαγνωστικού οδηγού συνέντευξης, ο οποίος περιελάμβανε ορισμούς στοιχείων και συγκεκριμένων σημείων αγκύρωσης (Paykel, 1985). Τα στοιχεία βαθμολογούνταν σε κλίμακα 7 σημείων, ενώ στόχος ήταν η παροχή μιας ολοκληρωμένης αξιολόγησης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Paykel, 1985). Οι ερευνητές εισηγήθηκαν ότι η διαδικασία αυτή, θα ήταν πιο αξιόπιστο να πραγματοποιηθεί μέσω μιας ημι-δομημένης συνέντευξης, με συγκεκριμένες ερωτήσεις για κάθε σημείο/σύμπτωμα, οι οποίες θα μπορούσαν να τροποποιηθούν εάν το απαιτούσαν οι περιστάσεις, αφενός για σκοπούς περαιτέρω διερεύνησης της έντασης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και σε περίπτωση απουσίας ενός συμπτώματος αφαιτέρου (Paykel 1985).

Οι Morris et al. (2008) στη συνέχεια, δημοσίευσαν μια δομημένη εκδοχή της κλίμακας HDRS με 17 σημεία αξιολόγησης. Η ορθή συμπλήρωση της συγκεκριμένης εκδοχής, είχε ως βασική προϋπόθεση την εφαρμογή μιας δομημένης συνέντευξης, η οποία αποσκοπούσε στην

αξιολόγηση της σοβαρότητας της έντασης των συμπτωμάτων, αλλά και της συχνότητας εμφάνισής τους (Morries et al. 2008). Περαιτέρω, οι Timmerby et al. (2017), εισήγαγαν μια δομημένη έκδοση της κλίμακας HDRS, η οποία περιελάμβανε σημεία αγκύρωσης και δομημένο οδηγό συνέντευξης για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της έντασης των βασικών συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Στην πορεία, δημιουργήθηκαν περισσότερες εκδοχές της κλίμακας HDRS, συμπεριλαμβανομένων και δομημένων συνεντεύξεων, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας μεταξύ των τιμών της κλίμακας (Moberg et al. 2001; Williams et al. 2008). Ειδικότερα, οι Whisman et al. (1989), δημοσίευσαν μια εκδοχή της κλίμακας HDRS με 17 σημεία αξιολόγησης. Η συμπλήρωση της εκδοχής αυτής, βασιζόταν σε μια δομημένη διαγνωστική συνέντευξη, στην οποία είχαν ενσωματωθεί τα διαγνωστικά κριτήρια του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (Robins et al. 1981). Οι Potts et al. (1990), τροποποίησαν τον πρωτότυπο μη δομημένο οδηγό και θέσπισαν τον οδηγό αξιολόγησης SI-HDRS, ο οποίος ήταν βασισμένος σε μια δομημένη συνέντευξη.

Στη συνέχεια, ο Williams (1990), δημοσίευσε ένα οδηγό δομημένης συνέντευξης για την αξιολόγηση της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων βασισμένο στην αρχική μορφή της κλίμακας HDRS, ο οποίος συμπεριελάμβανε ένα σύνολο τυπικών ερωτήσεων και σημείων αγκύρωσης, με στόχο την αξιολόγηση της συχνότητας και της σοβαρότητας της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Έπειτα, μια αναθεωρημένη εκδοχή του οδηγού αξιολόγησης δημοσιεύθηκε από τους Moberg et al. (2001), στον οποίο προστέθηκαν 3 σημεία αξιολόγησης τα οποία αφορούσαν τα συμπτώματα αδυναμίας, απελπισίας και αναξιοσύνης.

Κατά τα βιβλιογραφικά ανασκόπηση στις ερευνητικές βάσεις δεδομένων, βρέθηκαν μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα HDRS ως εργαλείο αξιολόγησης της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Lambert et al. 1986; Maier, 1990; Grundy et al. 1994; Snaith, 1996; Möller, 2001; Khan et al. 2002; Bagby et al. 2004; Zimmerman et al. 2004; Zimmerman et al. 2005; Shafer, 2006; Bech, 2009; López-Pina et al. 2009; Furukawa, 2010; Kriston & von Wolff, 2011; Trajković et al. 2011; Sharp 2015; Vindbjerg et al. 2019; Timmerby et al., 2019). Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες, επικεντρώθηκαν στις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας (Maier, 1990; Bagby et al. 2004; Zimmerman et al. 2004; Zimmerman et al. 2005; Bech, 2006; Shafer, 2006; Bech, 2009; López-Pina et al. 2009; Vindbjerg et al. 2019). Ωστόσο, μόνο δυο μελέτες εντοπίστηκαν οι οποίες σύγκριναν τις διαφορετικές εκδοχές της κλίμακας HDRS (Williams 2001; Timmerby et al. 2017), ενώ στις περισσότερες από αυτές, δε διερευνήθηκαν οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών εκδοχών της κλίμακας HDRS,

ενώ παράλληλα δεν αξιολόγησαν τις κλινικές ιδιότητες των διαφορετικών εκδοχών της κλίμακας (Bagby et al. 2004; Zimmerman et al. 2004; Zimmerman et al. 2005; López-Pina et al. 2009; Vindbjerg et al. 2019).

Μια μελέτη εντοπίστηκε, η οποία πραγματοποιήθηκε από τον Williams (2001), κατά την οποία πραγματοποιήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με την εγκυρότητα των διαφορετικών εκδόσεων της HDRS. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η κλίμακα HDRS, μπορεί να θεωρηθεί το πρώτο βήμα προς τη δημιουργία ενός νέου εργαλείου αξιολόγησης της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, το οποίο θα είναι ικανό να αξιολογήσει τη σοβαρότητα της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με υψηλό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας (Williams 2001). Ωστόσο και σε αυτή την περίπτωση, ο συγγραφέας επικεντρώθηκε στις τιμές των κλινικομετρικών χαρακτηριστικών της κλίμακας (Williams 2001). Παράλληλα, οι Timmerby et al. (2017) στην πορεία, πραγματοποίησαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση στην οποία συνέκριναν την κλίμακα HDRS₁₇ και την HDRS₆. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι κλινικομετρικές ιδιότητες της κλίμακας HDRS₆, είναι πιο έγκυρες και πιο αξιόπιστες από αυτές της HDRS₁₇ (Timmerby et al. 2017).

Εσωτερικός δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας HDRS

Οι Trajković et al. (2011), πραγματοποίησαν μια μετα-ανάλυση, με σκοπό την αξιολόγηση της αξιοπιστίας του εργαλείου HDRS. Στη συγκεκριμένη μετα-ανάλυση, παρατηρήθηκε υψηλός συντελεστής συσχέτισης της τάξεως του 0.92, δείχνοντας ένα υψηλό βαθμό εσωτερικής αξιοπιστίας της κλίμακας HDRS (Trajković et al. 2011). Ωστόσο, οι ερευνητές δεν έκαναν διάκριση μεταξύ των διαφορετικών εκδοχών της κλίμακας HDRS (Trajković et al. 2011).

Εσωτερικός δείκτης αξιοπιστίας μη-δομημένης έκδοσης της κλίμακας HDRS

Ο Hamilton (1967) αξιολόγησε για πρώτη φορά την εγκυρότητα της μη-δομημένης εκδοχής της κλίμακας HAM-D και βρήκε ότι η συσχέτιση μεταξύ των δυο ερευνητών οι οποίοι αξιολόγησαν ανεξάρτητα 10 θεραπευόμενοι με καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν 0.84. Οι ερευνητές είχαν προηγούμενη εμπειρία σε σχέση με τη χρήση της κλίμακας HDRS.

Στη μελέτη των Bech et al. (1975), πραγματοποιήθηκε η ίδια διαδικασία, κατά την οποία 2 έμπειροι ψυχίατροι αξιολόγησαν ανεξάρτητα θεραπευόμενους, χρησιμοποιώντας τη μη δομημένη εκδοχή της κλίμακας. Η αξιοπιστία, που βρέθηκε ήταν εξαιρετικά υψηλή, με το συντελεστή συσχέτισης Spearman να είναι 0.94 (Bech et al. 1975). Οι O'Hara & Rehm (1983), ανέφεραν και στη δική τους μελέτη παρόμοια αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, ανέδειξαν ότι οι δεξιότητες και η εμπειρογνωμοσύνη των ερευνητών / αξιολογητών, επηρέασαν θετικά

την αξιοπιστία της κλίμακας HDRS (O'Hara & Rehm 1983). Επιπρόσθετα, ανέδειξαν ότι η αξιοπιστία μεταξύ ερευνητών ήταν υψηλότερη ανάμεσα σε έμπειρους ερευνητές / αξιολογητές ($ICC=0.91$), σε αντίθεση με τους αρχάριους ερευνητές / αξιολογητές ($ICC=0.76$) (O'Hara & Rehm, 1983).

Διαχρονικά, πολλές μελέτες που ακολούθησαν επιβεβαίωσαν τη συγκεκριμένη υπόθεση: η αξιοπιστία των μη δομημένων εκδοχών της κλίμακας HDRS, ειδικότερα της HDRS₂₁ (Prasad et al. 2009), αλλά και της HDRS₁₇, σχετιζόταν σε μεγάλο βαθμό από την κλινική εμπειρία των ερευνητών / αξιολογητών: όσο μεγαλύτερη η εμπειρία των ερευνητών / αξιολογητών, τόσο υψηλότερη η αξιοπιστία μεταξύ των τιμών της κλίμακας (Knesevich et al. 1977; Zielger et al. 1978; Bech et al. 1979; Yesavage et al. 1983; Craig et al. 1985; Deluty et al. 1986; Cicchetti et al. 1983; Rehm et al. 1985; Ramos-Brieva & Cordero-Villafafila, 1988; Gottlieb et al. 1988; Zheng et al. 1988; Leung et al. 1999; Baca-García et al. 2001; Pancheri et al. 2002; Prasad et al. 2009; Sharp, 2015; Wagner et al. 2011; Vindbjerg et al. 2019).

Εσωτερικός δείκτης αξιοπιστίας δομημένης εκδοχής σε σχέση με τη μη δομημένη έκδοχη της κλίμακας HDRS

Σε σύγκριση με τη μη-δομημένη εκδοχή της κλίμακας HDRS, ο εσωτερικός δείκτης αξιοπιστίας, συμπεριλαμβανομένων και των σημείων αγκύρωσης και των οδηγιών συνέντευξης, ήταν υψηλότερος, ανεξάρτητα με το εάν οι ερευνητές ήταν έμπειροι ή όχι σε σχέση με τη χρήση της κλίμακας (Morris et al. 2008; Tabuse et al. 2007; Moberg et al. 2001; Miller et al. 1985; Williams 1988).

Περαιτέρω, οι Potts et al. (1990), αξιολόγησαν τον εσωτερικό δείκτη αξιοπιστίας της δομημένης εκδοχής της κλίμακας, όπου διαπίστωσαν ότι το επίπεδο συμφωνίας μεταξύ μη έμπειρων ερευνητών ήταν εξαιρετικά υψηλό. Οι Moberg et al. (2001), έκαναν μια σύγκριση μεταξύ δομημένης και μη-δομημένης έκδοσης της κλίμακας HDRS₂₄, όπου διαπίστωσαν ότι η δομημένη έκδοχη της κλίμακας παρουσίαζε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αξιοπιστίας μεταξύ των τιμών, συγκριτικά με τη μη δομημένη έκδοχη της κλίμακας. Εντούτοις, οι Williams et al. (2008), σε μια προσπάθεια σύγκρισης εσωτερικής αξιοπιστίας μεταξύ GRID-HDRS και HDRS₁₇, διαπίστωσαν χαμηλότερο δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας για τη μη δομημένη εκδοχή της κλίμακας συγκριτικά με τη δομημένη.

Δείκτης Εγκυρότητας Κλίμακας HDRS

Σύμφωνα με την κλινικομετρική προσέγγιση, η ισχύς ενός εργαλείου αξιολόγησης, καθορίζεται από την χρήση του εργαλείου σε ευρύ φάσμα, με τον κύριο δείκτη εγκυρότητας

να καθορίζεται από την εμπειρογνωμοσύνη του εκάστοτε ερευνητή / αξιολογητή (Bech, 2012; Feinstein, 2012; Tomba & Bech, 2012). Στο πλαίσιο αυτό, ο στόχος είναι να προσδιοριστεί εάν τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην εκάστοτε κλίμακα αξιολόγησης, αντικατοπτρίζουν επαρκώς την κρίση του αξιολογητή / ερευνητή, για τη σοβαρότητα της υπό αξιολόγησης κλινικής κατάστασης του πάσχοντα (Bech, 2008; Bech, 2012).

Οι Chipman & Paykel (1974) διαπίστωσαν συγκεκριμένα ότι, μεμονωμένα στοιχεία της κλινικής αξιολόγησης για την κατάθλιψη, σχετίζονται άμεσα με τη διεθνή διαδικασία αξιολόγησης για την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ανάφεραν μάλιστα ότι πάσχοντες οι οποίοι αξιολογήθηκαν με σοβαρής έντασης καταθλιπτική συμπτωματολογία σύμφωνα με την κλίμακα HDRS από τους εμπειρογνώμονες κλινικούς επαγγελματίες υγείας, ήταν εκείνοι που ανάφεραν υψηλότερες βαθμολογίες για τα ακόλουθα στοιχεία του της Διεθνούς Διαδικασίας Αξιολόγησης για την Κατάθλιψη (CID): ψυχοκινητική επιβράδυνση, καταθλιπτικές παραλληλητικές ιδέες, αρχική αϋπνία, απελπισία, αυτοκτονική συμπεριφορά, λεκτική αναφορά αισθήματος κατάθλιψης, παρατηρούμενη καταθλιπτική συμπεριφορά και εναλλαγές της διάθεσης (Chipman & Paykel 1974).

Οι Bech et al. (1975), διεξήγαγαν μια παρόμοια μελέτη για την αξιολόγηση μιας μη δομημένης εκδοχής της κλίμακας HDRS₁₇, μέσω της οποίας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μόνο 6 από τα 17 σημεία είναι εφικτό να αντικατοπτρίσουν το βαθμό σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα 6 σημεία ήταν αυτά που απαρτίζουν και την εκδοχή HDRS₆, τα οποία είναι: το αίσθημα καταθλιπτικής διάθεσης, το αίσθημα ενοχής, έλλειψη ενδιαφέροντος και κόπωση, η ψυχοκινητική επιβράδυνση και το αίσθημα άγχους. Τα συμπτώματα αυτά αντιστοιχούσαν στα σημεία αξιολόγησης της κλινικής συνέντευξης, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως, με τη συνολική αυτή εικόνα να αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Bech et al. 1975). Περαιτέρω, αρκετές είναι οι μελέτες οι οποίες υπογραμμίζουν την ευαισθησία της μικρότερης εκδοχής της κλίμακας HDRS με τα 6 αυτά σημεία. Η σύγκριση αυτή, παρατηρήθηκε κυρίως σε σχέση με την εκδοχή HDRS₁₇, η οποία φαίνεται να καλύπτει το φάσμα αξιολόγησης τόσο των καταθλιπτικών όσο και των αγχώδων συμπτωμάτων (Bech et al. 1975; Knesevich et al. 1977; Bech et al. 1985; Licht et al. 2005; Ruhé et al. 2005; Bobes et al. 2007; Bech et al. 2009; Bobo et al. 2016; Kyle et al. 2016; Timmerby et al. 2017).

Τα σημεία αγκύρωσης (cut off points) της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας HDRS

Διαχρονικά κατά την κλινικομετρική προσέγγιση, για να θεωρηθεί κλινικά σημαντική μια αξιολόγηση η οποία βασίζεται σε μια συγκεκριμένη κλίμακα, οι βαθμολογίες αγκύρωσης θα πρέπει να δοκιμαστούν με βάση την κρίση του ερευνητή αλλά και στα δεδομένα της επιστημονικής κοινότητας (Bech 2012; Carrozzino et al. 2019). Χρησιμοποιώντας την κρίση του έμπειρου αξιολογητή ως κύριο δείκτη εγκυρότητας, οι Zimmerman et al. (2013), καθιέρωσαν ένα ευρύ φάσμα βαθμολογίας για την κλίμακα HDRS₁₇, το οποίο σύμφωνα με τους ίδιους αντικατόπτριζε διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Υποστήριξαν ότι το φάσμα της συνολικής βαθμολογίας μεταξύ 8-16 αντιστοιχεί στην ήπια ένταση κατάθλιπτικής συμπτωματολογίας, το σκορ το οποίο κυμαίνεται από 17-23 αντιστοιχεί στη μέτρια ένταση κατάθλιπτικής συμπτωματολογίας, ενώ συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη του 24 αντιστοιχεί στη σοβαρή ένταση κατάθλιπτικής συμπτωματολογίας (Zimmerman et al. 2013). Χρησιμοποιώντας την ίδια προσέγγιση, οι Kyle et al. (2016), καθιέρωσαν τη συνολική βαθμολογία των σημείων αγκύρωσης στις διαφορετικές εκδοχές της κλίμακας, τα οποία βρέθηκαν να είναι έγκυροι κλινικοί δείκτες απουσίας συμπτωμάτων για τις συνολικής μέσης τιμές. Πιο συγκεκριμένα, τα σημεία αγκύρωσης τα οποία σηματοδοτούν την απουσία κλινικών συμπτωμάτων κατάθλιψης κατηγοριοποιούνται ως εξής: <5 για την κλίμακα HDRS₆, <8 για την κλίμακα HDRS₁₇, <9 για την κλίμακα HDRS₂₁.

Εξειδίκευση ως προς την αξιολόγηση βάσης της κλίμακας HDRS

Αναφορικά με την εξειδίκευση της κλίμακας HDRS, μελέτες οι οποίες αναλύουν την ειδικότητα και την εξειδίκευση της κλίμακας HDRS, κάνουν διάκριση μεταξύ των διαφορετικών ομάδων των θεραπευομένων με βάση τη διάγνωση. Ειδικότερα, οι Rush et al. (1986), διαπίστωσαν ότι η συνολική βαθμολογία της κλίμακας διαφοροποιείται μεταξύ ατόμων με μείζον κατάθλιψη συγκριτικά με άτομα με άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις (πχ. σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή). Όμοια, οι Carneiro et al. (2015), διαπίστωσαν ότι μόνο 4 σημεία της μη δομημένης εκδοχής της HDRS₁₇ παρουσιάζουν ευαισθησία στη διάκριση μεταξύ θεραπευομένων με μονοπολική κατάθλιψη και θεραπευομένων με διπολική διαταραχή.

Η κλίμακα HDRS, είναι μια κλίμακα με ανοιχτή πρόσβαση στην αγγλική γλώσσα και για το λόγο αυτό δε χρειάστηκε άδεια χορήγησης για ερευνητικούς σκοπούς. Πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα αγγλικά στα αγγλικά μιας και δεν υπήρχε προηγούμενη δημοσίευση στην ελληνική γλώσσα. Αρχικά, σε πρώτη φάση, δυο επαγγελματίες ψυχικής υγείας με πιστοποιημένη επάρκεια στην αγγλική γλώσσα και επαρκή κλινική εμπειρία σε δομές της Κύπρου και του εξωτερικού, μετάφρασαν ανεξάρτητα τα εργαλεία και τον οδηγό αξιολόγησης

στα ελληνικά. Στη συνέχεια, σε δεύτερη φάση έγινε σύνθεση των δυο ανεξάρτητων μεταφράσεων σε ένα κοινό αρχείο..

1.2.5 Συμπτώματα μανίας (εννοιολογικός προσδιορισμός).

Στο σύστημα ταξινόμησης, τα μανιακά συμπτώματα εκδηλώνονται στο παλίσιο των διαταραχών διάθεσης κατά τις οποίες τα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα όπως αυξημένη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, ομιλητικότητα μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη ή αίσθημα πίεσης για συνεχή ομιλία, ασυνήθιστη ευερεθιστότητα, μη ρεαλιστική πίστη στις ικανότητες και δυνάμεις κάποιου και προκλητική ή επιθετική κοινωνική συμπεριφορά (American Psychiatric Association 2013). Ειδικότερα, στην 5^η έκδοση του διαγνωστικού στατιστικού εγχειριδίου DSM, ορίζεται από μια περίοδο κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει ασυνήθιστη και επίμονη δραστηριότητα ή ενέργεια, η οποία έχει διάρκεια τουλάχιστον μια εβδομάδα (ή λιγότερο εάν υπάρξει νοσηλεία σε ψυχιατρική δομή (American Psychiatric Association 2013). Η μανική συμπτωματολογία μπορεί να παρατηρηθεί ως μονοπολική μανία ή σε συνδυασμό με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής (American Psychiatric Association 2013). Η σημαντική μείωση της επαγγελματικής λειτουργικότητας ή των συνηθών κοινωνικών δραστηριοτήτων ή των σχέσεων με τους άλλους ή να χρειαστεί εισαγωγή σε νοσοκομείο, ώστε να προληφθεί η ζημιά προς τον εαυτό του ή προς άλλους ή υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Η μανιακή συμπτωματολογία μπορεί να παρατηρηθεί στο πλαίσιο των ακόλουθων διαταραχών:

1. Μανιακό επεισόδιο
2. Διπολική διαταραχή
3. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
4. Κυκλοθυμική διαταραχή
5. Ουσιοεπαγόμενο μανιακό επεισόδιο

Η ένταση των μανιακών συμπτωμάτων των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε με τη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young et al. 1978).

1.2.5.1 Λειτουργικός προσδιορισμός συμπτωμάτων μανίας στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) - *Young Mania Rating Scale*

Η ένταση των μανιακών συμπτωμάτων αξιολογήθηκε με τη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης Young Mania Rating Scale (YMRS). Η κλίμακα YMRS είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης των

μανιακών συμπτωμάτων σε κλινικό πληθυσμό (Young et al. 1978). Η κλίμακα YMRS δημιουργήθηκε το 1978 και προσαρμόστηκε για την αξιολόγηση της έντασης των μανιακών συμπτωμάτων σε κλινικούς πληθυσμούς, με τη χρήση μιας ημι-δομημένης συνέντευξης. Η αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων με τη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου, βασίζεται στην αυτό-αναφορά από τους ίδιους τους θεραπευόμενους αναφορικά με τα συμπτώματα μανίας τις τελευταίες 48 ώρες πριν από τη νοσηλεία, σε συνδυασμό με τις παρατηρήσεις του αξιολογητή κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Miller et al. 2009). Το δεδομένο αυτό δίνει τη δυνατότητα εντοπισμού της έκτασης αλλά και της σοβαρότητας της έντασης των μανιακών συμπτωμάτων των πασχόντων (Lukasiewicz et al. 2013). Αν και ο αρχικός σχεδιασμός του εργαλείου YMRS αφορούσε στον εντοπισμό της σοβαρότητας της έντασης των μανιακών συμπτωμάτων, σήμερα χρησιμοποιείται ευρέως σε μελέτες για την αξιολόγηση της βελτίωσης των συμπτωμάτων έπειτα από μια θεραπευτική παρέμβαση (τόσο φαρμακευτικά όσο και ψυχοθεραπευτικά) σε διάφορες ερευνητικές μελέτες (Miller et al. 2009).

Η κλίμακα αποτελείται από 11 σημεία τα οποία αξιολογούν: 1) τη διάθεση, 2) την κινητική δραστηριότητα / ενέργεια, 3) το σεξουαλικό ενδιαφέρον, 4) τον ύπνο, 5) την ευερεθιστότητα, 6) τον λόγο (ρυθμός και ποιότητα), 7) τη γλώσσα (διαταραχές σκέψης), 8) το περιεχόμενο σκέψης, 9) την επιθετική συμπεριφορά, 10) την εμφάνιση και 11) το επίπεδο εναισθησίας (παράρτημα VI).

Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κλίμακα YMRS δεν μπορεί να θεωρηθεί διαγνωστικό εργαλείο, αφού τα στοιχεία που συμπεριλαμβάνονται δεν αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-V τα οποία θέτουν τη διάγνωση ενός μανιακού επεισοδίου. Ειδικότερα, στην κλίμακα YMRS δεν αξιολογούνται συμπτώματα όπως η διάσπαση προσοχής, η θέσπιση υπέρμετρων στόχων σε διάφορες δραστηριότητες οι οποίες δεν είναι εφικτό να ολοκληρωθούν, καθώς και η συμμετοχή σε δραστηριότητες ευχαρίστησης οι οποίες πιθανόν να έχουν επιβλαβές αποτέλεσμα στο άτομο (Lukasiewicz et al. 2013).

Ο Sajonic (2015), σε μια συστηματική ανασκόπηση για τις κλίμακες αξιολόγησης των μανιακών συμπτωμάτων σε πάσχοντες με διπολική διαταραχή, ανέφερε ότι η χρήση της κλίμακας YMRS, κυρίως σε κλινικές δοκιμές, μπορεί να δώσει στοιχεία τόσο για την αξιολόγηση ύπαρξης μεικτών συμπτωμάτων, όσο και των αναδυόμενων μανιακών ή υπομανιακών συμπτωμάτων που πιθανόν να παρατηρηθούν κατά τη διάρκεια αξιολόγησης των πασχόντων.

Κάθε στοιχείο της κλίμακας YMRS αποτελείται από 5 αυστηρά καθορισμένα επίπεδα σοβαρότητας της έντασης των συμπτωμάτων. Οι βαθμολογίες σοβαρότητας της έντασης για 7 σημεία βαθμολογούνται από το 0 μέχρι το 4. Τα υπόλοιπα 4 σημεία έχουν διπλή βαρύτητα και αφορούν στην αδυναμία συμμετοχής των πασχόντων στη συνέντευξη κατά την αξιολόγηση, η ένταση των οποίων βαθμολογείτε σε κλίμακα που κυμαίνεται από 0 μέχρι 8. Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 0 έως 60 ενώ συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη του 29 δηλώνει σοβαρής έντασης συμπτώματα μανίας (Wciorka et al. 2011).

Αν και η στάθμιση των στοιχείων της κλίμακας YMRS, παρατηρήθηκε να αυξάνουν την πολυπλοκότητα της βαθμολογίας και της ερμηνείας των αποτελεσμάτων της, το γεγονός αυτό δε φάνηκε να επηρεάζει τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας. Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες για τη μετάφραση και στάθμιση της κλίμακας σε διάφορες γλώσσες όπως τα Ταϊλανδέζικα, τα Γαλλικά, τα Τούρκικα και τα Ισπανικά, οι οποίες αναφέρουν το βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου, καθώς και τη δυνατότητα εφαρμογής του για την εκτίμηση της σοβαρότητας της έντασης των μανιακών συμπτωμάτων (Kongsakon & Bhatanaprabhabhan 2005; Favre et al, 2003; Karadağ et al. 2002; Colom et al, 2002).

Αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας YMRS

Σε μια μελέτη, ο Young, εντόπισε συντελεστές αξιοπιστίας βασισμένους στα σημεία αξιολόγησης, που κυμαίνονταν από 0,41 (εμφάνιση) έως 0.85 (διαταραχές σκέψεις – γλώσσας), καθώς αξιοπιστία συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας με το συντελεστή cronbach's α να φτάνει μέχρι το 0.93 (Young et al. 1978). Ωστόσο μερικές μελέτες έχουν εντοπίσει δυσλειτουργικά σημεία σε σχέση με τον τρόπο αξιολόγησης της κλίμακας YMRS. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη των Viela et al. (2005), στην οποία λήφθηκαν υπόψη και προηγούμενες μελέτες οι οποίες υπογράμμιζαν την περιορισμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας, επιδίωξαν να αξιολογήσουν τα δυο αυτά στοιχεία δημιουργώντας ένα πρωτόκολλο αξιολόγησης για τον τρόπο βαθμολόγησης της έντασης των συμπτωμάτων. το πρωτόκολλο αυτό περιλάμβανε μεταξύ άλλων γλωσσάριο με τους ορισμούς που χρησιμοποιούνται στην κλίμακα, περιγραφή της ορολογίας, καθώς και ένα δομημένο οδηγό συνέντευξης. Το γεγονός αυτό, οδήγησε σε ακριβέστερη διάκριση μεταξύ των επιπέδων της έντασης των μανιακών συμπτωμάτων, αυξάνοντας έτσι το δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας (Viela et al. 2005).

Η κλίμακα YMRS φαίνεται να παρουσιάζει υψηλό δείκτη εσωτερικής συνοχής (cronbach alpha 0.93) με μεμονωμένα σημεία αξιολόγησης να παρουσιάζουν τιμές οι οποίες κυμαίνονται

μεταξύ 0.66 -0.92 (Young et al, 1978). Παράλληλα, διάφορα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται να αναφέρουν υψηλό δείκτη εγκυρότητας, με το συντελεστή Cronbach's α να κυμαίνεται μεταξύ 0.8 – 0.91. Η κλίμακα YMRS έχει φανεί να παρουσιάζει υψηλή εσωτερική εγκυρότητα σε σύγκριση με άλλα εργαλεία αξιολόγησης μανιακών συμπτωμάτων μεταξύ άλλων και της κλίμακας Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale (Serrano et al. 2011).

Περαιτέρω, η κλίμακα YMRS έχει φανεί να παρουσιάζει ευαισθησία σε σχέση με τα μανιακά συμπτώματα, αφού σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε θεραπευόμενους με μανιακά συμπτώματα και συμπτωμάτων ADHD, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας YMRS και των μανιακών συμπτωμάτων και κατ' επέκταση υψηλός βαθμός εγκυρότητας στο εργαλείο (Serrano et al. 2011). Υψηλός δείκτης εγκυρότητας έχει παρατηρηθεί και ανάμεσα σε πληθυσμούς με πολιτισμικές διαφορές (Seon-Cheol & Joongjo 2016; Wciorka et al. 2011). Όμοια, οι Ebrahimi et al. (2017), κατά την αξιολόγηση εγκυρότητας και αξιοπιστίας σε Ιρανικό πληθυσμό, αναφέρουν ότι ο συντελεστής Cronbach's α ήταν 0.75, η διαγνωστική εγκυρότητα των συνολικών βαθμολογιών ήταν 0.31 ενώ η εγκυρότητα της κλίμακας σε άτομα με διπολική διαταραχή ήταν 0.74.

Τα κριτήρια για τη θέσπιση διάγνωσης βασισμένα σε εργαλεία αξιολόγησης όπως η YMRS απαιτούν συνήθως μια ελάχιστη συνολική τιμή σημείων ακύρωσης (cut off points) βάσει του οποίου χαρακτηρίζεται η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας (Lukasiewicz et al. 2013). Το απαιτούμενο σκορ για την κλίμακα YMRS είναι ≥ 20 (Tohen et al., 2000).

Καταληκτικά, η κλίμακα YMRS σύμφωνα και με τους Mohammadi et al. (2018), φαίνεται να παρουσιάζει κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες για την εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων μανίας σε θεραπευόμενους με μανιακή συμπτωματολογία και η χρήση της συνιστάται εξαιτίας: 1. Της καλής εγκυρότητας και αξιοπιστίας, 2. Της σύντομης και εύκολης χρήσης του εργαλείου και 3. Του μειωμένου κόστους εφαρμογής.

Η κλίμακα YMRS, είναι μια κλίμακα με ανοιχτή πρόσβαση στην αγγλική γλώσσα και για το λόγο αυτό δε χρειάστηκε άδεια χορήγησης για ερευνητικούς σκοπούς. Πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα αγγλικά στα αγγλικά μιας και δεν υπήρχε προηγούμενη δημοσίευση της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα. Αρχικά, σε πρώτη φάση, δυο επαγγελματίες ψυχικής υγείας με πιστοποιημένη επάρκεια στην αγγλική γλώσσα και επαρκή κλινική εμπειρία σε δομές της Κύπρου και του εξωτερικού, μετάφρασαν ανεξάρτητα τα εργαλεία και τον οδηγό αξιολόγησης στα ελληνικά. Στη συνέχεια, σε δεύτερη φάση έγινε σύνθεση των δυο ανεξάρτητων μεταφράσεων σε ένα κοινό αρχείο, κατόπιν ομόφωνης απόφασης.

1.2.6 Ψυχωτικά συμπτώματα

Τα κυριώτερα συμπτώματα που παρατηρούνται κατά το ψυχωτικό επεισόδιο, αφορούν κατά κύριο λόγο στα θετικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά) και στα αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αλογία, αβουλία και ανηδονία) (Kaplan & Sadocs 2004). Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να παρατηρηθούν σε ένα ψυχωτικό επεισόδιο είναι οι διαταραχές σκέψης (παραληρητικές ιδέες, αυτιστική σκέψη, μαγική σκέψη), διαταραχές αντίληψης (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις), διαταραχές συνείδησης (αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση), διαταραχές συναισθήματος (άμβλυνση, αμφιθυμία, απρόσφορο συναίσθημα), διαταραχές προσοχής (αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής, αδιαφορία), διαταραχές βούλησης & ψυχοκινητικότητας (αρνητισμός, αμφιτιμία, παρορμητικότητα, κηρώδης ευκαμψία, καταληψία), χαμηλό επίπεδο ανοχής σε ματαιώσεις, έκπτωση λειτουργικότητας (American Psychiatric Association 2013). Σύμφωνα με το διαγνωστικό στατιστικό εγχειρίδιο DSM-5 για η διάγνωση ενός ψυχωτικού επεισοδίου, μπορέ να εμπίπτει σε μια από τις παρακάτω διαγνωστικές κατηγορίες (American Psychiatric Association 2013):

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- Οξύ ψυχωτικό επεισόδιο
- Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση
- Ουσιοεπαγόμενη ψυχωτική διαταραχή
- Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Για την αξιολόγηση της έντασης των ψυχωτικών συμπτωμάτων στους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PANSS) (Kay et al. 1987).

1.2.6.1. Λειτουργικός προσδιορισμός ψυχωτικών συμπτωμάτων στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) - Positive and Negative Syndrome Scale

Η αξιολόγηση της έντασης των ψυχωτικών συμπτωμάτων, αξιολογήθηκε με βάση την κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PANSS). Η κλίμακα εκτίμησης PANSS, είναι μια κλίμακα αξιολόγησης των ψυχωτικών συμπτωμάτων, η οποία αναπτύχθηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1980 (Kay et al. 1987). Αποτελεί μια από τις πιο ευρέως διαδεδομένες ψυχομετρικές κλίμακες για την αξιολόγηση ψυχωτικής συμπτωματολογίας (Kay et al. 1987; Lader 2000; Van den Oord et al. 2006).

Στόχος των Kay et al. (1987) ήταν η δημιουργία μιας κλίμακας μέσω της οποίας θα ήταν εφικτό να ξεπεραστούν οι περιορισμοί των μέχρι τότε κλινικών κλιμάκων για την εκτίμηση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα επιδιωκόταν η διόρθωση των αδυναμιών άλλων ψυχομετρικών κλιμάκων όπως της BPRS. Η προσπάθεια αυτή επιτεύχθηκε μέσω της προσθήκης σημείων αξιολόγησης και της παράλληλης διαβάθμισης για το κάθε σημείο.

Με το πέρασμα των χρόνων, η PANSS έγινε βασικό εργαλείο για την εκτίμηση της πορείας της νόσου και των ψυχωτικών συμπτωμάτων και θεωρήθηκε ένα εργαλείο με ισχυρή ευαισθησία στην μεταβολή της ψυχοπαθολογίας μετά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, με υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και ισότιμη κάλυψη θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων (Kaplan 2000). Το εργαλείο PANSS εξετάζει 30 παραμέτρους από τις οποίες επιλέχθηκαν ως οι πιο σημαντικές, με 7 από τα σημεία να αποτελούν τη κλίμακα θετικών συμπτωμάτων, 7 την κλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων και οι 16 σημεία τα οποία αφορούν τη γενική ψυχοπαθολογία. Ειδικότερα, η κλίμακα θετικών συμπτωμάτων αποτελείται από τα ακόλουθα σημεία: παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη σκέψη, ψευδαισθήσεις, υπερκινητικότητα / ψυχοκινητική διέγερση, ιδέες μεγαλείου, επιθετικότητα, καχυποψία / ιδέες διώξεως. Η κλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων αποτελείται από τα ακόλουθα σημεία: αμβλύ συναίσθημα, συναισθηματική απόσυρση, πενία λόγου, κοινωνική απόσυρση, απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας / συνέχισης διαλόγου, στερεότυπη σκέψη, απουσία αφαιρετικής σκέψης. Η κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας αποτελείται από τα ακόλουθα σημεία: σωματικές ιδέες, αγχώδης συναίσθημα, αισθήματα ενοχής, ένταση, στερεότυπες κινήσεις / μανερισμοί, καταθλιπτικό συναίσθημα, ψυχοκινητική επιβράδυνση, απουσία συνεργασίας, ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης, αποπροσανατολισμός, δυσκολία προσοχής, απουσία κρίσης και εναισθησίας, διαταραχή βούλησης, δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας, ψυχαναγκασμοί / εμμονές, ενεργώς κοινωνική αποφυγή.

Η επιλογή των παραμέτρων για τα συμπτώματα αυτά έγινε λαμβάνοντας υπόψη τη θεωρητική παραδοχή. Σύμφωνα με την Andreasen (1982) τα θετικά συμπτώματα αποτελούν την παραγωγική συμπτωματολογία που υπερπροστίθεται στη φυσιολογική νοητική λειτουργία. Παράλληλα θεωρήθηκε ότι τα αρνητικά εκπροσωπούν ελλείμματα της εγκεφαλικής λειτουργίας, τα οποία συνδέονταν άμεσα με απώλεια λειτουργικότητας του ατόμου με διάγνωση η οποία εμπίπτει στο σχιζοφρενικόμορφο φάσμα. Ως εκ τούτου, οι εξεταζόμενες παράμετροι αφορούσαν στα συμπτώματα των οποίων η διάκρισή σε θετικά ή αρνητικά ήταν σαφής, με τα συμπτώματα αυτά να αποτελούν παράλληλα αποτελούν τα «πρωτογενή συμπτώματα της νόσου» και όχι δευτεροπαθείς εκδηλώσεις (Carpenter et al. 1984).

Τα εξεταζόμενα αυτά συμπτώματα επιλέχθηκαν με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να αντιπροσωπεύουν σε πολλαπλά επίπεδα τη λειτουργικότητα των πασχόντων, αξιολογώντας παράλληλα τη γνωσιακή και την κοινωνική λειτουργικότητα. Στόχος των συγκεκριμένων παραμέτρων αξιολόγησης, είναι η παροχή ισχυρής εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) με τη χρήση της υφιστάμενης κλίμακας αξιολόγησης (Carpenter et al. 1984).

Τα συμπτώματα τα οποία περιλαμβάνονται στην υπο-κλίμακα θετικών συμπτωμάτων PANSS, θεωρείται ότι είναι βασικά για τον ορισμό του θετικού συνδρόμου (όπως για παράδειγμα ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες) ενώ τα κλίμακα τα οποία περιλαμβάνονται στην αρνητική υπο-κλίμακα, θεωρείται ότι είναι βασικά για τον ορισμό του αρνητικού συνδρόμου (όπως για παράδειγμα το αμβλύ συναίσθημα και απόσυρση). Για ψυχομετρικούς και πρακτικούς λόγους, θεωρήθηκε από τον δημιουργό σημαντικό ζητούμενο να συμπεριληφθεί ο ίδιος αριθμός παραμέτρων στη θετική και την αρνητική υπο-κλίμακα κυρίως για σκοπούς σύγκρισης της εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτών (Kay et al. 1987).

Τα 30 σημεία αξιολόγησης της PANSS φαίνεται να προέκυψαν χρησιμοποιώντας ως πρότυπο την αρχική μορφή των 18 σημείων αξιολόγησης της κλίμακας BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) και των 12 σημείων αξιολόγησης της κλίμακας PRS (Psychopathology Rating Schedule) (Kay et al. 1987).

Η συνολική αξιολόγηση είναι βασισμένη σε πληροφορίες που αφορούν κυρίως τα δεδομένα των τελευταίων ημερών ή της τελευταίας εβδομάδας πριν την αξιολόγηση του ατόμου (Kay et al. 1987). Οι πληροφορίες που αφορούν την κλινική κατάσταση παρέχονται κυρίως από την συνέντευξη ή τους επαγγελματίες υγείας που παρακολουθούν την πορεία του ατόμου κατά τη διαδικασία νοσηλείας, ή από το οικογενειακό περιβάλλον. Τέτοιου είδους πληροφορίες είναι

σημαντικές για την συνολική εκτίμηση κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της παθητικής κοινωνικής απόσυρσης (Kay et al. 1987).

Οι υπόλοιπες παράμετροι της κλίμακας, βαθμολογούνται με τη βοήθεια μιας ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης για τη βαθμολόγηση της PANSS (SCI-PANSS). Κατά τη συγκεκριμένη αξιολόγηση, λαμβάνονται δεδομένα τα οποία βοηθούν στη συμπλήρωση της κλίμακας βασισμένη στην άμεση κλινική παρατήρηση του εξεταστή. Ο σκοπός της εφαρμογής της δομημένης κλινικής συνέντευξης για τη βαθμολόγηση της PANSS εξασφαλίζει υψηλή αξιοπιστία της βαθμολόγησης από διαφορετικούς κλινικούς εξεταστές, ενώ παράλληλα προσφέρει ιεραρχική οργάνωση των παραμέτρων για την αρχική εκτίμηση της παρουσίας ή της απουσίας του συμπτώματος .

Σημεία αξιολόγηση κλίμακας PANSS με τη χρήση του δομημένου εργαλείου αξιολόγησης

Κάθε σημείο αξιολόγησης της PANSS βαθμολογείται από 1 (όταν το σύμπτωμα είναι απόν) έως 7 που είναι η βαθμολογία της μέγιστης βαρύτητας της έντασης του αντίστοιχου συμπτώματος. Η βαθμολογία 2 χαρακτηρίζει τα συμπτώματα που μάλλον δεν υφίστανται ή αν υφίστανται η βαρύτητά τους δεν υπερβαίνει το ανώτερο φυσιολογικό όριο. Οι ενδιάμεσες βαθμολογίες από 3 έως 7 κυμαίνονται ανάλογα με τη συχνότητα και τη χρονική διάρκεια του ψυχοπαθολογικού χαρακτηριστικού συμπτώματος που εξετάζεται, το βαθμό που αυτό το χαρακτηριστικό υπόκειται στη βούληση του εξεταζόμενου και στην επίδραση στην καθημερινότητα και τη γενικότερη συμπεριφορά του θεραπευόμενου. Τα σημεία αξιολόγησης της κλίμακας PANSS παρουσιάζονται στο παράρτημα III.

Ωστόσο, για την έγκυρη και αξιόπιστη αξιολόγηση μέσω της κλίμακας PANSS, υπάρχει οδηγός επεξήγησης για κάθε σκορ αξιολόγησης της κλίμακας (παράρτημα IV).

Δείκτης εσωτερικής εγκυρότητας της κλίμακας PANSS

Έχουν γίνει αρκετές μελέτες στις οποίες πραγματοποιήθηκε σταθμίστη της κλίμακας PANSS σε διαφορετικές γλώσσες, όπως στα γαλλικά (Lancon et al. 1999) , τα Σουηδικά (Von Knorring et al. 1992) στα Κινέζικα (Phillips et al. 1992) , τα Ισπανικά (Peralta et al. 1994), τα Τούρκικα (Kostakoğlu et al. 1999), τα ρώσικα (Ivanova et al. 2014), τα ιαπωνικά (Yamada et al. 1993), στα αράβικα (Yehya et al. 2016) στις οποίες παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης εσωτερικής εγκυρότητας και αξιοπιστία σε κάθε μια από αυτές.

Προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα, έχουν εντοπίσει παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε σχέση με την εγκυρότητα της κλίμακας PANSS. Η διαδικασία αυτή σχετίζεται με το στοιχείο

των πέντε παραγόντων που χρησιμοποιούνται για την αύξηση του συγκεκριμένου δείκτη, κυρίως σε περιπτώσεις στάθμισης της κλίμακας PANSS (van der Gaag et al. 2006).

Σύμφωνα με τη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, ο βαθμός εσωτερικής εγκυρότητας της κλίμακας κυμαίνεται κατά μέσω όρο ως εξής: 76% για τα συμπτώματα την υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων, 81.2% για την υπο-κλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων και 73.8% για την υπο-κλίμακα συμπτωμάτων γενικής ψυχοπαθολογίας. Τα συγκεκριμένα δεδομένα, μπορεί να υποδηλώνουν δυσκολίες στη δυνατότητα αξιολόγησης αυτών των συμπτωμάτων ή στην ποικίλη ερμηνεία των στοιχείων αυτών.

Παράλληλα, αρκετές μελέτες, έχουν ασχοληθεί με την ψυχομετρική ιδιότητα της κλίμακας με βάση τον δείκτη αξιοπιστίας, ο οποίος αναφέρεται στην ακρίβεια της μέτρησης της κλίμακας PANSS (Cronbach's alpha) κατά την οποία τιμές άνω του 0.9 θεωρούνται πολύ καλές, τιμές μεταξύ του 0.8 μέχρι 0.9 θεωρούνται καλές, τιμές μεταξύ 0.7 μέχρι 0.8 θεωρούνται ικανοποιητικές, και τιμές κάτω από το 0.7 δεν θεωρούνται κατάλληλες για διαγνωστική χρήση αφού περιέχουν υπερβολικό σφάλμα μέτρησης (Nunnally & Bernstein 1978; Gorsuch 1993; Emsley et al. 2003). Για παράδειγμα, η αξιοπιστία 0.7, δίνει την ερμηνεία ότι μόνο το 70% του δείγματος αντικατοπτρίζει την πραγματική βαθμολογία, ενώ το υπόλοιπο 30% οφείλεται σε σφάλμα μέτρησης των δεδομένων.

Αυτή η πηγή σφάλματος είναι επακόλουθη όταν χρησιμοποιούνται προγνωστικές μέθοδοι για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Emsley et al. (2003) ο αρνητικός παράγοντας (πχ. σημείο αξιολόγησης συναισθηματική απόσυρση), έχει αποδεκτή αξιοπιστία (0.89) σε θεραπευόμενους με πρώιμα συμπτώματα. Από την άλλη, ο παράγοντας άγχους και κατάθλιψης, έχει αναφερθεί ότι έχει χαμηλή αξιοπιστία (0.66) σε άτομα με πρώιμα συμπτώματα (Rabinowitz & Davidson, 2001). Όμοια, δυο μελέτες υποστηρίζουν ότι η αξιοπιστία για τον παράγοντα κατάθλιψη είναι κάτω του 0.7 (eLindenmayer et al. 1994; Mass et al. 2000). Κατά συνέπεια, μελέτες οι οποίες διερευνούν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας PANSS με βάση την κλασσική ψυχομετρική θεωρία δείχνουν ότι είναι σκόπιμο να πραγματοποιηθούν βελτιώσεις στην κλίμακα (Embretson & Reise 2000; Baker 2001; Emsley et al. 2003; Reise & Henson 2003).

Διαχρονικά, τα ερευνητικά δεδομένα παρά την καθιερωμένη μορφή, αναδεικνύουν ότι η κλίμακα PANSS χρήζει τροποποιήσεις οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν τόσο το δείκτη εγκυρότητας όσο και το δείκτη αξιοπιστίας (Lehoux et al. 2009; Leucht et al. 2010; Thompson et al. 1994; Santor et al. 2007; Obermeier et al. 2010).

Η ακρίβεια που προϋποθέτει η αξιολόγηση μιας κλίμακας είναι σημαντική και έγκειται στο γεγονός ότι η στατιστικά σημαντική ανίχνευση των διαφορών μεταξύ μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού, είναι βασισμένη στο δείκτη εσωτερικής εγκυρότητας του εκάστοτε εργαλείου (Mark et al. 2017; Sajatovic et al. 2011). Ωστόσο, η εκπαίδευση των εξεταστών, συμβάλει στην βελτίωση της ακρίβειας των αποτελεσμάτων μέσω μιας τυποποιημένης διαδικασίας δομημένης συνέντευξης (Sajatovic et al. 2011). Όμοια, η κλίμακα PANSS, εξαιτίας των σύνθετων χαρακτηριστικών αξιολόγησης της, απαιτεί μια διεξοδική και δομημένη προσέγγιση, γι αυτό και η ορθή εκπαίδευση των εξεταστών / ερευνητών αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την εξασφάλιση της εγκυρότητας της (Sajatovic et al. 2011).

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία μεταξύ των τιμών μιας κλίμακας, αποτελεί τον κεντρικό πυλώνα για τη μείωση της πιθανότητας σφάλματος και την επίτευξη επαρκούς στατιστικά σημαντικής συσχέτισης αναφορικά με το αποτέλεσμα των συνολικών τιμών της κλίμακας (Khan et al. 2013). Όπως περιγράφεται και στην πρότυπη δημοσίευση της κλίμακας PANSS, κάθε σημείο αξιολόγησης περιλαμβάνει 3 στοιχεία τα οποία θα πρέπει να εφαρμοστούν για τη διασφάλιση, τόσο της αξιοπιστίας, όσο και της εγκυρότητας του αποτελέσματος της αξιολόγησης (Kay et al. 1987). Τα στοιχεία αυτά είναι: 1) ο ορισμός των στοιχείων ο οποίος περιγράφεται και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση, 2) η λεπτομερής περιγραφή που δίνεται βάση της βαθμολογίας η οποία αναγράφεται δίπλα από κάθε σημείο αξιολόγησης, καθώς και οι πηγές πληροφόρησης που δίνονται για αυτήν (οι πληροφορίες αυτές λαμβάνονται τόσο μέσα από τις παρατηρήσεις που γίνονται κατά την κλινική συνέντευξη όσο και οι πληροφορίες που δίνονται από τους φροντιστές των ατόμων ή άλλους επαγγελματίες υγείας σε περίπτωση νοσηλείας κατά την περίοδο αναφοράς πριν από κάθε αξιολόγηση) και 3) τον αυστηρό υπολογισμό των σημείων αγκύρωσης για κάθε επίπεδο σοβαρότητας των συμπτωμάτων (Kay et al. 1987).

Οι Kraepelin (1986) και Bleuler (1950) θεώρησαν σημαντικό το γεγονός ότι τα αρνητικά συμπτώματα σε άτομα με ψύχωση υπό το φάσμα σχιζοφρένειας, είναι πιο έγκυρα σε αντίθεση με τα θετικά συμπτώματα, τα οποία κατά την αξιολόγηση μπορούν να θεωρηθούν περισσότερο βοηθητικά για σκοπούς διάγνωσης. Ωστόσο, τα κριτήρια St. Louis (Feighner et al. 1972), CATEGO (American Psychiatric Association 1987), Research Diagnostic Criteria (Carpenter et al. 1984), δίνουν έμφαση στα θετικά συμπτώματα, αυξάνοντας στατιστικά σημαντικά τον δείκτη εσωτερικής εγκυρότητας της κλίμακας PANSS. Επομένως, η χρήση της δομημένης συνέντευξης, είναι ένας καλός τρόπος αύξησης της αξιοπιστίας της κλίμακας, αφού όπως αποδείχθηκε, πολλά από τα δεδομένα μπορούν να μην ληφθούν υπόψη σε περίπτωση

αξιολόγησης μέσω ενός μη δομημένου τρόπου (Carpenter et al. 1976; Dowinc et al. 1980). Το δεδομένο αυτό, φαίνεται να οδηγεί στη διασφάλιση του υψηλού δείκτη εσωτερικής εγκυρότητας ως αποτέλεσμα.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η εσωτερική εγκυρότητα της κλίμακας PANSS είναι υψηλότερη για της τρεις υπο-κλίμακες της, παρά για τη συνολική βαθμολογία των κλιμάκων, χωρίς όμως να υπάρχει ανάγκη διαγραφής κάποιου από τα σημεία αξιολόγησης για να αυξηθεί ο δείκτης εσωτερικής εγκυρότητας (Yehya et al. 2016). Όμοια, όλα τα στοιχεία παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους μέσω της σύνθετης συνολικής βαθμολογίας γεγονός το οποίο οδηγεί στην αύξηση του δείκτη εσωτερικής εγκυρότητας (Yehya et al. 2016).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Opler & Ramirez (1998) η PANSS δεν πρέπει να αποτελεί ένα διαγνωστικό εργαλείο, αλλά ένα εργαλείο το οποίο μπορεί με εγκυρότητα, αξιοπιστία και ευαισθησία να αξιολογήσει τη σοβαρότητα της έντασης των ψυχωτικών συμπτωμάτων ανεξαρτήτως διάγνωσης. Ως εκ τούτου, κάποιες από τις μελέτες που έχουν εντοπιστεί, περιγράφουν διαφορές στο βαθμό εγκυρότητας που παρουσιάζουν. Το αποτέλεσμα αυτό έγκειται στο γεγονός ότι αρκετοί ερευνητές δίνουν έμφαση στη σύγκριση μεταξύ αρνητικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Rabinowitz & Ingham 2005).

Αξιοπιστία κλίμακας PANSS

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στις διεθνείς βάσεις ερευνητικών δεδομένων, σε κάθε μια από τις μελέτες που εντοπίστηκαν, ο δείκτης εσωτερικής εγκυρότητας καθώς και ο δείκτης Cronbach's α της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας PANSS ήταν αρκετά υψηλός. Πιο συγκεκριμένα, οι Yehya et al. (2016) ανέφεραν ότι ο δείκτης Cronbach's α , για τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS στη μελέτη που πραγματοποίησαν για τη στάθμιση του εργαλείου στην αραβική γλώσσα, ήταν 0.92. Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι ο δείκτης αυτός για τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας δεν άλλαξε κατά τη διαγραφή συγκεκριμένων στοιχείων από την κλίμακα. Όμοια, και κατά την αξιολόγηση των υποκλιμάκων για τα θετικά συμπτώματα, τα αρνητικά συμπτώματα αλλά και τα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας, ο δείκτης Cronbach's α ήταν 0.80, 0.90 και 0.86, αντίστοιχα (Yehya et al. 2016). Παράλληλα, στη μελέτη αυτή φάνηκε ότι οι τρεις υποκλίμακες της PANSS, παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία βάση του συντελεστή Pearson, δεδομένο το οποίο υποδηλώνει εξαιρετική συμφωνία στην κλίμακα (Yehya et al. 2016).

Αναφορικά με την αξιοπιστία των υποκλιμάκων της PANSS, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται να γίνεται λόγος για αμφισβήτηση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων

της υποκλίμακας των αρνητικών συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, στη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά για αλληλεπικάλυψη της συνολικής βαθμολογίας της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων από διάφορους άξονες, υποδηλώνοντας την ετερογενή φύση των διαστάσεων αξιολόγησης, συγκριτικά με την υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων και την υποκλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας (Kay & Sevy, 1990; Dollfw et al. 1991).

Αναφορικά με την υποκλίμακα συμπτωμάτων γενικής ψυχοπαθολογίας, οι Kay et al. (1990), στην αρχική κατασκευή της κλίμακας PANSS ανέφεραν ότι η συγκεκριμένη υποκατηγορία αφορούσε την ειδική διάσταση της σχιζοφρένειας, με απώτερο στόχο τη διαπίστωση της σοβαρότητας της νόσου. Στις περισσότερες μελέτες, οι συσχετίσεις μεταξύ των τριών αυτών υποκλιμάκων, ευνοούν τη σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους, περιγράφοντας ότι η υποκατηγορία των συμπτωμάτων γενικής ψυχοπαθολογίας περιγράφει κυρίως τις μη ειδικές πτυχές της νόσου (Lancon et al. 1999). Ενώ η εσωτερική αξιοπιστία των δυο πρώτων υποκλιμάκων θεωρείται επαρκής και αντιπροσωπευτική, ωστόσο η υποκλίμακα των συμπτωμάτων γενικής ψυχοπαθολογίας θεωρείται λιγότερο αξιόπιστη και αντιπροσωπευτική (Peralta & Cuesta 1994). Σύμφωνα με τους von Knorring & Lindstrom (1992), κατά τη διαδικασία στάθμισης της σουηδικής εκδοχής της κλίμακας, αν και η υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων είχε μια ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach alpha 0.81), η κλίμακα θετικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας είχαν θεραπευόμενο συνοχή (0.52 και 0.68, αντίστοιχα). Παρόμοια δεδομένα περιγράφηκαν και από τους Peralta & Cuesta (1994), οι οποίοι χρησιμοποίησαν την αγγλική εκδοχή της κλίμακας PANSS, όπου κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής εγκυρότητας της κλίμακας, εντόπισαν ότι η υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων παρουσίαζε την ετερογενή πλευρά της νόσου.

Τα δεδομένα αυτά ωστόσο, φαίνεται να συμφωνούν και με άλλες εκδοχές της κλίμακας PANSS στην Αγγλική αλλά και τη Γαλλική γλώσσα (Lindenmayer et al. 1994; Dollfw et al. 1991; Lancon et al. 1997), δεδομένο το οποίο οδήγησε στην ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση και εντοπισμό παραγοντικών λύσεων για τη βελτίωση του τρόπου αξιολόγησης βάσει της κλίμακας.

Έτσι κάποιοι ερευνητές εισηγήθηκαν αρχικά τη χρήση των 5 παραγόντων για την επίλυση του προβλήματος αυτού, (Loas et al. 1997; Arndt et al. 1991). Αρκετές είναι οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία οι οποίες έχουν επικεντρωθεί στο μεθοδολογικό σχεδιασμό των μελετών, ο οποίος φαίνεται να επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας. Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σε κάθε

περίπτωση η ανάλυση των παραγόντων αυτών εξαρτάται εξ ορισμού από τον πληθυσμό στόχο στον οποίο απευθύνεται οι εκάστοτε μελέτη.

Αρχικά, ο αρνητικός παράγοντας ο οποίος φαίνεται να διαμορφώνει και να αντιπροσωπεύει καλύτερα το υψηλότερο ποσοστό διακύμανσης που εκφράζεται στην κλίμακα. Σύμφωνα με τους Lindenmayer et al. (1994), τα στοιχεία τα οποία συνδέονται με τον αρνητικό παράγοντα είναι αυτά που αποτελούν την υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων της κλίμακας PANSS, σε συνδυασμό με κάποια από τα συμπτώματα της υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας όπως η ψυχοκινητική επιβράδυνση ή η ενεργώς κοινωνική απομόνωση, συμπτώματα δηλαδή τα οποία αφορούν κυρίως τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Φαίνεται λοιπόν ότι η κλίμακα PANSS δεν είναι εφικτό να αξιολογήσει τα πρωτογενή ή τα δευτερογενή συμπτώματα της νόσου.

Ο δεύτερος παράγοντας που εντοπίστηκε, αφορά κατά κύριο λόγο τον θετικό παράγοντα όπως αναφέρθηκε αρχικά από τους Kay & Sevy (1990), ή αλλιώς τον παρανοϊκό παράγοντα όπως αναφέρθηκε από τους Lepine et al. (1989). Τα συμπτώματα αυτά αφορούν κατά κύριο λόγο, στα θετικά συμπτώματα της νόσου και φορούν στη ψευδαισθητική συμπτωματολογία και τις διαταραχές στο περιεχόμενο σκέψης.

Ο τρίτος παράγοντας που εντοπίστηκε, φαίνεται να αφορά κυρίως την επιθετική συμπεριφορά προς άλλους, όπως περιεγράφηκε από κάποιους ερευνητές (Kay & Sevy (1990) ή τη ψυχοκινητική διέγερση όπως περιεγράφηκε από κάποιους άλλους (Dollfw et al. 1991). Σύμφωνα με τους Lindenmayer et al. (1994) ο παράγοντας αυτός σχετίζεται κυρίως με την αναφερόμενη «διαταραχή συμπεριφορικού ελέγχου».

Ο τέταρτος παράγοντας που εντοπίστηκε ήταν ο γνωστικός παράγοντας, όπως περιεγράφηκε από τους Kay & Sevy (1990) και ο παράγοντας αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, όπως περιεγράφηκε από τους Lepine et al. (1989). Ωστόσο, αν και ο παράγοντας αυτός έχει συζητηθεί έντονα στη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται να αναφέρεται συχνά, μετά από την ανάλυση των βασικών στοιχείων για τα SANS και SAPS (Arndt et al. 1991). Ως εκ τούτου, ο παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με τις διαταραχές σκέψης, για ορισμένους ερευνητές όπως ο Bleuler (1950), αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις αρχές των σχιζοφρενικόμορφων συμπτωμάτων.

Ο τελευταίος παράγοντας που εντοπίστηκε φαίνεται να αφορά την αγχώδη / καταθλιπτική συμπτωματολογία, δεδομένο το οποίο φαίνεται να σχετίζεται με τα καταθλιπτικόμορφα στοιχεία τα οποία πολλές φορές παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια (Kay & Sevy 1990).

Ωστόσο, ο παράγοντας αυτός, φαίνεται να μην έχει διερευνηθεί επαρκώς από τους περισσότερους ερευνητές (Kay & Sevy 1990), ενώ σύμφωνα με τους Dollfus et al. (1991), τέτοιου είδους συμπτώματα είναι εφικτό να εντοπιστούν μόνο μετά την ύφεση της έντασης της ψυχωτικής συμπτωματολογίας. Έτσι συχνά, η κατάθλιπτική συμπτωματολογία, φαίνεται να επικαλύπτεται από την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της νόσου, με τα αγχώδη και τα καταθλιπτικά συμπτώματα να είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν μόνο μετά την ύφεση των υπόλοιπων συμπτωμάτων (Dollfus et al. 1991). Παράλληλα, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλές φορές, τα καταθλιπτικά συμπτώματα όπως περιγράφονται στην κλίμακα PANSS, μπορεί να θεωρηθούν αποτέλεσμα εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων της φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός το οποίο οδηγεί σε σφάλμα κατά την αξιολόγηση (Dollfus et al. 1991).

Λαμβάνοντας υπόψη τους 5 αυτούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν το τελικό αποτέλεσμα της έντασης των συμπτωμάτων βάση της κλίμακας PANSS, είναι εφικτή η μείωση του σφάλματος αξιολόγησης, δεδομένο το οποίο αυξάνει το δείκτη εγκυρότητας του αποτελέσματός της. Όπως αναφέρεται και από τους Lancon et al. (1999) σε μια προσπάθεια στάθμισης του εργαλείου στη γαλλική γλώσσα, απομονώνοντας τους 5 αυτούς παράγοντες, είχαν ως αποτέλεσμα την ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας, καθώς και την αύξηση του εσωτερικού δείκτη εγκυρότητας κατά τη στάθμιση του εργαλείου.

Ως εκ τούτου, η παραγοντική δομή της κλίμακας PANSS, φαίνεται να είναι αρκετά διαφορετική ανάμεσα σε πάσχοντες οι οποίοι βρίσκονται σε οξεία φάση, συγκριτικά με αυτούς με χρόνια σχιζοφρένεια (Dollfus et al. 1991; Loas et al. 1997). Το δεδομένο αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στη μελέτη των Lancon et al. (1999), οι οποίοι συμπεριέλαβαν στην έρευνα τους θεραπευόμενοι οι οποίοι βρίσκονταν σε χρόνια αλλά και οξεία φάση, όπου διαπίστωσαν ότι θεραπευόμενοι οι οποίοι παρουσίαζαν υποτροπή των συμπτωμάτων, είχαν υψηλότερες βαθμολογίες για τους 3 πρώτους παράγοντες, δεδομένο το οποίο αντικατοπτρίζει την επιδείνωση των θετικών συμπτωμάτων και την αποδιοργάνωση στην οξεία φάση της νόσου. Ωστόσο, περαιτέρω έρευνες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν για τη διευκρίνιση του προβλήματος σταθερότητας της παραγοντικής δομής του αποτελέσματος της κλίμακας PANSS.

Μέτρα ισχύος

Η κλίμακα φαίνεται σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές να παρουσιάζει καλή ευαισθησία και ειδικότητα για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων σχιζοφρένειας (Yehya et al). Σύμφωνα με

την καμπύλη ROC σε διάφορες μελέτες, η βέλτιστη βαθμολογία για να θεωρηθεί ότι ένα άτομο πληρή τα συμπτώματα για τη διάγνωση σχιζοφρενικόμορφου φάσματος είναι το 38 (cut off), με την ευαισθησία και την ειδικότητα να κυμαίνονται υψηλά στο όριο αυτό (96% και 96.5% αντίστοιχα). Κατά τη στάθμιση της κλίμακας PANSS σε ελληνικό πληθυσμό από τους Λύκουρας & Ουλής (2005), καταγράφηκαν τα πάρακάτω μέτρα ισχύος για κάθε μια από τις υποκλίμακες αλλά και για τη συνολική τιμή τις κλίμακας PANSS:

Συνολική βαθμολογία υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS:

- Τιμές 32-47 (95°-100° τεταρτημόριο) – πολύ υψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 25-31 (75° – 94° τεταρτημόριο) – ηψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 18-24 (26° – 74° τεταρτημόριο) – μέσης έντασης συμπτωμάτα
- Τιμές 13-17 (6° – 5° τεταρτημόριο) – χαμηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 8 – 12 (1° – 5° τεταρτημόριο) – πολύ χαμηλής έντασης συμπτώματα

Συνολική βαθμολογία υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων:

- Τιμές 38-49 (95° – 100° τεταρτημόριο) - Πολύ υψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 29-37 (75° - 94° τεταρτημόριο) – Υψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 19-28 (26° -74° τεταρτημόριο) – Μέση έντασης συμπτώματα
- Τιμές 13-18 (6° -25° τεταρτημόριο) - Χαμηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 8-12 (1° -5° τεταρτημόριο) - Πολύ χαμηλής έντασης συμπτώματα

Συνολική βαθμολογία υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας:

- Τιμές 65-112 (95° -100° τεταρτημόριο) - Πολύ υψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 49-64 (75° -94° τεταρτημόριο) - Υψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 37-48 (26° -74° τεταρτημόριο) - Μέσης έντασης συμπτώματα
- Τιμές 29-36 (6° -25° τεταρτημόριο) - Χαμηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 17-28 (1° -5° τεταρτημόριο) - Πολύ χαμηλής έντασης συμπτώματα

Συνολική βαθμολογία κλίμακας PANSS:

- Τιμές 127-210 (95°–100° τεταρτημόριο)-Πολύ υψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 101-126 (75° -94° τεταρτημόριο) - Υψηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 76-100 (26° -74° τεταρτημόριο) - Μέσης έντασης συμπτώματα
- Τιμές 57-75 (6° -25° τεταρτημόριο) - Χαμηλής έντασης συμπτώματα
- Τιμές 31-56 (1° -5° τεταρτημόριο) - Πολύ χαμηλής έντασης συμπτώματα

Διαφορές μεταξύ PANSS-30 και PANSS-6

Σε ένα εργαλείο αξιολόγησης το οποίο υπάρχει κλιμάκωση στην ένταση αξιολόγησης, κάθε μεμονωμένο στοιχείο των συμπτωμάτων, προσθέτει μοναδικές πληροφορίες σχετικά με τη συνολική εικόνα της έντασης των συμπτωμάτων, γεγονός το οποίο αποτελεί προϋπόθεση για την έγκυρη χρήση της συνολικής βαθμολογίας της νόσου και της σοβαρότητας σε σχέση με την ένταση των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Ostergaard et al. 2017).

Η κλίμακα PANSS, έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης της έντασης των ψυχωτικών συμπτωμάτων τόσο στην κλινική πρακτική, όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Ωστόσο, εξαιτίας της χρονοβόρας διαδικασίας που χρειάζεται για τη συμπλήρωση της, προβλήθηκε στην πορεία η ανάγκη για τη δημιουργία μιας μικρότερης εκδοχής της κλίμακας αυτής, η οποία θα χρειαζόταν μικρότερη χρονική διάρκεια για τη συμπλήρωση της (Correll et al. 2011; Ostergaard et al. 2017; Ostergaard et al. 2017; Hochstrasser et al. 2016; Lin et al. 2017). Έτσι, δημιουργήθηκε μια μικρότερη εκδοχή της κλίμακας με 6 σημεία αξιολόγησης της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (PANSS-6) (Ostergaard et al. 2017; Ostergaard et al. 2017; Hochstrasser et al. 2016; Lin et al. 2017; Fleischhacker, 2016). Σε αντίθεση με την εκδοχή της κλίμακας με τα 30 σημεία αξιολόγησης, η PANSS-6 είναι μονοδιάστατη (Ostergaard et al. 2017; Ostergaard et al. 2017). Η κλίμακα PANSS-6 περιέχει τα εξής σημεία αξιολόγησης: Παραλληλητικές ιδέες (P1), Αποδιοργάνωση (P2), Ψευδαισθήσεις (P3), Αμβλύ συναίσθημα (N1), ενεργώς κοινωνική αποφυγή (N4), και Αδυναμία αυθόρμητης συνέχειας διαλόγου (N6).

Προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με την PANSS-6, αναφέρουν ότι οι βαθμολογίες των έξι σημείων αντλήθηκαν από την αρχική μορφή της PANSS-30 (Ostergaard et al. 2017; Ostergaard et al. 2017b; Hochstrasser et al. 2016; Lin et al. 2017; Fleischhacker, 2016). Για σκοπούς διευκόλυνσης του τρόπου αξιολόγησης της PANSS-6, αναπτύχθηκε μια απλοποιημένη συνέντευξη για την αξιολόγηση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων σχιζοφρένειας (SNAPSI) (Ostergaard et al. 2017). Το SNAPSI είναι μια σύντομη ημι-δομημένη συνέντευξη η οποία επικεντρώνεται στα 6 συγκεκριμένα σημεία αξιολόγησης της κλίμακας PANSS. Η συνολική χρονική διάρκεια για τη συμπλήρωση της συγκεκριμένης κλίμακας είναι 15–20 λεπτά (Ostergaard et al. 2017). Ωστόσο, εάν και αυτό το αποτέλεσμα φαινόταν πολλά υποσχόμενο, απαιτείται περαιτέρω επικύρωση των αξιολογήσεων της κλίμακας PANSS-6 για την εφαρμογή του στην κλινική πρακτική.

Η βαθμολογία της κλίμακας PANSS-6 βασίζεται σε δεδομένα που συλλέγονται κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης βάσει του SNAPSI (λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία) με ή χωρίς πληροφορίες που συλλέγονται από κάποιο συγγενικό πρόσωπο. Κάθε σημείο αξιολόγησης, βαθμολογείται σε κλίμακα που κυμαίνεται από το 1 (απουσία συμπτώματος) μέχρι το 7 (εξαιρετικά υψηλή σοβαρότητα έντασης συμπτώματος) με αποτέλεσμα το συνολικό εύρος βαθμολογίας να κυμαίνεται από το 6 μέχρι το 42.

Προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η εγκυρότητα των διαγνώσεων βασισμένες στην κλίμακα PANSS είναι υψηλή (Correll et al. 2011; Uggerby et al. 2013; Jakobsen et al. 2005). Επιπλέον η αξιολόγηση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων δεν εξαρτάται από την ακριβή διάγνωση του τύπου σχιζοφρένειας που παρουσιάζουν οι πάσχοντες στην οξεία φάση (Muñoz-Negro et al. 2015). Εν κατακλείδι, εάν οι τελικές βαθμολογίες της εκδοχής PANSS-6, λαμβάνονται μέσω του SNAPSI, φαίνεται να είναι σε συμφωνία με τις τελικές βαθμολογίες που εξάγονται από την εκδοχή της PANSS-30, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει την εγκυρότητα της εκδοχής της PANSS-6 (Bech, 2018). Βάσει αυτών των δεδομένων, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το SNAPSI μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη συστηματική συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη σοβαρότητα της έντασης των συμπτωμάτων (Correll et al. 2011; Bech, 2018).

Τόσο για την κλίμακα PANSS, όσο και για τον οδηγό αξιολόγησης της κλίμακας, δεν χρειάστηκε άδεια χορήγησης για ερευνητικούς σκοπούς μιας και υπήρχε ανοιχτή πρόσβαση και στα δύο στην αγγλική γλώσσα. Πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα αγγλικά στα αγγλικά μιας και δεν υπήρχαν προηγούμενες δημοσιεύσεις των δυο στην ελληνική γλώσσα. Αρχικά, σε πρώτη φάση, δυο επαγγελματίες ψυχικής υγείας με πιστοποιημένη επάρκεια στην αγγλική γλώσσα και επαρκή κλινική εμπειρία σε δομές της Κύπρου και του εξωτερικού, μετάφρασαν ανεξάρτητα τα εργαλεία και τον οδηγό αξιολόγησης στα ελληνικά. Στη συνέχεια, σε δεύτερη φάση έγινε σύνθεση των δυο ανεξάρτητων μεταφράσεων σε ένα κοινό αρχείο, κατόπιν ομόφωνης απόφασης.

1.2.7 Συμπτώματα άγχους (εννοιολογικός προσδιορισμός)

Τα αγχώδη συμπτώματα, απορρέουν από ένα δυσάρεστο αίσθημα απειλής της προσωπικής ακεραιότητας του ατόμου, τα οποία ποικίλλουν αναλόγως με τον τύπο της αγχώδους διαταραχής που παρουσιάζει το άτομο (Kaplan & Sadocs, 2004). Ειδικότερα τα συμπτώματα αυτά είναι το αίσθημα φόβου, ανησυχίας ή πανικού, οι διαταραχές ύπνου, οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (κρύα ή ιδρωμένα χέρια, ξηροστομία, μούδιασμα ή

μυρμίσκισμα άνω και κάτω άκρων), οι διαταραχές αναπνευστικού συστήματος (δύσπνοια, ταχύπνοια), οι διαταραχές του καρδιαγγειακού συστήματος (ταχυπαλμία), οι διαταραχές γαστρεντερικού συστήματος (διάρροια, δυσκοιλιότητα, εμετοί), οι διαταραχές ουρογεννητικού συστήματος (συχνουρία, δυσμηνόρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία) και οι διαταραχές μυοσκελετικού συστήματος (μυϊκή ένταση, κράμπες) (American Psychiatric Association 2013). Οι διαταραχές άγχους χαρακτηρίζονται από έντονα, χρόνια συμπτώματα τα οποία προκαλούν κατ' επέκταση σοβαρές διαταραχές στη διάθεση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά του ατόμου, ενώ παράλληλα φαίνεται να περιορίζουν ή και να εμποδίζουν τις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες του ατόμου (Kaplan & Sadocs, 2004).

Η αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων άγχους των συμμετεχόντων, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του εργαλείου Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-D ή αλλιώς HARS) (Hamilton, 1959).

1.2.7.1. Λειτουργικός προσδιορισμός συμπτωμάτων άγχους στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) – *Κλίμακα αξιολόγησης Hamilton Anxiety Rating Scale*

Η κλίμακα Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-D ή αλλιώς HARS), είναι μια από τις πρώτες κλίμακες αξιολόγησης που δημιουργήθηκαν το 1959, για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της έντασης των αγχώδων συμπτωμάτων (Hamilton, 1959). Μέχρι και σήμερα, χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των αγχώδων συμπτωμάτων στον κλινικό χώρο και θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες κλίμακες αξιολόγησης, η οποία έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε αρκετές γλώσσες (Beck et al. 1988; Donzuso et al. 2014; Beck, 1991).

Η κλίμακα HARS έχει χρησιμοποιηθεί ως σημείο αναφοράς για τη δημιουργία νεότερων κλιμάκων που αξιολογούν τα αγχώδη συμπτώματα (Beck et al. 1988; Donzuso et al. 2014; Beck, 1991). Η αρχική πρόθεση του δημιουργού για την κλίμακα αυτή, ήταν η χρήση της σε άτομα με νευρωτικό άγχος (σε αντίθεση με τα συμπτώματα που προκαλούνται από κάποιο εμφανή παράγοντα σε περιπτώσεις στρες), ωστόσο δεν αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης της διάγνωσης για την αγχώδη διαταραχή (Thompson, 2015). Ένα χρόνο αργότερα, ο Hamilton δημοσίευσε μια παρόμοια κλίμακα, για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Hamilton, 1960). Η κλίμακα HARS χρησιμοποιείται κυρίως για την αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων σε κλινικούς πληθυσμούς (Thompson, 2015).

Η κλίμακα ποτελείται από 14 σημεία τα οποία αξιολογούν την αγχώδη συμπτωματολογία (παράρτημα VII). Κάθε σημείο αξιολόγησης βαθμολογείται με 0 (απουσία συμπτώματος) έως και 4 (σοβαρή ένταση συμπτώματος), βαθμολογία μικρότερη του 17 λαμβάνεται υπόψη ως

ένδειξη ήπιων συμπτωμάτων άγχους. Συνολική βαθμολογία μεταξύ 25-30 θεωρείται μέτρια έως και σοβαρή ένταση συμπτωμάτων άγχους.

Αναφορικά με την ειδικότητα της κλίμακας, αν και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται συχνά στη κλινική πρακτική κυρίως σε κλινικές δοκιμές (τόσο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για την αξιολόγηση βελτίωσης των συμπτωμάτων μέσω άλλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων), ωστόσο, έχει κριθεί αρνητικά για την ανακρίβεια διάκρισης μεταξύ αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και ως προς τη διάκριση μεταξύ αξιολόγησης των αγχωδών συμπτωμάτων σε σχέση με πιθανές παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή (Maier et al.1988).

Εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας HARS

Αν και η κλίμακα HARS παρουσιάζει υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, ωστόσο 5 βασικά προβλήματα έχουν περιγραφεί από τους ερευνητές. Αρχικά η κλίμακα περιλαμβάνει σημεία αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι, κάποιοι ερευνητές διερεύνησαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας HARS. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης τους, οι Maier et al. (1988) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα στο γενικό αποτέλεσμα από την αξιολόγηση της κλίμακας HARS, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και ανάμεσα στις υποκλίμακες της (Maier et al, 1988; Porter et al, 2017; Riskind et al, 1987). Ωστόσο, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η συμπερίληψη των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην κλίμακα HARS συγχέει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και το διαχωρισμό τους (Zimmerman et al. 2017).

Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι το γεγονός ότι κάθε σημείο συμπεριλαμβάνει πολλαπλά συμπτώματα τα οποία αξιολογούνται (Zimmerman et al. 2017), όπως πχ στο σημείο αξιολόγησης του αισθήματος ανησυχίας το οποίο συμπεριλαμβάνει και το αίσθημα αναμονής επικείμενης συμφοράς, ακαθόριστου φόβου και ευερεθιστότητα. Το δεδομένο αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σφάλμα μέτρησης της πραγματικής έντασης των συμπτωμάτων του πάσχοντα. Η αξιολόγηση των σημείων της κλίμακας περιέχει πολλαπλές πληροφορίες, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αλληλεπικάλυψη της πραγματικής εικόνας των συμπτωμάτων του πάσχοντα (Zimmerman et al. 2017).

Ένα τρίτο πρόβλημα είναι η επανάληψη όμοιων συμπτωμάτων στην κλίμακα πχ. Η αξιολόγηση των διαταραχών ύπνου αξιολογείται σε δυο σημεία, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της μεταβλητότητας του αποτελέσματος, κυρίως σε περιπτώσεις

στάθμισης της κλίμακας και αξιολόγησης από δυο ανεξάρτητους ερευνητές (Zimmerman et al. 2017).

Το τέταρτο σημείο αφορά στο στοιχείο ότι τα περισσότερα σημεία της κλίμακας αξιολογούν τα σωματικά συμπτώματα άγχους, γεγονός το οποίο δυσχεραίνει τη δυνατότητα διαχωρισμού μεταξύ των αγχωδών συμπτωμάτων και των παρενεργειών από τη φαρμακευτική αγωγή (Bruss et al, 1994; Maier et al, 1988).

Τέλος το πέμπτο σημείο, αφορά στις γενικές οδηγίες αξιολόγησης των βαθμολογούμενων σημείων, όπου το επίπεδο σοβαρότητας της έντασης των συμπτωμάτων οδηγεί σε ευρύ φάσμα διακύμανσης της βαθμολογίας (Bruss et al, 1994).

Για τη βελτίωση της αξιοπιστίας και της διευκόλυνσης των τυποποιημένων μετρήσεων, έχουν αναπτυχθεί ημιδομημένες συνέντευξεις και εγχειρίδια αξιολόγησης για την κλίμακα HARS (Bech 2011; Bruss et al, 1994; Shear et al. 2001). Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι ο τρόπος αξιολόγησης της έντασης των συμπτωμάτων με την κλίμακα HARS από τους αξιολογητές, μπορεί να μειώσει την αξιοπιστία εάν δεν εφαρμοστεί ορθά η ημι-δομημένη συνέντευξη για τη συλλογή των δεδομένων των συμπτωμάτων (Zimmerman et al. 2017). Επομένως, η δημιουργία ενός δομημένου οδηγού συνέντευξης για την εκτίμηση του άγχους βάσει της κλίμακας HARS, με τυποποιημένες ερωτήσεις συνέντευξης, οδήγησε στην αύξηση της αξιοπιστίας της κλίμακας, γεγονός το οποίο ανέδειξε την κλίμακα HAM-AHARS στην πορεία, ως το πιο αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης (Bruss, 1994).

Αν και στην αρχική μορφή της κλίμακας δεν υπάρχουν καθιερωμένα βοηθήματα αξιοπιστίας, όπως για παράδειγμα οδηγίες δομημένης συνέντευξης ή οδηγίες για τη διαδικασία βαθμολόγησης, ωστόσο αρκετές είναι οι έρευνες οι οποίες περιγράφουν τον υψηλό δείκτη αξιοπιστίας της κλίμακας HARS. Οι Share et al. (2001), αξιολόγησαν την αξιοπιστία του εργαλείου σε εφηβικό πληθυσμό, δημιουργώντας ένα οδηγό δομημένης συνέντευξης. Ο δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας HARS ήταν πολύ ικανοποιητικός (CI 95% 0.97-0.99). Όμοια, φαίνεται να περιγράφεται υψηλός δείκτης αξιοπιστίας και σε άλλες μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε ενήλικο κλινικό πληθυσμό (Bech et al. 1984; Bech et al. 1988; Gjerris et al. 1983; Clark & Donovan, 1994; Zimmerman et al. 2020; Ramdan, 2019; Matza et al. 2010).

Παράλληλα, υψηλό φαίνεται να είναι και το ποσοστό εκγυρότητας και ευαισθησίας της κλίμακας HARS σύμφωνα με διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν διαχρονικά (Bech et al. 1984; Gjerris et al. 1983; Clark & Donovan 1994; Zimmerman et al. 2020; Ramdan 2019;

Shear et al. 2001; Maier et al. 1988; Wan et al. 2006; Matza et al. 2010), οι οποίες αναφέρουν ότι η κλίμακα HARS παρουσιάζει αποδεκτή εγκυρότητα όταν χρησιμοποιείται τόσο σε ενήλικο όσο και σε εφηβικό πληθυσμό.

Η κλίμακα HARS, είναι μια κλίμακα με ανοιχτή πρόσβαση στην αγγλική γλώσσα και για το λόγο αυτό δεν χρειάστηκε άδεια χορήγησης για ερευνητικούς σκοπούς. Πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα αγγλικά στα αγγλικά μιας και δεν υπήρχε προηγούμενη δημοσίευση της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα. Αρχικά, σε πρώτη φάση, δυο επαγγελματίες ψυχικής υγείας με πιστοποιημένη επάρκεια στην αγγλική γλώσσα και επαρκή κλινική εμπειρία σε δομές της Κύπρου και του εξωτερικού, μετάφρασαν ανεξάρτητα τα εργαλεία και τον οδηγό αξιολόγησης στα ελληνικά. Στη συνέχεια, σε δεύτερη φάση έγινε σύνθεση των δυο ανεξάρτητων μεταφράσεων σε ένα κοινό αρχείο, κατόπιν ομόφωνης απόφασης.

1.2.8 Γνωστικές λειτουργίες (εννοιολογικός προσδιορισμός)

Οι γνωστικές λειτουργίες είναι οι διαδικασίες οι οποίες διατηρούν την υπόσταση ενός ατόμου σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον και την πραγματικότητα, ενώ φαίνεται να σχετίζονται κατά κύριο λόγο με την αντίληψη και την κρίση ενός ατόμου (Kaplan & Sadock 2044). Ειδικότερα οι γνωστικές λειτουργίες αφορούν στη συνείδηση, τον προσανατολισμό, τη συγκέντρωση, τη μνήμη, την ποσοχή, το απόθεμα γνώσης, την αφαιρετική, την κριτική ικανότητα και η εναισθησία νόσου (American Psychiatric Association 2013).

Η αξιολόγηση του βαθμού διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al. 2005).

1.2.8.1. Λειτουργικός προσδιορισμός γνωστικών διαταραχών στην παρούσα μελέτη (εργαλεία αξιολόγησης) – *Εργαλείο αξιολόγησης Montreal Cognitive Assessment*

Η δοκιμασία Montreal Cognitive Assessment (MoCA), αναπτύχθηκε από τον Nasreddine (2005). Αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης της ήπιας γνωστικής διαταραχής σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Nasreddine et al. 2005). Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό διάφορων νευρολογικών παθήσεων όπως νόσος του Parkinson, κατά πλάκα σκλήρυνση, νόσος εγκεφάλου κ.α. (Julayanont et al. 2014). Μέσω της χρήσης του εργαλείου αυτού, είναι εφικτό να εντοπιστεί γνωστική εξασθένηση σε περιπτώσεις ύπαρξης κάποιας ΝΝΔ / ΝΒΔ εξαιτίας επερχόμενης νευροεκφύλισης, ενώ παράλληλα χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό περιπτώσεων ήπιας άνοιας (Pendlebury et al. 2010; Dalrymple-Alford et al. 2010;

Roalf et al. 2013; Yokomizo et al. 2014; Julayanont et al. 2014). Αποτελεί ένα βραχύ γνωστικό εργαλείο μέτρησης του βαθμού γνωστικής διαταραχής και είναι μεταφρασμένο σε 61 γλώσσες. Ωστόσο δεν έχει βρεθεί καμία μελέτη στην οποία να έχει πραγματοποιηθεί στάθμιση του εργαλείου σε κυπριακό πληθυσμό. Μια μελέτη έχει εντοπιστεί αναφορικά με τα στάθμιση του εργαλείου από τους Kounti et al. (2007) σε ελληνικό πληθυσμό, όπου η σύγκριση αφορούσε σε άτομα με άνοια συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Στα αποτελέσματα της μελέτης, φάνηκε ότι η αξιοπιστία του εργαλείου, επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης, την ηλικία και τη διαγνωστική κατηγορία των ατόμων (Kounti et al. 2007).

Ο αρχικός σκοπός του εργαλείου ήταν η εκτίμηση της νοητικής κατάστασης ατόμων με άνοια, και η δυνατότητα διάγνωσης ή ο αποκλεισμός διανοητικής διαταραχής σε άτομα τρίτης ηλικίας. Ωστόσο, το πρωτογενές εργαλείο, φαίνεται να αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο στο πεδίο της διάγνωσης νευρολογικών και νευροεκφυλιστικών διαταραχών σε άτομα τρίτης ηλικίας, όπως στην περίπτωση της άνοιας.

Το εργαλείο MoCA είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση του βαθμού διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών την τελευταία δεκαετία σε κλινικό πληθυσμό (Folstein et al. 2015). Η υψηλότερη συνολική βαθμολογία που μπορεί να παρατηρηθεί κατά την αξιολόγηση είναι 30 βαθμοί, ενώ τα σημεία αξιολόγησης έχουν κατηγοριοποιηθεί σε πέντε ομάδες: α) προσανατολισμός, β) άμεση μνήμη, γ) προσοχή, δ) υπολογισμός αριθμησης, ε) ανάκληση μνήμης και δομή σκέψης και λεκτικής επικοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα, οι ασκήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο εργαλείο MoCA συμβάλουν στο σύντομο ανιχνευτικό εντοπισμό του βαθμού γνωστικών δυσλειτουργιών, μέσα από μια σειρά δοκιμασιών.

Το εργαλείο αξιολογεί συνολικά: την προσοχή, τη συγκέντρωση, τις εκτελεστικές λειτουργίες, τη γλωσσική επικοινωνία, τις οπτικο-χωρικές δεξιότητες, την αφαιρετική σκέψη, την ικανότητα υπολογισμών, τον προσανατολισμό στον χώρο και τον χρόνο. Οι δοκιμασίες βραχυπρόθεσμης μνήμης με καθυστερημένη ανάκληση περιλαμβάνουν δύο δοκιμές που αποτελούνται από 5 ουσιαστικά μέρη: το πρόσωπο ως κομμάτι του σώματος, το βελούδο ως τύπος υφάσματος, την εκκλησία ως τύπος κτηρίου, τη μαργαρίτα ως τύπο λουλουδιού και το κόκκινο ως τύπο χρώματος (Fujiwara et al. 2010).

Οι οπτικοχωρικές δεξιότητες αξιολογούνται από το σχεδιασμό ενός ρολογιού και την αντιγραφή ενός τριών διαστάσεων κύβου. Πολλαπλές πτυχές εκτελεστικών λειτουργιών του θεραπευόμενου αξιολογούνται μέσω της δοκιμασίας προσαρμοσμένης από το Trial Making task, τη φωνητική ευφράδεια και δύο ειδών λεκτικής αφαίρεσης. Η προσοχή, η συγκέντρωση

και η λειτουργική μνήμη αξιολογούνται μέσω της δοκιμασίας διατήρησης της προσοχής, στόχος της οποίας είναι η ανίχνευση του βαθμού συγκέντρωσης του θεραπευόμενου μέσω του χτυπήματος του χεριού του, της δοκιμασίας σειριακής αφαίρεσης και την επανάληψη ψηφίων από την αρχή προς το τέλος και αντίστροφα.

Η λεκτική ικανότητα μετριέται μέσω δοκιμασίας ονοματοδότησης 3 ζώων χαμηλής-εξοικείωσης, μέσω επανάληψης δύο συντακτικά σύνθετων προτάσεων και μέσω της δοκιμασίας επανάληψης προαναφερθέντων λέξεων. Τέλος, αξιολογείται ο προσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο (Nasreddine et al. 2005). Η συνολική χρονική διάρκεια εφαρμογής του εργαλείου είναι 10 λεπτά, αν και τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί συντομότερες εκδοχές του εργαλείου με στόχο την εφαρμογή του σε σύντομο χρονικό διάστημα (Horton et al. 2015; Larner, 2017; Roalf et al. 2016) (παράρτημα VIII).

Αξιοπιστία και εγκυρότητα εργαλείου MoCA

Το εργαλείο MoCA, θεωρείται ένα αξιόπιστο εργαλείο για τον εντοπισμό των ευπαθών ομάδων με νευρολογικές διαταραχές, αφού η ευαισθησία και η εξειδίκευση του MoCA για ανίχνευση της ήπιας γνωστικής διαταραχής είναι 90% και 87% (αντίστοιχα), σε σύγκριση με το 18% και το 100% (αντίστοιχα) για το Mini-Mental State examination (MMSE) (Arevalo-Rodriguez et al. 2015). Μάλιστα, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, αναφέρει ότι θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση MMSE εξαιτίας της αδυναμίας εντοπισμού των γνωστικών δυσλειτουργιών (Breton et al. 2019). Μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε πάσχοντες με τη διάγνωση Alzheimer, έχουν δείξει επίσης υψηλό ποσοστό ευαισθησίας (87%-100%) και ειδικότητας (62%-100%) του εργαλείου κατά την αξιολόγηση του βαθμού γνωστικής δυσλειτουργίας (Feher 1992; Crum et al. 1993; Thal et al. 1986).

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του εργαλείου έχει διερευνηθεί μόνο σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, με τα στοιχεία για τις διαγνώσεις του άξονα I του διαγνωστικού εργαλείου DSM-V, να είναι ανεπαρκή (Webb et al, 2014). Ως εκ τούτου, σύμφωνα με τους Wu et al. (2017), άτομα με σχιζοφρένεια, αναμένεται να παρουσιάζουν συνολική τιμή χαμηλότερη από το φυσιολογικού βάσης των τιμών αγκύρωσης (cut off point) της κλίμακας.

Cut off points εργαλείου MoCA

Σύμφωνα με την επίσημη σελίδα του εργαλείου MoCA, τα σημεία αγκύρωσης (cut off points) που έχουν δημοσιευθεί σε διάφορες κλινικές μελέτες έχουν ως εξής: α) βαθμολογία ≥ 26 = φυσιολογική γνωστική λειτουργία, β) βαθμολογία < 26 ήπια γνωστική δυσλειτουργία και γ) βαθμολογία < 21 σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία (Nasreddine et al. 2005). Ωστόσο κάποια

ερευνητικά δεδομένα αμφισβητούν την εγκυρότητα της αξιολόγησης, κυρίως κατά των εντοπισμό ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας και συνολική βαθμολογία κάτω από 26, αναφέροντας ότι πολλές φορές είναι πιθανός ο λανθάνον θετικός εντοπισμός ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας. Το γεγονός αυτό, φάνηκε να σχετίζεται με την ανεπαρκή αξιολόγηση των αξιολογητών εξαιτίας της απουσίας ολοκληρωμένης εκπαίδευσης για την εφαρμογή του εργαλείου (Rossetti et al. 2011; Larouche et al, 2016).

Στη μετα-ανάλυση των Carson et al. (2017), φάνηκε ότι το επίπεδο εγκυρότητας του εργαλείου MoCA είναι υψηλότερο και στατιστικά σημαντικό όταν το σημείο αγκύρωσης (cut off point) της συνολικής βαθμολογίας του εργαλείου για τη διάγνωση ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας είναι κάτω από 23. Η εγκυρότητα του εργαλείου, φάνηκε να εξαρτάται από τις τιμές των σημείων αγκύρωσης που ορίζονται από τον εκάστοτε ερευνητή. Σύμφωνα με τους Carson et al. (2017) όσο χαμηλότερα ορίζονται οι τιμές αυτές, τόσο περισσότερο αυξάνεται ο δείκτης εγκυρότητας του εργαλείου. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις που το σημείο αγκύρωσης ορίζεται στο 23 αντί στο 26, παρατηρείται αύξηση του δείκτη εγκυρότητας του εργαλείου. Η κλίμακα MoCA, είναι μια κλίμακα με ανοιχτή πρόσβαση στην ελληνική γλώσσα και για το λόγο αυτόν δεν χρειάστηκε άδεια χορήγησης για ερευνητικούς σκοπούς.

1.2.9 Πολυφαρμακεία (εννοιολογικός προσδιορισμός)

Η υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία που εφαρμόζεται κατά την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία έχει σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο πολυφαρμακείας και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής.

Ως αντιψυχωτική πολυφαρμακεία ορίζεται η συνταγογράφηση περισσότερων του ενός αντιψυχωτικών φαρμάκων (Razzouk et al. 2015). Αποτελεί μια παγκόσμια κοινή πρακτική και συνήθως εφαρμόζεται στις περιπτώσεις ανθεκτικής σχιζοφρένειας (Sweileh et al. 2013; Razzouk et al. 2015; McMillan et al. 2017). Η αποτελεσματικότητα της, ωστόσο, είναι αμφιλεγόμενη, ενώ τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα (Kontaxakis et al. 2005).

Επομένως, θεωρείται σημαντικό να διερευνηθεί η συχνότητα και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής που εφαρμόζεται στα άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, με στόχο την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας κατά τη διάρκειά της (Remington et al. 2016).

1.2.9.1 Προσδιορισμός πολυφαρμακείας στην παρούσα μελέτη (λειτουργικός ορισμός)

Ως πολυφαρμακεία ορίζεται η χρήση περισσότερων του ενός αντιψυχωτικών φαρμάκων για τη διαχείριση της οξείας φάσης συμπτωμάτων μιας διαταραχής (λειτουργικός ορισμός) (Taylor et al. 2002).. Διευκρινίζεται ότι στην παρούσα μελέτη, στον ορισμό της πολυφαρμακείας δεν περιλαμβάνεται η περίπτωση των συνδυασμών διαφορετικών τύπων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της οξείας κατάστασης, όπως για παράδειγμα αντιψυχωτικών και αγχολυτικών (εννοιολογικός ορισμός) Κάποια δεδομένα, αναφέρουν ότι ο συνδυασμός των διατεθειμένων αντιψυχωτικών για την εξασφάλιση της ύφεσης των συμπτωμάτων οδηγούν σε μια κατάσταση όπου η πολυφαρμακεία είναι αναπόφευκτη (Harrington et al. 2002; Taylor et al. 2002).

1.2.10 Υψηλές δόσεις αντιψυχωτικών (εννοιολογικός ορισμός)

Οι υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής, δύναται να παρατηρηθούν όταν η συνολική ημερήσια δόση ενός αντιψυχωτικού υπερβαίνει το όριο το οποίο συνειστάται από τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες (όπως για παράδειγμα τις δόσεις που καταγράφονται στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμακευτικής Αγωγής) σύμφωνα πάντα με την ηλικιακή ομάδα των πασχόντων και τις ανάγκες θεραπείας (Mendes et al. 2016; Carmona-Huerta et al. 2019)

2.10.1 Προσδιορισμός υψηλών δόσεων αντιψυχωτικών στην παρούσα μελέτη (λειτουργικός ορισμός)

Οι υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής ορίζονται από τη συνολική ημερήσια συνταγογραφούμενη δόση ενός αντιψυχωτικού σκευάσματος, η οποία είναι πέραν της μέγιστης δόσης η οποία καθορίζεται από της κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες (όπως για παράδειγμα αυτές του European Medication Agency or the British National Formulary) σύμφωνα πάντα με την ηλικία και το πλάνο θεραπείας του πάχοντα (Mendes et al. 2016). Αυτό δύναται να συμβεί εξαιτίας δυο κύριων συμαντικών παραγόντων: α) είτε στην περίπτωση που ένα αντιψυχωτικό σκεύασμα συνταγογραφηθεί σε δόση υψηλή της μέγιστης δόσης που καταγράφεται στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, είτε β) εξαιτίας της συνταγογράφησης πέραν των δυο αντιψυχωτικών σκευασμάτων (Mendes et al. 2016; Cormona-Huerta et al. 2019). Σε κάθε περίπτωση για να θεωρηθεί ότι ένα άτομο έχει συνταγογραφηθεί σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής, η συνολική τιμή της συνταγογραφούμενης αγωγής υπερβαίνει το ποσοστό του 100% (Mendes et al. 2016; Cormona-Huerta et al. 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.4.1 Το ζήτημα της ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία

Η ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία πολλές φορές αμφισβητείται ως αναγκαία ιατρική διαδικασία. Αν και η ακούσια νοσηλεία μπορεί να είναι σωτήρια για τον πάσχοντα, μιας και του επιτρέπει να έχει άμεση πρόσβαση για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, γεγονός που μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο βλάβης προς τον εαυτό του ή προς τρίτους, ωστόσο τα υποχρεωτικά αυτά μέτρα μπορούν να αποδυναμώσουν τη θεραπευτική σχέση και την εμπιστοσύνη των πασχόντων προς τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Sheehan & Burns 2011). Επίσης, η υποχρεωτική αυτή διαδικασία, μπορεί να οδηγήσει σε συγκρουσιακές καταστάσεις μεταξύ των πασχόντων και του προσωπικού υγείας (Wilson et al. 2018).

Η ακούσια νοσηλεία για υποχρεωτική νοσηλεία μπορεί να προσεγγιστεί κάτω από το πρίσμα δυο διαφορετικών προσεγγίσεων: της θεραπευτικής διάστασης και της νομικής διάστασης (Wasserman et al. 2020). Βάσει της θεραπευτικής προσέγγισης, η ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία θεωρείται μια διαδικασία με επίκεντρο την υγεία του ατόμου, με τις νομικές αρχές να έχουν την ευθύνη της διεκπεραίωσης της διαδικασίας αυτής και την επικύρωση της εισήγησης για ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, η οποία υποβάλλεται από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό (Wasserman et al. 2020). Η προσέγγιση αυτή έχει υιοθετηθεί από χώρες, όπως τη Φινλανδία, την Ελλάδα, την Ιταλία, τη Νορβηγία, την Ισπανία και τη Σουηδία (Wasserman et al. 2020). Η νομική προσέγγιση ορίζει ότι ο περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας μπορεί να αποφασιστεί μόνο από τις αρμόδιες δικαστικές αρχές, μειώνοντας έτσι την ευθύνη και τον ρόλο των επαγγελματιών των ΥΨΥ στη διαδικασία αυτή (Wasserman et al. 2020).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), όταν άτομα με ΝΝΔ/ΝΒΔ δεν έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν την αναγκαιότητα λήψης θεραπείας εξαιτίας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων τους, η ακούσια νοσηλεία προβλέπεται για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας με στόχο την ύφεση των συμπτωμάτων (Freeman & Pathare 2005). Περαιτέρω, η διαδικασία θα πρέπει να συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης του πάσχοντος, με στόχο την αποκατάσταση της δυνατότητας να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία ή/και για να αποτρέψει τη σημαντική επιδείνωση της ψυχικής του υγείας, ή/και για να αποτρέψει πιθανή αυτοκαταστροφική / ετεροκαταστροφική συμπεριφορά που μπορεί να παρουσιάζει (Freeman & Pathare 2005). Η διαδικασία αυτή θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται από τις αρμόδιες αρχές όπως στην περίπτωση της δικαστικής απόφασης, ενώ σε κάθε περίπτωση ο εκάστοτε

εκπρόσωπος του ατόμου (συγγενικό πρόσωπο) έχει το δικαίωμα άσκησης έφεσης της απόφασης σε ανεξάρτητο φορέα ελέγχου (Freeman & Pathare 2005).

Ωστόσο, η διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, είναι σημαντικό να παραμένει η έσχατη επιλογή. Σε κάθε περίπτωση, τα άτομα με ΝΝΔ/ΝΒΔ, θα πρέπει αρχικά να έχουν τη δυνατότητα εκλογής του τρόπου θεραπείας σε εθελοντική βάση, έτσι ώστε η διαδικασία θεραπείας να έχει την ελάχιστη αρνητική επίπτωση στην προσωπική τους ελευθερία, καθώς και στα προνόμια που δύναται να παρέχονται σε αυτούς στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένου της δυνατότητας να εργάζονται, να κινούνται και να ζουν ελεύθερα (Freeman & Pathare 2005). Η εφαρμογή της διαδικασίας αυτής, προϋποθέτει την εξάντληση των δυνατοτήτων λήψης θεραπείας στην κοινότητα. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει τη θεσμική ρύθμιση για την παροχή ΥΨΥ σε κοινοτικές δομές, έτσι ώστε η ακούσια εισαγωγή για θεραπεία να εφαρμόζεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις (WHO 2018).

1.4.2 Ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία και νομική υπόσταση

Ο ΠΟΥ, διαχρονικά μελετά το θέμα των ακούσιων εισαγωγών από νομικής και τεχνικής απόψεως, και ιδιαίτερα σε σχέση με τα νομοθετικά πλαίσια για τη ψυχική υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα (WHO 2013; WHO 2018). Συγκεκριμένα, αναφορικά με την πολιτική ή το σχέδιο του εκάστοτε κράτους για τη ψυχική υγεία, σύμφωνα με παλαιότερα δεδομένα φαίνεται ότι το 68% των κρατών μελών του ΠΟΥ παρουσίαζαν μια κοινή πολιτική σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης των ΝΝΔ/ΝΒΔ. Μάλιστα, οι 37 από τις 157 χώρες δήλωναν ότι δεν διέθεταν αυτόνομη πολιτική ή σχέδιο για τη ψυχική υγεία και 21 χώρες ανέφεραν ότι η πολιτική υγείας και τα σχέδια αναφορικά με τη ψυχική υγεία ενσωματώνονταν στα σχέδια υγείας για την αναπηρία (WHO 2018). Σε αυτές τις χώρες συμπεριλαμβάνονταν και Κυπριακή Δημοκρατία.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, στην έκθεση περί ψυχικής υγείας(2014), 79 χώρες παρείχαν στοιχεία σχετικά με το ποσοστό εισαγωγών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή κλινικές, καθώς και για τους τύπους εγκαταστάσεων των ψυχιατρικών δομών. Βάσει των δεδομένων αυτών, 1 στις 10 εισαγωγές σε παγκόσμιο επίπεδο, έγιναν ακούσια. Συγκεκριμένα, σε κάποιες χώρες οι ακούσιες εισαγωγές αφορούσαν στο 17% των εισαγωγών, σε δομές παροχής ΥΨΥ, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες (Περιφέρειες Νοτιοανατολικής Ασίας και Δυτικού Ειρηνικού) το ποσοστό αυτό έφτανε μέχρι και το 60% (WHO 2013).

1.4.3 Το νομοθετικό πλαίσιο στην Ευρώπη

Για τη διαδικασία έκδοσης δικαστικού διατάγματος για ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, πολλές είναι οι χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης οι οποίες απαιτούν την εμπλοκή ενός επαγγελματία υγείας στη διαδικασία αυτή (Wasserman et al. 2020). Το ζήτημα αυτό σχετίζεται κυρίως με τη λήψη ορθής απόφασης για την περίπτωση ανάγκης για ακούσια νοσηλεία σε πάσχοντες με σοβαρά συμπτώματα ΝΝΔ/ΝΒΔ, προκειμένου να προστατευθούν περαιτέρω τα δικαιώματα των πασχόντων ατόμων (Wasserman et al. 2020). Ωστόσο σε αρκετές χώρες, η διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, προϋποθέτει την ύπαρξη πέραν του ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος δεν είναι απαραίτητα ψυχίατρος αλλά οποιοσδήποτε εμπειρογνόμων επαγγελματίας ψυχικής υγείας, με απώτερο στόχο την προφύλαξη των δικαιωμάτων του θεραπευόμενου (Wasserman et al. 2020). Το δεδομένο αυτό φαίνεται να διαφοροποιείται από το νομοθετικό πλαίσιο στην Κυπριακή Δημοκρατία, αφού η διαδικασία εξέτασης για ακούσια νοσηλεία πραγματοποιείται μόνο από τον ειδικό ψυχίατρο (Wasserman et al. 2020). Ωστόσο, πριν από την απόφαση του δικαστικού διατάγματος, οι δικαστές συχνά συλλέγουν πληροφορίες από τον θεραπευόμενο, το οικογενειακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Wasserman et al. 2020). Εν αντιθέσει, η διαδικασία συλλογής δεδομένων στην Κυπριακή Δημοκρατία, προϋποθέτει την εμπλοκή του συγγενικού προσώπου για την έκδοση δικαστικού διατάγματος υποχρεωτικής εξέτασης, την εμπλοκή ειδικού ψυχίατρου για την αξιολόγηση του θεραπευόμενου, ενώ πολλές φορές ο θεραπευόμενος δεν παρουσιάζεται στο δικαστήριο για τη συλλογή των δεδομένων από τον ίδιο. Περαιτέρω, οι πληροφορίες οι οποίες προέρχονται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα, δεν λαμβάνονται υπόψη.

Όμοια με τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία στην Κυπριακή Δημοκρατία, και σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Αρμενία, Αυστρία, Λευκορωσία, Βέλγιο, Βοσνία, Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχία, Εσθονία, Γαλλία, Γεωργία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Ιταλία, Λιθουανία, Μολδαβία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Ρωσία, Σερβία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουδία, Τουρκία, Ουκρανία, Σκωτία), απαραίτητη είναι η εμπλοκή δικαστή για τη διεκπαιρέωση της διαδικασίας και την έκδοση δικαστικού διατάγματος η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, ενώ σε κάποιες χώρες η διαδικασία αυτή δεν προϋποθέτει την ύπαρξη δικαστή (Γερμανία, Φινλανδία, Ιρλανδία, Μάλτα, Νορβηγία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο) (Wasserman et al. 2020).

Σε αντίθεση με το νομικό πλαίσιο της Κυπριακής Δημοκρατίας, η χρονική διάρκεια του εκδιδόμενου διατάγματος ακούσιας νοσηλείας σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορεί να είναι 1 ημέρα (σε χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου), 7 ημέρες (πχ. Αρμενία, Γερμανία, Ιρλανδία Μάλτα, Τουρκία), ή 32 ημέρες (πχ. Αυστρία, Βέλγιο, Βοσνία, Εσθονία, Φινλανδία, Ελλάδα, Ισπανία, Σουηδία κτλ) (Wasserman et al. 2020). Στην Κύπρο, όπως προαναφέρθηκε, η χρονική διάρκεια του αρχικού διατάγματος είναι 28 ημερών με δυνατότητα ανανέωσης του διατάγματος κατ' όπιν αίτησης του προσωπικού αντιπροσώπου του/της θεραπευόμενου/η ή του/της νοσηλευτή/ριας ή του/της κοινωνικής/ου λειτουργού μέχρι δώδεκα μηνών, νοούμενου ότι η αίτηση συνοδεύεται από ιατρική γνωμάτευση του θεράποντος ψυχιάτρου, και ύστερα από διαβούλευση με τη διεπαγγελματική ομάδα (Palazidou & Polyniki 2018) Οι περισσότερες χώρες έχουν χρονικό περιορισμό αναφορικά με τις νομικές αποφάσεις για υποχρεωτική νοσηλεία (Αυστρία, Αζερμπαϊτζάν, Λευκορωσία, Βέλγιο, Βοσνία, Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχία, Γερμανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γεωργία, Δανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, Μάλτα, Μονδαβία, Ολλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Ρωσσία, Σερβία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Ουκρανία, Ηνωμένο Βασίλειο) (Wasserman et al. 2020).

Αναφορικά με τη διαδικασία λήψης απόφασης για την έκδοση διατάγματος για υποχρεωτική νοσηλεία, σε χώρες όπως η Φινλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία, δεν εμπλέκεται ο δικαστής, παρά μόνο στην τελική φάση αξιολόγησης και υπογραφής του διατάγματος αυτού. Σε χώρες όπως η Αρμενία, η Λετονία η Πολωνία και η Τουρκία, αν και ο δικαστής εμπλέκεται άμεσα στη διαδικασία έκδοσης διατάγματος για υποχρεωτική ψυχιατρική νοσηλεία, η διαδικασία αυτή δεν επαναλαμβάνεται ξανά στις περιπτώσεις χρονικής παράτασης της διάρκειας του διατάγματος και συνεπακόλουθης παράτασης της ακούσιας παραμονής του ατόμου στις δομές οξείας/ασφαλούς φροντίδας για υποχρεωτική θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εμπλέκονται αποκλειστικά στη διαδικασία επανεξέτασης, και της κλινικής απόφασης υπέρ ή κατά εξιτηρίου. Στην Ιρλανδία, ο δικαστής δεν εμπλέκεται σε καμία από αυτές τις διαδικασίες, και συγκεκριμένα ούτε στη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, ούτε στη διαδικασία εξιτηρίου, ενώ σε άλλες χώρες όπως στη Σλοβακία, ο δικαστής ενημερώνεται μόνο κατά το εξιτήριο του ατόμου (Wasserman et al. 2020). Στην Ιταλία, ο δικαστής εμπλέκεται στην εξέταση της διαδικασίας ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, ενώ εμπλέκετε στη διαδικασία ξανά μόνο εάν ζητηθεί ανανέωση διατάγματος υποχρεωτικής νοσηλείας, η οποία στέλνεται από τον προϊστάμενο του

ψυχιατρικού τμήματος στο δήμαρχο για έγκριση κατά το τέλος της 1^{ης} εβδομάδας υποχρεωτικής νοσηλείας του θεραπευόμενου. Και σε αυτή την περίπτωση, η τελική απόφαση του δημάρχου, ελέγχεται από τον δικαστή (Wasserman et al. 2020)..

Οι νομοθεσίες αυτές διαφοροποιούνται από εκείνη που εφαρμόζεται στην Κυπριακή Δημοκρατία, καθώς η αντίστοιχη νομοθεσία προϋποθέτει την εμπλοκή δικαστή τόσο κατά τη διαδικασία έκδοσης δικαστικού διατάγματος ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, όσο και στην περίπτωση παράτασης της παραμονής το ατόμου για υποχρεωτική θεραπεία, όπου και εφαρμόζεται ανανέωση του διατάγματος (Palazidou & Polyniki 2018). Όμοια με την Κυπριακή Δημοκρατία, στις περισσότερες χώρες (Αυστρία, Αζερμπαϊτζάν, Λευκορωσία, Βέλγιο, Βοσνία, Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γεωργία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισλανδία, Ισραήλ, Ιταλία, Λιθουανία, Μονδραβία, Ολλανδία, Ελβετία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Ρωσία, Σερβία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Φινλανδία, Ουκρανία) ο ρόλος του δικαστή φαίνεται να είναι απαραίτητος καθ' όλη τη διαδικασία της υποχρεωτικής νοσηλείας των θεραπευομένων, αφού έχουν την τελική απόφαση για τη διαδικασία παράτασης του διατάγματος υποχρεωτικής νοσηλείας, ενώ παράλληλα σε αρκετές από αυτές της χώρες ο δικαστής ενημερώνεται για στην περίπτωση εξιτηρίου από τις δομές ακούσιας φροντίδας (Wasserman et al. 2020).

1.3.4. Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική θεραπεία ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ(2017) τα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής, σε παγκόσμιο επίπεδο, φτάνουν σχεδόν στο 40% σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ φαίνεται να υπάρχουν αναφορές για ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων της τάξεως του 16% (WHO's Mental Health Atlas 2017). Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά αφορούν σε αδρές εκτιμήσεις, ενώ τα ακριβή ποσοστά ακούσιων εισαγωγών ανά χώρα φαίνεται να είναι ελλιπή (WHO's Mental Health Atlas 2017). Σε κάθε περίπτωση, όμως, το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι αυξημένο συγκριτικά με τα προηγούμενα δεδομένα της έκθεσης του ΠΟΥ για την ακούσια νοσηλεία κατά το έτος 2014 (WHO's Mental Health Atlas 2017; WHO's Mental Health Atlas 2014).

1.3.5. Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική θεραπεία ψυχικής υγείας στην Ευρώπη

Διαχρονικά, η συχνότητας ακούσιας νοσηλείας στην Ευρώπη ποικίλλει μεταξύ των χωρών, με τα ποσοστά αυτά να μην είναι ξεκάθαρα. Βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι το

εύρος αυτό κυμαίνεται από 3% μέχρι 30% και αφορά νοσοκομειακές υποχρεωτικές νοσηλείες (Salize & Dressing 2004; Fiorillo et al. 2011; Luciano et al. 2018). Η διαφοροποίηση αυτή έγκειται στο γεγονός της διαφορετικής νομοθεσίας κάθε χώρας αναφορικά με τα κριτήρια ακούσιας νοσηλείας για υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία, αλλά και των παραλλαγών των συστημάτων υγείας ανα χώρα, καθώς υπάρχουν χώρες στις οποίες εφαρμόζεται υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία στην κοινότητα (Luciano et al. 2018).

Η μελέτη των Salize & Dressing (2004) είναι μια από τις λίγες μελέτες που παρουσιάζει δεδομένα ακούσιας νοσηλείας μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Συγκεκριμένα, στη μελέτη αυτή αναφέρεται ότι στην Πορτογαλία 6 ανά 100 000 άτομα νοσηλεύονται ακούσια για τη λήψη υποχρεωτικής ψυχιατρικής θεραπείας, ενώ στη Φινλανδία 200 ανά 100 000 άτομα. Στις δυο αυτές χώρες, η συμμετοχή του νομικού (συγγενικού) προσώπου κατά τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας είναι υποχρεωτική, γεγονός το οποίο φάνηκε να σχετίζεται με χαμηλότερο ποσοστό εισδοχής των ατόμων αυτών σε ψυχιατρικές κλινικές, συγκριτικά με τις εισαγωγές σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Τα αυξημένα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας σε κάποιες χώρες συγκριτικά με άλλες, εξετάστηκαν και από τους Stefano & Ducci (2008). Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν 15 κράτη μέλη της ΕΕ, και οι διακυμάνσεις αυτές σχετίστηκαν με παραλλαγές στη νομοθεσία. Δεδομένα από μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε 10 Ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Σαξονία, Ρωσία, Βουλγαρία, Τσεχία, Σλοβακία, Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία, Λιθουανία, Πολωνία, Ισπανία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο), και για το διάστημα μεταξύ 2003 και 2005, έδειξαν ότι ο μέσος αριθμός ακούσιων εισαγωγών κατά το έτος εφαρμογής της μελέτης, ήταν 421 (εύρος ακούσιων εισαγωγών=120-850) (Raboch et al. 2010).

Στη μελέτη των Rains et al. (2019) διερευνήθηκε η συχνότητα ακούσιας νοσηλείας και οι παραλλαγές της σε χώρες με ισχυρά δομημένα υγειονομικά συστήματα. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι η συχνότητα ακούσιας νοσηλείας στην Ιταλία ήταν 14.5 ανά 100 000 άτομα, στην Αυστρία 282 ανά 100 000 άτομα, στο ΗΒ 114.1 ανά 100 000 άτομα, στην Πορτογαλία 6 ανά 100 000 άτομα, και στη Φινλανδία 200 ανά 100 000 άτομα.

Παράλληλα, σε κάποιες χώρες παρατηρήθηκε αύξηση στα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας κατά την τελευταία δεκαετία (Rains et al. 2019). Συγκεκριμένα, στη Γαλλία παρατηρήθηκε αύξηση κατά 4.7% και στην Αυστραλία κατά 3.4%. Αν και στη συντριπτική πλειοψηφία, το νομοθετικό πλαίσιο άλλων χωρών ορίζει ότι οποιοδήποτε άτομο ενδέχεται να νοσηλευτεί ακούσια για υποχρεωτική θεραπεία εξαιτίας της παρουσίας ψυχικής διαταραχής ή έκπτωσης της νοητικής κατάστασής του, στην Κύπρο η ακούσια νοσηλεία προϋποθέτει την ύπαρξη

σοβαρής ΝΝΔ/ΝΒΔ. Στην ίδια μελέτη των Rains et al. (2019), η Κυπριακή Δημοκρατία κατατάσσεται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία. Βέβαια, αυτό πιθανόν να έγκειται στο γεγονός του μικρού πληθυσμού της Κυπριακής Δημοκρατίας συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, και των κλειστών κοινωνιών που πιθανά λόγω κοινωνικού στιγματισμού να αποφεύγεται η διαδικασία αυτή. Επιπλέον, το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο και η ύπαρξη ενός μόνο δημόσιου νοσηλευτηρίου με πεπερασμένη δυναμική πιθανά να σχετίζονται με την κατάταξη αυτή. Επομένως, το γεγονός της ύπαρξης ενός και μόνο ψυχιατρικού νοσοκομείου στο οποίο διοχετεύονται όλες οι περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας, είναι πιθανό να σχετίζεται με το μικρό αριθμό νοσηλειών στην Κύπρο, καθώς σε ένα τέτοιο πλαίσιο ο μέγιστος αριθμός νοσηλευομένων είναι προκαθορισμένος. Μια επιπλέον εξήγηση, η οποία μπορεί να σχετίζεται με το χαμηλό ποσοστό ακούσιων νοσηλειών, ίσως να αφορά τη διστακτικότητα των συγγενών για την έναρξη της διαδικασίας ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία εξαιτίας της απόστασης και της δυσκολίας των συχνών επισκέψεων στα συγγενικά τους πρόσωπα για το χρονικό διάστημα το οποίο νοσηλεύονται αυτά.

1.3.6 Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών στην Κύπρο

Σύμφωνα με τη Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας, κατά το έτος 2014 εισήχθησαν ακούσια για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας 710 άτομα, κατά το έτος 2015 εισήχθησαν 618 άτομα, ενώ 609 άτομα εισήχθησαν κατά το έτος 2017 και 640 άτομα κατά το έτος 2017 (Στατιστική υπηρεσία Κύπρου 2017). Η συχνότητα που καταγράφηκε την περίοδο αυτή, φαίνεται να είναι υψηλότερη συγκριτικά με την προηγούμενη καταγραφή της Στατιστικής Υπηρεσίας (2014), όπου για το έτος 2000 καταγράφηκαν 290 ακούσιες εισαγωγές, για το έτος 2005 καταγράφηκαν 312 ακούσιες εισαγωγές και κατά το έτος 2013 καταγράφηκαν 382 ακούσιες εισαγωγές (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2014).

1.3.7. Στίγμα και ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία

Παρά την εξέλιξη που παρατηρείται στις νευροεπιστήμες, η ψυχική νόσος εξακολουθεί να θεωρείται ταμπού, πηγή ντροπής και στίγματος (Kearns et al. 2018). Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι άτομα που έχουν διαγνωστεί με κάποια ΝΝΔ/ΝΒΔ, τις περισσότερες φορές, είναι απομονωμένα από την ευρύτερη κοινότητα (Brito et al. 2019). Μάλιστα, τα άτομα τα οποία εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία βιώνουν, τις πιο πολλές φορές, ιδιαίτερα αρνητικά με αναφορές για βιώματα υποτίμησης της προσωπικής τους αξίας, αυτό-

στιγματισμού και κοινωνικού στιγματισμού (Rüsch et al. 2014). Το γεγονός της ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συνδέεται με την αφαίρεση του «φυσιολογικού κοινωνικού ρόλου» και τη διαφοροποίηση της αντίληψης για την προσωπική εικόνα του ατόμου (Wasserman et al. 2020).

Αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν αξιολογήσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις επιπτώσεις στα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, λόγω ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία. Συγκεκριμένα, περιγράφονται ντροπή και άγχος ως αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής, και συνεπακόλουθα αυτό-στιγματισμός, αποδυνάμωση του κοινωνικού ρόλου και απώλεια ποιότητας ζωής (Rüsch et al. 2014). Στη μελέτη των Xu et al. (2019) αναφέρεται ότι το στίγμα εξαιτίας της ακούσιας νοσηλείας, μπορεί να οδηγήσει σε επιβλαβείς επιπτώσεις, οι οποίες πολλές φορές σχετίζονται με την αρνητική έκβαση της νόσου και την αδυναμία διαχείρισης των συμπτωμάτων της. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι ο αυτοστιγματισμός και ο κοινωνικός στιγματισμός που συνδέονται με την ακούσια νοσηλεία σχετίζονται με τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και αυξημένη συχνότητα υποτροπών. Επιπλέον, μία από τις κυριότερες αιτίες ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική θεραπεία είναι η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά και ο κίνδυνος προς τρίτα άτομα. Το γεγονός αυτό πιθανόν να αντανakλά τις κοινωνικές δυσκολίες των πασχόντων ατόμων, και την ίδια στιγμή τον κίνδυνο επιδείνωσης των δυσκολιών αυτών λόγω του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει την ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία (Wasserman et al. 2020).

Επιπρόσθετα, η υποχρεωτική παρακολούθηση στην κοινότητα μετά από το εξιτήριο από τις νοσοκομειακές δομές, πολλές φορές, φαίνεται να ενισχύει στην αντίληψη της στέρησης της ελευθερίας του ατόμου, ακόμη και μέσα στο πλαίσιο της κοινότητας. Στην περίπτωση αυτή, το άτομο εξακολουθεί να βιώνει τις υποχρεωτικές θεραπευτικές πρακτικές, ακόμα και εκτός του νοσοκομειακού χώρου, γεγονός που πολλές φορές συνδέεται με αυτό-στιγματισμό, αλλά και περαιτέρω στιγματισμό, τόσο από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Kearns et al. 2018). Σύμφωνα και με τους Wasserman et al. (2020), η κατεύθυνση των παρεμβάσεων αναφορικά με τον τρόπο διεκπεραίωσης της διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας, καθώς και η επικέντρωση στην ανάγκη λήψης θεραπείας, μπορούν να αποτελέσουν την αρχή για την αποδυνάμωση του βιώματος της ακούσιας νοσηλείας ως μίας εμπειρίας στιγματισμού των ατόμων αυτών.

1.3.8. Ακούσια νοσηλεία: Κυριότερες αιτίες

Σε χώρες όπως η Λευκορωσία, το Βέλγιο, η Φινλανδία, η Ιρλανδία, η Ιταλία και η Ρωσία Οι συχνότεροι λόγοι για τους οποίους πάσχοντες με ΝΝΔ/ΝΒΔ εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική λήψη θεραπείας, φαίνεται να είναι η αδυναμία πρόσβασης στις ΥΨΥ για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η διακοπή ή και η άρνηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής (Wasserman et al. 2020). Στη Φινλανδία και στην Ιταλία, τα εισάγονται ακούσια κυρίως εξαιτίας της ανεπαρκούς φροντίδας στην κοινότητα. Στο Ισραήλ και στη Μολδαβία οι ακούσιες εισαγωγές πραγματοποιούνται συχνότερα εξαιτίας επιθετικής συμπεριφοράς σε κατάσταση υποτροπής (Wasserman et al. 2020). Στην Ιταλία και στην Ισπανία, η αυτοκτονική και η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά έχουν αφαιρεθεί πρόσφατα από τις αιτίες ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Wasserman et al. 2020). Ωστόσο, οι δυο κυριότεροι λόγοι ακούσιας εισαγωγής σε 40 χώρες της ΕΕ σύμφωνα με τη μελέτη των Wasserman et al. (2020), είναι η επιθετική συμπεριφορά προς τρίτους και η αυτοκαταστροφική/αυτοκτονική συμπεριφορά. Σε κάθε περίπτωση, το βασικό κριτήριο για ακούσια εισαγωγή σε τμήματα οξείας φροντίδας στα κράτη μέλη της ΕΕ είναι η επιβεβαιωμένη ψυχική διαταραχή του ατόμου έπειτα από ψυχιατρική εξέταση (Fiorillo et al. 2011). Συνολικά, μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη (Masood et al. 2017; Schmitz-Buhl et al. 2019), στις ΗΠΑ (Lebenbaum et al. 2018), στην Αυστραλία (Meehan et al. 2017) και στην Ασία (Wang et al. 2015) φαίνεται να καταλήγουν ότι η κυριότερη αιτία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία είναι η ετεροκαταστροφική/επιθετική συμπεριφορά και η αυτοκτονική/αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Βάσει άλλων μελετών, η απουσία εναισθησίας νόσου φαίνεται να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας (Van der Post et al. 2014; Masood et al. 2017; Luo et al. 2019; Ma et al. 2019; Rodrigues et al. 2019).

1.3.9. Υποχρεωτική λήψη θεραπείας σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία, πολυφαρμακεία και υψηλές δόσεις αντιψυχωτικών

Φαίνεται ότι η πολυφαρμακεία γίνεται μια παγκόσμια πρακτική με συχνότητα εμφάνισης περίπου στο 20% (Martinho et al. 2020, Lung et al. 2018; Razzouk et al. 2015). Πολλαπλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να σχετίζονται με το φαινόμενο αυτό, όπως τα ανθεκτικά συμπτώματα σε σχέση με την προσλαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή, οι πιθανές παρενέργειες που παρατηρούνται από συγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα γεγονός το οποίο αποτρέπει τη χρήση τους για τη διαχείριση συγκεκριμένων συμπτωμάτων και οδηγεί στη συνταγογράφηση αντιψυχωτικών σκευασμάτων που πιθανόν να μην είναι αποτελεσματικά

ως μονοθεραπεία για τη διαχείριση των συμπτωμάτων που παρουσιάζει το άτομο, καθώς και οι προτιμήσεις των πασχόντων ή των ιατρών σε σχέση με την εκλογή φαρμακευτικής αγωγής, παράγοντες οι οποίοι οδηγούν συχνά στην πολυφαρμακεία (Gallego et al. 2012; Lung et al. 2018; Razzouk et al. 2015). Ωστόσο, αρκετές είναι οι φορές που η εφαρμογή συνδυασμού πολλαπλών παραγόντων αντιψυχωτικής αγωγής (πολυφαρμακία), σε συνδυασμό με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής μπορεί να συμβάλουν στη διαχείριση των συμπτωμάτων αυτών κατά την οξεία φάση (Carmona-Huerta et al. 2019).

Παρ' όλα αυτά, η αποτελεσματικότητα της πρακτικής της πολυφαρμακείας είναι αμφιλεγόμενη, καθώς υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σε σχέση με αυτή (Lung et al. 2018). Αντιθέτως, πληθώρα ερευνητικών ευρημάτων αναφέρει πολλαπλούς κινδύνους οι οποίοι πολλές φορές προκύπτουν από την πρακτική αυτή, συμπεριλαμβανομένου και των ανεπιθύμητων ενεργειών ή της υψηλής θνησιμότητας (Joukamaa et al. 2006), καθώς και της αύξησης του ποσοστού επαν-εισαγωγών, γεγονός το οποίο φαίνεται να σχετίζεται με την αδυναμία τήρησης πολύπλοκης φαρμακευτικής θεραπείας, ως αποτέλεσμα πολυφαρμακείας, στην κοινότητα (Centorrino et al. 2004).

Από την άλλη, οι υψηλές δόσεις αντιψυχωτικών φαρμακικών μπορεί να προκύψουν εξαιτίας δυο πρακτικών. Αφενός από τη συνταγογράφηση ενός μόνο αντιψυχωτικού σε δόση υψηλότερη από τη μέγιστη συνιστάμενη, και αφετέρου από τη συνταγογράφηση δυο ή περισσότερων αντιψυχωτικών των οποίων η συνάθροιση του υπολογιζόμενου ποσοστού έχει ως αποτέλεσμα η αθροιστική δόση να ξεπερνά το 100% (Mendes et al. 2016; Carmona-Huerta et al. 2019). Όπως και στην περίπτωση της πολυφαρμακείας, η συνταγογράφηση υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, αποτελεί μια πρακτική, η οποία θα πρέπει να αποφεύγεται (Taylor et al. 2012), έχοντας ως γνώμονα τους πολλαπλούς σχετιζόμενους κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων και των οξέων καρδιακών συμβάντων, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν και σε θάνατο (Ray et al. 2009).

Σύμφωνα με τους Barnes et al. (2011), η πολυφαρμακεία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα, ο οποίος σχετίζεται με πρακτικές συνταγογράφησης υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, με την πρακτική της συνταγογράφησης της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής, να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες συνιστώσες (Paton et al. 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.5.1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία

Σκοπός

Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία. Ειδικότερα, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική ψυχιατρική νοσηλείας σε ενήλικα άτομα.

Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση σκοπού (scoping review), μιας και ο στόχος ήταν η ανάδειξη του εύρους της βιβλιογραφίας σχετικά με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική λήψη ψυχιατρικής θεραπείας.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2016 μέχρι και τον Απρίλιο του 2021, και έγινε από δύο ανεξάρτητα άτομα (την κύρια ερευνήτρια και την επιβλέπουσα της μελέτης). Έγινε παράλληλη αναζήτηση, σε κάθε μία από τις παρακάτω βάσεις ξεχωριστά: Pubmed, Google Scholar, Medline, Embase, PsycInfo. Η αρχική αναζήτηση έγινε χωρίς χρονικά όρια. Για εντοπισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις κλειδιά, με διάφορους συνδυασμούς: «involuntary admission», «involuntary hospitalization», «compulsory admission», «compulsory hospitalization», «compulsory treatment», «inpatients», «socio-demographic characteristics», «socio-demographic factors», «factors», «suicidal behavior», «substance use», «substance abuse», «depressive symptoms», «compulsory re-admission», «involuntary re-admission», «involuntary re-hospitalization», «acute treatment», «acute phase», «mental illness», «involuntary treatment», «compulsory treatment», «inpatients», «relapse».

Οι δυο ερευνητές συμφώνησαν ως προς τις ανωτέρω λέξεις κλειδιά, τη χρονική διάρκεια της αναζήτησης, τα κριτήρια επιλογής των μελετών και τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων της αναζήτησης.

Βασικά κριτήρια για τη συμπερίληψη των μελετών στην παρούσα μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

α. δημοσίευση κατά την τελευταία δεκαετία (2010-2021) στην Ελληνική ή αγγλική γλώσσα,

β. ερευνητικός σχεδιασμός ποσοτικής μεθοδολογίας

η. πληθυσμός – στόχος ενήλικων ατόμων (ηλικίας άνω των 18 ετών) υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία

δ.σκοπός σχετικός με τη διερεύνηση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ενήλικων ατόμων που εισάγονταν/επανεισάγονταν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία

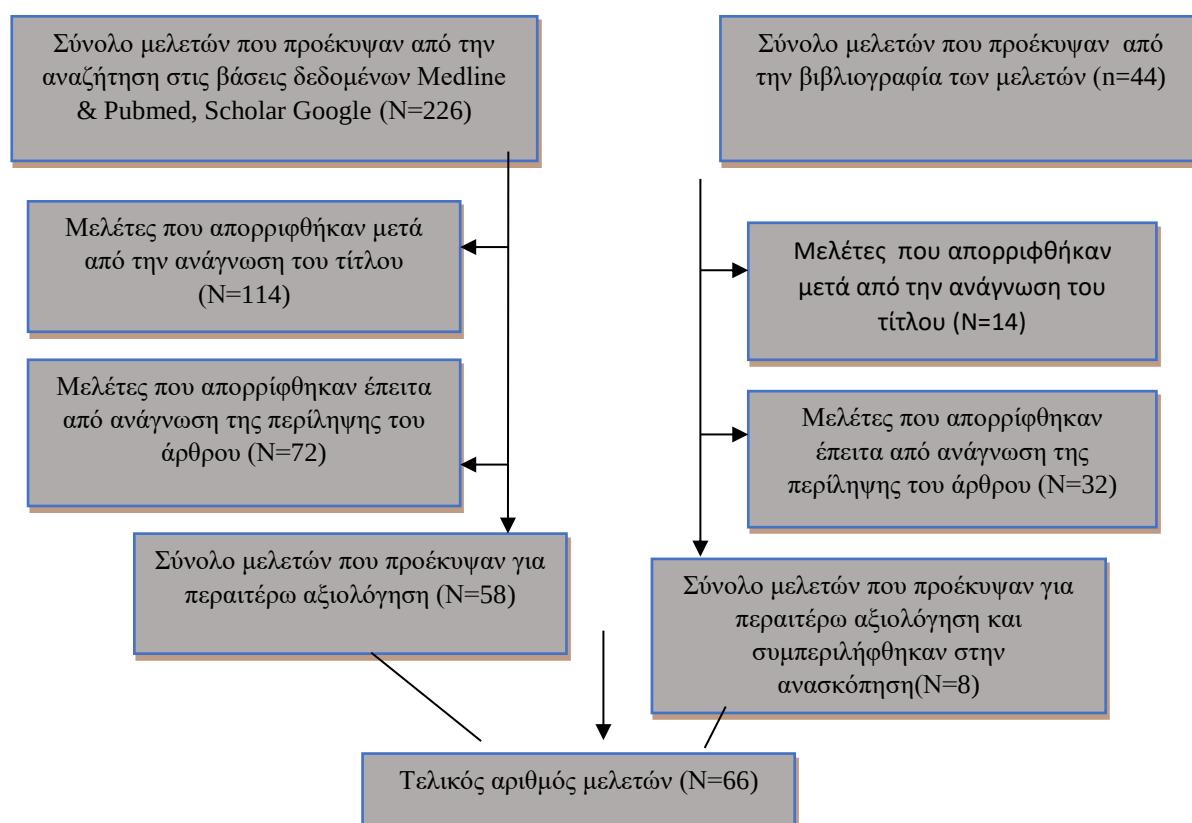
ε. δυνατότητα πρόσβασης σε πλήρες κείμενο.

Αποτελέσματα

Από την αρχική αναζήτηση προέκυψαν 390 μελέτες. Μετά τον καθορισμό της χρονολογίας δημοσίευσης της μελέτης, παρέμειναν 226 μελέτες. Από τη μελέτη τίτλου απορρίφθηκαν 114 μελέτες. 58 μελέτες απορρίφθηκαν μετά την ανάγνωση του πλήρους κειμένου των μελετών. 7 μελέτες προστέθηκαν στην δείγμα έπειτα από την μελέτη των βιβλιογραφικών παραπομπών των ανασκοπήσεων.

Ο συνολικός αριθμός μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση ήταν 63.

Δενδρόγραμμα 1: Διαδικασία αναζήτησης ερευνητικών μελετών σύμφωνα με τα κριτήρια που τέθηκαν



Ανάλυση ερευνών

Στον πίνακα I παρουσιάζονται οι 67 μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στο πρώτο μέρος της ανασκόπησης. Στο πίνακα παρουσιάζονται οι ερευνητές των μελετών, η χρονολογία και την χώρα/χώρες διεξαγωγής, τον σκοπό της έρευνας, τον πληθυσμό στόχο, και τα κύρια ευρήματα τους.

Χώρα διεξαγωγής

Από το σύνολο των 67 μελετών, οι 35 προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ελβετία, Ιταλία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Γερμανία, Γαλλία, Ελλάδα, Νορβηγία, Πολωνία, Ολλανδία.), 13 προέρχονται από Ασιατικές χώρες (Κίνα, Ταιβάν, Μπαγκλαντές, Ινδία), 5 από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Βραζιλία, Οντάριο, Καναδάς), 5 από το Ηνωμένο Βασίλειο, 2 από Αραβικές χώρες (Τουρκία), 2 από Αφρικανικές χώρες (Νιγηρία), 1 από Αυστραλία ενώ 3 από αυτές ήταν συστηματικές ανασκοπήσεις / μετα-αναλύσεις. Όλες οι μελέτες μελέτες ήταν ποσοτικές με Ο πίνακα I συνοψίζει, τη χρονολογική σειρά δημοσίευσης, τα βασικά χαρακτηριστικά και τα κύρια ευρήματα των μελετών.

Σχεδιασμός

Αναφορικά με το σχεδιασμό των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, όλες οι μελέτες (n=67) ήταν περιγραφικές συγχρονικές μελέτες συσχετίσεων.

Περιβάλλον διεξαγωγής

Το περιβάλλον διεξαγωγής των μελετών αποτέλεσαν νοσοκομειακές δομές (ψυχιατρικές κλινικές και ψυχιατρικά νοσοκομεία). Σε μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία (Δουβλίνο) η σύγκριση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε όχι μόνο σε σχέση με την ακούσια και εθελοντική νοσηλεία, αλλά και σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Ng & Kelly 2012). Περαιτέρω, στη μελέτη των Meehan et al. (2017) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, πραγματοποιήθηκε σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία και ατόμων που προσέρχονταν για θεραπεία σε εξωτερικές, κοινοτικές δομές.

Πληθυσμός στόχος

Σε όλες τις μελέτες, ο κεντρικός πληθυσμός στόχος ήταν άτομα υπό ακούσια εισαγωγή. Ως εκ τούτου, 46 από αυτές διερεύνησαν τη σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών μεταξύ ατόμων υπό ακούσια έναντι ατόμων υπό εθελοντική θεραπεία (Priebe et al. 2011; Chang et al. 2013; Gültekin et al. 2013; Hustoft et al. 2013; Delayahu et al. 2014; Gou et

al. 2014; Van der Post et al. 2014; McManus et al.2015; Wang et al. 2015; Aguglia et al. 2016; Curley et al. 2016; Donisi et al. 2016; Hoffmann et al. 2016; Markiewicz et al . 2016; Balducci et al. 2017; Hoffmann et al. 2017; Indu et al. 2017; Masood et al. 2017; Pasareanu et al. 2017; Stylianidis et al. 2017 ; Adebiyi et al. 2018; Canova Mosele et al. 2018; Di Lorenzo et al. 2018; Godet & Niveau 2018; Florian et al. 2018; Geniş et al. 2018; Jiang et al. 2018; Kelly et al.2018; Lebenbaum et al. 2018; Silva et al. 2018; Umama-Agada et al. 2018; Arnold et al. 2019; Feeney et al. 2019; Hotzy et al. 2019; Luo et al. 2019; Ma et al. 2019; Schmitz-Buhl et al. 2019; Tedeschi et al. 2019; Guadagno et al. 2020; Jamet et al. 2021; Maina et al. 2021), 5 μελέτες διερεύνησαν τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά μόνο σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία (Zhou et al. 2015; Flammer & Steinert 2016; Setkowski et al. 2016; Weich et al. 2017; McBridet al. 2021), μια μελέτη διερεύνησε τη σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών μεταξύ ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία και ατόμων που προσέρχονται σε εξωτερικές δομές για θεραπεία (Meehan et al. 2017) , μια μελέτη διερεύνησε τη σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία και στο γενικό πληθυσμό (Ng & Kelly 2012), ενώ 5 μελέτες διερεύνησαν τη σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών μεταξύ ατόμων κατά την πρώτη ακούσια εισαγωγή σε σχέση με τα άτομα με ακούσια επαν-εισαγωγή (Hung et al. 2017; Lin et al. 2018; Rodrigues et al. 2019; Lay et al. 2019; Osborn et al. 2021). Περαιτέρω, 3 βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις / μετα- αναλύσεις εντοπίστηκαν οι οποίες διερευνούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία Yang et al. 2018; Barnett et al. 2019; Walker et al. 2019

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και ακούσια νοσηλεία

Φύλο και ακούσια εισαγωγή

Το φύλο του πληθυσμού της συγκεκριμένης ομάδας – στόχου, περιεγράφηκε σε όλες τις μελέτες οι οποίες εντοπίστηκαν. Σε 61 μελέτες, φάνηκε ότι το ανδρικό φύλο επικρατούσε ανάμεσα στα άτομα υπό ακούσια νοσηλεία (Priebe et al. 2011; Ng & Kelly 2012; Chang et al. 2013; Gültekin et al. 2013; Hustoft et al. 2013; Delayahu et al. 2014; Gou et al. 2014; Van der Post et al. 2014; McManus et al. 2015; Zhou et al. 2015; Aguglia et al. 2016; Curley et al. 2016; Donisi et al. 2016; Flammer & Steinert 2016; Hoffmann et al. 2016; Setkowski et al. 2016; Markiewicz et al. 2016; Balducci et al. 2017; Hoffmann et al. 2017; Hung et al. 2017; Indu et al. 2017; Meehan et al. 2017; Pasareanu et al. 2017; Stylianidis et al. 2017; Adebisi et al. 2018; Weich et al. 2017; Canova Mosele et al. 2018; Di Lorenzo et al. 2018; Godet & Niveau 2018; Florian et al. 2018; Geniş et al. 2018; Lin et al. 2018; Jiang et al. 2018; Kelly et al. 2018; Lebenbaum et al. 2018; Silva et al. 2018; Yang et al. 2018; Umama-Agada et al. 2018; Arnold et al. 2019; Barnett et al. 2019; Feeney et al. 2019; Hotzy et al. 2019; Lay et al. 2019; Ma et al. 2019; Rodrigues et al. 2019; Schmitz-Buhl et al. 2019; Tedeschi et al. 2019; Walker et al. 2019; Guadagno et al. 2020; Jamet et al. 2021; Maina et al. 2021; McBridet al. 2021). Εν αντιθέσει, σε 4 μελέτες, φάνηκε ότι το γυναικείο φύλο παρουσίαζε υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με το ανδρικό φύλο (Wang et al. 2015; Masood et al. 2017; Luo et al. 2019; Osborn et al. 2021). Πιο συγκεκριμένα, μια από αυτές τις μελέτες η οποία πραγματοποιήθηκε στη Ταϊβάν, διερευνήθηκε η συχνότητα ακούσιας εισαγωγής και οι σχετιζόμενοι παράγοντες οι οποίοι οδηγούν σε ακούσια νοσηλεία σε άτομα που προσέρχονται στην υπηρεσία επειγόντων περιστατικών στην Ταϊβάν (Wang et al. 2015). Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Luo et al. (2019) η πραγματοποιήθηκε στην Κίνα, διερευνούσε τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που νοσηλεύονται ακούσια με μανιακό επεισόδιο. Στη μελέτη των Osborn et al. 2021, διερευνήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια επανεισαγωγή σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία. Περαιτέρω, στη μελέτη των Masood et al. (2017), η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία, διερευνήθηκε η σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών ανάμεσα σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία και άτομα υπό εθελοντική εισαγωγή για νοσηλεία. Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης των Walker et al. (2019), οι άνδρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν ακούσια συγκριτικά με τις γυναίκες (OR 1.23, 95% CI 1.14–1.32).

Ηλικιακή Ομάδα και ακούσια εισαγωγή

Η ηλικιακή ομάδα αξιολογήθηκε σε 52 από τις 67 μελέτες. Στις περισσότερες μελέτες ο μέσος όρος ηλικίας που παρατηρήθηκε, κυμάνθηκε μεταξύ των ηλικιών 40 ετών έως 49 ετών (Ng & Kelly 2012; Chang et al. 2013; Gültekin et al. 2013; Hustoft et al. 2013; Delayahu et al. 2014; McManus et al. 2015; Aguglia et al. 2016; Curley et al. 2016; Flammer & Steinert 2016; Setkowski et al. 2016; Balducci et al. 2017; Masood et al. 2017; Meehan et al. 2017; Stylianidis et al. 2017 ; Di Lorenzo et al. 2018; Florian et al. 2018; Jiang et al. 2018; Kelly et al. 2018; Lebenbaum et al. 2018; Silva et al. 2018; Yang et al. 2018; Umama-Agada et al. 2018; Arnold et al. 2019; Barnett et al. 2019; Feeney et al. 2019; Hotzy et al. 2019; Lay et al. 2019; Ma et al. 2019; Schmitz-Buhl et al. 2019; Walker et al. 2019; Guadagno et al. 2020; Jamet et al. 2021; Maina et al. 2021). Σε 7 μελέτες ο μέσος όρος ηλικίας που αναφέρθηκε κυμάνθηκε μεταξύ των ηλικιών 30 – 39 ετών (Priebe et al. 2011; Gou et al. 2014; Zhou et al. 2015; Hung et al. 2017; Pasareanu et al. 2017; Lin et al. 2018; Luo et al. 2019). Μια μελέτη ανέφερε ότι η συχνότερη ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή ηλικιών <20 ετών (Rodrigues et al. 2019), ενώ σε δυο μελέτες το ηλικιακό φάσμα ήταν μεγαλύτερο, αφού η συχνότερη ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 21-30 ετών (Hakim et al. 2014) και αυτή των 21-40 ετών (Markiewicz et al. 2016). Περαιτέρω, σε 10 μελέτες παρατηρήθηκε ότι η συχνότερη ηλικιακή ομάδα η οποία νοσηλευόταν ακούσια ήταν αυτή των 22-45 ετών (Guzzeta et al. 2010; Wang et al. 2015; Donisi et al. 2016; Canova Mosele et al. 2018; Geniş et al. 2018; Adebisi et al. 2018; Lebenbaum et al. 2018; Liu et al. 2019). Σε 2 μελέτες ανέφεραν ότι η ηλικιακή ομάδα του δείγματος κυμάνθηκε από 36-64 έτη (Weich et al. 2017; McBridet et al. 2021) χωρίς να προσδιορίζεται ο μέσος όρος του δείγματος ενώ σε δυο μελέτες αναφέρθηκε ότι η επικρατέστερη ομάδα η οποία νοσηλευόταν ακούσια ήταν αυτή των ηλικιών 45-64 ετών (Tedeschi et al. 2019; Osborn et al. 2021). Σε αντίθεση με τα παραπάνω δεδομένα, στη μελέτη των Indu et al. (2017) άτομα τα οποία ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 30-49 ετών, προσέρχονταν συχνότερα για ακούσια νοσηλεία.

Επαγγελματική κατάσταση και ακούσια εισαγωγή

Η επαγγελματική κατάσταση σε σχέση με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία αξιολογήθηκε σε 25 μελέτες. Σε 21 μελέτες, αναφέρθηκε ότι τα άνεργα άτομα παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας συγκριτικά με τα εργαζόμενα άτομα (Guzzeta et al. 2010; Ng & Kelly 2012; Chang et al. 2013; Gültekin et al. 2013; Gou et al. 2014; Hakim et al. 2014; Curley et al. 2016; Flammer & Steinert, 2016; Indu et al. 2017; Stylianidis et al. 2017; Canova Mosele et al. 2018; Adebisi et al. 2018; Kelly et al. 2018; Umama-Agada et al. 2018; Feeney et al. 2019; Lay et al. 2019; Luo et al. 2019; Ma et al. 2019; Guadagno et al. 2020; Schmitz-Buhl et al. 2019; Walker

et al. 2019; Maina et al. 2021). Σε 5 μελέτες, αναφέρθηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος υπό ακούσια νοσηλεία ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος (Priebe et al. 2011; Hustoft et al. 2013; Flammer & Steinert 2016; Arnold et al. 2019; Schmitz-Buhl et al. 2019), ενώ σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Walker et al. (2019), οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος και τα άνεργα άτομα φάνηκε να νοσηλεύονται συχνότερα συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Ωστόσο σε 4 μελέτες τα εργαζόμενα άτομα φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας συγκριτικά με τα άνεργα άτομα (Chang et al. 2013; Zhou et al. 2015; Masood et al. 2017; Arnold et al. 2019). Και στις 4 αυτές μελέτες, η σύγκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων έγινε σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία και την εθελοντική νοσηλεία. Συνολικά, σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Walker et al. (2019), τα άνεργα άτομα είχαν περισσότερες πιθανότητες να εισαχθούν για ακούσια νοσηλεία συγκριτικά με τα εργαζόμενα άτομα (OR 1.43, 95% CI 1.07–1.90), ενώ φάνηκε να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος νοσηλείας στα άτομα τα οποία ήταν λήπτες οικονομικής στήριξης οι οποίοι φάνηκε να εισάγονταν συχνότερα (OR 1.71, 95% CI 1.28–2.27).

Εκπαιδευτικό επίπεδο και ακούσια εισαγωγή

Το εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία αξιολογήθηκε από 21 μελέτες. 11 μελέτες ανέφεραν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης (Ndukuba 2011; Priebe et al. 2011; Krivoy et al. 2012; Gou et al. 2014; Hakim et al. 2014; Aguglia et al. 2016; Stylianidis et al. 2017; Adebisi et al. 2018; Geniş et al. 2018; Jiang et al. 2018; Maina et al. 2021). 10 μελέτες ανέφεραν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που προσέρχονταν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία ήταν κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης (Guzzeta et al. 2010; Chang et al. 2013; Gültekin et al. 2013; Hustoft et al. 2013; Delayahu et al. 2014; Zhou et al. 2015; Pasareanu et al. 2017; Canova Mosele et al. 2018; Schmitz-Buhl et al. 2019; Luo et al. 2019), ενώ δυο μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στη Νιγηρία και το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν ότι η πλειοψηφία του δείγματος υπό ακούσια νοσηλεία ήταν κάτοχοι ανώτερου τίτλου εκπαίδευσης (Priebe et al. 2011; Adebisi et al. 2018).

Οικογενειακή κατάσταση και ακούσια εισαγωγή

Η σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και ακούσιας νοσηλείας περιεγράφηκε σε 34 μελέτες με τη συντριπτική πλειοψηφία των μελετών να αναφέρει ότι τα άγαμα άτομα τα οποία δεν είχαν υποστηρικτικό δίκτυο, προσέρχονταν συχνότερα ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με τα έγγαμα άτομα (Ndukuba 2011; Krivoy et al. 2012; Ng & Kelly 2012; Chang

et al. 2013; Gültekin et al. 2013; Hustoft et al. 2013; Delayahu et al. 2014; Gou et al. 2014; Hakim et al. 2014; Aguglia et al. 2016; Flammer & Steinert 2016; Hoffmann et al. 2016; Balducci et al. 2017; Hoffmann et al. 2017; Indu et al. 2017; Masood et al. 2017; Stylianidis et al. 2017; Adebisi et al. 2018; Canova Mosele et al. 2018; Di Lorenzo et al. 2018; Genç et al. 2018; Jiang et al. 2018; Kelly et al. 2018; Silva et al. 2018; Umama-Agada et al. 2018; Arnold et al. 2019; Feeney et al. 2019; Luo et al. 2019; Ma et al. 2019; Schmitz-Buhl et al. 2019; Guadagno et al. 2020; Maina et al. 2021; Osborn et al. 2021). Μόνο μια μελέτη εντοπίστηκε η οποία πραγματοποιήθηκε στο Μπαγκλαντές από τους Hakim et al. (2014) η οποία διερεύνησε τη σχέση μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε άτομα τα οποία προσέρχονταν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία σε συνάρτηση με το φύλο ανάμεσα , στην οποία εντοπίστηκε ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής συγκριτικά με τους άνδρες.

Περαιτέρω, στη μετα- ανάλυση των Walker et al. (2019) 7 μελέτες συμπεριλήφθηκαν οι οποίες αξιολογούσαν τη σχέση υποστηρικτικού δικτύου και οικογενειακής κατάστασης σε άτομα τα οποία προσέρχονταν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία. Η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών αυτών περιεγράφηκε με διαφορετικούς τρόπους σε κάθε μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, σε πέντε μελέτες αξιολογήθηκε με βάση τις αναφορές ή τις περιγραφές των συμμετεχόντων σε μια μελέτη αξιολογήθηκε με βάση τις περιγραφές των οικείων από τον τρόπο που βιώνουν τη νόσο ενός συγγενικού προσώπου, ενώ σε μια μελέτη η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου αξιολογήθηκε με βάση τον αριθμό των επισκέψεων από μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας. Συνολικά, σε πέντε μελέτες εντοπίστηκε αυξημένη συχνότητα ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία σε άτομα με απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, ενώ σε δυο μελέτες δεν εντοπίστηκε καμία σχέση μεταξύ των δυο αυτών δεδομένων (Walker et al. 2019).

Φυλή και ακούσια εισαγωγή

Η φυλή ως επιβαρυντικός παράγοντας ακούσιας νοσηλείας αξιολογήθηκε σε 7 μελέτες, με τις περισσότερες από αυτές να αναφέρουν αυξημένα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας ανάμεσα στα άτομα της λευκής φυλής (Priebe et al. 2011; Chang et al. 2013; Weich et al. 2017; Canova Mosele et al. 2018; Osborn et al. 2021). Ωστόσο σε δυο μελέτες αναφέρθηκε ότι τα άτομα της μαύρης φυλής παρουσίασαν αυξημένες πιθανότητες ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με τα άτομα της λευκής φυλής (Barnett et al. 2019; McBrid et al. 2021). Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη των Barnett et al. (2019), η οποία πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, διερευνήθηκε η υποχρεωτική νοσηλεία ανάμεσα σε ομάδες της μαύρης φυλής, της ασιατικής φυλής και των εθνικών μειονοτήτων

στο Ηνωμένο βασίλειο, στην οποία φάνηκε ότι τα άτομα της μαύρης φυλής παρουσιάζαν αυξημένες πιθανότητες ακούσιας επαν-εισαγωγής συγκριτικά με τα άτομα της λευκής φυλής. Περαιτέρω, στη μελέτη των McBrid et al. (2021) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ ομάδων εθνικών μειονοτήτων και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, όπου τα άτομα της μαύρης φυλής παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Κύριο σύμπτωμα κατά την ακούσια εισαγωγή

Το κυριότερο σύμπτωμα υποτροπής και κατ' επέκταση ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία διερευνήθηκε σε 17 μελέτες. Ειδικότερα, σε 4 μελέτες στις οποίες αξιολογήθηκε η συμπτωματολογία των ατόμων με ψυχωτικά συμπτώματα, αναφέρθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων και της ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Gou et al. 2014; Canova Mosele et al. 2018; Lebenbaum et al. 2018), ενώ σε μια μελέτη, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ αρνητικών ψυχωτικών συμπτωμάτων και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Gou et al. 2014).

Σε 8 μελέτες αναφέρθηκε ότι η απουσία εναισθησίας ήταν ο κυριότερος λόγος ακούσιας εισαγωγής εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Gou et al. 2014; Delayahu et al. 2014; Van der Post et al. 2014 ; Masood et al. 2017; Rodrigues et al. 2019; Luo et al. 2019; Ma et al. 2019). Ωστόσο μόνο σε τέσσερις από αυτές τις μελέτες χρησιμοποιήθηκαν δομημένα εργαλεία αξιολόγησης για τον ακριβή εντοπισμό του επιπέδου εναισθησίας (Gou et al. 2014; Indu et al. 2018; Luo et al. 2019; Rodrigues et al. 2019). Σε δυο από αυτές τις μελέτες, παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ απουσίας εναισθησίας και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Luo et al. 2019; Rodrigues et al. 2019).

Η αδυναμία τήρησης του θεραπευτικού πλαισίου και η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής πριν από την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία παρατηρήθηκε να παρουσιάζεται συχνότερα σε άτομα με θετικό προηγούμενο ιστορικό ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με άτομα που εισάγονται εθελοντικά σε 7 μελέτες (Canova Mosele et al. 2018; Indu et al. 2018; Lay et al. 2019; Rodrigues et al. 2019; Wasserman et al. 2020; Jamet et al. 2021), Εν αντιθέσει, σε μια μελέτη αναφέρθηκε ότι δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των διακοπής φαρμακευτικής αγωγής και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Chang et al. 2013).

Η σχέση μεταξύ ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία και αυτοκτονικής / αυτό-καταστροφικής συμπεριφοράς αναφέρθηκε ευρέως, αν και η αξιολόγηση βασίστηκε σε

αυτοκτονικές ή αυτό-καταστροφικές συμπεριφορές πριν τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία ή στην έκφραση αυτοκτονικού ιδεασμού κατά την αξιολόγηση από ειδικό πριν ή κατά τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής (Masood et al. 2017; Florian et al. 2018; Lebenbaum et al. 2018; Schmitz-Buhl et al. 2019; Wasserman et al. 2020). Σε τέσσερις μελέτες φάνηκε ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά και το προηγούμενο θετικό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς ήταν συχνότερα εμφανή στα άτομα τα οποία εισάγονταν εθελοντικά για θεραπεία συγκριτικά με τα άτομα τα οποία εισάγονταν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία (Balducci et al. 2017; Canova Mosele et al. 2018; Di Lorenzo et al. 2018). Ωστόσο σε 5 μελέτες η επικίνδυνη συμπεριφορά προς εαυτό, φάνηκε να σχετίζεται περισσότερο με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία (Malla et al. 1987; Lorant et al. 2007; Lebenbaum et al. 2018; Rodrigues et al. 2019; Schmitz-Buhl et al. 2019). Ως εκ τούτου, σε 9 μελέτες δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση μεταξύ αυτοκτονικής / αυτό-καταστροφικής συμπεριφοράς και του είδους νοσηλείας (Hustoft et al. 2012; Montemagni et al. 2012; Casella et al. 2014; Delayahu et al. 2014; Wang et al. 2015; Mandarelli et al. 2014; Silva et al. 2018; Lin et al. 2019; Luo et al. 2019).

Σε 10 μελέτες αναφέρθηκε η θετική σχέση μεταξύ ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς και ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Hustoft et al. 2012; Wang et al. 2015; Weich et al. 2017; Meehan et al. 2017; Di Lorenzo et al. 2018; Lebenbaum et al. 2018; Silva et al. 2018; Canova Mosele et al. 2018; Lay et al. 2019; Luo et al. 2019). Ωστόσο, ο βαθμός της αξιολογούμενης επικινδυνότητας, φαίνεται να διαφοροποιείται σε κάθε μελέτη, εξαιτίας της χρήσης δομημένων εργαλείων αξιολόγησης, για την αξιολόγηση του κινδύνου ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς (Hustoft et al. 2012; Wang et al. 2015; Weich et al. 2017; Meehan et al. 2017; Lebenbaum et al. 2018; Silva et al. 2018; Canova Mosele et al. 2018; Lay et al. 2019; Luo et al. 2019). Σε μια μελέτες ο κίνδυνος αξιολογήθηκε σύμφωνα με τις αναφορές των ίδιων των θεραπευομένων (Di Lorenzo et al. 2018) ενώ σε μια μελέτη ο βαθμός ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς αξιολογήθηκε μετά από τη λήψη ιστορικού από τα μέλη της οικογένειας (Okin 1986).

Ιατρική Διάγνωση και ακούσια εισαγωγή

Η σχέση μεταξύ ιατρικής διάγνωσης και την ακούσιαεισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία περιεγράφηκε σε 51 μελέτες. Ειδικότερα, σε 28 μελέτες, αναφέρεται ότι άτομα με τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια ή άλλη συναφή ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας» παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά

με άτομα με άλλες διαγνώσεις (Priebe et al. 2011; Ndukuba 2011; Ng & Kelly 2012; Krivoy et al. 2012; Chang et al. 2013; Gültekin et al. 2013; Hustoft et al. 2013; Delayahu et al. 2014; Gou et al. 2014; Van der Post et al. 2014 ; van der Post et al. 2014b; McManus et al. 2015; Wang et al. 2015; Zhou et al. 2015; Curley et al. 2016; Donisi et al. 2016; Flammer & Steinert, 2016; Hoffmann et al. 2016; Kieber-Ospelt et al. 2016; Setkowski et al. 2016; Balducci et al. 2017; Hung et al. 2017; Hoffmann et al. 2017; Indu et al. 2017; Meehan et al. 2017; Pasareanu et al. 2017; Shokou et al. 2017; Adebisi et al. 2018; Di Lorenzo et al. 2018; Geniş et al. 2018; Godet & Niveau 2018; Jiang et al. 2018; Kelly et al. 2018; Silva et al. 2018; Umama-Agada et al. 2018; Yang et al. 2018; Arnold et al. 2019; Feeney et al. 2019; Hotzy et al. 2019; Lay et al. 2019; Liu et al. 2019; Ma et al. 2019; Schmitz-Buhl et al. 2019; Tedeschi et al. 2019; Guadagno et al. 2020; Jamet et al. 2021; Osborn et al. 2021; Maina et al. 2021), με εξαίρεση μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία, όπου αναφέρει ότι άτομα με τη διάγνωση σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με τους υπόλοιπους (Chang et al. 2013). Ως εκ τούτου, σε 3 μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στη Βραζιλία (Aguglia et al. 2016), στην Ιταλία (Guzzeta et al. 2010) και στις ΗΠΑ (Lebenbaum et al. 2018), αναφέρθηκε ότι τα άτομα με διπολική διαταραχή, με κατάθλιψη και με διαταραχές διάθεσης (αντίστοιχα), παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με τα άτομα με άλλες διαγνώσεις. Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Walker et al. (2019), αναφορικά με τη ψυχιατρική διάγνωση, άτομα με ψυχωτική συμπτωματολογία (OR 2·18, 95% CI 1·95–2·44) και άτομα με διπολική διαταραχή και ψυχωτικά συμπτώματα (1·48, 1·24–1·76) φάνηκε να έχουν αυξημένες πιθανότητες να εισαχθούν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με άτομα με άλλες διαγνώσεις.

Ιστορικό NND/NBD και ιστορικό προηγούμενης ακούσιας εισαγωγής και ακούσια εισαγωγή

Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση 4 μελέτες ανέφεραν τη σχέση μεταξύ θετικού ιστορικού NND/NBD και ακούσιας εισαγωγής κατά τις οποίες άτομα με θετικό ιστορικό NND/NBD παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία συγκριτικά με τα άτομα με αρνητικό ιστορικό NND/NBD (Hung et al. 2017; Hoffmann et al. 2017; Lay et al. 2019; Liu et al. 2019). Περαιτέρω, σε 18 μελέτες αναφέρθηκε ότι άτομα με θετικό προηγούμενο ιστορικό παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες ακούσιας επαν-εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Priebe et al. 2011; Krivoy et al. 2012; Van der Post et al. 2014; van der Post et al. 2014b; Hoffmann et al. 2016; Kieber-Ospelt et al. 2016; Balducci et al. 2017; Hung et al. 2017; Meehan et al. 2017; Stylianidis et al. 2017; Godet & Niveau 2018; Lin et al. 2018; Liu et al. 2019; Luo et al. 2019; Ma et al. 2019; Tedeschi et al. 2019; Jamet et al. 2021; Maina et al. 2021)

1.5.2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση προτύπων συνταγογράφησης ενήλικων ατόμων υπο ακούσια νοσηλεία για υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία

Σκοπός

Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των προτύπων συνταγογράφησης σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία για τη λήψη υποχρεωτικής ψυχιατρικής θεραπείας.

Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση σκοπού (scoping review), μιας και ο στόχος ήταν η ανάδειξη του εύρους της βιβλιογραφίας σχετικά με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική λήψη ψυχιατρικής θεραπείας.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2016 μέχρι και τον Απρίλιο του 2021, και έγινε από δύο ανεξάρτητα άτομα (την κύρια ερευνήτρια και την επιβλέπουσα της μελέτης). Έγινε παράλληλη αναζήτηση, σε κάθε μία από τις παρακάτω βάσεις ξεχωριστά: Pubmed, Google Scholar, Medline, Embase, PsycInfo. Η αρχική αναζήτηση έγινε χωρίς χρονικά όρια. Για εντοπισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις κλειδιά, με διάφορους συνδυασμούς: «involuntary admission», «involuntary hospitalization», «compulsory admission», «compulsory hospitalization», «compulsory treatment», «inpatients», «socio-demographic characteristics», «socio-demographic factors», «factors», «suicidal behavior», «substance use», «substance abuse», «depressive symptoms», «compulsory re-admission», «involuntary re-admission», «involuntary re-hospitalization», «acute treatment», «high doses of antipsychotics», «polypharmacy», «acute phase», «mental illness», «involuntary treatment», «compulsory treatment», «inpatients», «relapse», «antipsychotic polypharmacy», «high doses of antipsychotics».

Οι δυο ερευνητές συμφώνησαν ως προς τις ανωτέρω λέξεις κλειδιά, τη χρονική διάρκεια της αναζήτησης, τα κριτήρια επιλογής των μελετών και τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων της αναζήτησης.

Βασικά κριτήρια για τη συμπερίληψη των μελετών στην παρούσα μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- α. δημοσίευση κατά την τελευταία δεκαετία (2010-2021) στην Ελληνική ή αγγλική γλώσσα,
- β. ερευνητικός σχεδιασμός ποσοτικής μεθοδολογίας

η. πληθυσμός – στόχος ενήλικων ατόμων (ηλικίας άνω των 18 ετών) υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία

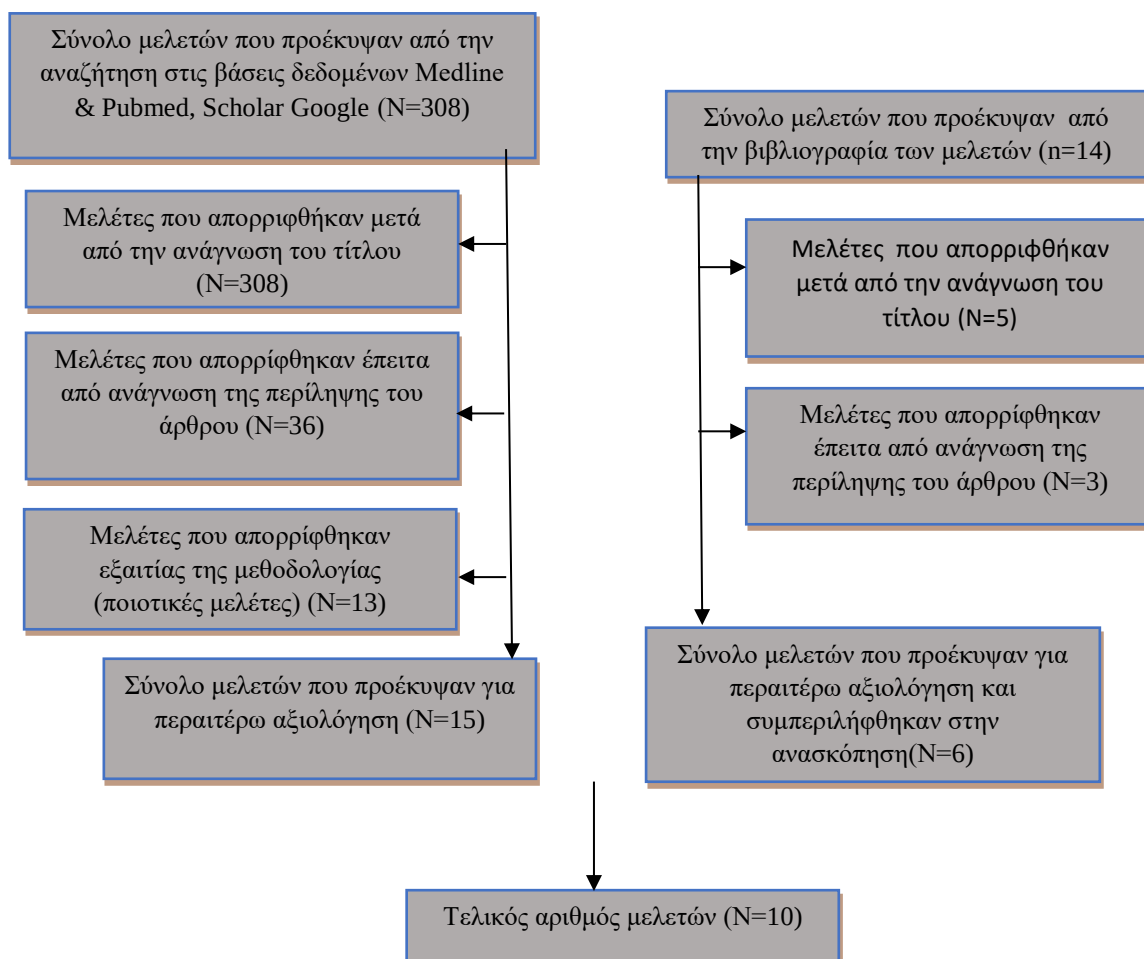
δ.σκοπός σχετικός με τη διερεύνηση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ενήλικων ατόμων που εισάγονταν/επανεισάγονταν ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία

ε. δυνατότητα πρόσβασης σε πλήρες κείμενο.

Αποτελέσματα

Από την αρχική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων εντοπίστηκαν 372 μελέτες. Από την ανάγνωση των τίτλων 308 μελέτες απορρίφθηκαν. Από την μελέτη των περιλήψεων απορρίφθηκαν 36 μελέτες, ενώ στη συνέχεια 13 μελέτες απορρίφθηκαν εξαιτίας της μεθοδολογίας της μελέτης, μιας και αφορούσαν στην ποιοτική διερεύνηση των παραγόντων ικανοποίησης σε σχέση με τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή κατά την ακούσια νοσηλεία. Από τα 15 μελέτες που μελετήθηκαν ως πλήρη κείμενα απορρίφθηκαν τα 8, ενώ 2 μελέτες προστέθηκαν έπειτα από τη μελέτη των μελετών.

Δενδρόγραμμα 2. Διαδικασία αναζήτησης και εξεύρεσης ερευνητικών μελετών σύμφωνα με τα κριτήρια που τέθηκαν



Ανάλυση ερευνών

Ο τελικός αριθμός ερευνών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση ήταν δέκα (10) μελέτες. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, όλες οι μελέτες είχαν σαφή σκοπό διερεύνησης τον οποίο και ακολούθησαν.

Χώρα διεξαγωγής

Από το σύνολο των 10 μελετών, οι 4 προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ισραήλ, Πορτογαλία και Ιταλία), 3 προέρχονται από την Αυστραλία, 2 από τη Νέα Ζηλανδία, και 1 από Ασιατικές χώρες (Κροατία). Όλες οι μελέτες μελέτες ήταν ποσοτικές. Στον πίνακα II συνοψίζονται, κατά χρονολογική σειρά δημοσίευσης, τα βασικά χαρακτηριστικά και τα κύρια ευρήματα των μελετών.

Περιβάλλον διεξαγωγής

Λόγω του ότι ο πληθυσμός-στόχος υπό μελέτη ήταν άτομα τα οποία νοσηλεύτηκαν ακούσια ή εθελοντικά για θεραπεία, το το περιβάλλον μελέτης αποτέλεσαν νοσοκομειακά περιβάλλοντα (κλινικές και νοσοκομεία).

Πληθυσμός στόχος

Σε όλες τις μελέτες, ο κεντρικός πληθυσμός στόχος ήταν άτομα υπό ακούσια εισαγωγή. Ως εκ τούτου, 7 από αυτές διερεύνησαν τα πρότυπα συνταγογράφησης μεταξύ ατόμων υπό ακούσια έναντι ατόμων υπό εθελοντική θεραπεία τα οποία νοσηλεύονται σε θαλάμους οξείας φροντίδας (Santone et al. 2011; Krivoy et al. 2012; John et al. 2014; Dey et al. 2016; McMillan et al. 2017; Guadagno et al. 2020; Wheeler et al. 2020; Burness et al. 2021), ενώ σε 3 μελέτες διερευνήθηκαν τα πρότυπα συνταγογράφησης ανάμεσα σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας (Mendes et al. 2016; et al. 2020). Στις περισσότερες μελέτες, η καταγραφή της συνταγογραφούμενης αγωγής πραγματοποιήθηκε πριν από το εξιτήριο των συμμετεχόντων (Krivoy et al. 2012; John et al. 2014; Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016; McMillan et al. 2017; Guadagno et al. 2020; Martinho et al. 2020; Wheeler et al. 2020), ενώ σε μελέτες η καταγραφή της συνταγογραφούμενης ψυχοτρόπου αγωγής πραγματοποιήθηκε κατά τη διαδικασία εισαγωγής των συμμετεχόντων (Santone et al. 2011; Burness et al. 2021).

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Πρότυπα συνταγογράφησης σε άτομα που νοσηλεύονται ακούσια για την υποχρεωτική λήψη θεραπείας

Συνολικά σε 5 μελέτες διερευνήθηκαν τα πρότυπα συνταγογράφησης σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία (Santone et al. 2011; Krivoy et al. 2012; John et al. 2014; Dey et al. 2016; McMillan et al. 2017; Guadagno et al. 2020). Σε μια μελέτη διερευνήθηκε η συχνότητα των προτύπων συνταγογράφησης υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής (Burness et al. 2021), ενώ σε μια μελέτη διερευνήθηκε η συχνότητα συνταγογράφησης αντιψυχωτικής πολυφαρμακείας (Santone et al. 2011). Ως εκ τούτου, 3 μελέτες διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ αντιψυχωτικής πολυφαρμακείας και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου και το νομοθετικό πλαίσιο περί ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία (Mendes et al. 2016; Wheeler et al. 2020; Martinho et al. 2020).

Τα αντιψυχωτικά 2^{ης} γενιάς ήταν τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά με την ολανζαπίνη (John et al. 2014; Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016; McMillan et al. 2017; Guadagno et al. 2020; Martinho et al. 2020; Wheeler et al. 2020; Burness et al. 2021), τη ρισπεριδόνη (John et al. 2014; Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016; McMillan et al. 2017; Martinho et al. 2020), την κουεταπίνη (John et al. 2014; Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016), και την κλοζαπίνη (John et al. 2014; Dey et al. 2016) να συνταγογραφούνται συχνότερα σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία. Εν αντιθέσει, τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά 1^{ης} γενιάς στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, σύμφωνα με τις μελέτες στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία ήταν η αμισουλπρίδη (Dey et al. 2016) και η αλοπεριδόλη (Dey et al. 2016; Martinho et al. 2020). Σε μια μελέτη περιγράφηκε ότι τα πιο συχνά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται σε σχήμα μονοθεραπείας για τη διαχείριση των ψυχωτικών συμπτωμάτων ήταν η ρισπεριδόνη, η ζουκλπενθιζόλη και η κλοζαπίνη (John et al. 2014), ενώ στη μελέτη των Santone et al. (2011) αναφέρθηκε ότι 1 στους 3 συνταγογραφήθηκε σε αντιψυχωτική μονοθεραπεία.

Τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες ήταν τα αντιψυχωτικά 2^{ης} γενιάς (John et al. 2014; Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016; Krivoy et al. 2012; Martinho et al. 2020; Wheeler et al. 2020), και συγκεκριμένα η ρισπεριδόνη (John et al. 2014; Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016; Martinho et al. 2020) και η παλιμπεριδόνη (Martinho et al. 2020; Wheeler et al. 2020). Εν αντιθέσει, τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης ήταν η αλοπεριδόλη (Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016; Martinho et al. 2020;) και η ζουκλοπενθιζόλη (John et al. 2014; Dey et al. 2016). Ως εκ τούτου, η συχνότερη συνταγογραφούμενη κατ' επίκληση αντιψυχωτική αγωγή ήταν τα αντιψυχωτικά 1^{ης} γενιάς (Mendes et al. 2016). Στην ίδια μελέτη, αναφέρεται ότι η αλοπεριδόλη ήταν η πιο συχνά συνταγογραφούμενη κατ' επίκληση αντιψυχωτική αγωγή, η οποία συνταγογραφήθηκε στο 50% των συμμετεχόντων υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία (Mendes et al. 2016). Ωστόσο, πέρα από την μελέτη των Mendes et al. (2016), η οποία πραγματοποιήθηκε στην Πορτογαλία, σε καμία άλλη μελέτη δε γίνεται αναφορά για την κατ'επίκληση φαρμακευτική αγωγή των πασχόντων υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία.

Σε 8 μελέτες, αναφέρθηκε ότι οι συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν σε πολυφαρμακεία, με το εύρος συνταγογράφησης αντιψυχωτικής πολυφαρμακείας να κυμαίνεται μεταξύ 10% - 70% (Santone et al. 2011; Dey et al. 2016; Mendes et al. 2016; Dey et al. 2016; McMillan et al. 2017; Guadagno et al. 2020; Martinho et al. 2020; Burness et al. 2021). Σε 5 μελέτες αναφέρθηκαν υψηλές συνταγογραφούμενες δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής με το εύρος συνταγογράφησης να κυμαίνεται μεταξύ 10% - 50% (Mendes et al. 2016; McMillan et al. 2017; Martinho et al. 2020; Wheeler et al. 2020; Burness et al. 2021). Ως εκ τούτου, σε μια μελέτη, αναφέρθηκε ότι οι υψηλές δόσεις συνταγογραφούμενης αντιψυχωτικής φάνηκε να είναι αποτέλεσμα της συνταγογράφησης αντιψυχωτικής πολυφαρμακείας (McMillan et al. 2017).

Περαιτέρω, μόνο σε 2 μελέτες γίνεται αναφορά για τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικής αγωγής σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στη Νέα Ζηλανδία και στην Αυστραλία, με το εύρος συνταγογράφησης να κυμαίνεται μεταξύ 20%-25% (Dey et al. 2016;

Wheeler et al. 2020). Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Dey et al. (2016) οι οποίοι διερεύνησαν τα πρότυπα συνταγογραφούμενης αγωγή σε σχέση με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στη Νέα Ζηλανδία, τα κυριότερα πρότυπα συνταγογράφησης αφορούσαν στη συνταγογράφηση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σερετονίνης, αναστολέων επαναπρόσληψης σερετονίνης και νορ-αδρεναλίνης και μιρταζαπίνη. Περαιτέρω, στη μελέτη των Wheeler et al. (2020), στην οποία οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της νομοθεσίας περί ψυχικής υγείας και των προτύπων συνταγογράφησης σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία στην Αυστραλία, εντόπισαν ότι η μιρταζαπίνη και η βελναφαξίνη ήταν τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα.

Η συνταγογράφηση σταθεροποιητών διάθεσης φαίνεται να περιγράφεται σε αρκετές μελέτες (Krivoy et al. 2012; Dey et al. 2016; Guadagno et al. 2020; Wheeler et al. 2020), με τους κυριότερους σταθεροποιητές διάθεσης που αναφέρονται στις μελέτες αυτές να είναι το λίθιο, το βαλπροϊκό οξύ, η λαμοτριγίνη και η καρβαμαζεπίνη. Περαιτέρω, η συνταγογράφηση βενζοδιαζεπινών φαίνεται να περιγράφεται μόνο σε 3 από τις 10 μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στη Νέα Ζηλανδία, την Κροατία και την Αυστραλία (Dey et al. 2016; Guadagno et al. 2020; Wheeler et al. 2020) με τη λοραζεπάμη και τη διαζεπάμη να είναι η πιο συχνά συνταγογραφούμενες βενζοδιαζεπίνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.Μεθοδολογία της έρευνας

Σκοπός μελέτης

2.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση της σχέσης της έντασης των NN/NB συμπτωμάτων σε σχέση με την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή σε όλα τα ενήλικα άτομα υπό ακούσια νοσηλεία στα τμήματα οξείας φροντίδας του ΝΑ για την υποχρεωτική λήψη θεραπείας.

2.1.1. Επιμέρους στόχοι:

Επιμέρους στόχοι της παρούσας διατριβής ήταν να διερευνηθούν:

α) τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων υπό ακούσια για νοσηλεία στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας

β)η αξιολόγηση ψυχομετρικών χαρακτηριστικών ψυχωτικών (εργαλείο PANSS), καταθλιπτικών (εργαλείο HDRS), μανιακών (εργαλείο YOUNG)), αγχώδων συμπτωμάτων (εργαλείο HAM-A) και το βαθμό διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών (εργαλείο MoCA)

γ)η σχέση μεταξύ της έντασης των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών, αγχώδων συμπτωμάτων και του είδους της αγωγής που χορηγείται στα άτομα

δ) η σχέση μεταξύ της έντασης των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών, αγχώδων συμπτωμάτων, διαταραχής γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, εθνική καταγωγή, χρήση ουσιών χρόνια νόσησης κτλ)

2.1.2. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποια τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ενήλικων ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;
2. Ποια η ένταση των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών και αγχώδων συμπτωμάτων βάσει των κλιμάκων PANSS, HDRS, YMRS και HARS (αντίστοιχα) των ενήλικων ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;
3. Ποιος είναι ο βαθμός διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών βάσει την κλίμακας MoCA στα ενήλικα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;
4. Υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το είδος και τις δόσεις των αντιψυχωτικών, αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών φαρμάκων και σταθεροποιητών διάθεσης που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών και αγχώδων συμπτωμάτων βάσει δημογραφικών χαρακτηριστικών στα ενήλικα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;
5. Υπάρχει διαφοροποίηση της έντασης των ψυχωτικών, καταθλιπτικών, μανιακών και αγχώδων συμπτωμάτων βάσει δημογραφικών χαρακτηριστικών στα ενήλικα άτομα που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο;

2.2.Υλικό και Μέθοδος

2.2.1. Ερευνητικός Σχεδιασμός

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις.

2.2.2. Περιβάλλον μελέτης

Το περιβάλλον της μελέτης αποτέλεσαν τα τμήματα οξείας φροντίδας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της Κύπρου, και συγκεκριμένα τα τμήματα εισδοχής ανδρών και γυναικών ΝΑ. Το ΝΑ με έδρα τη Λευκωσία αποτελεί τη μεγαλύτερη μονάδα του Τμήματος Εσωτερικής Νοσηλείας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και καλύπτει

Παγκύπρια τις ανάγκες ακούσιας εισαγωγής. Η χωρητικότητα του ανέρχεται στα 132 κρεβάτια, τα οποία διανέμονται αναλόγως στη μονάδα εισαγωγής ανδρών (19 κρεβάτια), στη μονάδα εισαγωγής γυναικών (19 κρεβάτια), σε ένα θάλαμο αυξημένης φροντίδας (2 κρεβάτια) και σε τρεις θαλάμους αποκατάστασης (92 κρεβάτια) το οποίο καλύπτει το γενικό πληθυσμό της ελεύθερης Κύπρου, που ανέρχεται περίπου στα 840.407.000 άτομα. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη ετήσια έκθεση του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου (2010), περίπου 395 νοσηλεύονται άτομα ακούσια ανά έτος στο ΝΑ.

2.2.3. Μέθοδος Δειγματοληψίας

Εφαρμόστηκε απογραφική δειγματοληψία από τον Δεκέμβριο του 2016 μέχρι τον Φεβρουάριο του 2018 και αξιολογήθηκαν όλα τα κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όλων των ενήλικων ατόμων που νοσηλεύτηκαν ακούσια για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο στο ΝΑ σύμφωνα με τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού στη μελέτη.

2.2.4. Πληθυσμός στόχος

Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης αποτέλεσαν όλα τα ενήλικα άτομα, ηλικίας 18-65 ετών τα οποία προσήλθαν ακούσια στα τμήματα εισδοχής του ΝΑ με ΝΒ/ΝΝ συμπτωματολογία (ψυχωτικές διαταραχές, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές χρήσης ουσιών, αγχώδης διαταραχές).

2.2.5. Κριτήρια Εισόδου / Αποκλεισμού

Οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικα άτομα, τα οποία προσήλθαν υπό ακούσια νοσηλεία στο ΝΑ με ψυχωτικά συμπτώματα, συμπτώματα διαταραχών διάθεσης, ουσιοεπαγόμενα συμπτώματα ή αγχώδη τα οποία διαγνώστηκαν περαιτέρω βάση του διαγνωστικού εργαλείου DSM-V με διαταραχές σχιζοφρενικού φάσματος ή άλλες συναφή ψυχωτικές διαταραχές (πχ. Σχιζοφρένεια, οξύ ψυχωτικό επεισόδιο, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, παραλλληρητική διαταραχή, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή), διπολική διαταραχή και άλλες συναφή διαταραχές, καταθλιπτική διαταραχή, ουσιοεπαγόμενη / προκαλούμενη από φαρμακευτική αγωγή ψυχωτική ή

συναφή διαταραχή, ουσιοεπαγώμενη / προκαλούμενη από φαρμακευτική αγωγή διπολική ή συναφή διαταραχή, ουσιοεπαγώμενη / προκαλούμενη από φαρμακευτική αγωγή καταθλιπτική ή συναφή διαταραχή) (American Psychiatric Association 2014).

Περαιτέρω, εφαρμόστηκαν τα εξής κριτήρια εισόδου στη μελέτη: (α) ηλικία: 18 έως 65 ετών, (β) πλήρης κατανόηση των σκοπών και των στόχων της μελέτης, (γ) γραπτή συναίνεση μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή στη μελέτη πριν το εξιτήριο από τη μονάδα νοσηλείας, (δ) κατανόηση και άριστη γνώση της Ελληνικής ή Αγγλικής γλώσσας, ή δυνατότητα κλήσης μεταφραστή για την αξιολόγηση σε αλλόγλωσσα άτομα, (ε) περίοδος διαμονής στο ΝΑ πέραν των 3 ημερών.

Άτομα με νευρο-γνωστικές διαταραχές, όπως Alzheimer ή ντελίριο, νοητική υστέρηση, αναπτυξιακές διαταραχές, και διαταραχές προσωπικότητας αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Δεδομένου ότι η διάγνωση μιας διαταραχής προσωπικότητας ή οποια προσέρχεται για ακούσια νοσηλεία στο ΝΑ βασίζεται στα εμπειρικά κριτήρια αντί στη δομημένη αξιολόγηση βάση του διαγνωστικού εργαλείου αξιολόγησης DSM, η συγκεκριμένη ομάδα δεν συμπεριλήφθηκε στην παρούσα μελέτη. Περαιτέρω, η διάρκεια νοσηλείας των ατόμων στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις ήταν περίπου 24 ώρες, εκτός και εάν παρουσίαζαν συμπτώματα σχετιζόμενα με χρήση ουσιών, όπου η διάρκεια διαμονής αυξανόταν. Ο παράγοντας αυτός πολλές φορές φαίνεται να αποτελούσε περιορισμό στη διαδικασία λήψης δεδομένων βάση του πρωτοκόλλου αξιολόγησης της μελέτης, καθώς και της διαδικασίες συναίνεσης έπειτα από ενημέρωση. Περαιτέρω, σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν συχνότερα άλλες διαγνωστικές κατηγορίες όπως ψυχωτική διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη

2.2.6. Μέγεθος Δείγματος

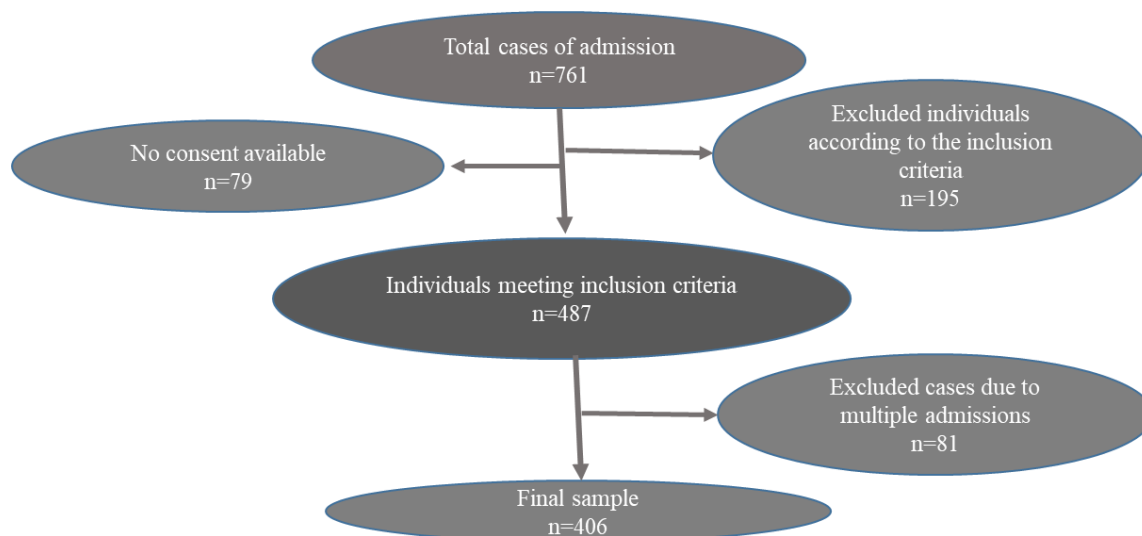
Συνολικά, 761 άτομα προσήλθαν για ακούσια νοσηλεία βάση δικαστικού διατάγματος στο ΝΑ την περίοδο αυτή. 195 περιπτώσεις απορρίφθηκαν επειδή δεν πληρούσαν το κριτήριο ηλικίας ($n=9$ ήταν μικρότεροι από 18 ετών και $n=13$ ήταν μεγαλύτεροι από 65 ετών) και το κριτήριο της ιατρικής διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, 152 άτομα είχαν διαγνωστεί με διαταραχές προσωπικότητας, 21 άτομα

είχαν διαγνωστεί με νοητική υστέρηση.

Περαιτέρω, 79 άτομα δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη γιατί δεν ήταν δυνατή η λήψη εντύπου συναίνεσης πριν την απόλυσή τους, ενώ κάποιοι από αυτούς αποκλείστηκαν γιατί το επίπεδο εναισθησίας δεν ήταν επαρκή την περίοδο πριν το εξιτήριο από το ΝΑ (n=43). Σε κάποιες περιπτώσεις ο ερευνητής απουσίαζε κατά τη διαδικασία εξιτηρίου, οπότε δεν υπήρχε η δυνατότητα συνάντησης με τον ασθενή σχετικά με τη διαδικασία συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης του συμμετέχοντα (n=34). Δυο άτομα απεβίωσαν κατά την περίοδο νοσηλείας τους.

81 από τις 487 άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής, αξιολογήθηκαν επανελημμένα λόγω επαναλαμβανόμενων υποτροπών κατά την περίοδο της μελέτης. Οι περιπτώσεις αυτές εντοπίστηκαν κατόπιν της ερώτησης: «Είναι αυτή η πρώτη σας ακούσια εισδοχή στο ΝΑ; (Ναι/Όχι)». Για όσους έδωσαν αρνητική απάντηση στην ερώτηση αυτή, έγινε έλεγχος των αρχείου για προηγούμενες νοσηλείες και σημειώθηκε η πορεία του κάθε συμμετέχοντα. Η διαδικασία αυτή ήταν εφικτή, δεδομένου ότι η ανωνυμία των συμμετεχόντων δεν εφαρμόστηκε σε αυτή τη φάση. Βάσει αυτού, κάθε φύλο συλλογής δεδομένων περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό και τη σειρά προηγούμενων νοσηλειών στο ΝΑ, καθώς και κατά πόσο πραγματοποιήθηκε ή όχι προηγούμενη αξιολόγηση από την ερευνητική ομάδα.

Οι ασθενείς με πολλαπλές αξιολογήσεις συμπεριλήφθηκαν μόνο μια φορά (1^η αξιολόγηση) στην ανάλυση για το κλινικό ιστορικό και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 406 συμμετέχοντες όπως απεικονίζεται και στο διάγραμμα ροής (Διάγραμμα 1).



Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής για την επιλογή του τελικού δείγματος (n=406)

2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η κύρια ερευνήτρια, η οποία είναι νοσηλεύτρια προηγμένης πρακτικής ψυχικής υγείας αφενός, και σε συνεργασία με τον επι καθήκοντα ειδικό / ειδικευόμενο ψυχίατρο αφετέρου, αξιολόγησαν όλα τα άτομα τα οποία προσήλθαν ακούσια για νοσηλεία στο ΝΑ και πληρούσαν τα κριτήρια εισδοχής της μελέτης.

Έπειτα, καταγράφηκαν όλα τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ακολούθως, το έντυπο συλλογής δεδομένων, τοποθετήθηκε στο φάκελο του εκάστοτε συμμετέχοντα, έως ότου δοθεί η φόρμα συναίνεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη. Στη συνέχεια, τα σχετικά δεδομένα μαζεύονταν από τους φακέλους των ασθενών τηρούμενων των διαδικασιών ανωνυμίας.

Η διαδικασία της λήψης γραπτής συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση γινόταν εφόσον ο θεραπεύομενος/η αποκτούσε ικανοποιητικό βαθμό εναισθησίας δεδομένου ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εισαγωγών στο ΝΑ γίνεται ακούσια. Το επίπεδο εναισθησίας αξιολογήθηκε από την κύρια ερευνήτρια σε συνεργασία με τον επί καθήκοντα ειδικό / ειδικευόμενο ψυχίατρο βάσει μιας ημι-δομημένης συνέντευξης η οποία αξιολογούσε το βαθμό κατανόησης της κατάστασης υγείας του

πάσχοντα από τον ίδιο, και βάσει των παρακάτω τριών παραμέτρων:¹⁾ (α) το βαθμό κατανόησης της σοβαρότητας της κατάστασης, ^(β) το βαθμό κατανόησης της υποτροπής, την και ^(γ) την αναγκαιότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής.

Σε περιπτώσεις όπου ο βαθμός εναισθησίας αξιολογήθηκε ως επαρκής, τότε η κύρια ερευνήτρια εξηγούσε τους σκοπούς και τους στόχους της μελέτης, τα ζητήματα εμπιστευτικότητας, καθώς και το γεγονός ότι η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και ανεξάρτητη από την κλινική έκβαση της νόσου ή τη θεραπευτική διαδικασία. Η συνέντευξη αξιολόγησης γινόταν εντός 72 ωρών μετά την εισαγωγή τους και η διάρκεια ήταν περίπου 15-20 λεπτά. Η διαδικασία λήψης ενημερωμένης συναίνεσης διαρκούσε περίπου 25 λεπτά.

Στο 4.3% των συμμετεχόντων κλήθηκε μεταφραστής για να υποστηρίξει τη διαδικασία μετάφρασης σε άτομα τα οποία η μητρική τους γλώσσα δεν ήταν η ελληνική ή η αγγλική. Μετά τη λήψη της φόρμας συναίνεσης, τα δεδομένα αφαιρούνταν από το φάκελο και συμπεριλαμβάνονταν ανώνυμα στη μελέτη. Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις ταξινομήθηκαν με σύμφωνα με την ακόλουθη ομαδοποίηση: α) σχιζοφρένεια, β) άλλες ψυχωτικές διαταραχές υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας, γ) διαταραχές διάθεσης, δ) άλλες (διαταραχές άγχους, ψυχωτικές διαταραχές εξαιτίας άλλης ιατρικής κατάστασης).

Αναφορικά με τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή, καταγράφηκαν τα παρακάτω δεδομένα: φαρμακευτική ουσία, συνολική ημερήσια δοσολογία, τρόπος χορήγησης, συχνότητα χορήγησης και εβδομαδιαία δόση αντιψυχωτικού ενέσιμου βραδέως αποδέσμευσης, φαρμακευτική αγωγή άμεσης χορήγησης και κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή. Δεδομένου ότι η κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή είναι μια κοινώς χρησιμοποιούμενη πρακτική και σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελεί ένα μεγάλο μέρος των φαρμακευτικών σχημάτων, θεωρήθηκε σημαντικό να εκτιμηθεί η συχνότητα συνταγογράφησης της. Περαιτέρω, η δόση κάθε αντιψυχωτικού που συνταγογραφήθηκε σε ένα ασθενή, μετατράπηκε σε ποσοστιαία αναλογία σύμφωνα με τις τυποποιημένες τιμές (Taylor et al. 2018) και υπολογίστηκε το άθροισμα των ποσοστών αυτών για κάθε ασθενή.

Οι συνταγογραφήσεις υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής αφορούσαν στον υπολογισμό του συνολικού αθροίσματος όλων των αντιψυχωτικών που συνταγογραφήθηκαν σε κάθε ασθενή, οι οποίες υπέρβαιναν το ποσό του 100%. Η αντιψυχωτική πολυφαρμακία υπολογίστηκε με βάση το αριθμό των φαρμακευτικών ουσιών που συνταγογραφήθηκαν στον εκάστοτε συμμετέχοντα, στις περιπτώσεις δηλαδή που οι συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν σε περισσότερες από μια αντιψυχωτική ουσία (Barnes & Paton 2011).

2.3.1. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρωνόταν κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεντεύξεων στην εισαγωγή των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τις εξής μεταβλητές: φύλο, ηλικία, θρησκεία, εθνικότητα, υπηκοότητα, μητρική γλώσσα, επαρχία διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, υπηκοότητα / εθνικότητα συζύγου, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, λήψη δημόσιου βοηθήματος, ΔΜΣ, οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου (ψυχιατρικό οικογενειακό ιστορικό), διάγνωση κατά την εισδοχή (ιατρική διάγνωση), κύρια συμπτώματα κατά την εισδοχή (κύρια συμπτώματα τα οποία οδήγησαν στην παρούσα ακούσια νοσηλεία) και προηγούμενο ιστορικό χρήσης ουσιών (είδος, αριθμός και συχνότητα). Αναφορικά με τον τύπο χρήσης ουσιών τα σχετικά δεδομένα καταγράφηκαν διακρίνοντας τα σε «σκληρές ψυχοδραστικές ουσίες» (κοκαΐνη, ηρωίνη, έκσταση κτλ) και «ελαφριές ψυχοδραστικές ουσίες» (κάνναβη, αλκοόλ, magic mushrooms, κτλ) ουσίες (παράρτημα Ι).

Επίσης, στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν τα δομημένα εργαλεία αξιολόγησης της έντασης συμπτωμάτων άγχους (HAM-A), κατάθλιψης (HDRS), μανίας (YMRS) και ψύχωσης (PANSS), ενώ για την αξιολόγηση των διαταραχών των γνωστικών λειτουργιών χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο MoCA. Για τα εργαλεία αξιολόγησης PANSS, HDRS, YMRS, HARS και MoCA, καθώς και για τον οδηγό αξιολόγησης της κλίμακας PANSS, πραγματοποιήθηκε μετάφραση από τα αγγλικά στα αγγλικά μιας και δεν υπήρχαν προηγουμένως δημοσιευμένα στην ελληνική γλώσσα. Αρχικά, σε πρώτη φάση, δυο επαγγελματίες ψυχικής υγείας (η κύρια ερευνήτρια και η

ψυχίατρος Ε. Μπέλλα) με πιστοποιημένη επάρκεια στην αγγλική γλώσσα μετάφρασαν ανεξάρτητα τα εργαλεία και τον οδηγό αξιολόγησης στα ελληνικά. Στη συνέχεια, σε δεύτερη φάση έγινε σύνθεση των δυο ανεξάρτητων μεταφράσεων σε ένα κοινό αρχείο, κατόπιν ομόφωνης απόφασης.

Κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από φόρμα συναίνεσης, η οποία συμπληρωνόταν από τους θεραπευόμενους μετά από πληροφόρηση κατά το εξιτήριο (παράρτημα II).

2.3.2. Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας της έρευνας

Εξασφάλιση αδειών διεξαγωγής της προτεινόμενης μελέτης.

Η μελέτη εγκρίθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ/ΕΡ/2014/08), την επιτροπή Έρευνας του Υπουργείου Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας (PN: 5.34:01.7.3E), καθώς και από τον επίτροπο προστασίας προσωπικών δεδομένων (5.43.01.7.6 E, PN: 0237 / 2014).

Έπειτα από την πλήρη περιγραφή των στόχων της μελέτης, οι συμμετέχοντες έδιναν γραπτή πληροφορημένη συναίνεση για να συμπεριληφθούν στη μελέτη. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την εθελοντική φύση της συμμετοχής στη μελέτη, την ασφάλεια και την ανωνυμία τους, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτώς μέσω του εντύπου συναίνεσης, για το δικαίωμα τους να εκφράσουν τις καταγγελίες τους σχετικά με τους στόχους και τις διαδικασίες της μελέτης. Όλοι οι ερευνητές που συμμετείχαν στη μελέτη, ήταν εγγεγραμμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ως εκ τούτου υποχρεωμένοι βάσει νόμου να σέβονται το απόρρητο των δεδομένων και την ασφάλεια των ασθενών.

2.3.3. Προστασία συμμετεχόντων

Κάθε φάκελος συλλογής δεδομένων συνοδευόταν από φόρμα συναίνεσης μετά από πληροφόρηση, στην οποία αναφέρονταν ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της έρευνας, η εθελοντική φύση της συμμετοχής, η ασφάλεια και η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Η συναίνεση των πιθανών συμμετεχόντων, ώστε τα δεδομένα αξιολόγησης κατά την εισαγωγή τους να

συμπεριληφθούν στην παρούσα μελέτη εξασφαλιζόταν κατά το εξιτήριο, δεδομένου ότι είχε επιτευχθεί ικανοποιητικού βαθμού εναισθησία. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν προφορικά και γραπτά σχετικά με τη δυνατότητα έκφρασης παραπόνων ή καταγγελιών αναφορικά με τους στόχους και τις διαδικασίες της μελέτης. Η λήψη γραπτής συγκατάθεσης γινόταν εφόσον ο θεραπεύομενος/η αποκτούσε ικανοποιητικό βαθμό εναισθησίας, και η διαδικασία διαρκούσε περίπου 15 λεπτά. Η συγκατάθεση λαμβανόταν ακριβώς πριν από το εξιτήριο του θεραπευομένου. Ο βαθμός εναισθησίας αξιολογήθηκε βάσει του βαθμού στον οποίο ο πάσχων αντιλαμβανόταν την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του στην παρούσα φάση και την ανάγκη λήψης θεραπείας (American Psychiatric Association 2014). Για τα άτομα που δεν γνώριζαν Ελληνικά κλήθηκε διερμηνέας (4,2% του δείγματος).

2.3.4. Καταγραφή παραπόνων και καταγγελιών

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά σχετικά με τη δυνατότητα έκφρασης παραπόνων ή καταγγελιών ως προς τους στόχους και τις διαδικασίες της μελέτης. Συγκεκριμένα, στη φόρμα συναίνεσης μετά από πληροφόρηση υπήρχε σχετική αναφορά για την Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων Ασθενών.

2.3.5. Προστασία προσωπικών δεδομένων

Όλοι οι εμπλεκόμενοι ερευνητές στην προτεινόμενη έρευνα ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μέλη εγγεγραμμένα στα αντίστοιχα επαγγελματικά μητρώα, και επομένως θεσμικά/νομικά υπόχρεα να τηρούν το απόρρητο των δεδομένων. Η μηχανογράφηση των δεδομένων διεξάχθηκε αποκλειστικά από την κύρια ερευνήτρια με πλήρη εχεμύθεια.

2.3.6. Στατιστικές δοκιμασίες – Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και το στατιστικό εργαλείο SPSS 19.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL version 20.00). Καταγράφηκαν η μέση τιμή (MT) και η τυπική απόκλιση (TA) των συνεχών

μεταβλητών, καθώς και η συχνότητα των κατηγορικών μεταβλητών. Για τις διαφορές μεταξύ ομάδων χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές (t-test, ANOVA) και μη παραμετρικές δοκιμασίες (χ^2). Για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες, η στατιστικά σημαντική συσχέτιση ορίστηκε με βάση τις τιμές $p \leq 0.05$. Ο δείκτης εσωτερικής εγκυρότητας γνωστών ομάδων αξιολογήθηκε με βάση την δοκιμασία συντελεστή συσχέτισης Pearson-r. Οι δοκιμασίες πολυπαραγοντικής και λογιστικής παλινδρόμησης (Forward stepwise analysis) χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ μεταβλητών. Για τον έλεγχο των ανεξάρτητων δειγμάτων των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση Kruskal-Wallis. Οι δοκιμασίες πολυπαραγοντικής και λογιστικής παλινδρόμησης (Forward stepwise analysis) χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ μεταβλητών. Περαιτέρω, εφαρμόστηκαν μοντέλα πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression models) (και τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95%) για της συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία, για όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού μεταβλητών, εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με στόχο την επιλογή των μεταβλητών που σχετίζονται με την ακούσια επανεισδοχή και τις συμπεριφορές υγείας των συμμετεχόντων (πχ. σκληρή / ελαφριά χρήση ψυχοδραστικών ουσιών) ελέγχοντας με αυτό τον τρόπο την πιθανή ύπαρξη συγχυτικών παραγόντων οι οποίοι πιθανόν να επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα του μοντέλου αυτού. Για όλες τις στατιστικές αναλύσεις, εφαρμόστηκε το μοντέλο πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης, όπου τιμές $p \leq 0.01$ θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Για τον έλεγχο μετρικών χαρακτηριστικών των εργαλείων αξιολόγησης, πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής με τον δείκτη Cronbach's alpha και έλεγχος εγκυρότητας μεταξύ γνωστών ομάδων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

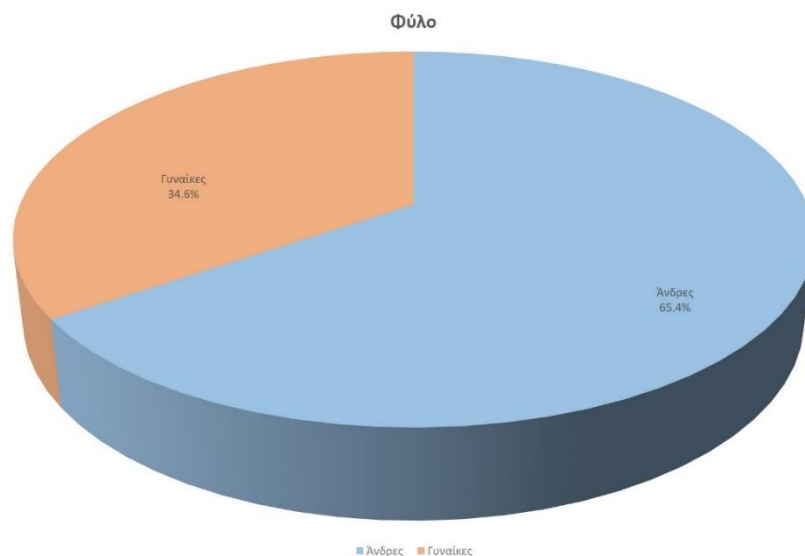
4. Αποτελέσματα

4.1. Περιγραφή κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

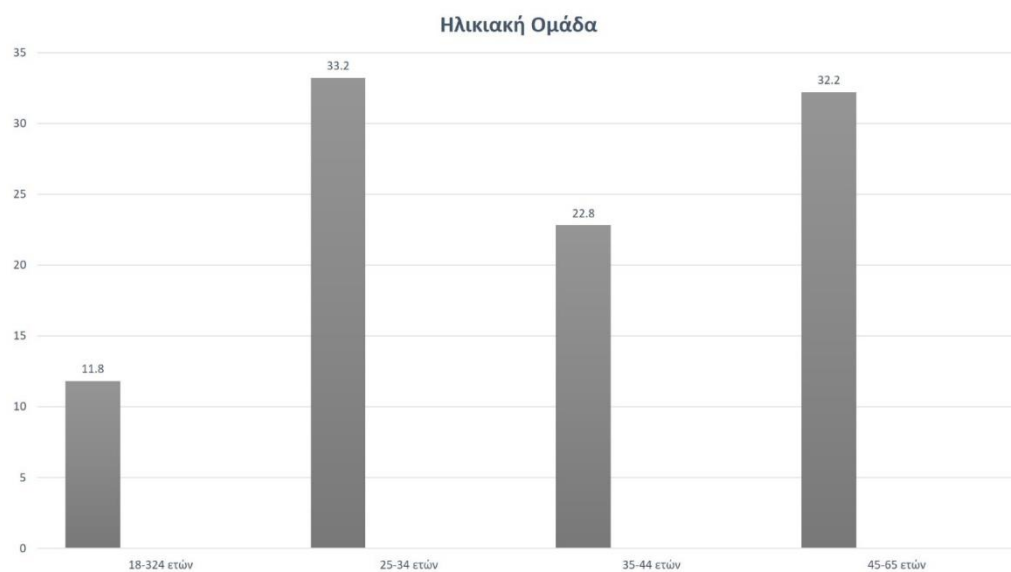
4.1.1. Κοινωνικο-δημογραφικά και χαρακτηριστικά συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθηκαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (n=482)

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

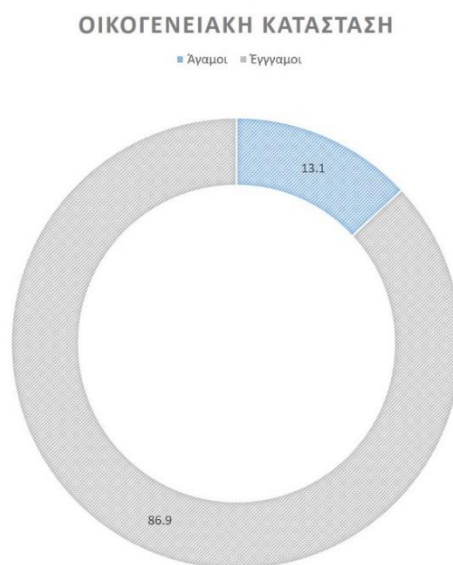
Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 482 περιπτώσεις (315 άνδρες, 167 γυναίκες) με την πλειοψηφία του δείγματος να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 35-65 ετών (55%). 46.9% είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ, ενώ 29% ήταν υπέρβαροι. Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν Ελληνο-κύπριοι (74.5%). 86.9% των συμμετεχόντων ήταν ανύπαντροι. 24.9% από αυτούς ήταν κάτοχοι τριτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης, ενώ 40.9% από αυτούς είχαν ολοκληρώσει την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι από αυτούς ήταν άνεργοι (77.5%) (πίνακας 1).



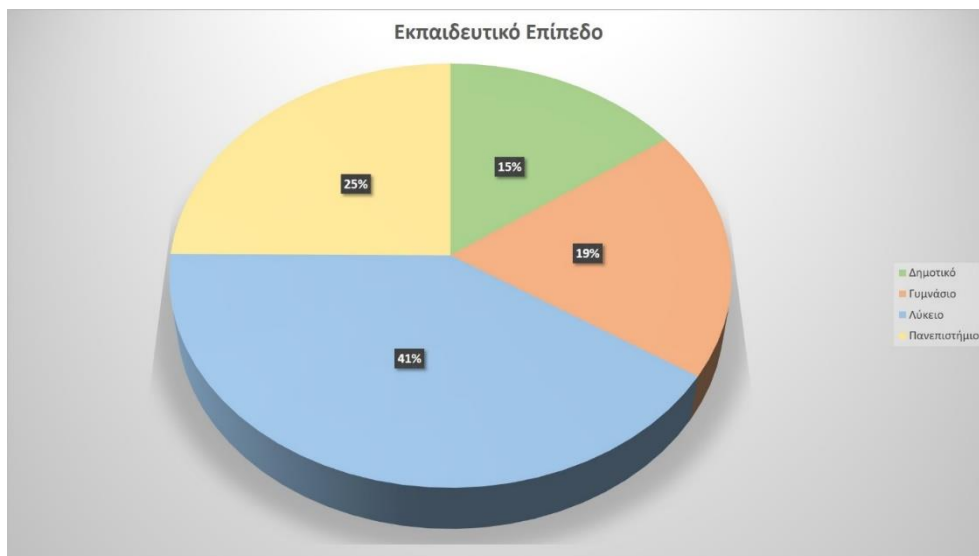
Γράφημα 1: Η αντιπροσώπευση των συμμετεχόντων με βάση το φύλο



Γράφημα 2: Η αντιπροσώπηση των συμμετεχόντων με βάση την ηλικιακή ομάδα



Γράφημα 3: Η αντιπροσώπηση των συμμετεχόντων με βάση την οικογενειακή κατάσταση



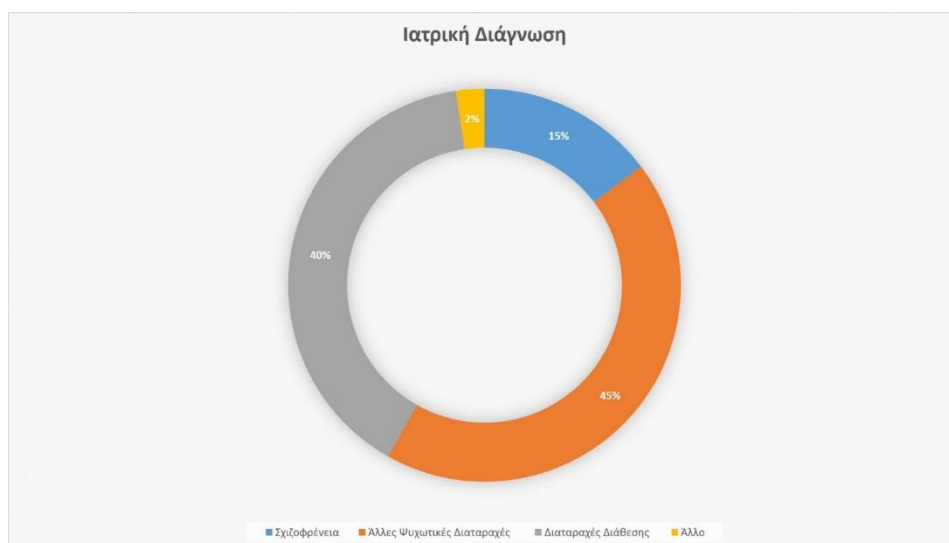
Γράφημα 4: Η κατανομή των συμμετεχόντων με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο

Κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία (n=482)

Η πιο συχνή ιατρική διάγνωση που παρατηρήθηκε ανάμεσα στο δείγμα (n=482) ήταν αυτή της σχιζοφρένειας ή άλλης συναφούς ψυχωτικής διαταραχής (74.9%). Η κυριότερη αιτία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία ήταν η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά (n=232). 41.3% του δείγματος εισήχθηκε ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία εξαιτίας της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας), ενώ 10.6% του δείγματος εισήχθηκε ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία εξαιτίας της αυτόκτονικής συμπεριφοράς. Επισημάνεται ότι 58.5% του δείγματος ανέφερε διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και 22.8% χρήση ουσιών μερικές εβδομάδες πριν την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία. Ωστόσο η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και η χρήση ουσιών αποτέλεσαν συνυπάρχοντες παράγοντες και όχι αιτία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία.

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (59.3%) ανέφεραν ιστορικό προηγούμενης ακούσιας νοσηλείας στο ΝΑ., ενώ 195 (40.7%) από αυτούς, νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά στο Ν.Α. Περαιτέρω, 25.1% των συμμετεχόντων

ανάφεραν ότι το συγκεκριμένο επεισόδιο το οποίο οδήγησε σε ακούσια νοσηλεία ήταν το πρώτο γνωστό διαγνωσμένο επεισόδιο. Επιπρόθετα, 74.9% του δείγματος ανέφερε θετικό ατομικό ιστορικό NN/NB συμπτωματολογίας. 212 συμμετέχοντες (44%) ανέφεραν θετικό ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών, και από αυτούς, 46.6% ανέφεραν χρήση πέραν της μιας ουσίας (πολυχρήση). Τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, περιγράφονται αναλυτικότερα στους πίνακες 1a, 1b και 1c.



Γράφημα 5: Η αντιπροσώπευση των συμμετεχόντων με βάση την ιατρική διάγνωση κατά την ακούσια εισαγωγή

4.1.2. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (individuals) (n=406)

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 406 συμμετέχοντες (262 άνδρες, 144 γυναίκες) με την πλειοψηφία του δείγματος να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 45-65 ετών (33%) και την ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών (31.8%). Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν Ελληνο-κύπριοι (72.4%), μιλούσαν ελληνικά (82%) και δήλωναν ως θρήσκευμα «Χριστιανοί Ορθόδοξοι» (81.3%). 86.2% των συμμετεχόντων ήταν ανύπαντροι, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς διέμεναν στην επαρχία Λευκωσίας (38.4%). 24.9% από αυτούς ήταν κάτοχοι τριτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης, ενώ 39.9% από αυτούς είχαν ολοκληρώσει την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι από αυτούς ήταν άνεργοι (77.6%) ενώ μόνο οι μισοί από αυτούς ήταν λήπτες δημόσιου οικονομικού βοηθήματος (49.5%). Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται αναλυτικά η σύγκριση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της παρούσας μελέτης και των χαρακτηριστικών του γενικού πληθυσμού σύμφωνα με την πιο πρόσφατη απογραφή που πραγματοποιήθηκε στην Κυπριακή δημοκρατία (Cyprus National Service for Statistics 2018). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη σύγκριση, το δείγμα των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη συνάδει με το δείγμα της μελέτης απογραφής του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί μερικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι άνεργοι άνδρες, κατώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης συχνότερα νοσηλεύονται ακούσια για υποχρεωτική θεραπεία στο ΝΑ σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (πίνακας 2).

Κλινικά Χαρακτηριστικά Δείγματος και Συμπεριφορές σχετιζόμενες με την Υγεία

Η πιο συχνή ιατρική διάγνωση που παρατηρήθηκε ανάμεσα στο δείγμα (n=406) ήταν αυτή της σχιζοφρένειας ή άλλης συναφούς ψυχωτικής διαταραχής (86.4%). Η κυριότερη αιτία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία ήταν η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά (n=191). 43.1% του δείγματος εισήχθηκε ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία εξαιτίας της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας), ενώ 9.9% του δείγματος εισήχθηκε ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία εξαιτίας της αυτόκτονικής συμπεριφοράς. Επισημαίνεται ότι 57.1% του δείγματος ανέφερε διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και 21.9% χρήση ουσιών μερικές εβδομάδες πριν την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία. Ωστόσο η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και η χρήση ουσιών αποτέλεσαν συνυπάρχοντες παράγοντες και όχι αιτίες ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία.

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (52%) ανέφεραν ιστορικό προηγούμενης ακούσιας νοσηλείας στο ΝΑ, ενώ 195 (48%) από αυτούς είχαν νοσηλευτεί για πρώτη φορά στο ΝΑ. Περαιτέρω, 29.3% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι το συγκεκριμένο επεισόδιο το οποίο οδήγησε σε ακούσια νοσηλεία ήταν το πρώτο γνωστό διαγνωσμένο επεισόδιο. Επιπρόσθετα, 70.7% του δείγματος ανέφερε θετικό ατομικό ιστορικό NN/NB συμπτωματολογίας, ενώ 42.1% των

συμμετεχόντων ανέφερε θετικό οικογενειακό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ. Η πιο συχνή διάγνωση η οποία αναφερόταν σε σχέση με το θετικό οικογενειακό ιστορικό ήταν αυτή της σχιζοφρένειας ή άλλης συναφούς ψυχωτικής διαταραχής (18.2%) (Πίνακας 2c).

Επιπλέον, 174 συμμετέχοντες (42.8%) ανέφεραν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών (σε παρόν ή παρελθοντικό στάδιο). Από αυτούς 46.6% ανέφεραν χρήση πέραν της μιας ουσίας (πολυχρήση). Επιπρόσθετα, σχεδόν οι μισοί από αυτούς που είχαν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, έκαναν χρήση καθημερινά (51.7%), ενώ περίπου 3 στους 4 πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης (72.4%). Περαιτέρω, 51.7% της συγκεκριμένης ομάδας των συμμετεχόντων ανέφεραν χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών πχ. Κοκαΐνης, ηρωίνης ή έκστασης. Τα δεδομένα της συγκεκριμένης ομάδας συμμετεχόντων παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2b.

Οι περισσότερες εισδοχές / επανεισδοχές έγιναν το χειμώνα (32%) ή το καλοκαίρι (23.9%). Ωστόσο κατά την στατιστική ανάλυση με μη παραμετρικές δοκιμασίες (χ^2) καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε ανάμεσα στον αριθμό ακούσιων εισαγωγών και την εποχή εισδοχής των συμμετεχόντων.

4.1.3. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων οι οποίοι επανεισήχθηκαν υπό ακούσια νοσηλεία για υποχρεωτική θεραπεία στο ΝΑ κατά τη χρονική διάρκεια της μελέτης (χρονική περίοδος 14 μηνών)

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Συνολικά 76 συμμετέχοντες (53 άντρες και 23 γυναίκες) επανεισήχθησαν ακούσια εξαιτίας πολλαπλών υποτροπών κατά τη διάρκεια της μελέτης (περίοδος 14 μηνών), με την πλειοψηφία του δείγματος να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών. 90.8% του δείγματος ήταν άγαμοι και 73.6% άνεργοι ενώ οι περισσότεροι ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος.

Οι μισοί από αυτούς ανέφεραν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, ενώ από τους 76 οι 28 ανέφεραν θετικό ιστορικό χρήσης πέραν της μιας ουσίας (πολυχρήση). Η κυριότερη ουσία χρήσης μεταξύ των ατόμων με πολλαπλές υποτροπές κατά τη

διάρκεια της μελέτης ήταν η κάνναβης (n=35), με καθημερινή συχνότητα χρήσης (n=27). 42.1% του δείγματος πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης.

Περισσότεροι από τους μισούς φάνηκε να επαν-εισάγονται ακούσια κατά τη διάρκεια της μελέτης εξαιτίας της διακοπή φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (55.3%), ενώ 21 από αυτούς επανεισήχθησαν ακούσια κατά τη διάρκεια της μελέτης εξαιτίας της χρήσης ουσιών και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Η συχνότερη διάγνωση σε άτομα με πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν αυτή της σχιζοφρένειας (55.3%) ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας (30.3%). Οι περισσότεροι από αυτούς ανέφεραν προηγούμενο ιστορικό πέραν των 15 ετών (51.3%) (πίνακας 3).

4.1.4. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με ιστορικό πολλαπλών ακούσιων επανεισαγωγών για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας στο ΝΑ

Αναφορικά με το δημογραφικό και κλινικό προφίλ της υπο-ομάδας των συμμετεχόντων με θετικό ιστορικό πολλαπλών ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική νοσηλεία (n=211), η συντριπτική πλειοψηφία από αυτούς ήταν Ελληνο-Κύπριοι (85.8%, n=181), άνδρες (66.4%, n=140), ανύπαντροι (89.1%, n=188) και ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 45-65 ετών (37%, n=78). Είχαν ολοκληρώσει την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (39.3%, n=83); ενώ ήταν άνεργοι (83.9%, n=177) και λήπτες δημόσιου βοηθήματος (60.2%). 40.9% της συγκεκριμένης υπο-ομάδας είχαν φυσιολογικό BMI.

Η πιο συχνή διάγνωση κατά την εισδοχή ήταν αυτή της σχιζοφρένειας (56.9%, n=120), συνοδευόμενη από τη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας (19.4%, n=41). Η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν η μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (66.4%, n=140), ενώ παράλληλα στο 20.9% της συγκεκριμένης υπο-ομάδας είχε αναφερθεί αποδιοργανωμένη συμπεριφορά εξαιτίας της λήψης εξαρτησιογόνων ουσιών (n=44). 68.7% του συνολικού δείγματος της υπο-ομάδας αυτής πληρούσαν τα κριτήρια διπλής

διάγνωσης. Περαιτέρω, περίπου 1 στους 5 (21.1%) από αυτούς που επανεισήχθηκαν, ανέφεραν θετικό ιστορικό ατομικό χρήσης πέραν της μιας ουσίας (πολυχρήση).

4.1.5. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείγματος συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθηκαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (n=174)

Η κύρια ουσία χρήσης όπως αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες ήταν η κάνναβη. Η πλειοψηφία από αυτούς που ανέφεραν χρήση κάνναβης ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών (50.4%), ήταν άνδρες, (90.1%), ανύπαντροι (92.3%) και άνεργοι (80.9%). Περαιτέρω, ανέφεραν προηγούμενο θετικό ιστορικό NN/NB συμπτωματολογίας (69.5%), είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια (40.5%) και παρουσίαζαν φυσιολογικό BMI (54.2%). Όπως ήταν αναμενόμενο, η κυριότερη αιτία εισαγωγής ήταν η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της χρήσης ουσιών (60.3%). Περίπου οι μισοί από αυτούς (48.1%) ανέφεραν χρήση κάνναβης σε συνδυασμό με σκληρές ψυχοδραστικές ουσίες.

4.1.6. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με καταθλιπτική συμπτωματολογία (n=44)

Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στο τελικό δείγμα των 44 ατόμων συμπεριλήφθηκαν 21 άνδρες και 23 γυναίκες. Το εύρος ηλικίας τους ήταν 18 έως 65 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 45-65 ετών (38,6%) και 25-34 ετών (36,4%). Η πλειοψηφία ήταν Ελληνοκύπριοι (61,4%). Το 75% δήλωσαν ως θρήσκευμα «Χριστιανός Ορθόδοξος». Η συχνότερη πόλη διαμονής ήταν η Λευκωσία (40,9%) και το 34,1% ανέφεραν ότι είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ωστόσο, το 72,7% ήταν άνεργοι και το 45,5% λάμβαναν οικονομικό βοήθημα από το κράτος. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος ήταν άγαμα (77,3%). Τα 8 στα 10 έγγαμα άτομα ανέφεραν ότι ο σύντροφος/σύζυγος τους ήταν Κύπριος/α. Τα υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σημειώθηκαν κατά τους χειμερινούς μήνες (40,9%). Τα κοινωνικό-δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος αναγράφονται στον Πίνακα 4a.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά (47,7%). Η δεύτερη συχνότερη κύρια αιτία ήταν η αυτοκτονική συμπεριφορά (29,5%), και ακολούθως η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση/ αδυναμία αυτό-φροντίδας) με συνυπάρχουσα διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής (15,9%). Στο 6,8% του δείγματος η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής ήταν η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών, χωρίς όμως να υφίστανται αυτό-καταστροφική ή ετερο-καταστροφική συμπεριφορά. Η συχνότερη κλινική διάγνωση στο δείγμα ήταν η διπολική διαταραχή (59,1%).

Το 75% εισήχθησαν για πρώτη φορά στο ΨΝΑ και το 59,1% (N=26) ανέφεραν προηγούμενο ατομικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Η μέση τιμή ετών νόσησης ήταν 4.36(TA:8.2) [ελάχιστη τιμή: 0 έτη (πρώτο επεισόδιο)-μέγιστη τιμή: 40 έτη]. Το 13.6% του ανέφεραν περισσότερα από 11 έτη νόσησης, 22.7% ανέφεραν 1 έως 10 έτη νόσησης, ενώ για το 63.6 % επρόκειτο για το πρώτο γνωστό επεισόδιο σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Το 54,54% του δείγματος (N=24) ανέφεραν θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής, με συχνότερη διάγνωση διαταραχή διάθεσης (50%) (πίνακας 4c).

Το 38.6% (N=17) ανέφεραν ότι έκαναν χρήση ουσιών και περίπου το 71% αυτών των ατόμων ανέφεραν χρήση μόνο μιας ουσίας. Επίσης, το 88,2% των ατόμων που ανέφεραν χρήση ουσιών πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης. Η κύρια ουσία χρήσης στο δείγμα ήταν το αλκοόλ (52,9%), ενώ ως προς τη συχνότητα χρήσης περίπου οι μισοί ανέφεραν καθημερινή χρήση (52,9%) (Πίνακας 4b). Το 52,3% του δείγματος ανήκε στην ομάδα των υπέρβαρων ατόμων ($\Delta M\Sigma=25-35\text{kg/m}^2$).

4.1.7. Κοινωνικο-Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με μανιακή συμπτωματολογία (n=105)

Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στο τελικό δείγμα 105 ατόμων με μανιακή συμπτωματολογία συμπεριλήφθηκαν 71 άνδρες και 34 γυναίκες. Το εύρος ηλικίας τους ήταν 18 έως 65 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 45-65 ετών (46.7%) και

25-34 ετών (26.7%). Η πλειοψηφία ήταν Ελληνοκύπριοι (78.1%). Το 84.4% δήλωσαν ως θρήσκευμα «Χριστιανός Ορθόδοξος». Η συχνότερη πόλη διαμονής ήταν η Λευκωσία (33.3%) και το 39% ανέφεραν ότι είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ωστόσο, το 73.3% ήταν άνεργοι και το 52.4% λάμβαναν οικονομικό βοήθημα από το κράτος. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος ήταν άγαμα (80%). Τα 1 στα 8 έγγαμα άτομα ανέφεραν ότι ο σύντροφος/σύζυγος τους ήταν Κύπριος/α. Τα υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σημειώθηκαν τους καλοκαιρινούς μήνες (34.3%).

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση/ αδυναμία αυτό-φροντίδας) (61%). Η δεύτερη συχνότερη κύρια αιτία ήταν η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών, χωρίς όμως να υφίστανται αυτό-καταστροφική ή ετερο-καταστροφική συμπεριφορά (24.8%), και ακολούθως η αυτοκαταστροφική / αυτοκτονική συμπεριφορά (5.7%). Στο 4,8% του δείγματος η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής ήταν η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Η συχνότερη κλινική διάγνωση στο δείγμα ήταν η διαταραχές διάθεσης (μανιακό επεισόδιο, διπολική διαταραχή, ουσιοεπαγώμενο μανιακό επεισόδιο (59,1%) (Πίνακας 5α).

Το 63.8% εισάχθηκαν ξανά στο παρελθόν στο ΨΝΑ και το 71.4% (N=75) ανέφεραν προηγούμενο ατομικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Το 27.7% του δείγματος ανέφεραν 1 έως 15 έτη νόσησης, το 72.3% ανέφεραν περισσότερα από 15 χρόνια νόσησης ενώ για το 28.6 % επρόκειτο για το πρώτο γνωστό επεισόδιο σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Το 50.5% του δείγματος (N=53) ανέφεραν θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής, με συχνότερη διάγνωση διαταραχή διάθεσης (28.6%) (Πίνακας 5c).

Το 48.6% (N=51) ανέφεραν ότι έκαναν χρήση ουσιών και περίπου το 60.8% αυτών των ατόμων ανέφεραν χρήση μόνο μιας ουσίας. Επίσης, το 23.6% των ατόμων που ανέφεραν χρήση ουσιών πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης. Η κύρια ουσία χρήσης στο δείγμα ήταν η κάνναβη (66.6%), ενώ ως προς τη συχνότητα χρήσης

περίπου οι μισοί ανέφεραν καθημερινή χρήση (52,0%). Το 38.4% του δείγματος ανήκε στην ομάδα με φυσιολογικό BMI (πίνακας 5b).

4.1.8. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με ψυχωτική συμπτωματολογία (n=358)

Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στο τελικό δείγμα 358 ατόμων με μανιακή συμπτωματολογία συμπεριλήφθηκαν 238 άνδρες και 120 γυναίκες. Το εύρος ηλικίας τους ήταν 18 έως 65 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 25-34 ετών (35.5%) και 45-65 ετών (27.9%). Η πλειοψηφία ήταν Ελληνοκύπριοι (76.3%). Το 84.9% δήλωσαν ως θρήσκευμα «Χριστιανός Ορθόδοξος». Η συχνότερη πόλη διαμονής ήταν η Λευκωσία (40.5%) και το 42.5% ανέφεραν ότι είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ωστόσο, το 80.2% ήταν άνεργοι και το 43.0% λάμβαναν οικονομικό βοήθημα από το κράτος. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος ήταν άγαμα (88.8%). Τα 6 στα 10 έγγαμα άτομα ανέφεραν ότι ο σύντροφος/σύζυγος τους ήταν Κύπριος/α. Τα υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σημειώθηκαν τους χειμερινούς μήνες (26.5%).

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση/ αδυναμία αυτό-φροντίδας) (57.8%). Η δεύτερη συχνότερη κύρια αιτία ήταν η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών, χωρίς όμως να υφίστανται αυτό-καταστροφική ή ετερο-καταστροφική συμπεριφορά (23.2%), και ακολούθως η αυτοκαταστροφική / αυτοκτονική συμπεριφορά (9.8%). Στο 4.5% του δείγματος η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής ήταν η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά ενώ σε 17 από τους συμμετέχοντες η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν η η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση/ αδυναμία αυτό-φροντίδας). Η συχνότερη κλινική διάγνωση στο δείγμα ήταν η σχιζοφρένεια (65.4%) (Πίνακας 6α).

Το 61.5% εισάχθηκαν ξανά στο παρελθόν στο ΨΝΑ και το 77.9% (N=279) ανέφεραν προηγούμενο ατομικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Το 35.2% του

δείγματος ανέφεραν 1 έως 15 έτη νόσησης, το 64.8% ανέφεραν περισσότερα από 15 χρόνια νόσησης ενώ για το 22.1% επρόκειτο για το πρώτο γνωστό επεισόδιο σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Το 42.5% του δείγματος (N=152) ανέφεραν θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής, με συχνότερη διάγνωση τη σχιζοφρένεια ή άλλες συναφή ψυχωτικές διαταραχές (28.6%) (Πίνακας 6c).

Το 46.1% (N=156) ανέφεραν ότι έκαναν χρήση ουσιών και περίπου το 58.3% αυτών των ατόμων ανέφεραν χρήση πέραν της μιας ουσίας. Επίσης, το 71.1% των ατόμων που ανέφεραν χρήση ουσιών πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης. Η κύρια ουσία χρήσης στο δείγμα ήταν η κάνναβη (83.9%), ενώ ως προς τη συχνότητα χρήσης περίπου οι μισοί ανέφεραν καθημερινή χρήση (53.8%) (Πίνακας 6b). Το 47.6% του δείγματος ανήκε στην ομάδα με φυσιολογικό BMI.

4.1.9. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με αυτοκαταστροφική / αυτοκτονική συμπεριφορά κατά την εισαγωγή (n=40)

Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το συνολικό δείγμα της μελέτης ήταν 40 άτομα εκ των οποίων το 80% ήταν άνδρες. 26 άτομα εισήχθησαν ακούσια εξαιτίας απόπειρας αυτοκτονίας (23 άνδρες και 3 γυναίκες) και 14 άτομα (9 άνδρες και 5 γυναίκες) λόγω αυτοκτονικού ιδεασμού. Το 30% του δείγματος ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών. Το 55% του δείγματος είχε νοσηλευτεί για πρώτη φορά στο ΨΝΑ. Οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως Ευρωπαϊκής καταγωγής (λευκή φυλή) (92,5%). Οι περισσότεροι είχαν ελληνοκυπριακή καταγωγή (72,5%) και ανέφεραν ως τόπο διαμονής την επαρχία Λευκωσίας (32,5%) ή την επαρχία Λεμεσού (32, 5%). Το 82,5% του δείγματος δήλωσε ότι ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος ήταν άγαμα (87,5%), ενώ από το 12,5% των εγγάμων η πλειοψηφία των συζύγων τους είχαν κυπριακή εθνικότητα (10%) και Κυπριακή καταγωγή (10%). Το 35% του δείγματος είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε δευτεροβάθμιο επίπεδο (14%), το 90% δήλωσε ότι ήταν άνεργοι, με μόνο το 50% εξ αυτών να λαμβάνουν κάποιο βοήθημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος είχαν μαύρα μάτια (57,5%) και μαύρα μαλλιά (72,5%). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος φαίνονται στον Πίνακα 7a.

Τα περισσότερα άτομα του δείγματος είχαν διπλή διάγνωση κατά την εισαγωγή (50%), και μάλιστα το 65% του δείγματος ανέφεραν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών με κύρια ουσία χρήσης την κάνναβη (73.0%). Επίσης, περίπου τα μισά από τα άτομα με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών (N= 13) ανέφεραν καθημερινή χρήση της ουσίας (Πίνακας 7b).

Αναφορικά με τη συμπτωματολογία κατά την εισαγωγή, παράλληλα με τη συμπεριφορά αυτοκτονίας συνυπήρχε χρήση ουσιών στο 50% του δείγματος, ενώ το 35% του δείγματος είχε διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή το διάστημα πριν την εκδήλωση της συμπεριφοράς αυτοκτονίας.

Το 15% των συμμετεχόντων είχαν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, το 65% με άλλες ψυχωτικές διαταραχές (διαταραχές σκέψης), και συγκεκριμένα παραληρητική διαταραχή, ουσιο- επαγόμενο ψυχωτικό επεισόδιο, ψυχωτικό επεισόδιο, ενώ το 20% είχε διαγνωστεί με διαταραχή διάθεσης. Οι κύριοι τρόποι απόπειρας αυτοκτονίας ήταν η πτώση από ύψους (20%) και η υπερδοσολογία φαρμακευτικής αγωγής ή άλλων ουσιών (20%).

4.1.10. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος στο οποίο πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών (n=306)

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Συνολικά, οι γνωστικές λειτουργίες αξιολογήθηκαν σε 306 συμμετέχοντες από τις 482 ακούσιες εισαγωγές που πραγματοποιήθηκαν. Το δεδομένο αυτό έγγειται στο γεγονός ότι δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή σε όλους τους συμμετέχοντες είτε γιατί η διαδικασία εξειτηρίου γινόταν πριν την διεκπεραίωση της εφαρμογής του εργαλείου, είτε γιατί τα άτομα δεν αποδέχονταν να συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή. Επομένως, το τελικό δείγμα στο οποίο εφαρμόστηκε η δοκιμασία αξιολόγησης γνωστικών λειτουργιών ήταν 306 συμμετέχοντες εκ των οποίων οι 188 ήταν άνδρες και οι 118 ήταν γυναίκες. Το εύρος ηλικίας τους ήταν 18 έως 65 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 45-65 ετών (32.7%) και 25-34 ετών (32.4%). Η πλειοψηφία ήταν Ελληνοκύπριοι (80.1%). Το 89.2% δήλωσαν ως θρήσκευμα «Χριστιανός Ορθόδοξος». Η συχνότερη πόλη

διαμονής ήταν η Λευκωσία (38.2%) και το 39.5% ανέφεραν ότι είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ωστόσο, το 78.1% ήταν άνεργοι και το 45.4% λάμβαναν οικονομικό βοήθημα από το κράτος. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος ήταν άγαμα (80%). Τα 6 στα 10 έγγαμα άτομα ανέφεραν ότι ο σύντροφος/σύζυγος τους ήταν Κύπριος/α. Τα υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σημειώθηκαν τους χειμερινούς μήνες (30.4%) (Πίνακας 8a).

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και η η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση/ αδυναμία αυτό-φροντίδας) (56.2%). Η δεύτερη συχνότερη κύρια αιτία ήταν η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών, χωρίς όμως να υφίστανται αυτό-καταστροφική ή ετερο-καταστροφική συμπεριφορά (22.2%), και ακολούθως η αυτοκαταστροφική / αυτοκτονική συμπεριφορά (10.8%). Στο 7.2% του δείγματος η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής ήταν η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά ενώ 3.6% του δείγματος εισήχθηκε εξαιτίας της απουσίας εναισθησίας και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Η συχνότερη κλινική διάγνωση στο δείγμα ήταν η σχιζοφρένεια (49.91%).

Το 61.8% εισάχθηκαν ξανά στο παρελθόν στο ΨΝΑ και το 76.8% (N=235) ανέφεραν προηγούμενο ατομικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Το 35.3% του δείγματος ανέφεραν 1 έως 15 έτη νόσησης, το 64.8% ανέφεραν περισσότερα από 15 χρόνια νόσησης ενώ για το 23.3% επρόκειτο για το πρώτο γνωστό επεισόδιο σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Το 46.4% του δείγματος (N=142) ανέφεραν θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής, με συχνότερη διάγνωση τη σχιζοφρένεια ή άλλες συναφή ψυχωτικές διαταραχές (39.4%) (Πίνακας 8c).

Το 54.9% (N=138) ανέφεραν ότι έκαναν χρήση ουσιών και περίπου το 51.8% αυτών των ατόμων ανέφεραν χρήση μόνο μιας ουσίας. Επίσης, το 23.4% των ατόμων που ανέφεραν χρήση ουσιών πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης. Η κύρια ουσία χρήσης στο δείγμα ήταν η κάνναβη (79.9%), ενώ ως προς τη συχνότητα χρήσης περίπου οι μισοί ανέφεραν καθημερινή χρήση (53.6%) (Πίνακας 8b). Το 45.5% του δείγματος ανήκε στην ομάδα με φυσιολογικό BMI.

4.1.11. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος στο οποίο δεν πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών (n=176)

Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά

Συνολικά, οι γνωστικές λειτουργίες δεν αξιολογήθηκαν σε 176 συμμετέχοντες, όπου οι 127 ήταν άνδρες και οι 49 ήταν γυναίκες. Το εύρος ηλικίας τους ήταν 18 έως 65 ετών και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 25-34 ετών (34.7%) και 45-65 ετών (31.3%). Η πλειοψηφία ήταν Ελληνοκύπριοι (64.8%). Το 71.6% δήλωσαν ως θρήσκευμα «Χριστιανός Ορθόδοξος». Η συχνότερη πόλη διαμονής ήταν η Λευκωσία (38.6%) και το 42.6% ανέφεραν ότι είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ωστόσο, το 76.1% ήταν άνεργοι και το 54.5% λάμβαναν οικονομικό βοήθημα από το κράτος. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος ήταν άγαμα (83.5%). Τα 65.5% των έγγαμων ατόμων ανέφεραν ότι ο σύντροφος/σύζυγος τους ήταν Κύπριος/α. Τα υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σημειώθηκαν τους φθινοπωρινούς μήνες (29.5%).

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και η η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση/ αδυναμία αυτό-φροντίδας) (50%). Η δεύτερη συχνότερη κύρια αιτία ήταν η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών, χωρίς όμως να υφίστανται αυτό-καταστροφική ή ετερο-καταστροφική συμπεριφορά (23.9%), και ακολούθως η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά (10.8%). Στο 10.2% του δείγματος η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής ήταν αυτοκαταστροφική / αυτοκτονική συμπεριφορά η ενώ 5.1% του δείγματος εισήχθηκε εξαιτίας της απουσίας εναισθησίας και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς. Η συχνότερη κλινική διάγνωση στο δείγμα ήταν η σχιζοφρένεια (48.3%) (Πίνακας 8α).

Το 55.1% εισάχθηκαν ξανά στο παρελθόν στο ΨΝΑ και το 72.7% (N=128) ανέφεραν προηγούμενο ατομικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Το 30.6% του δείγματος ανέφεραν 1 έως 15 έτη νόσησης, το 69.4% ανέφεραν περισσότερα από 15 χρόνια νόσησης ενώ για το 27.3% επρόκειτο για το πρώτο γνωστό επεισόδιο σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Το 29.8% του δείγματος (N=71) ανέφεραν

θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής, με συχνότερη διάγνωση τη σχιζοφρένεια ή άλλες συναφή ψυχωτικές διαταραχές (46.5%) (Πίνακας 8c).

Το 42% (N=74) ανέφεραν ότι έκαναν χρήση ουσιών και περίπου το 57.3% αυτών των ατόμων ανέφεραν χρήση μόνο μιας ουσίας. Επίσης, το 25.7% των ατόμων που ανέφεραν χρήση ουσιών πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης. Η κύρια ουσία χρήσης στο δείγμα ήταν η κάνναβη (74.3%), ενώ ως προς τη συχνότητα χρήσης περίπου οι μισοί ανέφεραν καθημερινή χρήση (56.7%) (Πίνακας 7b). Το 49.7% του δείγματος ανήκε στην ομάδα με φυσιολογικό BMI.

4.1.12. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HDRS (n=44)

Η μέση τιμή (MT) έντασης ΚΣ στην κλίμακα HDRS ήταν 30,72 (ελάχιστη τιμή=8, μέγιστη τιμή=50, TA=10,42). Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν για τις μεταβλητές «τάση για αυτοκτονία» [MT=3,09(TA=1,09)], «καταθλιπτική διάθεση» [MT=2,95 (TA= 1,07)] και «εργασία και ενδιαφέροντα» [MT=2,79 (TA=1,30)] (Πίνακας 3). Οι χαμηλότερες τιμές σημειώθηκαν στις μεταβλητές «εμμονές και ιδεοληψίες» [MT=0,43(TA=0,75)] και «ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων» [MT= 0,75, (TA= 0,71)] (Πίνακας 9a). Κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής / αξιοπιστίας της κλίμακας, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α =0.837) (Πίνακας 9b).

4.1.13. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας PANSS και των υποκλίμακων θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας (n=482)

Η MT έντασης ψυχωτικών συμπτωμάτων στην κλίμακα PANSS ήταν 100.94 (ελάχιστη τιμή=41, μέγιστη τιμή=168.00, TA=25.82). Η μέση τιμή του συνολικού σκορ της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων ήταν 29.32 (ελάχιστη τιμή=7, μέγιστη τιμή=46, TA=9.17), της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων ήταν 21.03 (ελάχιστη τιμή=7, μέγιστη τιμή=46.00, TA=9.34) και της υποκλίμακας γενικών συμπτωμάτων ήταν 50.59 (ελάχιστη τιμή=24, μέγιστη τιμή=88.00, TA=12.12). Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν για τις μεταβλητές

«Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας» [MT=5.58(TA=1.46)], «Παραληρητικές ιδέες» [MT=5.50 (TA= 1.71)] και «Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως» [MT=5.01 (TA=1.77)] (Πίνακας). Οι χαμηλότερες τιμές σημειώθηκαν στις μεταβλητές «Αισθήματα Ενοχής» [MT=1.39(TA=1.39)], «Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί» [MT= 1.98, (TA= 1.26)] και «Ψυχοκινητική Επιβράδυνση» [MT= 1.81, (TA= 1.41)] (Πίνακας 10a). Κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής / αξιοπιστίας της κλίμακας, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α = 0.899) (Πίνακας 10a).

4.1.14. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας YMRS (n=105)

Η MT έντασης μανιακών συμπτωμάτων στην κλίμακα YMRS ήταν 44.01 (ελάχιστη τιμή=12, μέγιστη τιμή=57, TA=8.41). Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν για τις μεταβλητές «Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης» [MT=6.55(TA=1.99)], «Ρυθμός και ποιότητα λόγου» [MT=5.82 (TA= 1.68)] και «Ευερεθιστότητα» [MT=5.52 (TA=1.62)] (Πίνακας 11a). Οι χαμηλότερες τιμές σημειώθηκαν στις μεταβλητές «Εμφάνιση» [MT=2.20(TA=1.06)], «Σεξουαλικό ενδιαφέρον» [MT= 2.79, (TA= 1.10)] και «Διαταραχές ύπνου» [MT= 2.88, (TA= 1.01)] (Πίνακας). Κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής / αξιοπιστίας της κλίμακας, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α = 0.803) (Πίνακας 11b).

4.1.15. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HARS (n=482)

Η MT έντασης αγχωδών συμπτωμάτων στην κλίμακα HARS ήταν 19.37 (ελάχιστη τιμή=0, μέγιστη τιμή=43, TA=8.30). Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν για τις μεταβλητές «Αίσθημα ανησυχίας, αναμονή επικείμενης συμφοράς, ακαθόριστου φόβου, ευερεθιστότητα» [MT=2.97 (TA=1.02)], «Αίσθημα υπερέντασης και αδυναμίας παραμονής στην ίδια θέση, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, ξάφνιασμα-τρόμος, εκρήξεις κλάματος» [MT=2.58 (TA= 1.20)] και «Δυσκολία έλευσης ύπνου, διακεκομμένος-ανήσυχος ύπνος, εφιάλτες, ξάφνιασμα-

τίναγμα στον ύπνο, έγερση με αίσθημα κόπωσης» [MT=2.38 (TA=1.31)] (Πίνακας 12a). Οι χαμηλότερες τιμές σημειώθηκαν στις μεταβλητές «Φόβος για το πλήθος, το σκοτάδι, τα μεγάλα ζώα, νοσοφοβία, τη μοναξιά, την πολυκοσμία» [MT=0.76(TA=1.18)], «Συχνουρία, έπειξη ούρησης, διαταραχές εμμήνου ρύσεως, δυσμηνόρροια, αμηνόρροια, πολυουρία, μειωμένη libido, πρόωπη εκσπερμάτωση, ανικανότητα, διαταραχές στύσης» [MT=0.85, (TA=1.24)] και «Μυϊκοί πόνοι, δυσκαμψία, τινάγματα, τριγμός δοντιών, ασταθής φωνή» [MT= 0.98, (TA= 1.15)] (Πίνακας). Κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής / αξιοπιστίας της κλίμακας, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α = 0.835) (Πίνακας 12b).

4.1.16. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας MoCA (n=306)

Η MT έντασης γνωστικών λειτουργιών στην κλίμακα MoCA ήταν 22.09 (ελάχιστη τιμή=3, μέγιστη τιμή=30, TA=5.24). Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν για τις μεταβλητές «Προσανατολισμός» [MT=5.51 (TA=1.01)], «Κατονομασία» [MT=2.77 (TA= 0.49)] και «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού» [MT=2.46 (TA=0.83)] (Πίνακας). Οι χαμηλότερες τιμές σημειώθηκαν στις μεταβλητές «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου» [MT=0.50 (TA=0.50)], «Λεκτική ευχέρεια» [MT=.51, (TA= 0.50)] και «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση» [MT= 0.59, (TA= 0.49)] (Πίνακας 13a). Κατά την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής / αξιοπιστίας της κλίμακας, παρατηρήθηκε υψηλός δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's α = 0.757) (Πίνακας 13b).

4.1.17. Κατανομή δείγματος ως προς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή και τη προγραμματισμένη συνταγογραφούμενη αγωγή, συχνότητας συνταγογράφησης των καθορισμένων φαρμακευτικών ουσιών στο πλαίσιο υποχρεωτική θεραπείας σε πάσχοντες υπό ακούσια νοσηλεία και συχνότητα συνταγογράφησης σε σχέση με την ιατρική διάγνωση (n=482)

Συνολικά, αντιψυχωτική αγωγή από του στόματος είχε συνταγογραφηθεί σε 473 συμμετέχοντες (87.6%) (Διάγραμμα 2). Η πιο συχνά συνταγογραφούμενη

αντιψυχωτική αγωγή ήταν τα άτυπα αντιψυχωτικά όπως Αμισουλπρίδη, Ολανζαπίνη, Ρισπεριδόνη, Κουετιαπίνη, Παλιμπεριδόνη, Ζιπρασιδονη και Ασenaπίνη (n=346, 71.8%), ενώ κλασσικά αντιψυχωτικά όπως Αλοπεριδόλη, Χλωροπρομαζίνη, Φλουφenaζίνη και Φλουπερονόλη, είχαν συνταγογραφηθεί στο 29.5% του συνολικού δείγματος (n=142). Ενέσιμες αγωγές βραδείας αποδέσμευσης είχε συνταγογραφηθεί σε 18 συμμετέχοντες (3.7% of 582), με τη Ζουκλοπενθιζόλη (n=13) και την Αλοπεριδόλη (n=3) να είναι οι πιο συχνά συνταγογραφούμενες ουσίες. Συγχρόνως, μόνο το 1.0% του δείγματος συνταγογραφήθηκε Βρωμοκρυπτίνη. 119 συμμετέχοντες (24.7%) είχαν συνταγογραφηθεί με αντιχολινεργική αγωγή.

Σε 50 συμμετέχοντες (10.4%) συνταγογραφήθηκε αντι-καταθλιπτική αγωγή (SSRIs, SNRIs, NaSSA). 9.5% του δείγματος συνταγογραφήθηκε με σταθεροποιητές διάθεσης, μεταξύ των οποίων μόνο ένα άτομο λάμβανε λίθιο. 53.5% του δείγματος (258 από τους 482 συμμετέχοντες) είχαν συνταγογραφηθεί με βενζοδιαζεπίνες, ενώ μόνο 2.5% (12 από τους 482 συμμετέχοντες) συνταγογραφήθηκαν με ηρεμιστική ή υπναγωγή φαρμακευτική αγωγή.

60 από τους 482 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν σε άμεσα χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (stat optional dose) για την άμεση διαχείριση της οξείας φάσης των συμπτωμάτων κατά τη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής από τους οποίους οι 45 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτική αγωγή και οι 15 σε βενζοδιαζεπίνες.

Αναφορικά με την «κατ' επίκληση» συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή, 473 από τους συμμετέχοντες (οι 98.1%) συνταγογραφήθηκαν σε ενδομυϊκή ή από του στόματος αγωγή. 440 από τους 473 συνταγογραφήθηκαν με αντιψυχωτική αγωγή και 438 με αντιχολινεργική. 351 συμμετέχοντες είχαν συνταγογραφηθεί με βενζοδιαζεπίνες και 91 συμμετέχοντες με ηρεμιστική ή υπναγωγή φαρμακευτική αγωγή. 306 από τους 482 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν με Προμεθιαζίνη (63.5%). 27 από τους 473 συμμετέχοντες τέθηκαν μόνο σε «κατ' επίκληση» φαρμακευτική αγωγή (Πίνακας 14α).

4.1.18. Συνολικός αριθμός συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής ουσίας σε σχέση με τη συχνότητα ιατρικής διάγνωσης στο συνολικό δείγμα (n=482)

Από τους 235 συμμετέχοντες με τη διάγνωση σχιζοφρένειας, οι 213 (90.6% από 235) τέθηκαν σε αντιψυχωτική αγωγή, εκ των οποίων 81 συνταγογραφήθηκαν με αντιψυχωτικά 1^{ης} γενιάς και 168 με αντιψυχωτικά 2^{ης} γενιάς. 224 συμμετέχοντες με τη διάγνωση σχιζοφρένειας τέθηκαν σε φαρμακευτική «κατ' επίκληση» αγωγή με αντιψυχωτικά (95.3%), 173 με βενζοδιαζεπίνες (73.6%) και 156 με Προμεθιαζίνη (66.4%) ενδομυϊκά ή από του στόματος (n=235). Από τους 235, οι 89 τέθηκαν σε αντιχολινεργική αγωγή. 14 από αυτούς συνταγογραφήθηκαν σε ενέσιμο βραδείας αποδέσμευσης. 3.8% των ατόμων με διάγνωση σχιζοφρένειας συνταγογραφήθηκαν με αντι-καταθλιπτική αγωγή, 7.2% με σταθεροποιητές διάθεσης, 34% με βενζοδιαζεπίνες και 1.3% με ηρεμιστική / υπναγωγή φαρμακευτική αγωγή (n=235).

126 από τους συμμετέχοντες οι οποίοι διαγνώστηκαν με ψυχωτικό επεισόδιο, οι 113 (89.7%) τέθηκαν αντιψυχωτική αγωγή, εκ των οποίων 28 συνταγογραφήθηκαν με 1^{ης} γενιάς αντιψυχωτικά και οι 73 σε αντιψυχωτικά 2^{ης} γενιάς. 117 συμμετέχοντες με τη διάγνωση ψυχωτικού επεισοδίου τέθηκαν σε φαρμακευτική «κατ' επίκληση» αγωγή με αντιψυχωτικά (92.9%), 91 με βενζοδιαζεπίνες (72.2%) και 78 με Προμεθιαζίνη (61.8%) ενδομυϊκά ή από του στόματος (n=126). 22 από αυτούς τέθηκαν σε αντιχολινεργική αγωγή. 7.9% των συμμετεχόντων με τη διάγνωση ψυχωτικού επεισοδίου τέθηκαν σε αντικαταθλιπτική αγωγή, 7.9% σε σταθεροποιητές διάθεσης και 48.8% συνταγογραφήθηκαν με βενζοδιαζεπίνες (n=126).

79.8% των συμμετεχόντων οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με διαταραχές διάθεσης (n=114) τέθηκαν σε αντιψυχωτική αγωγή, εκ των οποίων 28 συνταγογραφήθηκαν με 1^{ης} γενιάς αντιψυχωτική αγωγή και 72 με 2^{ης} γενιάς αντιψυχωτική αγωγή. 95 συμμετέχοντες με τη διάγνωση διαταραχών διάθεσης τέθηκαν σε φαρμακευτική «κατ' επίκληση» αγωγή με αντιψυχωτικά (93.3%), 85 με βενζοδιαζεπίνες (74.6%) και 69 με Προμεθιαζίνη (60.5%) ενδομυϊκά ή από του στόματος (n=114). 26.3% τέθηκαν σε αντικαταθλιπτική αγωγή ενώ 14.9% από αυτούς τέθηκαν σε σταθεροποιητές διάθεσης (n=114). 77 από τους 114 (67.5%) συνταγογραφήθηκαν με βενζοδιαζεπίνες (Πίνακας 14b).

Στο 25% του δείγματος με ΚΣ χορηγήθηκε συνδυασμός αντιψυχωτικής και αγχολυτικής αγωγής, ενώ στο 20,45% συνδυασμός αντικαταθλιπτικής και αγχολυτικής αγωγής. Στο 11.36% του δείγματος με ΚΣ δεν συνταγογραφήθηκε συστηματική φαρμακευτική αγωγή, παρά μόνο κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή (PRN).

4.1.19. Συνταγογράφηση πολυφαρμακίας και υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής στο συνολικό δείγμα

Συνολικά, κατά την αξιολόγηση πολυφαρμακίας ανάμεσα στους συμμετέχοντες, σε πρώτη φάση έγινε υπολογισμός της συχνότητας πολυφαρμακίας χωρίς τη συμπερίληψη της «κατ' επίκληση» αντιψυχωτικής αγωγής, όπου από τους 422 συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν συνταγογραφηθεί σε αντιψυχωτική αγωγή σε τακτική βάση, 395 (94.4%) λάμβαναν μόνο ένα αντιψυχωτικό, ενώ 27 από αυτούς (5.6%) λάμβαναν πέραν του ενός αντιψυχωτικού. Έπειτα, σε 2^η φάση, κατά τον υπολογισμό της συχνότητας πολυφαρμακίας συμπεριλαμβανομένου και της «κατ' επίκληση» αντιψυχωτικής αγωγής, 160 συμμετέχοντες (33.2%) πληρούσα το κριτήριο της πολυφαρμακίας (n=482).

Αναφορικά με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής, στην πρώτη φάση, κατά τον υπολογισμό της συχνότητας χωρίς τη συμπερίληψη της «κατ' επίκληση» αντιψυχωτικής αγωγής (mindose=0, maxdose=1520, mean=157.44, SD=309.07), 27.2% (n=131 από τους 482) του δείγματος παρουσίαζε υψηλά χορηγούμενη δόση αντιψυχωτικής αγωγής (δόση υψηλότερης του 100%). Έπειτα, στη δεύτερη φάση ανάλυσης συχνοτήτων, όπου συμπεριλήφθηκε και η «κατ' επίκληση» αντιψυχωτική αγωγή (mindose=0, maxdose=1640, mean=194.81, SD=311.81), 39.2% των συμμετεχόντων πληρούσε το κριτήριο υψηλά χορηγούμενης δόσης αντιψυχωτικής αγωγής (n=189 από τους 482).

4.2. Διαφορές μεταξύ των ομάδων του δείγματος

4.2.1. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά (συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία) και τα

δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος των περιπτώσεων που εισήχθηκαν για ακούσια νοσηλεία (cases) (n=482)

Αναφορικά με το φύλο, οι άνδρες πραγματοποιούσαν συχνότερα ακούσιες νοσηλείες εξαιτίας της χρήσης ουσιών σε συνδυασμό με την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά συγκριτικά με τις γυναίκες (32.1% vs. 5.4%, αντίστοιχα, $p<0.001$), καθώς οι γυναίκες φάνηκε να νοσηλεύονται συχνότερα εξαιτίας της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους άνδρες (70.1% vs. 45.4%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Περαιτέρω, οι άνδρες ανέφεραν συχνότερα θετικό ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών συγκριτικά με τις γυναίκες (60.0% vs. 13.8%, αντίστοιχα, $p<0.0001$).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και το ιστορικό νοσηλείας, φάνηκε ότι τα ανύπαντρα άτομα παρουσίαζαν συχνότερα θετικό ιστορικό ακούσιων νοσηλειών σε συγκριτικά με τους παντρεμένους (61.3% vs. 46.0%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Παράλληλα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και τη διάγνωση, με τα ανύπαντρα άτομα να πληρούν συχνότερα τα κριτήρια για τη διάγνωση σχιζοφρένεια σε σχέση με τους παντρεμένους (50.6% έναντι 36.5%, $p=0.039$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα το φύλο και των κλινικών χαρακτηριστικών. Συγκεκριμένα, άτομα που άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 36-65 ετών συχνότερα ανέφεραν θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ συγκριτικά με αυτούς που άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 18-34 ετών (83.0% έναντι 65.0%, $p<0.0001$). Παράλληλα, συχνότερα ανέφεραν θετικό ιστορικό προηγούμενων εισαγωγών άτομα τα οποία άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 36-65 ετών σε σχέση με αυτούς που άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 18-34 ετών (63.8% έναντι 53.9%, $p=0.018$). Τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 36-65 ετών, συχνότερα ανέφεραν αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών, συγκριτικά με άτομα της ηλικιακής ομάδας των 18-35 ετών οι οποίοι ανέφεραν συχνότερα θετικό ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών (69.4% έναντι 60.4%, $p<0.0001$). Επιπρόσθετα, άτομα συχνότερα πληρούσαν τα κριτήρια για την ιατρική διάγνωση «σχιζοφρένεια», άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 36-65 ετών (51.1% έναντι 44.7%, $p<0.0001$), ενώ άτομα τα οποία άνηκαν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα,

πραγματοποιούσαν συχνότερα ακούσιες νοσηλείες εξαιτίας της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους, συγκριτικά με αυτούς που άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 18-35 ετών (67.5% έναντι 37.3%, $p<0.0001$).

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, φάνηκε ότι τα άνεργα άτομα ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία, συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν, (76.9% vs. 67.9%, αντίστοιχα, $p=0.055$). Περαιτέρω, τα άνεργα άτομα ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών (63.0% έναντι 46.8%, $p=0.002$) και πληρούσαν συχνότερα τα κριτήρια σχιζοφρένειας (52.2% έναντι 35.8%, αντίστοιχα, $p=0.003$). Ως εκ τούτου, εργαζόμενα άτομα πληρούσαν συχνότερα τη διάγνωση των διαταραχών διάθεσης (35.2% vs. 22.4, αντίστοιχα, $p=0.015$). Επιπρόσθετα, τα άνεργα άτομα συχνότερα νοσηλεύονταν ακούσια της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (15.4% vs. 7.9%, αντίστοιχα, $p=0.034$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ως κύριο σύμπτωμα κατά τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας, με τα άνεργα άτομα να παρουσιάζουν συχνότερα το σύμπτωμα αυτό συγκριτικά με τους εργαζόμενους συμμετέχοντες (8.8% vs. 3.8%, αντίστοιχα, $p=0.053$). Σε αντίθεση με το δεδομένο αυτό, οι άνεργοι συμμετέχοντες συχνότερα νοσηλεύονταν ακούσια εξαιτίας αυτοκτονικής συμπεριφοράς συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν (55.0% έναντι 50.5%, $p=0.042$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και το θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ, και το ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών. Πιο συγκεκριμένα, συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν κάτοχοι ανώτερου δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης, ανέφεραν ανάφεραν συχνότερα θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες (43.7% vs. 5.9% και 26.8% και 33.6%, $p=0.001$). Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών συγκριτικά με τους υπόλοιπους (83.8% και 55.4% vs. 59.7% και 46.7%, $p<0.0001$).

Σε σχέση με την εθνικότητα, όμοια με παραπάνω, οι Ελληνο-Κύπριοι ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ σε σχέση με τους μη Ελληνο-Κύπριους, (79.9% vs. 60.2%, αντίστοιχα, $p<0.0001$), καθώς και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς το θετικό ιστορικό προηγούμενων νοσηλείων, με τους άνδρες να αναφέρουν συχνότερα προηγούμενο ιστορικό ακούσιας νοσηλείας συγκριτικά με τις γυναίκες (68.2% vs. 33.3%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Περαιτέρω, οι Ελληνο-Κύπριοι, πραγματοποιούσαν συχνότερα ακούσιες νοσηλείες εξαιτίας της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους μη Ελληνο-Κύπριους (55.4% vs 49.6%, $p=0.021$). Τα δεδομένα αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 15.

4.2.2. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (cases) (n=406)

Αναφορικά με το φύλο, οι άνδρες πραγματοποιούσαν συχνότερα ακούσιες νοσηλείες εξαιτίας της χρήσης ουσιών σε συνδυασμό με την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά συγκριτικά με τις γυναίκες (31.3% vs. 4.9%, αντίστοιχα, $p<0.001$), καθώς οι γυναίκες φάνηκε να νοσηλεύονται συχνότερα εξαιτίας της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους άνδρες (70.1% vs. 44.7%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Επιπρόσθετα, οι άνδρες φάνηκε να νοσηλεύονται συχνότερα υπό ακούσια νοσηλεία εξαιτίας αυτοκτονικής / αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς συγκριτικά με τις γυναίκες (12.2% vs. 5.6%, αντίστοιχα, $p=0.031$). Ωστόσο, οι γυναίκες ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό σχιζοφρένειας ή άλλης συναφούς ψυχωτικής διαταραχής στο οικογενειακό περιβάλλον συγκριτικά με τους άνδρες (53.0% vs. 33.7%, αντίστοιχα, $p=0.030$). Περαιτέρω, οι άνδρες ανέφεραν συχνότερα θετικό ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών συγκριτικά με τις γυναίκες (58.8% vs. 13.9%, αντίστοιχα, $p<0.0001$). Άνδρες με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, ανέφεραν συχνότερα χρήση πέραν της μιας ουσίας (πολυχρήση) (49.4% vs. 25%, αντίστοιχα, $p=0.040$), συγκριτικά με τις γυναίκες, οι οποίες ανέφεραν συχνότερα χρήση μόνο μιας ουσίας. Επιπρόσθετα, οι άνδρες πληρούσαν συχνότερα το κριτήριο

της διπλής διάγνωσης συγκριτικά με τις γυναίκες (42.2% vs. 10.4%, αντίστοιχα, $p<0.001$).

Καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση πχ. έγγαμος / άγαμος.

Αναφορικά με το θρήσκευμα, αυτοί που δήλωσαν «Χριστιανοί Ορθόδοξοι» συχνότερα ανέφεραν θετικό ατομικό ιστορικό NNA/NBA πριν από τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας συγκριτικά με αυτούς που ανήκαν σε άλλη θρησκευτική ομάδα (73.9% vs. 56.6%, αντίστοιχα, $p=0.003$). Ως εκ τούτου, αυτοί που δήλωναν ότι ανήκαν σε άλλη θρησκευτική ομάδα συχνότερα νοσηλεύονταν ακούσια για υποχρεωτική θεραπεία εξαιτίας επιθετικής συμπεριφοράς σε άλλους, συγκριτικά με τους υπόλοιπους (19.7% vs. 7.3%, αντίστοιχα, $p=0.001$).

Σε σχέση με την εθνικότητα, όμοια με παραπάνω, οι Ελληνο-Κύπριοι ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών σε σχέση με τους μη Ελληνο-Κύπριους, (75.9% vs. 57.1%, αντίστοιχα, $p<0.001$), καθώς και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς τη χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών (47.1% vs. 30.2%, αντίστοιχα, $p=0.052$).

Όμοια, οι ελληνόφωνοι συμμετέχοντες ανέφεραν συχνότερα θετικό ατομικό ιστορικό NN/NB συμπτωμάτων πριν από την παρούσα ακούσια νοσηλεία, σε σχέση με τους μη ελληνόφωνους συμμετέχοντες, (75.7% vs. 47.9%, αντίστοιχα, $p<0.001$), καθώς και μια ισχυρή συσχέτιση ως προς το θετικό ατομικό χρήσης ουσιών (45.0% vs. 32.9%, αντίστοιχα, $p=0.057$). Παράλληλα, οι ελληνόφωνοι συμμετέχοντες ανέφεραν συχνότερα χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών συγκριτικά με τις ελαφριές (46.2% vs. 21.7%, αντίστοιχα, $p=0.028$). Συχνότερη φάνηκε να είναι η αναφορά χρήσης μιας ουσίας, συγκριτικά με την αναφορά χρήσης περισσότερων ουσιών (50.0% vs. 25.0%, αντίστοιχα, $p=0.023$) σε σχέση με τους μη ελληνόφωνους συμμετέχοντες. Οι ελληνόφωνοι συμμετέχοντες, συχνότερα πληρούσαν τα κριτήρια της ιατρικής διάγνωσης «σχιζοφρένεια» (51.7% vs. 28.8%, αντίστοιχα, $p<0.001$) συγκριτικά με τους μη ελληνόφωνους συμμετέχοντες. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στους μη ελληνόφωνους συμμετέχοντες και της ιατρικής διάγνωσης «διαταραχές διάθεσης» σε σχέση με τους ελληνόφωνους

συμμετέχοντες ($p=0.054$), ενώ στην ίδια ομάδα συμμετεχόντων παρατηρήθηκε συχνότερα ακούσια νοσηλεία εξαιτίας της επιθετικής συμπεριφοράς προς άλλους συγκριτικά με τους ελληνόφωνους (23.3% vs. 6.6%, αντίστοιχα, $p<0.001$).

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, φάνηκε ότι τα άνεργα άτομα ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία, συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν, (73.0% vs. 62.6%, αντίστοιχα, $p=0.055$). Περαιτέρω, τα άνεργα άτομα ανέφεραν συχνότερα χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών (48.9% vs. 18.2%, αντίστοιχα, $p=0.001$), χρήση μιας ουσίας σε σχέση με τη χρήση πολλών ουσιών (πολυχρήση) (51.1% vs. 28.6%, αντίστοιχα, $p=0.017$) και πληρούσαν συχνότερα τα κριτήρια σχιζοφρένειας (51.4% vs. 34.1%, αντίστοιχα, $p=0.003$). Ως εκ τούτου, εργαζόμενα άτομα πληρούσαν συχνότερα τη διάγνωση των διαταραχών διάθεσης (35.2% vs. 22.4, αντίστοιχα, $p=0.015$). Επιπρόσθετα, τα εργαζόμενα άτομα συχνότερα νοσηλεύονταν ακούσια εξαιτίας επιθετικής συμπεριφοράς προς άλλους σε συνδυασμό με αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, συγκριτικά με τους εργαζόμενους (15.4% vs. 7.9%, αντίστοιχα, $p=0.034$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ως κύριο σύμπτωμα κατά τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας, με τα άνεργα άτομα να παρουσιάζουν συχνότερα το σύμπτωμα αυτό συγκριτικά με τους εργαζόμενους συμμετέχοντες (8.8% vs. 3.8%, αντίστοιχα, $p=0.053$). Σε αντίθεση με το δεδομένο αυτό, οι άνεργοι συμμετέχοντες συχνότερα νοσηλεύονταν ακούσια εξαιτίας αυτοκτονικής συμπεριφοράς συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν (11.4% vs. 4.4.%, αντίστοιχα, $p=0.047$).

Αντίστοιχα, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι λάμβαναν δημόσιο βοήθημα, συχνότερα περιέγραφαν θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ συγκριτικά με αυτούς που δεν ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος (83.1% vs. 58.5%, αντίστοιχα, $p<0.001$), ενώ η συχνότερη ιατρική διάγνωση στους συμμετέχοντες που λάμβαναν δημόσιο βοήθημα ήταν αυτή της σχιζοφρένειας (59.2% vs. 36.1%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες οι οποίοι δεν ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος, συχνότερα πληρούσαν τα κριτήρια διαταραχών διάθεσης (29.8% vs. 20.9%, αντίστοιχα, $p=0.040$) ή ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας (32.7%

vs. 17.9%, αντίστοιχα, $p=0.001$). Οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος, νοσηλεύονταν συχνότερα εξαιτίας της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς συγκριτικά με τους μη λήπτες (61.7% vs. 45.9%, αντίστοιχα, $p=0.001$). Εν αντιθέσει, οι μη λήπτες δημόσιου βοηθήματος, συχνότερα νοσηλεύονταν εξαιτίας της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς μη αλλιώς προσδιοριζόμενης, συγκριτικά με τους λήπτες (7.3% vs. 2.5%, αντίστοιχα, $p=0.025$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και το θετικό ατομικό ιστορικό NND/NBD, το θετικό οικογενειακό ιστορικό NND/NBD, και την καθημερινή χρήση ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν κάτοχοι ανώτερου δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης, ανέφεραν ανάφεραν συχνότερα θετικό ατομικό ιστορικό NND/NBD συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες (38.3% vs. 18.5% και 22.0% και 21.3%, αντίστοιχα, $p=0.001$). Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες με ανώτερη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση, ανέφεραν περιστασιακή χρήση ουσιών (63.6% και 60.9% vs. 36.6% και 47.1%, αντίστοιχα, $p=0.046$). Τα δεδομένα αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 16.

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλλινδρόμησης, στην οποία συμπεριλήφθηκαν όλες οι κλινικές και δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος, μόνο οι ελληνόφωνοι [OR(95%CI): 0.03(0.004-0.308), $p=0.002$], με θετικό ιστορικό NND/NBD [OR(95%CI): 0.211(0.083-0.535), $p=0.001$] και αυτοί που πληρούσαν το κριτήριο διπλής διάγνωσης [OR(95%CI): 0.051(0.017- 0.154), $p<0.001$] φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάγνωση «σχιζοφρένεια». Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης ως προς τη διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας, με τους συμμετέχοντες με ιστορικό προηγούμενων νοσηλειών [OR(95%CI): 3.44(1.46-8.10, $p=0.005$], αυτούς με διπλή διάγνωση [OR(95%CI): 13.49 (5.56- 32.69, $p<0.001$] και την ηλικιακή ομάδα των 25-65 [OR(95%CI): 4.11 to 8.23 (1.32- 30.72), $p<0.008$] να παρουσιάζουν συχνότερα τη διάγνωση αυτή (βλ. πίνακα 5). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης ανάμεσα με άτομα με διαταραχές διάθεσης και της ηλικιακής ομάδας 25-65 [OR(95%CI): 0.143 to 0.266 (0.038- 1.247), $p<0.045$]

καθώς και αυτών που ήταν ελληνόφωνοι [OR(95%CI): 2.712(1.043-7.050), $p=0.041$], να παρουσιάζουν συχνότερα τη διάγνωση αυτή (πίνακας 17).

Σε σχέση με το σύμπτωμα κατά την ακούσια εισαγωγή, η «μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά» ως η κύρια αιτία εισαγωγής, παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές, χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών [OR(95%CI): 3.662(1.403- 9.557), $p=0.008$] και θετικού ιστορικού προηγούμενης ακούσιας εισαγωγής [OR(95%CI): 0.21(0.085- 0.557), $p=0.001$]. Το σύμπτωμα «Επιθετική συμπεριφορά προς άλλους και αποδιοργάνωση» κατά τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής φάνηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ανδρικό φύλο [11.08(2.244- 54.656), $p=0.003$] και τους ελληνόφωνους [OR(95%CI): 0.204(0.04- 1.03), $p=0.055$] Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το σύμπτωμα «αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά» κατά την εισαγωγή (πίνακας 17).

4.2.3. Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε συμμετέχοντες με θετικό και αρνητικό ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (n=406)

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διαφορές των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με θετικό και αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, η συχνότητα θετικού ιστορικού χρήσης ουσιών ήταν σχεδόν 2 φορές συχνότερα αναφερόμενη στην ηλικιακή ομάδα των 18-34 ετών συγκριτικά με αυτούς που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 35-65 ετών (58.8% vs 41.2%, αντίστοιχα, $p<0.001$), 7 φορές πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες (58.8% vs. 8.0%, αντίστοιχα, $p<0.001$) και όπως ήταν αναμενόμενο ήταν 4 φορές περισσότερο σε συμμετέχοντες οι οποίοι παρουσίαζαν συννοσηρότητα με άλλη ψυχιατρική διάγνωση (διπλή διάγνωση) (94.4% vs. 19.6%, αντίστοιχα, $p<0.001$).

Συμμετέχοντες με θετικό οικογενειακό ιστορικό διαταραχών διάθεσης και χρήσης ουσιών (50%) και θετικό οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας ή άλλης διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένεια και διαταραχής διάθεσης (50%) ανέφεραν συχνότερα θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών σε σχέση με αυτούς που ανέφεραν θετικό οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας ή/και άλλης συναφούς ψυχωτικής διαταραχής

(27.6%), ή διαταραχής διάθεσης (3.4%), ή οποιασδήποτε άλλης διάγνωσης (42.9%) ($p=0.051$).

Όπως ήταν αναμενόμενο, συμμετέχοντες με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών πραγματοποιούσαν συχνότερα ακούσιες νοσηλείες εξαιτίας συμπτωμάτων χρήσης ουσιών και αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο σύμπτωμα (97.8% vs. 20.6% και 67.5% και 25.6%, 25.0%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Παράλληλα, η διάγνωση της σχιζοφρένειας, ήταν η πιο συχνά παρατηρούμενη διάγνωση ανάμεσα στα άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών, συγκριτικά με αυτούς που παρουσίαζαν ψυχωτικές διαταραχές υπό το φάσμα σχιζοφρένειας, διαταραχές διάθεσης, ή άλλες διαγνώσεις (37.9% vs. 30.5% και 29.3% και 2.3%, αντίστοιχα, $p<0.001$).

4.2.4. Διαφορές συμμετεχόντων σε σχέση με την χρήση ελαφρών και σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών

Οι ελληνοκύπριοι ανέφεραν συχνότερα χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών συγκριτικά με αυτούς με άλλη εθνικότητα (81.9% έναντι 18.1% αντίστοιχα, $p=0.05$), καθώς και τα άτομα της λευκής φυλής συγκριτικά με άτομα άλλων φυλών (98.6% έναντι 1.4% αντίστοιχα, $p=0.048$). Τα άνεργα άτομα ανέφεραν συχνότερα χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών συγκριτικά με τα εργαζόμενα (91.7% έναντι 8.3% αντίστοιχα, $p=0.001$). Περαιτέρω, άτομα με θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ ανέφεραν συχνότερα χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών συγκριτικά με τα άτομα με 1^ο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ (77.8% έναντι 22.2% αντίστοιχα, $p=0.034$). Άτομα με θετικό ιστορικό πολυχρήσης (93.1% έναντι 6.9%, $p<0.0001$), άτομα τα οποία ανέφεραν καθημερινή χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (68.1% έναντι 31.9%, $p<0.0001$) καθώς και άτομα με διπλή διάγνωση (52.8% έναντι 47.2% αντίστοιχα, $p<0.0001$), ανέφεραν συχνότερα χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών (πίνακας 20).

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση αναφορικά με τη χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών και τις μεταβλητές κλινικών και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών σχετιζόμενες με την υγεία (πίνακας 19), άτομα

με θετικό ιστορικό διπλής διάγνωσης είχαν 1.2 φορές λιγότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών συγκριτικά με άτομα με αρνητικό ιστορικό [OR(95%CI): -1.226(0.293- 0.096), $p=0.031$], ενώ άτομα με αναφορά χρήσης πέραν της μιας ουσίας (πολυχρήση) είχαν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών [OR(95%CI): 4.226(68.43-22.490), $p<0.0001$] . Περαιτέρω, τα άνεργα άτομα είχαν σχεδόν 1.5 φορά περισσότερες πιθανότητες να κάνουν χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν [OR(95%CI): 1.472(4.357-1.172), $p=0.028$].

4.2.5. Διαφορές μεταξύ εισαγωγής και επανεισαγωγής

Η συχνότητα επανεισαγωγής συγκριτικά με τη συχνότητα πρώτης εισαγωγής ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που δεν ανήκαν στη λευκή φυλή (96.7% vs. 3.3%, αντίστοιχα, $p<0.001$), στους Ελληνο-Κύπριους συγκριτικά με αυτούς που είχαν άλλη εθνικότητα (85.8% vs. 14.2%, αντίστοιχα, $p<0.001$), όπως και σε αυτούς που δήλωναν ως «Χριστιανοί Ορθόδοξοι» συγκριτικά με αυτούς που δήλωναν άλλο θρήσκευμα (92.4% vs. 7.6%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Όμοια, η συχνότητα επανεισαγωγής ήταν υψηλότερη ανάμεσα σε αυτούς που ήταν κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης συγκριτικά με αυτούς που ήταν κάτοχοι τριτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης ή αυτούς που είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, (39.3% vs. 18.0% και 19.9% και 22.7%, αντίστοιχα, $p<0.001$), όπως και στους άνεργους συγκριτικά με τους εργαζόμενους (83.9% vs. 16.1%, αντίστοιχα, $p=0.02$) αλλά και αυτούς που ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος συγκριτικά με τους μη λήπτες (60.2% vs. 39.8%, αντίστοιχα, $p<0.001$). Περαιτέρω, από αυτούς που επανεισήχθηκαν ακούσια στο ΝΑ, οι περισσότεροι ήταν χρήστες σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με αυτούς που ήταν χρήστες ελαφρών ψυχοδραστικών ουσιών (52.3% vs. 47.7%, αντίστοιχα, $p=0.001$), αλλά και σε αυτούς που ανέφεραν πολυχρήση συγκριτικά με αυτούς που ανέφεραν χρήση μόνο μιας ψυχοδραστικής ουσίας (54.3% vs. 45.7%, αντίστοιχα, $p=0.029$). Παράλληλα, οι συμμετέχοντες οι οποίοι επανεισήχθηκαν ακούσια, συχνότερα φαίνεται να παρουσίαζαν το σύμπτωμα της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, (66.4%) συγκριτικά με τη χρήση ουσιών και την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (20.9%), ή

την αυτοκτονική / αυτοτραυματική συμπεριφορά (8.5%), ή την επιθετική συμπεριφορά προς άλλους σε συνδυασμό με την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (2.8%) ή την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη (1.4%) ($p<0.001$). Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες με ιστορικό επανεισδοχών παρουσίαζαν συχνότερα τη διάγνωση σχιζοφρένειας (56.9%) συγκριτικά με άλλες διαγνώσεις όπως ψυχωτικές διαταραχές (19.4%), διαταραχές διάθεσης (23.2%), ή άλλες διαγνώσεις (0.5%) ($p<0.001$). Τα δεδομένα αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον.

Οι μεταβλητές αυτές αναλύθηκαν περαιτέρω σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση στατιστικής παλλινδρόμησης, και αξιολογήθηκαν σε σχέση με τις προσαρμοσμένες βαθμολογίες. Σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε σε αυτούς που δήλωσαν «Ελληνο-κυπριακή» εθνικότητα (OR 0.29, 95% CI: 0.10 – 0.79), σε αυτούς με πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (OR 25.7, 95% CI: 2.39 – 276.4), σε αυτούς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν εξαιτίας της «διακοπής φαρμακευτικής αγωγής και απουσία εναισθησίας (OR 0.08, 95% CI: 0.09 – 0.77), στους συμμετέχοντες με προηγούμενο θετικό ατομικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής [OR 0.05, 95% CI: 0.01 – 0.16] και σε αυτούς με θετικό ιστορικό πολυχρήσης (OR 0.38, 95% CI: 0.15 – 0.97) (πίνακας 21).

4.2.6. Διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων με 1 υποτροπή (individuals) σε σχέση με τους συμμετέχοντες με πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης (cases) (περίοδος 14 μηνών)

Κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης, κάποια άτομα αξιολογήθηκαν μια φορά (individuals) και έτσι αυτά τα άτομα θα αναφέρονται ως άτομα με μια υποτροπή κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης ($n=406$). Εν αντιθέσει, άτομα τα οποία αξιολογήθηκαν περισσότερες από μια φορά (cases) θα αναφέρονται ως άτομα με πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης ($n=76$). Στο πλαίσιο αυτό, οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος, φάνηκε να παρουσιάζουν περισσότερες υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης συγκριτικά με τους μη λήπτες ($p=0.005$, $\chi^2=3.11$), καθώς και τα άτομα τα οποία ανέφεραν καθημερινή χρήση ουσιών συγκριτικά με τους υπόλοιπους ($p=0.016$, $\chi^2=5.29$). Περαιτέρω, συμμετέχοντες οι οποίοι δεν πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης, φάνηκε να παρουσιάζουν συχνότερα υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης ($p=0.041$,

$\chi^2=3.56$), καθώς και τα άτομα τα οποία κατά την ακούσια εισαγωγή έπειτα από επαναλαμβανόμενη υποτροπή εισήχθησαν εξαιτίας της διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς ($p=0.047$, $\chi^2=9.64$). Περαιτέρω, άτομα με αναφορά πέραν των 15 ετών νόσησης, φάνηκε να παρουσιάζουν περισσότερες υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης ($p=0.014$, $\chi^2=10.64$) (πίνακας 3).

4.2.7. Σχέση μέσων τιμών σε συμμετέχοντες με καταθλιπτική συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά (n=40)

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται οι διαφορές μέσων μεταξύ της ομάδας συμμετεχόντων με ΚΣ και μη ΚΣ σε σχέση με το συνολικό σκορ της κλίμακας PANSS, των σκορ των υποκλιμάκων της κλίμακας PANSS, της κλίμακας HAM-A και της κλίμακας MoCA.

Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αυτών των δύο ομάδων στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας MoCA, τα στοιχεία "Ευχέρεια λόγου", "Οπτικοχωρικές εκτελεστικές δεξιότητες (Κύβος)" και "Οπτικοχωρικές εκτελεστικές δεξιότητες: Ρολόι" των στοιχείων της κλίμακας MoCA, στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS, στη βαθμολογία υποκλίμακας γενικών συμπτωμάτων PANSS και στη βαθμολογία υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι και οι δυο ομάδες έχουν όμοια γνωστική λειτουργία βάσει της κλίμακας MoCA. Δεδομένου ότι δεν παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων σύμφωνα με τις μετρήσεις της HDRS-17 και των αρνητικών ψυχωτικών συμπτωμάτων, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η κλίμακα HDRS-17 μετρά στην πραγματικότητα ένα τα καταθλιπτικόμορφα συμπτώματα και όχι τα αρνητικά ψυχωτικά συμπτώματα, υποστηρίζοντας εν μέρει τη διακριτική εγκυρότητα της κλίμακας HDRS-17.

Εν αντιθέσει, η ομάδα των συμμετεχόντων με ΚΣ παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μέση τιμή στην υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων της PANSS

($p=0.003$) και στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή στη βαθμολογία στην κλίμακα HAM-A ($p=0.05$). Τα αποτελέσματα αυτά, υποστηρίζουν την εγκυρότητα της κλίμακας HDRS-17.

Περαιτέρω, οι γυναίκες, ανέφεραν συχνότερα ΚΣ συγκριτικά με τους άντρες (52.3% vs. 47.7%, αντίστοιχα, $p=0.014$), καθώς και ο συμμετέχοντες με α) αρνητικό ατομικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών συγκριτικά με εκείνους με θετικό ιστορικό (75.0% vs. 25.0%, αντίστοιχα $p<0.001$), b) οι ελληνοκύπριοι συγκριτικά με αυτούς με τους μετανάστες (59.1% vs. 40.9%, αντίστοιχα, $p=0.0036$), c) άτομα με διαταραχές διάθεσης συγκριτικά με αυτούς με τη διάγνωση Σχιζοφρένειας, άλλων ψυχωτικών διαταραχών υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας ή άτομα με οποιαδήποτε άλλη (70.5% vs. 6.8%, 20.5%, 2.3%, αντίστοιχα, $p<0.001$), και d) άτομα τα οποία εισήχθηκαν ακούσια εξαιτίας της ετεροκαταστροφική συμπεριφορά, συγκριτικά με αυτούς με αυτοκτονική/ αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, και χρήση ουσιών ή διακοπή φαρμακευτικής αγωγής μη αλλιώς προσδιοριζόμενης (47.7% vs. 29.5%, 6.8%, 15.9%, 0%, αντίστοιχα, $p<0.001$).

4.2.8. Προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση κλινικών ΚΣ

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση στατιστικής παλινδρόμησης, στην οποία η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν τα «Καταθλιπτικά συμπτώματα» και οι παράγοντες ήταν οι μεταβλητές οι οποίες αφορούσαν στα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, μόνο το γυναικείο φύλο και οι διαταραχές διάθεσης φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα ΚΣ. Αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν ΚΣ κατά την ακούσια εισαγωγή τους για την υποχρεωτική λήψη θεραπείας συγκριτικά με τους άντρες, ενώ άτομα με διαταραχές διάθεσης φαίνεται να έχουν 15 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την ακούσια νοσηλεία συγκριτικά με αυτούς με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας (πίνακας 22). Περαιτέρω, δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο αυτών ομάδων και της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα MoCA. Ωστόσο, κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της

κλίμακας HDRS, στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS, ενώ καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS, στην υποκλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας και στην υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων της κλίμακας PANSS. Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι και οι δυο ομάδες έχουν συγκρίσιμες γνωστικές λειτουργίες. Δεδομένου ότι δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως μετρήθηκαν από την κλίμακα HDRS-17 και αρνητικών ψυχωσικών συμπτωμάτων, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η κλίμακα HDRS-17 μετράει σε πραγματικό βαθμό τα καταθλιπτικά συμπτώματα υποστηρίζοντας εν τη διακριτή εγκυρότητα της κλίμακας HDRS-17. Περαιτέρω, σε σχέση με την κλίμακα MoCA δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση σε σχέση με τα ΚΣ κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση όπως αναμενόταν. Επιπρόσθετα, η ομάδα των συμμετεχόντων με ΚΣ, παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων της PANSS ($p=0.003$) και στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στην κλίμακα HARS ($p=0.05$). Τα αποτελέσματα αυτά, μπορούν να υποστηρίξουν την εγκυρότητα δομής βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) της κλίμακας HDRS. (Πίνακας 23)

4.2.9. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με την συνταγογράφηση πολυφαρμακεία και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ($n=482$)

Το ανδρικό φύλο και ο ΔΜΣ, φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε σχέση με τη λήψη πολυφαρμακείας χωρίς την συμπερίληψη της κατ'επίκληση φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες συχνότερα φάνηκε να είχαν συνταγογραφηθεί σε περισσότερες από μια αντιψυχωτική αγωγή συγκριτικά με τις γυναίκες (7.8% έναντι 1.8%, $p=0.0008$), ενώ παράλληλα οι ελλιποβαρείς (0.2% έναντι 2.6%, 1.9% και 0.9%, $p=0.014$) είχαν συνταγογραφηθεί σε περισσότερες από μια αντιψυχωτική αγωγή.

Περαιτέρω, το φύλο, ο ΔΜΣ, η εθνικότητα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση, το ιστορικό προηγούμενων εισαγωγών, και το ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε σχέση με την πολυφαρμακεία συμπεριλαμβανομένου και της συνταγογράφησης

φαρμακευτικής αγωγής κατ' επίκληση. Ειδικότερα, το ανδρικό φύλο (39.7% έναντι 21.0%, $p<0.0001$), οι ελλειποβαρείς (0.5% $p=0.008$) και οι υπέρβαροι (8.4%, $p=0.018$) οι ελληνοκύπριοι (36.5% έναντι 23.6%, $p=0.009$), κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης (43.2% έναντι 38.0% και 32.1% και 25.0%, $p=0.044$), τα άνεργα άτομα (35.9% έναντι 23.9%, $p=0.019$), άτομα με θετικό ιστορικό προηγούμενων εισαγωγών (39.2% έναντι 24.5%, $p=0.001$) και άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ (36.6% έναντι 23.1% $p=0.007$) φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς την λήψη περισσότερων από μιας συνταγογραφούμενης αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής (Πίνακας 24).

4.2.10. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482)

Το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, ο δείκτης μάζας σώματος, η εθνικότητα, η επαγγελματική κατάσταση, η ψυχιατρική διάγνωση, το ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών, το ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ και το ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών, φάνηκε να σχετίζονται με τη λήψη πολυφαρμακείας χωρίς την συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες (30.2% έναντι 21.6%, $p=0.043$), η ηλικιακή ομάδα των 35-65 ετών (30.9% έναντι 22.6%, $p=0.04$), τα ελλειποβαρή άτομα (0.7% $p=0.035$), τα άτομα με φυσιολογικό ΔΜΣ (16.2%, $p=0.05$), τα υπέρβαρα άτομα (9.5%, $p=0.007$), οι κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης (41.9% έναντι 33.7% και 21.9% και 21.7% $p=0.002$), τα άτομα με τη διάγνωση σχιζοφρένειας (32.8% έναντι 19.0% και 23.7% και 4.9%, $p=0.023$), άτομα με θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών (36.6% έναντι 17.9%, $p<0.0001$), άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ (31.6% έναντι 14.0%, $p<0.0001$) και άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών (31.5% έναντι 21.7%, $p=0.017$) συχνότερα φάνηκε να είχαν συνταγογραφηθεί σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής χωρίς την συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής.

Περαιτέρω, το φύλο, ο ΔΜΣ, η εθνικότητα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση, η ψυχιατρική διάγνωση, το ιστορικό προηγούμενων εισαγωγών, και το ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ φάνηκε να σχετίζονται με τις αυξημένες δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της συνταγογράφησης φαρμακευτικής αγωγής κατ' επίκληση. Ειδικότερα, το ανδρικό φύλο (45.4% έναντι 27.5%, $p<0.0001$), τα ελλειποβαρη άτομα (0.5% $p=0.008$), τα άτομα με φυσιολογικό ΔΜΣ (10.4%, $p=0.025$), τα υπέρβαρα άτομα (7.4%, $p=0.02$), οι ελληνοκύπριοι (42.6% έναντι 29.3%, $p=0.009$), οι κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης (59.5% έναντι 47.8% και 33.7% και 29.2%, $p<0.0001$), τα άνεργα άτομα (32.4% έναντι 6.8%, $p=0.003$), άτομα με τη ψυχιατρική διάγνωση σχιζοφρένεια (46.0% έναντι 28.6% και 36.8% και 42.9%, $p=0.013$) άτομα με θετικό ιστορικό προηγούμενων εισαγωγών (47.6% έναντι 27.0%, $p<0.0001$) άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ (44.3% έναντι 24.0% $p<0.0001$) φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς την λήψη αυξημένων δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής (Πίνακας 25).

4.2.11. Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των μεταβλητών «υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αγωγής, «πολυφαρμακείας» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής και των κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλλινδρόμησης ($n=406$).

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής και των υπέρβαρων ατόμων ($p=0.018$), των ληπτών δημόσιου βοηθήματος ($p=0.001$), των συμμετεχόντων με θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ ($p=0.004$), του ανδρικού φύλου ($p<0.0001$) και της ιατρικής διάγνωσης «σχιζοφρένεια» ($p=0.017$). Παράλληλα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής και των υπέρβαρων ατόμων ($p=0.008$) του θετικού ιστορικού προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών ($p<0.0001$),

του θετικού ιστορικού χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ($p=0.011$), του θετικού ατομικού ιστορικού ΝΝΔ/ΝΒΔ ($p=0.031$), των ληπτών δημόσιου βοηθήματος ($p=0.001$) και του ανδρικού φύλου ($p=0.003$).

Σε σχέση με την πολυφαρμακεία χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μόνο με το ανδρικό φύλο ($p=0.015$). Επιπρόσθετα, το ανδρικό φύλο ($p<0.0001$), τα υπέρβαρα άτομα ($p=0.009$), τα άτομα με θετικό προηγούμενο ιστορικό ακούσιας νοσηλείας ($p=0.001$) και οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος ($p=0.014$) παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την πολυφαρμακεία συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής. (Πίνακας 26).

Συνοψίζοντας, οι άνδρες παρουσίασαν 2.2-2.6 περισσότερες πιθανότητες να συνταγογραφηθούν σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής, με ή χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής αντίστοιχα, ακόμα και μετά τη συμπερίληψη άλλων μεταβλητών στο μοντέλο. Παράλληλα, συμμετέχοντες με πρωτοβάθμια εκπαίδευση παρουσίασαν 2.3 περισσότερες πιθανότητες να συνταγογραφηθούν σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής (95% 1.3-4.2) συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με τριτοβάθμια εκπαίδευση. Το ανδρικό φύλο αποτέλεσε το μοναδικό προγνωστικό παράγοντα για τη συνταγογράφηση πολυφαρμακείας χωρίς τη συμπερίληψη της αντιψυχωτικής αγωγής. Όταν κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση συμπεριλήφθηκε και η κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή, το ανδρικό φύλο, το αρνητικό οικογενειακό ιστορικό, η λήπτες δημόσιου βοηθήματος και η βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων της PANSS παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε σχέση με την αύξηση της πιθανότητας για πολυφαρμακεία

4.2.12. Σχέση έντασης ψυχωτικών συμπτωμάτων, πολυφαρμακείας και αυξημένης δόσης αντιψυχωτικής αγωγή

Η ΜΤ έντασης της ψυχωτικής συμπτωματολογίας στην κλίμακα PANSS ήταν 106,87 (ελάχιστη τιμή=46, μέγιστη τιμή=213, ΤΑ=23.72). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο σκορ της κλίμακας PANSS και την αυξημένη δόση

αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένης και της κατ' επίκληση συνταγογραφούμενη αντιψυχωτική αγωγής (MT=110.20, TA=25.53, $p=0.031$). Παράλληλα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και ανάμεσα στην ένταση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας και της αυξημένης δόσης αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση συνταγογραφούμενης αντιψυχωτικής αγωγής (MT=111.16, TA=24.67, $p=0.014$).

Κατά τον έλεγχο των ανεξάρτητων δειγμάτων των αποτελεσμάτων μεταξύ των σκορ της κλίμακας PANSS με τη στατιστική ανάλυση Kruskal-Wallis, το σκορ της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων της PANSS (MT=31.305, min=7 max=46, TA=7.485) φάνηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε σχέση με την πολυφαρμακεία με τα άτομα που έχουν συνολική βαθμολογία ≥ 32 να συνταγογραφούνται συχνότερα σε πέραν των δυο αντιψυχωτικών συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής, συγκριτικά με τους υπόλοιπους ($p=0.002$, $\chi^2=9.725$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και στην υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων της PANSS (MT=24,289, min=7 max=46, TA=8.241) σε σχέση με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής, όπου άτομα με σκορ ≥ 24 , συνταγογραφούνταν συχνότερα με υψηλές δόσεις ($>100\%$) αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής ($p=0.031$, $\chi^2=4.628$).

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ του συνολικού σκορ της κλίμακας PANSS και των υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου ($p<0.0001$) αλλά και μη συμπεριλαμβανομένου ($p<0.0001$) της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής.

4.2.13. Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

Αναφορικά με τις μέσες τιμές των μεταβλητών της κλίμακας PANSS στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και των μέσων τιμών στις μεταβλητές της κλίμακας. Πιο συγκεκριμένα, άτομα τα παρουσίασαν μια υποτροπή στο χρονικό διάστημα των 14

μηγών, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Καχυποψία» [(5.157 έναντι 4.216)($t=-4.023$, $p<0.0001$)], «Απουσία συνεργασίας» [(4.473 έναντι 4.004)($t=-2.605$, $p=0.01$)], «Δυσκολία προσοχής» [(4.144 έναντι 3.805)($t=-2.032$, $p=0.044$)] και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.723 έναντι 4.019)($t=-3.641$, $p<0.0001$)] συγκριτικά με αυτούς που παρουσίασαν πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης (πίνακας 33).

Περαιτέρω, άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ Συνέχισης λόγου» [(3.535 έναντι 2.966)($t=-3.035$, $p=0.003$)], «Στερεότυπη σκέψη» [(3.713 έναντι 3.235)($t=-3.006$, $p=0.003$)], «Στερεότυπες κινήσεις / Μανερισμοί» [(2.104 έναντι 1.613)($t=-3.949$, $p<0.0001$)] και απουσία συνεργασίας» [(4.170 έναντι 3.798)($t=-2.066$, $p=0.040$)].

Άτομα με θετικό ιστορικό προηγούμενης ακούσιας εισαγωγής, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις κλίμακες «Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική διέγερση» [(3.919 έναντι 3.551)($t=-2.229$, $p=0.026$)], «Καχυποψία / Ιδέες διώξεως» [(4.538 έναντι 4.112)($t=-2.141$, $p=0.033$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ Συνέχιση διαλόγου» [(3.183 έναντι 3.552)($t=-2.139$, $p=0.033$)], «Στερεότυπες κινήσεις / Μανερισμοί» [(2.083 έναντι 1.836)($t=-2.111$, $p=0.035$)] και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.356 έναντι 3.801)($t=-3.333$, $p=0.001$)]. Εν αντιθέσει, άτομα με αρνητικό προηγούμενο ιστορικό ακούσιας εισαγωγής, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αισθήματα ενοχής» [(2.091 έναντι 1.702)($t=2.942$, $p=0.003$)] και «Καταθλιπτικό συναίσθημα» [(2.602 έναντι 2.136)($t=2.850$, $p=0.005$)].

Αναφορικά με τη διάρκεια νόσησης, οι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν 6-10 έτη νόσησης, παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Αμβλύ συναίσθημα» [(3.037 έναντι 3.000 και 2.387 και 2.550)($f=2.663$, $p=0.047$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους, ενώ οι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν 0-5 έτη νόσησης, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Συναισθηματική απόσυρση» [(3.272 έναντι 3.055 και 2.645 και 2.670)($f=3.101$, $p=0.026$)].

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης ανάμεσα στο φύλο και τις μέσες τιμές στις μεταβλητές τις κλίμακας PANSS. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.701 έναντι 5.137)($t=-3.495$, $p=0.001$)], «Υπερκινητικότητα/ Ψυχοκινητική διέγερση» [(3.939 έναντι 3.449)($t=-2.713$, $p=0.007$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.415 έναντι 2.688)($t=-3.923$, $p<0.0001$)], «Επιθετικότητα» [(4.809 έναντι 3.526)($t=-6.561$, $p<0.0001$)], «Καχυποψία/ Ιδέες διώξεως» [(5.225 έναντι 4.628)($t=-3.637$, $p<0.0001$)], «Συναισθηματική απόσυρση» [(2.981 έναντι 2.491)($t=-3.037$, $p=0.003$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ Συνέχιση διαλόγου» [(3.555 έναντι 3.113)($t=-2.536$, $p=0.012$)], «Απουσία αφαιρετικής σκέψης» [(2.866 έναντι 2.299)($t=-3.163$, $p=0.002$)], «Στερεότυπες κινήσεις / Μανερισμοί» [(2.203 έναντι 1.568)($t=-5.766$, $p<0.0001$)], «Καταθλιπτικό συναίσθημα» [(2.482 έναντι 2.029)($t=-2.780$, $p=0.006$)], «Απουσία συνεργασίας» [(4.263 έναντι 3.730)($t=-3.043$, $p=0.003$)], «Αποπροσανατολισμός» [(2.377 έναντι 2.047)($t=-2.403$, $p=0.017$)], «Διαταραχή βούλησης» [(2.447 έναντι 2.119)($t=2.068$, $p=0.039$)], «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.390 έναντι 3.640)($t=-4.252$, $p<0.0001$)], «Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές» [(3.098 έναντι 2.125)($t=-6.199$, $p<0.0001$)]. Εντούτοις, οι γυναίκες, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Στερεότυπη σκέψη» [(3.868 έναντι 3.450)($t=2.708$, $p=0.007$)].

Άτομα της λευκής φυλής παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.570 έναντι 4.685)($t=2.234$, $p=0.032$)], «Υπερκινητικότητα/ Ψυχοκινητική διέγερση» [(3.821 έναντι 3.114)($t=2.228$, $p=0.032$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.241 έναντι 2.171)($t=3.458$, $p=0.001$)], «Επιθετικότητα» [(5.073 έναντι 4.313)($t=2.114$, $p=0.041$)], «Καχυποψία» [(4.429 έναντι 3.542)($t=2.204$, $p=0.034$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας / Συνέχιση διαλόγου» [(3.456 έναντι 2.714)($t=2.244$, $p=0.031$)], «Ένταση» [(3.742 έναντι 3.057)($t=2.307$, $p=0.026$)], «Στερεότυπες κινήσεις / Μανερισμοί» [(2.020 έναντι 1.514)($t=3.129$, $p=0.003$)], «Απουσία συνεργασίας» [(4.147 έναντι 3.200)($t=2.969$, $p=0.005$)], «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.203 έναντι 3.200)($t=2.972$, $p=0.005$)] και «Ψυχαναγκασμοί . Εμμονές» [(2.818 έναντι 2.028)($t=2.607$, $p=0.013$)].

Περαιτέρω, οι ελληνοκύπριοι είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.676 έναντι 5.008)($t=3.319$, $p=0.001$)], «Υπερκινητικότητα» [(3.877 έναντι 3.455)($t=2.110$, $p=0.036$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.284 έναντι 2.813)($t=2.262$, $p=0.025$)], «Επιθετικότητα» [(5.167 έναντι 4.585)($t=2.997$, $p=0.003$)], «Καχυποψία / Ιδέες μεγαλείου» [(4.554 έναντι 2.869)($t=3.823$, $p<0.0001$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας / Συνέχισης διαλόγου» [(4.139 έναντι 3.813)($t=2.480$, $p=0.014$)], «Αγχώδης συναίσθημα» [(3.796 έναντι 3.390)($t=2.251$, $p=0.016$)], «Απουσία συνεργασίας» [(4.253 έναντι 3.569)($t=3.484$, $p=0.001$)], «Απουσία κρίσης και εναισθησίας» [(4.284 έναντι 3.682)($t=3.015$, $p=0.003$)].

Παράλληλα, οι ελληνόφωνοι, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.663 έναντι 4.728)($t=3.693$, $p<0.0001$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.259 έναντι 2.691)($t=2.272$, $p=0.025$)], «Επιθετικότητα» [(5.157 έναντι 4.333)($t=3.588$, $p=0.001$)], «Καχυποψία / Ιδέες μεγαλείου» [(4.496 έναντι 3.716)($t=2.813$, $p=0.006$)], «Αμβλύ συναίσθημα» [(2.758 έναντι 2.209)($t=2.539$, $p=0.013$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ Συνέχισης διαλόγου» [(3.578 έναντι 2.530)($t=5.067$, $p<0.0001$)], «Αγχώδης συναίσθημα» [(4.112 έναντι 3.777)($t=2.069$, $p=0.041$)], «Απουσία συνεργασίας» [(4.184 έναντι 3.555)($t=2.650$, $p=0.009$)] και «Απουσία κρίσης και εναισθησίας» [(4.239 έναντι 3.592)($t=2.711$, $p=0.008$)].

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι δήλωσαν ως θρήσκευμα «Χριστιανοί Ορθόδοξοι» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.596 έναντι 5.072)($t=2.108$, $p=0.038$)], «Επιθετικότητα» [(5.115 έναντι 5.072)($t=2.108$, $p=0.02$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ Συνέχισης διαλόγου» [(3.508 έναντι 2.891)($t=2.732$, $p=0.007$)] και «Αγχώδης συναίσθημα» [(4.125 έναντι 3.722)($t=2.552$, $p=0.012$)].

Τα άνεργα άτομα είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ψευδαισθήσεις» [(3.745 έναντι 3.266)($t=-2.070$, $p=0.039$)], «Αμβλύ συναίσθημα» [(2.766 έναντι 2.321)($t=-2.387$, $p=0.018$)], «Συναισθηματική απόσταση» [(3.903 έναντι 2.495)($t=-2.258$, $p=0.025$)], «Κοινωνική απόσταση» [(3.396 έναντι 2.825)($t=-2.898$, $p=0.004$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας / Συνέχισης διαλόγου» [(3.533 έναντι 2.954)($t=-$

2.976, $p=0.003$), «Στερεότυπες κινήσεις / Μανερισμοί» [(2.069 έναντι 1.688)($t=-2.923$, $p=0.004$)], «Δυσκολία προσοχής» [(3.957 έναντι 3.522)($t=-2.586$, $p=0.011$)], «Διαταραχή βούλησης» [(2.410 έναντι 2.073)($t=-2.001$, $p=0.047$)] και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(3.434 έναντι 2.871)($t=-2.708$, $p=0.007$)] συγκριτικά με τους εργαζόμενους.

Οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αποδιοργανωμένη σκέψη» [(4.052 έναντι 3.676)($t=-2.675$, $p=0.008$)], «Αμβλύ συναίσθημα» [(2.817 έναντι 2.506)($t=-2.020$, $p=0.044$)], «Κοινωνική απόσυρση» [(3.684 έναντι 3.106)($t=-3.461$, $p=0.001$)], «Στερεότυπη σκέψη» [(3.902 έναντι 3.272)($t=4.567$, $p<0.0001$)], «Στερεότυπες κινήσεις / Μανερισμοί» [(2.178 έναντι 1.778)($t=-3.519$, $p<0.0001$)] , «Αποπροσανατολισμός» [(2.392 έναντι 2.127)($t=-2.123$, $p=0.034$)], «Δυσκολία προσοχής» [(4.048 έναντι 3.659)($t=-2.914$, $p=0.004$)] και «Διαταραχή βούλησης» [(2.485 έναντι 2.174)($t=-2.116$, $p=0.035$)].

Συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν δηλώσει «άγαμοι» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ψευδαισθήσεις» [(3.720 έναντι 3.714)($t=-2.703$, $p=0.008$)], «Επιθετικότητα» [(5.085 έναντι 4.571)($t=-2.127$, $p=0.036$)], «Καχυποψία / Ιδέες διώξεως» [(4.446 έναντι 3.825)($t=-2.164$, $p=0.033$)], «Συναισθηματική απόσυρση» [(2.906 έναντι 2.174)($t=-3.571$, $p=0.001$)], «Πενία λόγου» [(2.718 έναντι 1.968)($t=-3.478$, $p=0.001$)], «Κοινωνική απόσυρση» [(3.379 έναντι 2.523)($t=-3.511$, $p=0.02$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ Συνέχισης διαλόγου» [(3.482 έναντι 2.873)($t=-2.377$, $p=0.02$)], «Απουσία αφαιρετικής σκέψης» [(2.758 έναντι 2.079)($t=-3.043$, $p=0.003$)], «Διαταραχή βούλησης» [(2.393 έναντι 1.936)($t=-2.296$, $p=0.024$)], «Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές» [(2.871 έναντι 2.031)($t=-4.098$, $p<0.00001$)], «Ενεργώς κοινωνική αποφυγή» [(3.398 έναντι 2.687)($t=-2.602$, $p=0.011$)] συγκριτικά με αυτούς που είχαν δηλώσει έγγαμοι.

Άτομα με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική διέγερση» [(4.051 έναντι 3.548)($t=-3.194$, $p=0.001$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.391 έναντι 2.985)($t=-2.192$, $p=0.029$)], «Καχυποψία / Ιδέες διώξεως» [(4.811 έναντι 4.014)($t=-4.117$, $p<0.0001$)], «Ένταση»

[(3.882 έναντι 3.544)($t=-2.268$, $p=0.024$)], «Απουσία συνεργασίας» [(4.250 έναντι 3.944)($t=-2.001$, $p=0.046$)] και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.485 έναντι 3.851)($t=-3.983$, $p<0.0001$)]. Τα άτομα με αρνητικό χρήσης ουσιών, σημείωσαν υψηλότερες μέσες συγκριτικά με τα άτομα με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών στις μεταβλητές «Κοινωνική απόσυρση» [(3.440 έναντι 3.047)($t=2.349$, $p=0.019$)], «Στερεότυπη σκέψη» [(3.796 έναντι 3.339)($t=3.338$, $p=0.001$)], «Ενεργώς κοινωνική αποφυγή» [(3.466 έναντι 3.103)($t=2.41$, $p=0.042$)].

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες με αναφορά σε χρήση ελαφριών ψυχοδραστικών ουσιών παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.989 έναντι 5.369 και 5.416)($f=5.024$, $p=0.007$)], «Ψευδαισθήσεις» [(4.193 έναντι 3.554 και 3.342)($f=4.967$, $p=0.007$)], «Υπερκινητικότητα / ψυχοκινητική διέγερση» [(4.061 έναντι 3.565 και 4.027)($f=4.414$, $p=0.013$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.653 έναντι 2.975 και 3.203)($f=4.106$, $p=0.017$)], «Επιθετικότητα» [(5.500 έναντι 4.876 και 4.944)($f=4.644$, $p=0.010$)], «Καχυποψία / Ιδέες δίωξης» [(5.142 έναντι 4.010 και 4.564)($f=11.173$, $p<0.0001$)], «Απουσία αυθρόμησης επικοινωνίας / συνέχισης διαλόγου» [(3.757 έναντι 3.376 και 3.138)($f=3.019$, $p=0.05$)], «Απουσία συνεργασίας» [(2.551 έναντι 2.246 και 2.046)($f=3.540$, $p=0.03$)] και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.836 έναντι 3.847 και 4.213)($f=11.828$, $p<0.0001$)]. Εν αντιθέσει, άτομα με αρνητικό ιστορικό χρήσης οποιασδήποτε ουσίας παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Στερεότυπη σκέψη» [(3.757 έναντι 3.259 και 3.510)($f=4.292$, $p=0.014$)].

Οι συμμετέχοντες με ιστορικό χρήσης πέραν της μιας ουσίας είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τους υπόλοιπους στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(6.045 έναντι 5.385 και 5.230)($f=7.673$, $p=0.0001$)], «Αποδιοργανωμένη σκέψη» [(4.145 έναντι 3.906 και 3.490)($f=4.999$, $p=0.007$)], «Ψευδαισθήσεις» [(4.109 έναντι 3.580 και 3.307)($f=4.365$, $p=0.013$)], «Υπερκινητικότητα / ψυχοκινητική διέγερση» [(4.172 έναντι 3.550 και 3.913)($f=5.368$, $p=0.005$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.636 έναντι 2.970 και 3.144)($f=4.243$, $p=0.015$)], «Επιθετικότητα» [(5.590 έναντι 4.891 και 4.721)($f=8.092$, $p<0.0001$)], «Καχυποψία» [(5.163 έναντι 4.000 και 4.721)($f=12.195$, $p<0.0001$)],

«Αμβλύ συναίσθημα» [(2.827 έναντι 2.764 και 2.259)($f=3.977$, $p=0.019$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας / συνέχισης διαλόγου» [(3.845 έναντι 3.389 και 2.791)($f=6.073$, $p=0.002$)], «Στερεότυπη σκέψη» [(3.463 έναντι 2.595 και 3.240)($f=5.290$, $p=0.005$)], «Απουσία αφαιρετικής σκέψης» [(3.072 έναντι 2.640 και 2.451)($f=3.259$, $p=0.039$)], «Στερεότυπες κινήσεις» [(2.263 έναντι 1.925 και 1.846)($f=6.307$, $p=0.027$)], «Απουσία συνεργασίας» [(4.581 έναντι 3.928 και 3.923)($f=6.307$, $p=0.002$)], «Αποπροσανατολισμός» [(2.572 έναντι 2.262 και 1.951)($f=5.539$, $p=0.004$)], «Απουσία κρίσης και εναισθησίας» [(5.890 έναντι 5.554 και 5.307)($f=3.344$, $p=0.013$)], «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.845 έναντι 3.839 και 4.125)($f=13.065$, $p<0.0001$)] και «Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές» [(3.218 έναντι 2.659 και 2.538)($f=4.976$, $p=0.007$)].

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι διέμεναν στην επαρχία Λευκωσίας σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τους υπόλοιπους στη μεταβλητή «Σωματικές ιδέες» [(2.881 έναντι 2.742 και 2.290 και 2.391 και 1.807)($f=3.683$, $p=0.006$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Άτομα της ηλικιακής ομάδας 18-25 ετών σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(6.017 έναντι 5.562 και 5.500 και 5.264)($f=2.817$, $p=0.039$)], «Ψευδαισθήσεις» [(4.666 έναντι 3.800 και 3.645 και 3.083)($f=9.221$, $p<0.0001$)], «Επιθετικότητα» [(5.315 έναντι 5.237 και 4.945 και 4.735)($f=2.748$, $p=0.042$)], «Καχυποψία / Ιδέες διώξεως» [(4.947 έναντι 4.700 και 4.254 και 3.883)($f=3.392$, $p=0.001$)], «Αμβλύ συναίσθημα» [(3.000 έναντι 2.743 και 2.854 και 2.329)($f=5.576$, $p=0.018$)], «Συναισθηματική απόσυρση» [(3.333 έναντι 3.0625 και 2.654 και 2.471)($f=5.514$, $p=0.001$)], «Πενία λόγου» [(3.035 έναντι 2.868 και 2.618 και 2.212)($f=4.644$, $p=0.008$)], «Κοινωνική απόσυρση» [(3.701 έναντι 3.506 και 3.236 και 2.883)($f=4.148$, $p=0.006$)], «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.785 έναντι 4.300 και 4.218 και 3.651)($f=7.189$, $p<0.0001$)], «Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές» [(3.333 έναντι 2.981 και 2.818 και 2.283238)($f=6.805$, $p<0.0001$)], «Ενεργώς κοινωνική αποφυγή» [(3.719 έναντι 3.568 και 3.245 και 2.929)($f=3.764$, $p=0.011$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Άτομα της ηλικιακής ομάδας 25-34 είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Απουσία αφαιρετικής σκέψης» [(3.018 έναντι 2.947 και 2.563 και 2.283)($f=4.368$, $p=0.005$)] και «Καταθλιπτικό συναίσθημα» [(2.612 έναντι 2.368 και 2.181 και 2.116)($f=2.654$, $p=0.048$)]. Τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 35-44 παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αποδιοργανωμένες σκέψεις» [(4.181 έναντι 4.035 και 3.693 και 3.767)($f=2.638$, $p=0.049$)] και «Σtereότυπη σκέψη» [(3.836 έναντι 3.543 και 3.237 και 3.812)($f=4.934$, $p=0.002$)].

Περαιτέρω άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό ΝΝΔ/ ΝΒΔ παρουσίαζαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τα άτομα με θετικό ή άγνωστο οικογενειακό ιστορικό στη μεταβλητή «Αμβλύ συναίσθημα» [(2.877 έναντι 2.531 και 2.400)($f=3.116$, $p=0.045$)] και στη μεταβλητή «Σtereότυπη σκέψη» [(3.816 έναντι 3.468 και 3.276)($f=4.310$, $p=0.014$)].

Περαιτέρω, άτομα με τη ψυχιατρική διάγνωση «Σχιζοφρένεια ή ψυχωτική διαταραχή στο οικογενειακό περιβάλλον παρουσίαζαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αμβλύ συναίσθημα» [(3.539 Έναντι 1.985 και 2.000 και 2.166 και 3.052 και 3.000)($f=6.165$, $p<0.0001$)], «Πενία λόγου» [(3.000 έναντι 1.942 και 2.500 και 1.000 και 2.894 και 2.857)($f=3.882$, $p=0.002$)], «Κοινωνική απόσυρση» [(4.011 έναντι 2.579 και 2.000 και 1.000 και 3.263 και 3.714)($f=7.236$, $p=<0.0001$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ συνέχισης διαλόγου» [(3.966 έναντι 2.463 και 3.500 και 3.166 και 3.421 και 3.250)($f=5.717$, $p<0.0001$)], «Απουσία αφαιρετικής σκέψης» [(3.101 έναντι 2.130 και 1.000 και 1.000 και 2.789 και 2.714)($f=3.275$, $p=0.007$)], «Ψυχοκινητική επιβράδυνση» [(2.280 έναντι 1.507 και 1.000 και 1.000 και 2.210 και 1.857)($f=3.038$, $p=0.011$)] και «Ένεργως κοινωνική αποφυγή» [(3.955 έναντι 2.622 και 2.000 και 1.000 και 3.526 και 3.500)($f=5.237$, $p<0.0001$)] συγκριτικά με αυτούς που είχαν άτομα στο οικογενειακό περιβάλλον με άλλες διαγνώσεις.

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν ότι άτομα στο οικογενειακό τους περιβάλλον είχαν διαγνωστεί με τη ψυχιατρική διάγνωση «Σχιζοφρένεια ή ψυχωτική διαταραχή και χρήση ουσιών» παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ψευδαισθήσεις» [(5.000 έναντι 4.168 και 3.043 και 2.666 και 3.894 και 3.178)($f=3.623$, $p=0.004$)], «Επιθετικότητα» [(5.500 έναντι 5.359 και 4.333 και 4.266

και 4.526 και 5.000)($f=3.404$, $p=0.006$), «Ένταση» [(5.500 έναντι 3.337 και 4.014 και 5.166 και 4.052 και 3.857)($f=2.980$, $p=0.013$)] και «Διαταραχή βούλησης» [(3.000 έναντι 2.505 και 1.826 και 1.833 και 2.842 και 2.785)($f=2.590$, $p=0.027$)].

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν ότι στο οικογενειακό περιβάλλον είχαν άτομα τα οποία είχαν διαγνωστεί με «Διαταραχή διάθεσης και χρήση ουσιών» παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική διέγερση» [(5.833 έναντι 3.471 και 3.753 και 5.000 και 3.473 και 3.678)($f=2.276$, $p=0.048$)] και «Απουσία κρίσης και εναισθησίας» [(6.166 έναντι 5.833 και 5.550 και 6.000 και 4.789 και 5.178)($f=2.695$, $p=0.022$)].

Περαιτέρω, συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια ή ψυχωτική διαταραχή και διαταραχή διάθεσης» σε άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος τους, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές» [(3.785 έναντι 2.786 και 2.130 και 3.500 και 1.500 και 2.785)($f=3.563$, $p=0.004$)]. Συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν διαγνώσεις πέραν του φάσματος της σχιζοφρένειας, των διαταραχών διάθεσης και της χρήσης ουσιών σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Συναισθηματική απόσυρση» [(3.428 έναντι 3.168 και 2.159 και 3.000 και 1.666 και 3.000)($f=4.165$, $p=0.001$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια στις μεταβλητές «Υπερκινητικότητα» [(4.012 έναντι 3.651)($t=-2.174$, $p=0.030$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.519 έναντι 2.990)($t=-2.673$, $p=0.008$)], «Καχυποψία / Ιδέες διώξεως» [(4.708 έναντι 4.197)($t=-2.457$, $p=0.015$)], «Καταθλιπτικό συναίσθημα» [(2.550 έναντι 2.216)($t=-1.990$, $p=0.048$)] και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.379 έναντι 4.379)($t=-2.188$, $p=0.029$)]. Εν αντιθέσει, συμμετέχοντες οι οποίοι δεν πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Στερεότυπη σκέψη» [(3.750 έναντι 3.278)($t=3.415$, $p=0.029$)].

Οι συμμετέχοντες των οποίων η χρήση ουσιών ήταν η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.981 έναντι 5.850 και 5.680 και 4.921 και 3.682)($f=18.470$, $p<0.0001$)],

«Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική διέγερση» [(4.318 έναντι 3.900 και 3.834 και 3.117 και 2.634)($f=9.383$, $p<0.0001$)], «Ιδέες μεγαλείου» [(3.600 έναντι 3.200 και 3.196 και 2.980 και 2.000)($f=4.901$, $p=0.001$)], «Επιθετικότητα» [(5.981 έναντι 5.850 και 5.680 και 4.921 και 3.682)($f=10.871$, $p<0.0001$)], «Καχυποψία / Ιδέες διώξεως» [(4.990 έναντι 4,600 και 4.338 και 4.058 και 3.122)($f=6.416$, $p<0.0001$)], «Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης» [(4.090 έναντι 3.850 και 4.065 και 3.451 και 3.146)($f=5.350$, $p<0.0001$)], «Δυσκολία προσοχής» [(4.136 έναντι 3.350 και 3.919 και 3.647 και 3.243)($f=3.817$, $p=0.005$)], και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.781 έναντι 3.950 και 4.046 και 4.235 και 2.878)($f=9.654$, $p<0.0001$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες η οποίοι προσήλθαν για ακούσια νοσηλεία εξαιτίας της διακοπής φαρμακευτικής αγωγής και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αποδιοργανωμένη σκέψη» [(4.134 έναντι 3.200 και 4.054 και 3.333 και 2.682)($f=11.750$, $p<0.0001$)], «Αμβλύ συναίσθημα» [(2.857 έναντι 2.350 και 2.527 και 2.666 και 1.975)($f=2.934$, $p=0.02$)] «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας / Συνέχισης διαλόγου» [(3.584 έναντι 3.250 και 3.427 και 3.313 και 3.073)($f=3.995$, $p=0.003$)] και «Στερεότυπη σκέψη» [(3.838 έναντι 3.100 και 3.445 και 3.294 και 2.780)($f=4.159$, $p=0.003$)].

Συμμετέχοντες οι οποίοι εισήχθηκαν ακούσια εξαιτίας της απουσίας εναισθησίας και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ψευδαισθήσεις» [(4.200 έναντι 3.588 και 4.0906 και 3.686 και 2.390)($f=5.699$, $p<0.0001$)] και «Απουσία κρίσης και εναισθησίας» [(6.000 έναντι 5.742 και 5.945 και 4.862 και 4.268)($f=15.837$, $p<0.0001$)].

Περαιτέρω, συμμετέχοντες οι οποίοι εισήχθηκαν ακούσια εξαιτίας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή στη μεταβλητή «Απουσία συνεργασίας» [(3.470 έναντι 3.350 και 4.284 και 4.436 και 2.926)($f=9.950$, $p<0.0001$)]. Άτομα με ετεροκαταστροφική συμπεριφορά κατά ως τον κυριότερο λόγο εισαγωγής, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Κοινωνική απόσυρση» [(4.073 έναντι 3.150 και 3.223 και 2.954 και 3.568)($f=3.105$, $p=0.015$)], «Αίσθημα ενοχής» [(2.780 έναντι 1.800 και 1.596 και

1.827 και 2.568)($f=10.916$, $p<0.0001$), «Καταθλιπτικό συναίσθημα» [(3.926 έναντι 2.400 και 1.892 και 2.136 και 3.627)($f=26.037$, $p<0.0001$)] και «Ενεργώς κοινωνική αποφυγή» [(3.951 έναντι 2.750 και 3.292 και 2.945 και 3.862)($f=3.501$, $p=0.008$)].

Περεταίρω, συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Παραλληλητικές ιδέες» [(5.979 έναντι 5.928 και 4.096 και 5.000)($f=43.725$, $p<0.0001$)], «Αποδιοργανωμένη σκέψη» [(4.166 έναντι 4.127 και 2.991 και 3.714)($f=18.025$, $p<0.0001$)], «Ψευδαισθήσεις» [(4.229 έναντι 3.888 και 2.157 και 3.285)($f=31.785$, $p<0.0001$)], «Επιθετικότητα» [(5.612 έναντι 5.388 και 3.403 και 4.717)($f=56.729$, $p<0.0001$)], «Αμβλύ συναίσθημα» [(3.348 έναντι 2.777 και 1.184)($f=57.343$, $p<0.0001$)], «Συναισθηματική απόσυρση» [(3.275 έναντι 3.000 και 1.631 και 3.000)($f=29.191$, $p<0.0001$)], «Πενία λόγου» [(3.191 έναντι 2.706 και 1.333 και 2.857)($f=31.804$, $p<0.0001$)], «Κοινωνική απόσυρση» [(3.851 έναντι 3.158 και 2.157 και 3.714)($f=24.313$, $p=0.0001$)], «Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας/ Συνέχισης διαλόγου» [(4.323 έναντι 3.563 και 1.324 και 3.428)($f=19.617$, $p<0.0001$)], «Στερεότυπη σκέψη» [(3.863 έναντι 3.373 και 3.315 και 3.142)($f=4.808$, $p=0.003$)], «Στερεότυπες κινήσεις / Μανερισμοί» [(4.229 έναντι 4.158 και 3.690 και 3.857)($f=2.688$, $p=0.046$)], «Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης» [(4.246 έναντι 3.706 και 3.552 και 2.714)($f=9.158$, $p<0.0001$)], «Απουσία κρίσης και εναισθησίας» [(5.829 έναντι 5.468 και 5.228 και 5.000)($f=5.177$, $p=0.002$)], «Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές» [(3.370 έναντι 3.015 και 1.219 και 2.857)($f=50.807$, $p<0.0001$)] και «Ενεργώς κοινωνική αποφυγή» [(3.906 έναντι 3.293 και 2.087 και 3.285)($f=4.996$, $p=0.0002$)]. Επιπρόσθετα, άτομα με τη διάγνωση ψυχωτικές διαταραχές σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Καχυποψία / Ιδέες διώξεως» [(4.619 έναντι 4.600 και 3.622 και 4.000)($f=6.380$, $p<0.0001$)] και «Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας» [(4.492 έναντι 4.259 και 3.517 και 3.285)($f=7.472$, $p<0.0001$)].

Συμμετέχοντες με τη διάγνωση «Διαταραχές διάθεσης» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ένταση» [(4.289 έναντι 3.374 και 3.374 και 3.714)($f=8.217$, $p<0.0001$)]. Ως εκ τούτου, άτομα με άλλες διαγνώσεις, παρουσίασαν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Απουσία αφαιρετικής σκέψης»

[(3.285 έναντι 3.183 και 2.658 και 1.587)($f=19.617$, $p<0.0001$)], «Αγχώδης συναίσθημα» [(4.428 έναντι 2.948 και 3.995 και 1.973)($f=11.263$, $p<0.0001$)], «Καταθλιπτικό συναίσθημα» [(3.571 έναντι 2.183 και 2.658 και 2.175)($f=3.853$, $p=0.01$)], «Αποπροσανατολισμός» [(2.574 έναντι 2.370 και 2.436 και 1.833)($f=5.088$, $p=0.002$)] και «Διαταραχή βούλησης» [(2.714 έναντι 2.578 και 2.603 και 1.508)($f=13.878$, $p<0.0001$)].

Τα υπέρβαρα άτομα, είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Στερεότυπη σκέψη» [(4.122 έναντι 3.136 και 3.435 και 3.584)($f=4.580$, $p=0.004$)] και «Σωματικές ιδέες» [(3.231 έναντι 2.681 και 2.490 και 2.488)($f=3.957$, $p=0.008$)] (Πίνακας 27).

Αναφορικά με τις συνολικές μέσες τιμές αξιολόγησης της κλίμακας PANSS (Πίνακας 28), άτομα τα οποία παρουσίασαν πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τα άτομα με μια υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης [(31.210 έναντι 28.977)($t=-2.218$, $p=0.028$)]. Περαιτέρω, οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(104.200 έναντι 94.739)($t=-3.988$, $p<0.0001$)], στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(24.742 έναντι 26.628)($t=-4.802$, $p<0.0001$)] και στη βαθμολογία της υποκλίμακας γενική ψυχοπαθολογία [(51.920 έναντι 48.095)($t=-3.369$, $p=0.001$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Τα άτομα της λευκής φυλής σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(101.788 έναντι 89.852)($t=-2.239$, $p=0.031$)] και στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(29.689 έναντι 24.74)($t=-2.637$, $p=0.012$)].

Οι ελληνοκύπριοι, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(102.938 έναντι 95.033)($t=-2.706$, $p=0.007$)], στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(30.164 έναντι 26.894)($t=-3.109$, $p=0.002$)] και στη βαθμολογία της υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας [(51.359 έναντι 48.365)($t=-2.235$, $p=0.027$)]. Περαιτέρω, οι ελληνόφωνοι σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(102.547 έναντι

92.810)($t=-2.694$, $p=0.008$)] και στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(30.044 έναντι 25.790)($t=-3.223$, $p=0.002$)].

Οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τους μη λήπτες δημόσιου βοηθήματος στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(103.644 έναντι 98.111)($t=-2.355$ $p=0.019$)], στη βαθμολογία της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων [(22.000 έναντι 20.017)($t=-2.338$, $p=0.02$)] και στη βαθμολογία της υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας [(49.442 έναντι 51.692)($t=-2.042$, $p=0.042$)].

Παράλληλα, τα άνεργα άτομα σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονταν στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(102.708 έναντι 94.870)($t=-2.857$, $p=0.005$)], στη βαθμολογία της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων [(21.702 έναντι 18.743)($t=-2.981$, $p=0.003$)] και στη βαθμολογία υποκλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας [(51.284 έναντι 48.238)($t=-2.401$, $p=0.017$)].

Τα άγαμα άτομα, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τα έγγαμα άτομα στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(102.338 έναντι 91.870)($t=-3.084$, $p=0.042$)], καθώς και στη βαθμολογία των υποκλιμάκων θετικών συμπτωμάτων[(29.677 έναντι 27.015)($t=-2.070$, $p=0.042$)], αρνητικών συμπτωμάτων [(21.572 έναντι 17.444)($t=-3.384$, $p=0.001$)] και γενικής ψυχοπαθολογίας [(51.284 έναντι 48.238)($t=-2.401$, $p=0.017$)].

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(30.566 έναντι 28.359)($t=-2.646$, $p=0.008$)] συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες με θετικό ιστορικό χρήσης πέραν της μιας ουσίας, είχαν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές στις υποκλίμακες της PANSS συγκριτικά με αυτούς με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών ή με αναφορά μόνο μιας ουσίας. Πιο συγκεκριμένα παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(32.863 έναντι 24.284 και 28.278)($t=2.986$, $p=0.021$)] αρνητικών συμπτωμάτων [(22.481 έναντι 21.258 και 19.009)($t=3.883$, $p<0.0002$)] και γενικής ψυχαθολογίας [(53.972 έναντι 49.794 και 49.173)($t=5.672$, $p=0.004$)]. Παράλληλα,συμμετέχοντες

με αναφορά χρήσης σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(108.591 έναντι 99.054 και 98.768)($t=5.513$, $p=0.004$)], στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(32.632 έναντι 28.242 και 29.111)($t=2.215$, $p<0.0001$)] καθώς και στη βαθμολογία υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας [(53.673 έναντι 49.706 και 50.074)($t=4.052$, $p=0.018$)].

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(107.964 έναντι 103.562 και 101.906 και 94.987)($t=4.866$, $p=0.002$)], στη βαθμολογία υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων [(31.964 έναντι 29.818 και 29.545 και 27.703)($t=3.416$, $p=0.017$)], στη βαθμολογία υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων [(23.210 έναντι 21.981 και 21.181 και 19.148)($t=3.755$, $p=0.011$)] καθώς και στη βαθμολογία υποκλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας [(52.789 έναντι 51.762 και 51.227 και 48.135)($t=3.394$, $p=0.018$)].

Συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν ότι κάποιο συγγενικό πρόσωπο πρώτου βαθμού είχε τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχωτική διαταραχή» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(106.704 έναντι 90.478 και 119.000 και 90.833 και 104.555 και 103.142)($t=3.738$, $p=0.003$)] καθώς και στη βαθμολογία της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων [(24.887 έναντι 16.608 και 18.500 και 14.333 και 22.263 και 22.857)($t=6.934$, $p<0.0001$)]. Περαιτέρω, συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν ότι στο οικογενειακό περιβάλλον υπήρχαν άτομα με τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια ή ψυχωτική διαταραχή και χρήση ουσιών» είχαν υψηλότερες μέσες τιμές στη βαθμολογία της υποκλίμακας γενική ψυχοπαθολογία [(52.011 έναντι 46.652 και 61.500 και 47.000 53.526 και 51.821)($t=2.349$, $p=0.042$)].

Επιπρόσθετα, συμμετέχοντες οι οποίοι εισάχθηκαν για ακούσια νοσηλεία εξαιτίας της χρήσης ουσιών παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(105.454 έναντι 96.100 και 101.841 και 99.823 και 86.575)($t=4.329$, $p=0.002$)] καθώς και στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών

συμπτωμάτων [(32.445 έναντι 29.950 και 29.973 και 26.490 και 20.122)($t=17.084$, $p<0.0001$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Άτομα με τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια» παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τους υπόλοιπους στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS [(109.785 έναντι 104.301 και 79.115 και 98.428)($t=47.458$, $p<0.0001$)], στη βαθμολογία της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων [(31.391 έναντι 30.888 και 23.605 και 25.285)($t=23.264$, $p<0.0001$)], στη βαθμολογία της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων [(25.038 έναντι 21.238 και 12.535 και 21.285)($t=63.795$, $p<0.0001$)] καθώς και στη βαθμολογία της υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας [(53.348 έναντι 52.174 και 43.096 και 51.857)($t=21.835$, $p<0.0001$)]. (Πίνακας 28)

4.2.14. Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές σημείωσαν οι συμμετέχοντες παρουσίασαν πολλαπλές υποτροπές, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες οι οποίοι παρουσίασαν μια υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης και της μεταβλητής «Ψυχοκινητική επιβράδυνση» [(0.750 έναντι 1.571)($t=-3.582$, $p=0.005$)] (πίνακας 34).

Άτομα με 1^ο γνωστό επεισόδιο σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές τη μεταβλητή «Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους» συγκριτικά με τα άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ [(2.833 έναντι 2.060)($t=2.366$, $p=0.023$)]. Περαιτέρω, άτομα τα οποία ανέφεραν θετικό προηγούμενο ιστορικό ακούσιας νοσηλείας σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Εργασία και ενδιαφέροντα» συγκριτικά με τα άτομα νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά ακούσια στο ΝΑ [(3.500 έναντι 2.545)($t=-3.010$, $p=0.004$)].

Οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Καταθλιπτική διάθεση» [(3.296 έναντι 2.666)($t=2.243$, $p=0.003$)], «Αίσθημα ενοχής» [(3.370 έναντι 2.333)($t=3.160$, $p=0.003$)], «Σωματικά συμπτώματα άγχους» [(1.111 έναντι 0.583)($t=2.787$, $p=0.008$)], «Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων» [(1.111 έναντι 0.583)($t=2.656$, $p=0.011$)] και «Ιδιοψυχαναγκαστικά συμπτώματα» [(0.629 έναντι

0.083)($t=4.073$, $p<0.0001$)).Περαιτέρω, οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου» [(1.416 έναντι 0.666)($t=-2.398$, $p=0.021$)].

Άτομα της λευκής φυλής σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αίσθημα ενοχής» [(2.395 έναντι 1.375)($t=2.701$, $p=0.018$)], «Παρανοϊκά συμπτώματα» [(1.697 έναντι 0.500)($t=3.777$, $p=0.013$)] και «Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα» [(0.441 έναντι 0.000)($t=4.914$, $p<0.0001$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Περαιτέρω, οι ελληνοκύπριοι σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία» [(1.000 έναντι 0.6636)($t=2.186$, $p=0.034$)], «Γεννητικά συμπτώματα» [(1.137 έναντι 0.636)($t=2.247$, $p=0.03$)], «Παρανοϊκά συμπτώματα» [(1.965 έναντι 0.909)($t=2.583$, $p=0.013$)] καθώς και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HDRS [(34.275 έναντι 27.136)($t=2.673$, $p=0.01$)] συγκριτικά με αυτούς με άλλη εθνικότητα.

Τα ελληνόφωνα άτομα, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αίσθημα ενοχής» [(2.531 έναντι 1.736)($t=2.335$, $p=0.024$)], «Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία» [(0.968 έναντι 0.631)($t=2.091$, $p=0.042$)], «Γεννητικά συμπτώματα» [(1.125 έναντι 0.578)($t=2.424$, $p=0.02$)], «Παρανοϊκά συμπτώματα» [(2.062 έναντι 0.578)($t=4.218$, $p<0.0001$)] καθώς και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HDRS [(33.812 έναντι 26.789)($t=2.692$, $p=0.011$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Συμμετέχοντες οι οποίοι δήλωναν ως θρήσκευμα «Χριστιανός Ορθόδοξος» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Αίσθημα ενοχής» [(2.555 έναντι 1.466)($t=3.426$, $p=0.002$)], «Παρανοϊκά συμπτώματα» [(1.805 έναντι 0.800)($t=2.463$, $p=0.018$)], «Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα» [(0.472 έναντι 0.133)($t=2.488$, $p=0.017$)] καθώς και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HDRS [(33.138 έναντι 26.533)($t=2.592$, $p=0.013$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Άτομα τα οποία άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ψυχοκινητική επιβράδυνση» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(1.894 έναντι 1.333 και 0.666 και 1.100)($t=3.199$, $p=0.032$)]. Περαιτέρω, συμμετέχοντες οι οποίοι διέμεναν στην επαρχία Αμμοχώστου,

σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(2.000 έναντι 0.700 και 0.882 και 0.909 και 0.000)($t=2.516$, $p=0.013$)]. Εν αντιθέσει, συμμετέχοντες οι οποίοι διέμεναν στην επαρχία Πάφου, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα» [(2.000 έναντι 0.450 και 0.235 και 0.181 και 1.000)($t=4.223$, $p=0.005$)].

Τα εργαζόμενα άτομα σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Νευρονοητικά συμπτώματα άγχους» συγκριτικά με τα άνεργα άτομα [(2.928 έναντι 2.108)($t=2.611$, $p=0.014$)]. Επιπρόσθετα, οι μη λήπτες δημόσιου βοηθήματος, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους» [(2.666 έναντι 1.958)($t=2.213$, $p=0.032$)] συγκριτικά με τους λήπτες δημόσιου βοηθήματος. Εν αντιθέσει, οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Γενικά σωματικά συμπτώματα» συγκριτικά με τους μη λήπτες [(1.333 έναντι 0.441)($t=-2.286$, $p=0.027$)].

Οι συμμετέχοντες με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Γενικά σωματικά συμπτώματα» [(1.450 έναντι 0.871)($t=-3.246$, $p=0.002$)] και «Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου» [(1.500 έναντι 0.709)($t=2.492$, $p=0.017$)] συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών. Περαιτέρω, άτομα με θετικό ιστορικό διπλής διάγνωσης σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Γενικά σωματικά συμπτώματα» [(1.388 έναντι 0.939)($t=-2.482$, $p=0.017$)] και «Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου» [(1.500 έναντι 0.757)($t=-2.313$, $p=0.027$)].

Άτομα με αναφορά χρήσης πέραν της μιας ουσίας, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Γενικά σωματικά συμπτώματα» [(1.857 έναντι 0.871 και 1.230)($t=6.685$, $p=0.002$)] συγκριτικά με αυτούς με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών και αναφορά χρήσης μόνο μιας ουσίας. Εν αντιθέσει, συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν ιστορικό χρήσης μόνο μιας ουσίας, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου» [(0.932 έναντι 0.709 και 0.714)($t=5.460$, $p=0.007$)] συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν ιστορικό χρήσης σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ψυχοκινητική επιβράδυνση» συγκριτικά με αυτούς με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών και αναφορά χρήσης ελαφρών ψυχοδραστικών ουσιών [(2.000 έναντι 1.250 και 1.230)($t=3.255$, $p=0.033$)]. Εν αντιθέσει, άτομα με ιστορικό χρήσης ελαφρών ψυχοδραστικών ουσιών, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(0.538 έναντι 0.375 και 0.000)($t=3.201$, $p=0.032$)].

Άτομα τα οποία ανέφεραν άγνωστο ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ στο οικογενειακό περιβάλλον σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Γενικά σωματικά συμπτώματα» συγκριτικά με αυτούς με αρνητικό ή θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ στο οικογενειακό περιβάλλον [(1.833 έναντι 0.875 και 1.307)($t=6.150$, $p=0.004$)]. Ως εκ τούτου, συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια και ψυχωτική διαταραχή» σε άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Γενικά σωματικά συμπτώματα» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(1.750 έναντι 0.857 και 1.666 και 1.400)($t=3.264$, $p=0.041$)], ενώ άτομα τα οποία ανέφεραν τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή» σε άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος τους σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Παρανοϊκά συμπτώματα» [(4.000 έναντι 2.500 και 1.428 και 1.200)($t=3.419$, $p=0.035$)].

Συμμετέχοντες οι οποίοι εισήχθηκαν ακούσια εξαιτίας της χρήσης ουσιών και απουσίας εναισθησίας σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου» [(2.400 έναντι 1.571 και 0.705 και 0.772)($t=4.569$, $p=0.041$)]. Περαιτέρω, άτομα τα οποία εισήχθηκαν ακούσια εξαιτίας της απουσίας εναισθησίας και αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(1.000 έναντι 0.200 και 0.235 και 0.318)($t=4.081$, $p=0.007$)]. Συμμετέχοντες οι οποίοι διαγνώστηκαν με κάποια άλλη διάγνωση πέραν της σχιζοφρένειας, της ψυχωτικής διαταραχής ή της διπολικής

διαταραχής σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Παρανοϊκά συμπτώματα» [(4.000 έναντι 3.667 και 2.461 και 0.882)(t=8.510, p<0.0001)].

Συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν 0-5 χρόνια νόσησης σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ψυχοκινητική επιβράδυνση» [(2.333 έναντι 1.142 και 0.250 και 1.323)(t=3.155, p=0.033)], ενώ άτομα τα οποία ανέφεραν ιστορικό νόσησης πέραν των 15 ετών σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ιδεοψυχαναγκαστικά στοιχεία» [(0.594 έναντι 0.250 και 0.000 και 0.000)(t=3.201, p=0.032)] (Πίνακας 29).

4.2.15. Σχέση αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές παρουσίασαν άτομα με 1^ο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ συγκριτικά με αυτούς με προηγούμενο ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ στη μεταβλητή «Φοβίες» [(1.016 έναντι 0.682)(t=2.516, p=0.013)]. Παράλληλα, άτομα με αρνητικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών είχαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τα άτομα με θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών στις μεταβλητές «Φοβίες» [(0.943 έναντι 0.642)(t=2.665, p=0.008)] και «Καταθλιπτική συμπτωματολογία» [(1.382 έναντι 1.045)(t=2.826, p=0.005)].

Αναφορικά με το φύλο, οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Διαταραχές ύπνου» [(2.535 7 έναντι 2.107)(t=-3.223, p=0.001)], «Δυσκολία συγκέντρωσης» [(2.442 έναντι 2.203)(t=-2.145, p=0.033)] και «Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος» [(1.570 έναντι 1.095)(t=3.994, p<0.0001)]. Εν αντιθέσει, οι γυναίκες σημείωσαν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ένταση» [(2.730 έναντι 2.500)(t=2.015, p=0.001)] «Φοβίες» [(1.029 έναντι 0.624)(t=3.435, p=0.001)], «Καρδιαγγειακά συμπτώματα» [(2.149 έναντι 1.707)(t=3.896, p<0.0001)].

Παράλληλα, στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στα άτομα της λευκής φυλής και τις μεταβλητές «Αγχώδες συναίσθημα» [(3.006 έναντι 2.600)(t=2.187, p=0.035)] και «Ένταση» [(2.612 έναντι 2.171)(t=2.091, p=0.043)]. Περαιτέρω, οι ελληνοκύπριοι είχαν υψηλότερες μέσες

τιμές συγκριτικά με αυτούς με άλλη εθνικότητα στις μεταβλητές «Ένταση» [(3.072 έναντι 2.699)($t=3.230$, $p=0.001$)], «Γαστρεντερικά συμπτώματα» [(1.243 έναντι 0.983)($t=2.064$, $p=0.040$)], «Συμπτώματα γεννητικού συστήματος» [(0.921 έναντι 0.650)($t=2.278$, $p=0.024$)], «Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος» [(1.486 έναντι 1.170)($t=2.455$, $p=0.015$)]. Οι Ελληνοκύπριοι παρουσίασαν υψηλότερες συνολικές μέσες τιμές στην κλίμακα HAMA συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(19.93 έναντι 17.764)($t=2.460$, $p=0.015$)].

Οι ελληνόφωνοι σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ένταση» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(3.022 έναντι 2.753)($t=2.003$, $p=0.048$)]. Αναφορικά με το θρήσκευμα, οι συμμετέχοντες οι οποίοι δήλωσαν «Χριστιανοί Ορθόδοξοι» παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ένταση» [(3.027 έναντι 2.734)($t=2.127$, $p=0.036$)].

Οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος, παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Γαστρεντερικά συμπτώματα» [(1.313 έναντι 1.034)($t=2.468$, $p=0.014$)] και «Συμπτώματα γεννητικού συστήματος» [(0.983 έναντι 0.719)($t=-2.390$, $p=0.017$)].

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και σε σχέση με τη συμπεριφορά σχετιζόμενη με τη χρήση ουσιών και τις μεταβλητές «Φοβίες» και «Διαταραχές ύπνου». Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Φοβίες» συγκριτικά με τους μη χρήστες [(0.907 έναντι 0.5582)($t=3.073$, $p=0.002$)]. Εν αντιθέσει άτομα με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών παρουσίαζαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Διαταραχές ύπνου» συγκριτικά με τους μη χρήστες [(2.118 έναντι 2.729)($t=-5.277$, $p<0.0001$)]. Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες οι οποίοι δεν πληρούσαν τα κριτήρια για διπλή διάγνωση, παρουσίαζαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Φοβίες» [(0.61 έναντι 0.566)($t=2.679$, $p=0.008$)]. Οι συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Διαταραχές ύπνου» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(2.268 έναντι 2.620)($t=-2.976$, $p=0.003$)] (Πίνακας 30 και πίνακας 34).

4.2.16. Σχέση μανιακής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι παρουσίασαν μόνο μια υποτροπή κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ανεβασμένη διάθεση» [(3.500 έναντι 3.866)($t=2.656$, $p=0.010$)] και «Σεξουαλικό ενδιαφέρον» [(3.266 έναντι 2.711)($t=3.262$, $p=0.002$)] (πίνακας 35).

Περαιτέρω, οι άνδρες, παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ευερεθιστότητα» [(5.831 έναντι 4.882)($t=-2.351$, $p=0.024$)] και «Επιθετική συμπεριφορά» [(5.292 έναντι 3.823)($t=-3.556$, $p=0.001$)]. Εν αντιθέσει, οι γυναίκες παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Διαταραχές ύπνου» [(3.323 έναντι 2.676)($t=3.244$, $p=0.002$)] και «Εμφάνιση» [(2.735 έναντι 1.957)($t=3.677$, $p<0.0001$)].

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στους συμμετέχοντες που δήλωσαν ως θρήσκευμα «Χριστιανός Ορθόδοξος» και τη μεταβλητή «Εμφάνιση» με αυτούς που δήλωσαν ως θρήσκευμα «Άλλο» να σημειώνουν υψηλότερες μέσες τιμές [(2.700 έναντι 2.112)($t=-2.214$, $p=0.038$)]. Επιπρόσθετα, τα άγαμα άτομα, παρατηρήθηκε να έχουν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ρυθμός και ποιότητα λόγου» [(6.023 έναντι 5.047)($t=-2.213$, $p=0.035$)], «Διαταραχές σκέψης – γλώσσας» [(3.071 έναντι 2.476)($t=-2.213$, $p=0.029$)] και «Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης» [(5.047 έναντι 3.904)($t=-2.104$, $p=0.045$)] συγκριτικά με τους έγγαμους.

Συμμετέχοντες οι οποίοι προσήλθαν ακούσια για νοσηλεία εξαιτίας αυτοκτονικής / αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Ανεβασμένη διάθεση» [(3.833 έναντι 3.250 και 3.562 και 3.730 και 2.400)($f=2.545$, $p=0.044$)]. Εν αντιθέσει, άτομα τα οποία εισήχθησαν ακούσια για νοσηλεία εξαιτίας «Απουσίας εναισθησίας και αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Εμφάνιση» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(2.500 έναντι 2.453 και 1.692 και 1.833 και 2.000)($f=3.695$, $p=0.014$)].

Συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση «Διαταραχές διάθεσης» σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Διαταραχές ύπνου»

[(3.067 έναντι 1.750 και 2.538 και 3.067)($f=3.777$, $p=0.013$)]. Ως εκ τούτου, συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια άλλων διαγνώσεων πέραν της «Σχιζοφρένειας», του «Ψυχωτικού επεισοδίου» και των «Διαταραχών διάθεσης», παρουσίαζαν υψηλότερες μέσες τιμές τη μεταβλητή «Επιθετική συμπεριφορά» [(6.000 έναντι 2.000 και 4.538 και 5.054)($f=3.695$, $p=0.014$)].

Οι συμμετέχοντες με «Παχύσαρκο ΔΜΣ» παρουσίαζαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Ευερεθιστότητα» [(5.888 έναντι 3.000 και 5.631 και 5.238)($f=4.310$, $p=0.007$)], ενώ οι συμμετέχοντες με «Φυσιολογικό ΔΜΣ» παρουσίαζαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Εναισθησία νόσου» [(3.894 έναντι 2.750 και 3.750 και 3.714)($f=3.875$, $p=0.012$)].

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών και τις μεταβλητές «Διαταραχές ύπνου» [(3.148 έναντι 2.607)($t=2.806$, $p=0.006$)] και «Εμφάνιση» [(2.500 έναντι 1.902)($t=3.004$, $p=0.003$)]. Άτομα με αναφορά χρήσης μιας ουσίας, παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Διαταραχές ύπνου» συγκριτικά με την ομάδα των συμμετεχόντων με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών και αυτών με θετικό ιστορικό πολυχρήσης [(2.838 έναντι 3.150 και 2.285)($t=1.011$, $p=0.003$)]. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες με θετικό ιστορικό πολυχρήσης, σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Εναισθησία νόσου» συγκριτικά με τους υπόλοιπους [(3.952 έναντι 3.849 και 3.516)($f=3.722$, $p=0.028$)] (Πίνακας 31 και πίνακας 36).

4.2.17. Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

Άτομα με μια υποτροπή και την πρώτη ακούσια εισαγωγή κατά τη διάρκεια διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Κατονομασία» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με πολλαπλές υποτροπές και κατ' επέκταση πολλαπλές επανεισαγωγές κατά την περίοδο αυτή [(2.891 έναντι 2.750)($t=0.974$, $p=0.031$)] (πίνακας 37).

Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στα άτομα με 1^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ και τις μέσες τιμές των μεταβλητών «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση» [(0.746 έναντι 0.553)($t=3.152$, $p=0.002$)], «Βραχυπρόθεσμη μνήμη» [(1.871 έναντι 1.600)($t=4.010$, $p<0.0001$)], «Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης» [(1.671 έναντι 1.442)($t=2.681$, $p=0.008$)]. Παράλληλα, υψηλότερες συνολικές μέσες τιμές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στους συμμετέχοντες με 1^ο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ συγκριτικά με αυτούς με θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ » [(23.426 έναντι 21.714)($t=2.630$, $p=0.010$)].

Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές παρατηρήθηκαν ανάμεσα σε άτομα με πρώτη ακούσια εισαγωγή στο ΝΑ συγκριτικά με αυτούς με πολλαπλές εισαγωγές και στις μεταβλητές «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση» [(0.692 έναντι 0.539)($t=2.716$, $p=0.007$)], «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου» [(0.608 έναντι 0.439)($t=2.890$, $p=0.004$)], «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού» [(2.5812 έναντι 2.391)($t=2.012$, $p=0.045$)], «Βραχυπρόθεσμη μνήμη» [(1.758 έναντι 1.603)($t=2.276$, $p=0.024$)], «Επανάληψη προτάσεων» [(1.285 έναντι 0.989)($t=3.065$, $p=0.002$)] και «Αφαιρετική σκέψη» [(1.603 έναντι 1.428)($t=2.139$, $p=0.033$)]. Επιπρόσθετα, άτομα με 1^η ακούσια εισαγωγή στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας, παρουσίασαν στατιστικά υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας MoCA συγκριτικά με αυτούς με πολλαπλές ακούσιες εισαγωγές [(23.114 έναντι 21.4868)($t=2.705$, $p=0.007$)]

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο φύλο και τις μεταβλητές της κλίμακας MoCA. Πιο συγκεκριμένα, οι άντρες παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στη μεταβλητή «Διάσπαση προσοχής» συγκριτικά με τις γυναίκες [(0.957 έναντι 0.883)($t=2.489$, $p=0.013$)]. Εν αντιθέσει, οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα σκορ στη μεταβλητή «Σειριακή αφαίρεση 7» συγκριτικά με τους άνδρες [(2.178 έναντι 2.420)($t=2.019$, $p=0.045$)].

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και ανάμεσα στα άτομα που ήταν λήπτες δημόσιου βοηθήματος και τις μεταβλητές της κλίμακας MoCA. Πιο συγκεκριμένα, οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές συγκριτικά με τους μη λήπτες δημόσιου βοηθήματος στις μεταβλητές:

«Οπτικοχωρική εκτέλεση: διαδοχική ένωση» [(0.676 έναντι 0.532)($t=2.580$, $p=0.010$), «Οπτικοχωρική εκτέλεση: αντιγραφή κύβου» [(0.568 έναντι 0.449)($t=2.086$, $p=0.038$), «Κατονομασία» [(2.848 έναντι 2.706)($t=2.614$, $p=0.009$), «Διάσπαση προσοχής» [(0.949 έναντι 0.880)($t=2.215$, $p=0.028$), «Σειριακή αφαίρεση του 7» [(2.489 έναντι 2.191)($t=2.682$, $p=0.008$), «Λεκτική ευχέρεια» [(1.409 έναντι 0.611)($t=3.081$, $p=0.002$), «Αφαιρετική σκέψη» [(1.597 έναντι 1.409)($t=2.294$, $p=0.022$] και «Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης» [(2.438 έναντι 2.047)($t=1.982$, $p=0.048$).

Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στις μέσες τιμές της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας MoCA και τη μεταβλητή «λήπτες δημόσιου βοηθήματος», όπου οι μη λήπτες δημόσιου βοηθήματος σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας MoCA συγκριτικά με τους λήπτες [(23.189 έναντι 21.198)($t=3.377$, $p=0.001$).

Παράλληλα σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στο ιστορικό χρήσης ουσιών και των μεταβλητών της κλίμακας MoCA. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές στις μεταβλητές «Κατονομασία» [(2.833 έναντι 2.720)($t=-2.052$, $p=0.041$] και «Αφαιρετική σκέψη» [(1.598 έναντι 1.417)($t=-2.311$, $p=0.022$).

Αναφορικά με τη μεταβλητή «Διπλή διάγνωση», στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα σε αυτούς με θετικό ιστορικό διπλής διάγνωσης και τις μέσες τιμές των μεταβλητών «Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση» [(0.689 έναντι 0.551)($t=-2.387$, $p=0.018$), «Οπτικοχωρική εκτέλεση: ζωγράφισμα ρολογιού» [(2.631 έναντι 2.379)($t=-2.799$, $p=0.005$), «Κατονομασία» [(2.864 έναντι .724)($t=-2.594$, $p=0.010$), «Λεκτική ευχέρεια» [(0.611 έναντι 0.468)($t=-2.407$, $p=0.017$), «Αφαιρετική σκέψη» [(1.669 έναντι 1.405)($t=-3.368$, $p=0.001$), «Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης» [(2.495 έναντι 2.088)($t=-2.009$, $p=0.046$)]. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας MoCA και στους συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης [(23.310 έναντι 21.475)($t=-3.148$, $p=0.002$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ ιστορικού χρήσης ελαφριών ψυχοδραστικών ουσιών συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με αρνητικό ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και ιστορικό χρήσης σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με τη μέση τιμή της μεταβλητής «Αφαιρετική σκέψη» της κλίμακας MoCA [(1.648 έναντι 1.409 και 1.550)($f=2.311$, $p=0.022$)] (Πίνακας 32).

4.2.18. Σχέση της συνολικής μέσης τιμής της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και της συνολικής μέσης τιμής της κλίμακας MoCA

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά ήπια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής μέσης τιμής της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και της συνολικής μέσης τιμής της κλίμακας MoCA ($r=-0.161$, $p=0.004$) (πίνακας 38). Κατά την ανάλυση πολυπαραγοντική παλινδρόμησης φάνηκε ότι όσο αυξάνεται κατά μία μονάδα η συνολική μέση τιμή στην υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων, μειώνεται η συνολική μέση τιμή της κλίμακας MoCA κατά 0.289 μονάδες [OR(95%CI): [(-0.489) - (-0.089)], $p=0.005$], γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει την ερευνητική υποθεση και υποστηρίζει την αξιοπιστία γνωστών ομάδων της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων της PANSS.

4.2.19. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου MoCA – Σχέση της συνολικής μέσης τιμής κλίμακας MoCA και α) θετικού ατομικού ιστορικού NNΔ/NBΔ, β) συχνότητας υποτροπών κατά το διάστημα 14 μηνών, και γ) συχνότητας ακούσιας εισαγωγής/επανεισαγωγής

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του ατομικού ιστορικού NNΔ/NBΔ και της συνολικής μέσης τιμής της κλίμακας MoCA, όπου άτομα χωρίς ιστορικό (1^ο επεισόδιο NNΔ/NBΔ) φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα MoCA συγκριτικά με αυτούς με θετικό ατομικό ιστορικό [(MT: 23.42 έναντι MT: 21.71, αντίστοιχα)($p=0.017$)] (πίνακας 39). Συμμετέχοντες οι οποίοι νοσηλεύονταν για πρώτη φορά ακούσια, παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα MoCA συγκριτικά με άτομα με πολλαπλές ακούσιες εισαγωγές για υποχρεωτική νοσηλεία στο ΝΑ [(MT: 23.11 έναντι MT:

21.48 αντίστοιχα)($p=0.009$) (Πίνακας 40). Τα ανωτέρω επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα γνωστών ομάδων της MoCA.

Καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ του αριθμού υποτροπών για διάστημα 14 μηνών (χρόνος κατά τη διεκπεραίωση της μελέτης) και των μέσων τιμών της κλίμακας MoCA. Το ευρημα αυτό δεν επιβεβαιώνει την εγκυρότητα γνωστών ομάδων της MoCA.

4.2.20. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου PANSS - Σχέση θετικού ατομικού ιστορικού ΝΝΔ/ΝΒΔ, συχνότητας υποτροπών κατά τη διάρκεια της μελέτης και συχνότητας ακούσιων εισαγωγών και κλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων PANSS

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ ιστορικού ΝΝΔ/ΝΒΔ και συνολικής μέσης τιμής της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS, όπου άτομα με ιστορικό πολλαπλών ακούσιων εισαγωγών παρουσίασαν υψηλότερες συνολικές μέσες τιμές συγκριτικά με άτομα που νοσηλεύονταν πρώτη φορά ακούσια [(MT:21.50 έναντι MT:19.57 αντίστοιχα)($p=0.009$, $t=-1.96$)] (πίνακας 41). Το ανώτερο, επιβεβαιώνει την εγκυρότητα γνωστών ομάδων της κλίμακας PANSS.

Καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ του ατομικού ιστορικού ΝΝΔ/ΝΒΔ και της συχνότητας υποτροπών για διάστημα 14 μηνών (χρόνος κατά τη διεκπεραίωση της μελέτης) και των μέσων τιμών της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS, γεγονός το οποίο δεν επιβεβαιώνει την εγκυρότητα γνωστών ομάδων της κλίμακας PANSS.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Συζήτηση / Ερμηνεία αποτελεσμάτων

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει για πρώτη φορά, τα κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που υπό ακούσια νοσηλεία στην Κύπρο. Τα δεδομένα αυτά είναι τα πρώτα που καταγράφονται σε εθνικό επίπεδο, ενώ ο αριθμός μελετών σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα στη Νότια Ευρώπη και στις χώρες της Μεσογείου είναι περιορισμένος (Kisely et al. 2019; Barnett et al. 2017; Stylianidis et al. 2017; Flammer et al. 2016; Curley et al. 2016; Walker et al. 2019; Douzenis et al. 2012). Παρ' όλα αυτά, η κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της οξείας συμπτωματολογίας ΝΝΔ/ΝΒΔ, αποτελεί ζήτημα δημόσιας υγείας και πρωταρχικής σημασίας για την κλινική πρακτική (Barnett et al. 2019; Walker et al. 2019).

Αναφορικά με το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων που προσήλθαν ακούσια για υποχρεωτική θεραπεία στην Κύπρο, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι άγαμοι και άνεργοι άνδρες, κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης συχνότερα προσέρχονταν για ακούσια νοσηλεία σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Cyprus national service for statistics 2011). Αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας των συμμετεχόντων, εκείνοι με φυσιολογικό BMI, άτομα με την ιατρική διάγνωση σχιζοφρένεια, θετικό ατομικό ιστορικό σοβαρών προβλημάτων ψυχικής υγείας, αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών πριν από την ακούσια εισαγωγή, και ίσως το θετικό οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας ή άλλων συναφών ψυχωτικών διαταραχών συχνότερα προσέρχονταν για ακούσια νοσηλεία στη Κύπρο.

Περαιτέρω, ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της παρούσας μελέτης, είναι ότι παρ' όλο που σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες νοσηλεύτηκαν ακούσια για πρώτη φορά, ωστόσο σχεδόν ένας στους τρεις ανέφερε ότι η τρέχουσα νοσηλεία ήταν το πρώτο διαγνωσμένο σοβαρό επεισόδιο ψυχικής υγείας. Το δεδομένο αυτό, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ακόμη και όταν αντιμετωπίζουν συμπτώματα ψυχικής υγείας τα οποία πιθανόν να επηρεάζουν την καθημερινότητα τους, ωστόσο είτε δεν γνωρίζουν τη σοβαρότητα και την ανάγκη για θεραπεία, είτε είναι απρόθυμοι να αναζητήσουν εθελοντικά βοήθεια. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι το κοινωνικό στίγμα που

αντιμετωπίζει η συγκεκριμένη ομάδα κινδύνου. Το δεδομένο αυτό, φαίνεται να συνιστά σημαντικό φραγμό σε σχέση με τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας από της υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο (Kaite et al. 2015).

Περαιτέρω, η περιορισμένη γνώση και η απουσία ενημέρωσης αναφορικά με τα πρώιμα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών, ή η ελλιπής γνώση σε σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, φαίνεται να συμβάλλουν σημαντικά στην απουσία κατανόησης της ανάγκης για αναζήτηση βοήθειας (Ratnayake & Hyde 2019). Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά είναι ανησυχητικά σε συνάρτηση με την πολιτική πρόληψης που εφαρμόζεται στην Κύπρο, ενώ συγχρόνως μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για περαιτέρω διερεύνηση αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα.

Ένα επιπρόσθετο σημαντικό εύρημα, αφορά στο ποσοστό επανεισαγωγής των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν προηγούμενο θετικό ιστορικό ακούσιων νοσηλειών για υποχρεωτική θεραπεία. Δεδομένα από την διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, αναφέρουν ότι περίπου 20%-40% χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, πραγματοποιούν επανειλημμένες ακούσιες νοσηλείες για υποχρεωτική θεραπεία (Munirat et al. 2018; Potkonjak & Karlovic 2008; Tremblay et al. 1994). Οι συχνές επαναλαμβανόμενες ακούσιες νοσηλείες, φαίνεται να αποτελούν σημαντικό κλινικό πρόβλημα, τόσο στην Κύπρο όσο και σε διεθνές επίπεδο, αφού ένα μεγάλο ποσοστό των πασχόντων δεν παραμένουν με ύφεση της συμπτωματολογίας της νόσου για μεγάλο χρονικό διάστημα στην κοινότητα. Το δεδομένο αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την πρόληψη υποτροπής, κυρίως σε κοινοτικό επίπεδο (Wierdsma & Mulder 2009).

Η παρούσα μελέτη αναφέρει επίσης ότι η συχνότερη αιτία για ακούσια νοσηλεία, είτε για πρώτη εισδοχή είτε για επανεισδοχή, ήταν η μη τήρηση της φαρμακευτικής θεραπείας σε συνδυασμό με την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Το δεδομένο αυτό φαίνεται να συνάδει και με τα αποτελέσματα μελετών σε διεθνές ερευνητικό επίπεδο, όπου ο κυριότερος λόγος ακούσιας εισαγωγής ανάμεσα σε άτομα με σοβαρές ΝΝΔ/ΝΒΔ φαίνεται να είναι η αδυναμία τήρησης του θεραπευτικού φαρμακευτικού πλάνου (Kisely et al. 2017; Munirat et al. 2018; Barnett et al. 2019; Potkonjak &

Karlovic 2008). Επομένως, είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στην εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ασθενών για τη φαρμακευτική αγωγή και της θεραπευτικές επιλογές των πασχόντων, προκειμένου να επιτευχθεί η ικανότητα τήρησης της θεραπευτικής διαδικασίας (Julius et al. 2009; Velligan et al. 2009; Ndukuba, 2011; Meehan et al. 2017).

Περαιτέρω, στην παρούσα μελέτη περιεγράφηκε το προφίλ των ατόμων που νοσηλεύονται ακούσια για επανειλημμένες ακούσιες νοσηλείες στην Κύπρο. Έτσι, σύμφωνα και με τα παρόντα δεδομένα, τα προληπτικά μέτρα αναφορικά με τις ακούσιες επανεισδοχές, θα πρέπει να επικεντρώνονται σε Ελληνο-Κύπριους με πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι οποίοι λαμβάνουν δημόσιο βοήθημα, είναι άνεργοι και έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ο κυριότερος λόγος επανεισδοχής για ακούσια νοσηλεία, παρατηρήθηκε να είναι η διακοπή φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με την επιθετική συμπεριφορά. Σύμφωνα και με τη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, άτομα με ψυχωτικές διαταραχές υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας, εξαιτίας της μακροχρόνιας λήψης αντιψυχωτικής αγωγής (Karson et al. 2014), συχνά φαίνεται να διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή, γεγονός το οποίο πολλές φορές οδηγεί σε υποτροπή της NN/NB συμπτωματολογίας και κατ' επέκταση σε πολλαπλές ακούσιες επανεισσωγές (Morken et al. 2008; Haddad et al. 2014; Ljungdahl 2017). Αρκετές μελέτες έχουν εντοπίσει τη σχέση μεταξύ επιθετικής συμπεριφοράς και ακούσιας εισαγωγής. Λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι η διαδικασία ακούσιας εισαγωγής πραγματοποιείται όταν οι πάσχοντες παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά προς τον εαυτό τους ή προς τρίτους, εξαιτίας της διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, αυτό μπορεί να αιτιολογήσει τη σχέση μεταξύ των δυο αυτών χαρακτηριστικών (Morken et al. 2008; Bindman et al. 2005; Canova et al. 2018).

Όμοια αποτελέσματα φαίνεται να παρατηρήθηκαν και σε μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Santa Maria στη Βραζιλία, όπου οι συμμετέχοντες οι οποίοι εισάγονταν ακούσια, συχνά παρουσίαζαν επιθετική συμπεριφορά εξαιτίας της διακοπής φαρμακευτικής αγωγής (Canova et al. 2018). Ωστόσο, σε μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, κατά την οποία

μελετήθηκαν τα δεδομένα από τις αναφορές της αστυνομίας σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία, μόνο ένα μικρό ποσοστό των πασχόντων εισάχθηκε ακούσια εξαιτίας σοβαρής συμπτωματολογίας κατά την οποία χρειάστηκε η εμπλοκή της αστυνομίας (Douzenis et al. 2010).

Μια σημαντική παρατήρηση σε σχέση με τα αποτελέσματα της μελέτης, αποτέλεσε η σχέση μεταξύ φύλου και συγκεκριμένων παραγόντων οι οποίοι σχετίστηκαν με την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική ψυχιατρική θεραπεία. Ειδικότερα, στη μελέτη αυτή, επιβεβαιώνεται ένα από τα πιο συχνά ευρήματα στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, σύμφωνα με τα οποία άνδρες με τη διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας νοσηλεύονται ακούσια συχνότερα συγκριτικά με τις γυναίκες (Stylianides et al. 2017; Silva et al. 2018; Rodrigues et al. 2019; Walker et al. 2019; Silva et al. 2021; Feeney et al. 2019). Στη μελέτη των Silva et al. (2021), η οποία πραγματοποιήθηκε στην Πορτογαλία, οι άνδρες, παρουσίαζαν 1.31 φορές περισσότερες πιθανότητες να εισαχθούν ακούσια για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας συγκριτικά με τις γυναίκες (Silva et al. 2018). Περαιτέρω, στην παρούσα μελέτη, οι άνδρες φάνηκε ότι εισάγονταν συχνότερα για ακούσια νοσηλεία εξαιτίας αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς με συνυπάρχουσα χρήση ουσιών συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες εισάγονται συχνότερα εξαιτίας αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς και συνυπάρχουσας διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, ή μόνο αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς .

Σε μια πρόσφατη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία, παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες νοσηλεύονταν συχνότερα εξαιτίας συμπεριφορικών διαταραχών συγκριτικά με τις γυναίκες (Feeney et al. 2019). Ως εκ τούτου, σε αντίθεση με τα δεδομένα αυτά, αρκετές μελέτες στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, δείχνουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα συμπεριφορές μη τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής συγκριτικά με τους άντρες (Hagström et al. 2004; Seeman 2020). Το εύρημα αυτό πιθανόν να οδηγεί στην ανάγκη της τροποποίησης των σχημάτων που συνταγογραφούνται στις γυναίκες, μιας και οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν συχνότερα παρενέργειες σχετιζόμενες με την αγωγή συγκριτικά με τους άνδρες, γεγονός το οποίο πιθανόν να σχετίζεται με τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και

κατ' επέκταση την ακούσια εισαγωγή (Hagström et al. 2004; Seeman, 2020). Μια επιπρόσθετη πιθανή εξήγηση, αποτελεί το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι συχνά πιο ευάλωτες σε σχέση με το κοινωνικό στίγμα το οποίο σχετίζεται με τη ψυχότροπο φαρμακευτική αγωγή που καλούνται να λάβουν στην κοινότητα, ή με τις επισκέψεις στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα (Loft et al. 2016), γεγονός το οποίο πολλές φορές οδηγεί στην απόσυρση από τη θεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση, παρεμβάσεις γνωσιο-συμπεριφορικού χαρακτήρα επικεντρωμένες στο φύλο, είναι πιθανό να συμβάλουν θετικά στην τήρηση της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής στην κοινότητα, καθώς και εκπαιδευτικά προγράμματα αυτό-διαχείρισης εστιασμένα στις διαφορετικές ανάγκες που παρουσιάζουν τα δυο φύλα (Rademaker, 2001)

Συνολικά, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι άτομα με σχιζοφρένεια πραγματοποιούν συχνότερα ακούσιες νοσηλείες συγκριτικά με άτομα με άλλες διαγνώσεις (Hotzy et al. 2019; Munirat et al. 2018; Potkonjak & Karlovic 2008; Tremblay et al. 1994). Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες με διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής στο φάσμα σχιζοφρένειας ήταν συχνότερα ελληνόφωνοι, με θετικό ατομικό ιστορικό σοβαρών ψυχικών νοσημάτων, και συννοσηρότητα χρήσης ουσιών.

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ έντασης θετικών/ αρνητικών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της αγωγής που χορηγείται κατά την ακούσια νοσηλεία είναι σημαντικό να διερευνηθεί διότι υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι έντονες καταστάσεις όπως επιθετικότητα, αυτοτραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας, χρήση ουσιών κτλ καθώς και τα περιοριστικά μέτρα που προϋποθέτει η ακούσια νοσηλεία όπως αναγκαστική χορήγηση ενδομυϊκής φαρμακευτικής αγωγής, αποτελούν φλέγον θέματα για την ορθή διαχείριση των νευρο-νοητικών διαταραχών στη νοσηλευτική επιστήμη (Patient Safety Standards 2018).

Η συμπτωματολογία ενός ατόμου που βρίσκεται σε υποτροπή, μπορεί να οδηγήσει σε συγκρουσιακές καταστάσεις εξαιτίας: 1. της βασικής συμπτωματολογίας των νευρο – νοητικών διαταραχών όπως επιθετική συμπεριφορά, ακουστικές ψευδαισθήσεις, αυτοκτονικός ιδεασμός, ιδέες ματαιοδοξίας. 2. των της προσωπικότητας τα οποία μπορεί να δυσχαιρένουν τη συμπτωματολογία αλλά και τη νοσηλεία του ατόμου

όπως οιστριονική διαταραχή προσωπικότητας. 3. τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται να σχετίζονται με την εύκολη εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής (Bowers 2014).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Μοντέλου Ασφαλούς Νοσηλείας αναφέρει πως η ορθή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής από το προσωπικό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, αποτελεί μια σημαντική στρατηγική για μια ασφαλή νοσηλεία (Patient Safety Standards 2018). Παράλληλα η εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό τόσο στην άμεση βελτίωση των συμπτωμάτων ενώ παράλληλα φαίνεται να μειώνει σημαντικά το χρόνο της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας (Bowers et al. 2014). Συγκεκριμένες παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένου και της ορθής εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή μπορούν να συμβάλουν στην ασφαλή νοσηλεία των ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία, ενώ παράλληλα φαίνεται να συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στη μείωση παρορμητικών συμπεριφορών που μπορούν να είναι επικίνδυνες τόσο για τον ίδιο το νοσηλευόμενο όσο και για το προσωπικό (Bowers et al. 2014; Patient Safety Standards 2016).

Ένα ασφαλές περιβάλλον φροντίδας αποτελεί ζήτημα ζωτικής σημασίας. Ωστόσο ένα περιβάλλον δεν μπορεί να είναι ελεύθερο από κινδύνους (AIA Guidelines 2010). Τα περισσότερα περιστατικά τα οποία μπορούν να θεωρηθούν ότι αποτελούν ύψιστου κινδύνου για τους κλειστούς θαλάμους νοσηλείας κατά την υποτροπή, αφορούν περιστατικά όπου τα αρνητικά/θετικά ή καταθληπτικά συμπτώματα της νόσου, μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεριφορές επικίνδυνες για τη ζωή όπως ετεροκαταστροφική συμπεριφορά και η αυτοκτονική συμπεριφορά (AIA Guidelines 2010).

Είναι πολύ σημαντικός ο εντοπισμός της έντασης των συμπτωμάτων κάθε νευρονοητικής διαταραχής μέσω δομημένων εργαλείων αξιολόγησης, έτσι ώστε να συνταγογραφείτε η κατάλληλη χημική ουσία αλλά και η κατάλληλη δοσολογία με απώτερο σκοπό την άμεση ύφεση των συμπτωμάτων του πάσχοντα (Peusschers et al. 2015). Ανακριβής εντοπισμός των συμπτωμάτων και της έντασής τους, μπορεί να

οδηγήσει σε ανεπαρκή ή ακατάλληλη θεραπεία μιας ασθένειας ή μια αποτυχία για τη θεραπεία μιας υποκείμενης νόσου (Bowers 2014; Peusschers et al. 2015).

Η υπόδειξη σημαντικών ζητημάτων τεκμηρίωσης σε σχέση με τις μεταβολές από την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή κατά την πρόοδο που παρατηρείτε στην υπάρχουσα συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της κλειστής νοσηλείας σε θαλάμους εισδοχής ακούσιας νοσηλείας φαίνεται να μην έχει διερευνηθεί επαρκώς, παρόλα τα φλέγων ζητήματα που φαίνεται να προκύπτουν από διάφορες έρευνες (Peusschers et al. 2015). Παράλληλα, ο λανθασμένος χειρισμός της εφαρμοζόμενης φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται πολλές φορές να οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες υποτροπές, και κατα συνέπεια σε εισδοχές σε θαλάμους κλειστής νοσηλείας (Peusschers et al. 2015).

Η δυνατότητα ορθής εφαρμογής της φαρμακευτικής θεραπείας στην κοινότητα, φαίνεται να είναι επιτυγχάνεται συχνότερα στις περιπτώσεις που οι πάσχοντες αναφέρουν την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου. Ως εκ τούτου, άτομα τα οποία έχουν υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να αποδέχονται πιο εύκολα τη φαρμακευτική αγωγή κατά την περίοδο ακούσιας εισαγωγής, γεγονός το οποίο οδηγεί σε άμεση βελτίωση της συμπτωματολογίας και κατά συνέπεια σε γρηγορότερη απόλυση τους από το νοσοκομείο (Sebergesen et al. 2014).

Σημαντικό φαίνεται να είναι και το γεγονός ότι κάθε δομή χρησιμοποιεί διαφορετικές πολιτικές εφαρμογής της ενδεικνυόμενης φαρμακευτικής αγωγής (Watts et al. 2012). Σε κάθε περίπτωση όμως φαίνεται το δεδομένο αυτό να επηρεάζει τόσο το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την ύφεση των συμπτωμάτων όσο και το χρονικό διάστημα διαμονής σε κάθε θάλαμο κλειστής νοσηλείας (Watts et al. 2012).

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, αναφορικά με το προφίλ των ατόμων υπόγεια ακούσια νοσηλεία στην Κύπρο, φαίνεται να συνάδουν και με δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία (Walker et al. 2019), ωστόσο είναι περιορισμένα τα δεδομένα που αφορούν το γενικό πληθυσμό ή τον πληθυσμό που προσέρχεται για εκούσια θεραπεία στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο για να γίνει σύγκριση των δεδομένων αυτών. Ως εκ τούτου, φαίνεται να υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος μιας και οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο βαθμό που γνωρίζουμε είναι περιορισμένες και σε συγκεκριμένο πληθυσμό στόχο. Περαιτέρω, η σχέση

μεταξύ χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και ακούσιας εισαγωγής έχει διερευνηθεί και σε άλλες μελέτες, στις οποίες άτομα τα οποία αναφέρουν χρήση ουσιών φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες για ακούσια εισαγωγή (Delayahu et al. 2014; Warden et al. 2016). Μάλιστα, μέσα και από άλλες μελέτες, η αυξημένη συχνότητα ακούσιας εισαγωγής εξαιτίας της χρήσης ουσιών φαίνεται να παρατηρείται περισσότερο σε άτομα με δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (Warden et al. 2016), άνεργα (Warden et al. 2016), τα οποία έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας (Delayahu et al. 2014)

Περαιτέρω, στη μελέτη των Σωκράτους και συν. σε δείγμα 1500 πανεπιστημιακών φοιτητών που προέρχονταν από τέσσερις επαρχίες της Κύπρου, μεταξύ των ηλικιών 18-40 ετών, φάνηκε ότι 4,2% των συμμετεχόντων ανέφερε θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, ποσοστό πολύ μικρότερο από αυτό που αναφέρεται στην παρούσα μελέτη (Sokratous et al. 2014). Επιπρόσθετα, η συχνότερη ουσία χρήσης ανάμεσα στο συγκεκριμένο δείγμα φοιτητών ήταν οι ελαφριές ψυχοδραστικές ουσίες, και συγκεκριμένα η κάνναβη. Στην παρούσα μελέτη, περίπου 1 στους 2 ανέφεραν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών. Από εκείνους που ανέφεραν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, περίπου 1 στους 2 ανέφεραν καθημερινή χρήση ουσιών, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία πληρούσε τα κριτήρια διπλής διάγνωσης, με κύρια ουσία χρήσης την κάνναβη.

Μια ακόμα μελέτη αναφορικά με τη χρήση ουσιών πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο από τον Mitsis (2019) η οποία πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 100 ατόμων από το γενικό πληθυσμό, οι οποίοι ζήτησαν θεραπεία σε ένα ιδιωτικό πρόγραμμα παρέμβασης για άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών, έδειξε ότι η κάνναβη ήταν μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος πληρούσε τα κριτήρια διπλής διάγνωσης.

Βάση και των διεθνών δεδομένων, η χρήση ουσιών φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με την εμφάνιση και την επανεμφάνιση συμπτωμάτων ΝΝΔ/ΝΒΔ (SAMSHA 2011; Azizi et al. 2018). Στην παρούσα μελέτη, σχεδόν 1 στους 2 συμμετέχοντες ανέφερε χρήση ουσιών πριν από την κλιμάκωση των συμπτωμάτων τα οποία οδήγησαν σε ακούσια νοσηλεία, ενώ αρκετοί από αυτούς

ανέφεραν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών στο παρελθόν. Είναι ωστόσο σημαντική η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης μεταξύ χρήσης ουσιών και ακούσιας νοσηλείας για υποχρεωτική θεραπεία, λαμβάνοντας υπόψη την πολυπαραγοντική σχέση μεταξύ αυτών των δυο φαινομένων και τις εγγενείς δυσκολίες που παρατηρούνται.

Η παρούσα μελέτη περιγράφει επίσης για πρώτη φορά τις δημογραφικές και κλινικές διαφορές μεταξύ εκείνων που χρησιμοποιούν ελαφριές ή σκληρές ψυχοδραστικές ουσίες και του τρόπου που το φαινόμενο αυτό σχετίζεται με την ακούσια νοσηλεία. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι άνεργοι συμμετέχοντες οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης και ανέφεραν πολυχρήση, έκαναν συχνότερα χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών. Με βάση το δεδομένο αυτό, είναι σημαντική η εφαρμογή εστιασμένων παρεμβάσεων σχετιζόμενες με την εκπαίδευση για θέματα χρήσης ουσιών στο πλαίσιο της κοινότητας, σε άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών και του προφίλ των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με αυτό, σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Παράλληλα, σημαντικό εύρημα στην παρούσα μελέτη αποτελεί και ο εντοπισμός των παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την πιθανότητα ακούσιας επανεισαγωγής. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών στο παρελθόν. Σε άλλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τη συχνότητα επανεισαγωγής για ακούσια νοσηλεία, οι ερευνητές αναφέρουν ότι οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας νοσηλεύονται επαναλαμβανόμενα για υποχρεωτική νοσηλεία περίπου 20-40% (Adebiyi et al. 2018; Potkonjak, & Karlovic, 2008; Tremblay et al. 1994). Οι συχνές επαναλαμβανόμενες ακούσιες νοσηλείες φαίνεται να αποτελούν ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, καθώς σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης ένα μεγάλο ποσοστό των πασχόντων δεν παρουσιάζει ύφεση συμπτωματολογίας για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις σχετιζόμενες με την πρόληψη της υποτροπής, κυρίως σε εξωτερικές δομές στην κοινότητα (Wierdsma & Mulder 2009).

Άτομα με ψυχωτική συμπτωματολογία και ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες επανεισδοχής εντός ενός χρόνου (Hung et al. 2017). Η συχνότητα επανεισδοχής σε άτομα με προηγούμενο ιστορικό ακούσιας νοσηλείας με ψυχωτική συμπτωματολογία φαίνεται να είναι έως και έξι φορές υψηλότερος συγκριτικά με άτομα με άλλη NN/NB συμπτωματολογία (Verdoux et al. 2000; Cougnard et al. 2004), με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας να παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά ακούσιων εισδοχών συγκριτικά με άλλες διαγνώσεις του ψυχωτικού φάσματος (Kallert et al. 2008).

Το φαινόμενο επανεισδοχής κατά την οξεία φάση ψυχωτικής συμπτωματολογίας, φαίνεται να παρατηρείται συχνότερα σε άτομα που νοσηλεύονται ακούσια συγκριτικά με άτομα που νοσηλεύονται εθελοντικά (Kallert et al. 2008). Σε κάθε περίπτωση, κυριότερος λόγος ακούσιας επανεισδοχής φαίνεται να είναι η αδυναμία τήρησης του θεραπευτικού συνεχές στην κοινότητα, γεγονός το οποίο επηρεάζει κατ' επέκταση το βαθμό εναισθησίας των πασχόντων με ψυχωτική συμπτωματολογία (Verdoux et al. 2000). Προηγούμενα δεδομένα στην ερευνητική βιβλιογραφία, περιγράφουν ότι άτομα με ψυχωτική συμπτωματολογία, τα οποία έχουν τεθεί σε ενέσιμο μακράς διάρκειας, παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα επανεισαγωγών (Chang et al. 2009; Haddad et al. 2009). Μάλιστα, κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι η διαδικασία αυτή φαίνεται να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα σε σχέση με την πιθανότητα επανεισαγωγής (Chang et al. 2009; Haddad et al. 2009). Αυτό βέβαια μπορεί να οφείλεται στην συχνή και άμεση επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε εξειδικευμένα κέντρα στην κοινότητα, και στον άμεσο εντοπισμό συμπτωμάτων πιθανής υποτροπής κατά την αξιολόγηση τους. Η καλή ψυχο-κοινωνική στήριξη και η παραπομπή κατά το εξιτήριο σε κοινοτικά προγράμματα στα εξωτερικά ιατρεία, φάνηκε να μειώνει αισθητά τη συχνότητα επανεισδοχής σε πάσχοντες με σχιζοφρένεια (Silva et al. 2009).

Όπως και στην παρούσα μελέτη, απουσία εναισθησίας φαίνεται να περιγράφεται και από άλλες μελέτες ως ο κυριότερος λόγος ακούσιας νοσηλείας ανάμεσα σε άτομα με ψυχωτική συμπτωματολογία (Kelly et al. 2004; Lincoln et al. 2007). Παράλληλα, το κοινωνικό στίγμα, ο αυτοστιγματισμός αλλά και η αδυναμία/άρνηση αποδοχής της

ύπαρξης της νόσου, φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα διακοπής της λήψης φαρμακευτικής αγωγής μετά το εξητήριο αλλά και την μη αποδοχή για συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε εξωτερικές δομές (Lelliott et al. 2002; Cougnard et al. 2004).

Οι επαναλαμβανόμενες ακούσιες επαν-εισαγωγές, αντανακλούν την αποτυχία των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την αναγκαιότητα της διατήρησης του θεραπευτικού συνεχούς κατά την παραμονή των πασχόντων στην κοινότητα. Αυτή η δυσκολία συνεργασίας των πασχόντων με τις κοινοτικές δομές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτρέπει τον έγκαιρο εντοπισμό, και κατ' επέκταση την έγκαιρη παρέμβαση σε περιπτώσεις υποτροπής των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Morgan et al. 2004). Ωστόσο, ο έγκαιρος εντοπισμός και κατ' επέκταση η έγκαιρη παρέμβαση, αναμένεται να μειώσει το κόστος που σχετίζεται με τη φροντίδα κατά την ακούσια νοσηλεία, μιας και θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των ποσοστών ακούσιας νοσηλείας και κατ' επέκταση τη μείωση των ετήσιων δαπανών σε σχέση με αυτό (Morgan et al. 2004).

Μάλιστα, αν και η υποχρεωτική νοσηλεία επιβάλλεται με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων υποτροπής, ωστόσο, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις οι οποίες αναφέρουν ότι η εξαναγκαστική διαδικασία θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε πολλαπλές υποτροπές και κατ' επέκταση σε πολλαπλές ακούσιες εισαγωγές (Fazel et al. 2016; Parhar et al. 2008), με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. Το δεδομένο αυτό, έχει περαιτέρω επιπτώσεις, εμποδίζοντας το θεραπευτικό συνεχές και τη βιωσιμότητα του αποτελέσματος των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Fazel et al. 2016, Parhar et al. 2008).

Συνολικά, οι παρεχόμενες παρεμβάσεις φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές όταν οι πάσχοντες εμπλέκονται εθελοντικά στη διαδικασία θεραπείας, μιας και οι αλλαγές στη συμπεριφορά των πασχόντων φαίνεται να διαρκούν περισσότερο (Parhar et al. 2008, Snyder & Anderson, 2009). Δεδομένα από τη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία αναφέρουν ότι πάσχοντες υπό υποχρεωτική θεραπεία, παρουσιάζονται ανθεκτικοί στη θεραπεία συγκριτικά με πάσχοντες οι οποίοι εμπλέκονται ενεργά με τη δική τους θέληση στη διαδικασία αυτή (Taft et al. 2001). Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας

αντίδρασης στην υποχρεωτική θεραπεία, καθώς τα άτομα είναι πιο πιθανό να αντισταθούν στην απώλεια της ελευθερίας και της ανεξαρτησίας τους με αντίκτυπο την ανάληψη δράσεων για τη θεραπεία τους, ή ακόμη και την εφαρμογή αυτή καθ αυτή του θεραπευτικού σχήματος (Hachtel et al. 2019). Περαιτέρω, η διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική θεραπεία, έχει συνδεθεί με τον κοινωνικό στιγματισμό της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Το βίωμα του στιγματισμού και των συνοδών διακρίσεων αποτελούν ένα έντονα αρνητικό χαρακτηριστικό, που επηρεάζει όλες τις κοινωνικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένης και της θεραπευτικής σχέσης. Γενικά το αίσθημα στιγματισμού έχει πολλαπλές αρνητικές συνέπειες στους πάσχοντες με ΝΝΔ/ΝΒΔ (Sowislo et al. 2017). Όλα τα παραπάνω, φαίνεται να οδηγούν στην αύξηση των αγχωδών συμπτωμάτων, στη μείωση της λειτουργικότητας και της κακής έκβασης της νόσου, στην απώλεια αυτοεκτίμησης και στη μείωση της ποιότητας της ζωής των πασχόντων καθώς και στη μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση σύμφωνα με αναφορές των πασχόντων (Hinshaw & Stier, 2008; Lasalvia et al. 2013).

Περαιτέρω, προηγούμενα δεδομένα από τη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, υποστηρίζουν ότι μια πιθανή εξήγηση αναφορικά με τις πολλαπλές υποτροπές στην κοινότητα, οι οποίες οδηγούν σε ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία, είναι πιθανόν να σχετίζονται με την απουσία κοινωνικής στήριξης στην κοινότητα (Vázquez Morejón et al. 2018). Ειδικότερα, φαίνεται ότι η κοινωνική στήριξη, λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας σε σχέση με την αποδοχή και τη διαχείριση των συμπτωμάτων, τη μείωση της αίσθησης του στίγματος από την κοινωνία αλλά και τη διαμόρφωση των κατάλληλων κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι λειτουργούν προστατευτικά σε σχέση με την εμφάνιση υποτροπών (Davis & Brekke, 2014). Μάλιστα, φαίνεται ότι άτομα με μειωμένη κοινωνική στήριξη, πολλές φορές βιώνουν την εμπειρία της νόσου ως μια έντονα στρεσογόνα εμπειρία, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν δυσκολίες αναφορικά με την αποδοχή της νόσου και κατ' επέκταση την τήρηση του θεραπευτικού συνεχές σε εξωτερικές δομές (Davis & Brekke, 2014). Ειδικότερα, οι Vázquez Morejón et al. (2018), υποστηρίζουν ότι, όσο υψηλότερη είναι η κοινωνική στήριξη, τόσο μειωμένη είναι η πιθανότητα εμφάνισης πολλαπλών υποτροπών και

ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, γεγονός το οποίο φαίνεται να συμβάλλει θετικά στην καλύτερη προσαρμογή αναφορικά με την ικανότητα της κοινωνικής επανένταξης των πασχόντων.

Ένας ακόμα πιθανός παράγοντας της αδυναμίας τήρησης του θεραπευτικού συνεχές στην κοινότητα σύμφωνα με τους Vázquez Morejón et al. (2018), φαίνεται να είναι η μειωμένη ανταπόκριση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις ανάγκες των πασχόντων, οι οποίες συχνά δεν ικανοποιούνται (όπως για παράδειγμα στην πιθανή επιθυμία τροποποίησης του φαρμακευτικού πλάνου), με τους ασθενείς να αναφέρουν ότι πολλές φορές δεν αρκεί μόνο η υποστήριξη των ΥΨΥ στην κοινότητα, αλλά και η διαθεσιμότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε περιπτώσεις κρίσης ή υποτροπής (Hengartner et al. 2017).

Η αδυναμία λήψης της φαρμακευτικής αγωγής στην κοινότητα, φαίνεται να περιγράφεται και σε ποιοτικές μελέτες στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, με τους πάσχοντες να αναφέρουν ως κυριότερο παράγοντα για τη μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται, γεγονός το οποίο οδηγεί σε συχνά επεισόδια υποτροπής (Tranulis et al, 2011). Παράλληλα, ένας ακόμα αναφερόμενος παράγοντας μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής στην κοινότητα φαίνεται να είναι η μειωμένη αποτελεσματικότητα της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής για τη διαχείριση των συμπτωμάτων (Tranulis et al. 2011). Ως εκ τούτου, άτομα με ψυχωτικά συμπτώματα, φαίνεται να αναφέρουν ότι πολλές φορές ξεχνούν να λάβουν τη φαρμακευτική τους αγωγή, με τους ίδιους να τονίζουν ότι αναγνωρίζουν την ανάγκη λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ αρκετοί από αυτούς αναφέρουν ότι διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή μόλις παρατηρηθεί ύφεση των συμπτωμάτων (Tranulis et al. 2011; Stentzel et al. 2018).

Ένας ακόμα ισχυρός παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με τις συχνές υποτροπές που παρατηρούνται στα άτομα με σχιζοφρένεια φαίνεται να είναι το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα που βιώνουν οι πάσχοντες από τις οικογένειες τους (Bhugra & McKenzie, 2003). Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση των Ma et al. (2021), στην οποία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ υψηλά εκφραζόμενου συναισθήματος και της συχνότητας υποτροπής, στην οποία συμπεριλήφθηκαν 33 μελέτες από τη διεθνή

ερευνητική βιβλιογραφία, αναφέρεται ότι το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα που βιώνουν οι πάσχοντες με σχιζοφρένεια από τις οικογένειες τους, αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής κατά 5 περίπου φορές, σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 12 μηνών, ενώ παράλληλα τα αρνητικά / κριτικά σχόλια που βιώνουν οι πάσχοντες από το οικογενειακό τους περιβάλλον αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής κατά δυο φορές περισσότερο (Ma et al. 2021). Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά, φαίνεται να υπάρχει μια ισχυρά αρνητική σχέση μεταξύ αρνητικών σχολίων και υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σε σχέση με τη συχνότητα εμφάνισης υποτροπών οι οποίες πολλές φορές είναι πιθανό να οδηγήσουν σε ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική νοσηλεία (Ma et al. 2021).

Προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία, δείχνουν διαχρονικά αυξημένη συχνότητα νοσηλείας ανάμεσα σε άτομα με ψυχωτική συμπτωματολογίας και κυρίως σε άτομα με σχιζοφρένεια (Cougnard et al. 2004; Preti et al. 2009; Myklebust et al. 2012; van der Post et al. 2012; Hung et al. 2017). Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, ότι άτομα με ιστορικό προηγούμενης ακούσιας νοσηλείας, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες ακούσιας επαν-εισαγωγής εντός ενός χρόνου (Hung et al. 2017).

Στην παρούσα μελέτη, η συχνότερη αιτία ακούσιας νοσηλείας είτε κατά την πρώτη εισαγωγή είτε κατά την επανεισαγωγή, ήταν η μη τήρηση ή η διακοπή της φαρμακευτικής θεραπείας σε συνδυασμό με την αποδιοργάνωση. Ο παράγοντας αυτός φάνηκε να αποτελεί τον κυριότερο κλινικό παράγοντα επανεισαγωγής στο συγκεκριμένο δείγμα. Πιο συγκεκριμένα, άτομα με αποδιοργανωμένη συμπεριφορά εξαιτίας της διακοπής φαρμακευτικής αγωγής παρουσίασαν σχεδόν 11 φορές αυξημένη πιθανότητα να νοσηλευτούν ακούσια συγκριτικά με τους συμμετέχοντες οι οποίοι παρουσίασαν αποδιοργανωμένη συμπεριφορά εξαιτίας κάποιου άλλου παράγοντα.

Το εύρημα αυτό φαίνεται να περιγράφεται και σε άλλες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, στις οποίες ο κυριότερος παράγοντας υποτροπής των ΝΝΔ/ΝΒΔ φαίνεται να είναι η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής (Mann et al. 1024; Barnett et al. 2019; Adebisi et al. 2019; Potkonjak, & Karlovic, 2008; Tremblay et al. 1994).

Επομένως, είναι σημαντικό είναι να δοθεί έμφαση στη δημιουργία παρεμβάσεων εκπαιδευτικού χαρακτήρα αναφορικά με τη αναγκαιότητα και την ορθή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής (Julius et al. 2009; Velligan et al. 2009; Ndukuba, 2011; Meehan et al. 2017; Hotzy et al. 2019). Παράλληλα η εμπλοκή του πάσχοντα αναφορικά με το θεραπευτικό πλάνο φαρμακευτικής αγωγής προκειμένου να ενισχυθεί η δυνατότητα ορθής τήρησης της θεραπευτικής διαδικασίας φαίνεται να συμβάλλει θετικά στη συγκεκριμένη διαδικασία (Julius et al. 2009; Velligan et al. 2009; Ndukuba, 2011; Meehan et al. 2017; Hotzy et al. 2019).

Η θετική στάση των πασχόντων σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και το επίπεδο εναισθησίας και αντίληψης των επιπτώσεων πιθανόν να προκληθούν εξαιτίας της μη λήψης φαρμακευτικής αγωγής, φαίνεται να αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής στην κοινότητα (Sendt et al. 2015). Μάλιστα, η δυνατότητα αντίληψης της εναισθησίας για τη νόσο θεωρείται ότι αντικατοπτρίζει και την ευαισθητοποίηση σχετικά με την ευπάθεια ενός ατόμου να αντιληφθεί τη σοβαρότητα και την αναγκαιότητα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός το οποίο αναμένεται να συμβάλλει θετικά στη συμπεριφορά τήρησης του φαρμακευτικού πλάνου (Gray et al. 2006).

Σύμφωνα με τους Abdel-Baki et al. (2012), η αντίληψη σε σχέση με τη νόσο και το επίπεδο εναισθησίας, αλλά και η ορθή ενημέρωση με παρεμβάσεις μέσω του λόγου αναφορικά με την αναγκαιότητα και τη σημαντικότητα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής, είναι δυνατόν να συμβάλουν στην καλύτερη αυτό-διαχείριση των συμπτωμάτων, τόσο κατά την οξεία φάση των συμπτωμάτων, αλλά και σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου. Ωστόσο, στη μετα-ανάλυση των Stendt et al. (2015), οι ερευνητές αναφέρουν ότι παράγοντες όπως η καλύτερη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή – θεραπευομένου, ο βαθμός εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, η θετική στάση της οικογένειας και των σημαντικών άλλων ως προς τη νόσο και τη λήψη φαρμακευτικής θεραπείας και η επαρκής ενημέρωση για τη νόσο και τη φαρμακευτική θεραπεία (πιθανές παρενέργειες, αναγκαιότητα και σημαντικότητα της

λήψης φαρμακευτικής αγωγής), αποτελούν ισχυρούς προστατευτικούς παράγοντες για την αποτροπή διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής από τους πάσχοντες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στην παρούσα μελέτη, οι παρεμβάσεις πρόληψης υποτροπής και κατ' επέκταση ακούσιας νοσηλείας, θα πρέπει να είναι επικεντρωμένες στους ελληνοκύπριους, οι οποίοι είναι απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης, με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, οι πληρούν τα κριτήρια σχιζοφρένειας και δεν τηρούν το θεραπευτικό σχήμα φαρμακευτικής αγωγής. Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη οι οποίοι παρουσίασαν πολλαπλές ακούσιες εισαγωγές εξαιτίας της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς σε συνδυασμό με τη χρήση ουσιών, παρουσίασαν έως και 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια συγκριτικά με τους συμμετέχοντες οι οποίοι κατά την ακούσια εισαγωγή παρουσίασαν αποδιοργανωμένη συμπεριφορά εξαιτίας άλλων παραγόντων. Περαιτέρω, συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (δημοτικό) είχαν σχεδόν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να επανεισαχθούν ακούσια συγκριτικά με τους συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν κάτοχοι τριτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης, καθώς και οι ελληνοκύπριοι οι οποίοι είχαν επίσης 4 φορές περισσότερες πιθανότητες επανεισαγωγής συγκριτικά με τους αλλοδαπούς. Παράλληλα, τα άτομα με τη διάγνωση «Σχιζοφρένεια» φάνηκε να έχουν έως και 12 φορές περισσότερες πιθανότητες επανεισαγωγής συγκριτικά με αυτούς που είχαν άλλες διαγνώσεις. Επιπλέον, άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά παρουσίασαν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες επανεισαγωγής συγκριτικά με τα άτομα με αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό έμφαση σε παρεμβάσεις αναφορικά με την πρόληψη αυτοκτονικών συμπεριφορών στις κοινοτικές δομές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο.

Αν και στην παρούσα μελέτη δεν πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ ατόμων που επανεισάγονται ακούσια και ατόμων που επανεισάγονται εκούσια σε θαλάμους οξείας φροντίδας, ωστόσο τα δεδομένα της παρούσας μελέτης αναφορικά με το προφίλ των ατόμων που παρουσιάζουν πολλαπλές ακούσιες εισαγωγές σε θαλάμους οξείας φροντίδας στην Κύπρο φαίνεται να είναι όμοια με αυτά που περιγράφονται

στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία (Walker et al. 2019). Ωστόσο είναι σημαντική η περαιτέρω διερεύνηση επί του συγκεκριμένου θέματος με άλλες μελέτες οι οποίες θα συμπεριλαμβάνουν και την εκούσια νοσηλεία για σκοπούς σύγκρισης και επιβεβαίωσης των συγκεκριμένων ευρημάτων.

Επιπρόσθετα, αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία και την επακόλουθη υποχρεωτική θεραπεία, η σχέση φύλου και ακούσιας νοσηλείας έχει τεκμηριωθεί επαρκώς στη διεθνή βιβλιογραφία, με τους άντρες να πραγματοποιούν συχνότερα ακούσιες νοσηλείες συγκριτικά με τις γυναίκες (Barnett et al. 2019; Walker et al. 2019; Azizi et al. 2018; Geniş et al. 2018; Soukou et al. 2017; Hotzy et al. 2016; Aguglia et al. 2016; Gültekin et al. 2013; Potkonjak & Karlovic, 2008). Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά φαίνεται να προέρχονται από μελέτες που συγκρίνουν πληθυσμούς υπό ακούσια νοσηλεία σε σχέση με πληθυσμούς οι οποίοι νοσηλεύονται εθελοντικά για τη λήψη θεραπείας.

Στην παρούσα μελέτη δεν εφαρμόστηκε μια τέτοια σύγκριση, ωστόσο το ποσοστό του ανδρικού φύλου, ήταν μεγαλύτερο στο δείγμα, με τη συχνότητα αυτή να είναι υψηλότερη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Την ίδια στιγμή, κάποιες μελέτες αναφέρουν αυξημένη συχνότητα ακούσιας νοσηλείας ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό (Curley et al. 2016; Potkonjak & Karlovic, 2008; Gou et al. 2014; van der Post et al. 2014; Chang et al. 2013; Tremblay et al. 1994). Τα δεδομένα αυτά φαίνεται να περιγράφονται κατά κύριο λόγο σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες οι οποίες δεν ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως για παράδειγμα οι ΗΠΑ, η Κροατία, η Κίνα, η Ολλανδία και η Βραζιλία. Όσον αφορά το ΝΑ, το νοσοκομείο αναφοράς για υποχρεωτική νοσηλεία στην Κύπρο, αν και υπάρχει ίσος αριθμός κλινών στον ανδρικό και το γυναικείο θάλαμο οξείας νοσηλείας για υποχρεωτική θεραπεία, τις περισσότερες φορές η νοσηλεία στη μονάδα οξείας φροντίδας ανδρών ξεπερνούσε τον προκαθορισμένο αριθμό των κλινών, ενώ την ίδια χρονική περίοδο υπήρχαν κενές κλίνες στο θάλαμο οξείας φροντίδας γυναικών (αδημοσίευτα δεδομένα).

Στην παρούσα μελέτη φάνηκε επίσης ότι τα ανύπαντρα άτομα πραγματοποιούσαν συχνότερα ακούσια νοσηλεία στο ΝΑ. Παρόμοια ευρήματα έδειξαν και άλλες

μελέτες, μέσα από τις οποίες φάνηκε ότι ανύπαντρα άτομα χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας συγκριτικά με τους υπόλοιπους (Kisely et al. 2017; Barnett et al. 2019; Walker et al. 2019; Silva et al. 2018; Priebe et al. 2011). Μόνο μια μελέτη βρέθηκε η οποία πραγματοποιήθηκε στο Μπαγκλαντες όπου η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υπό ακούσια νοσηλεία ήταν έγγαμοι (53.1%) (Hakim et al. 2014). Αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στον έκγαιρο εντοπισμό των πρώιμων συμπτωμάτων υποτροπής από τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος τα οποία διαμένουν μαζί με τους πάσχοντες (Priebe et al. 2009; Hung et al. 2017).

Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ 1 στους 4 συμμετέχοντες είχε ολοκληρώσει την ανώτερη τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τα δεδομένα αυτά είναι σύμφωνα και με τα δεδομένα του γενικού πληθυσμού της Κύπρου, γεγονός το οποίο αναδεικνύει ότι παρά τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας των NNΔ/NBΔ, οι συμμετέχοντες ήταν σε θέση να συνεχίσουν και να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους. Σε αυτή τη βάση, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι σε σύγκριση με το παρελθόν, ή με άλλες μελέτες, η διάγνωση σοβαρής NN/NB διαταραχής στην Κύπρο, εντοπίζεται σε πρώιμο στάδιο, και στη συνέχεια γίνεται αποτελεσματική παρέμβαση, περιορίζοντας έτσι τις πιθανές γνωστικές επιπτώσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο μιας σοβαρής NN/NB διαταραχής (Kelemen et al. 2013; American Psychiatric Association 2014).

Παρ' όλα αυτά, αντιφατικά φαίνεται να είναι τα στοιχεία άλλων μελετών οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε χώρες όπως η Νότια Ασία (Μπαγκλατες), η Ιταλία, η Τουρκία, η Κίνα, η Ελβετία, η Νορβηγία και η Ελλάδα, σύμφωνα με τις οποίες το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που νοσηλεύτηκαν ακούσια για υποχρεωτική θεραπεία, είχε ολοκλήρωση μόνο το πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (Stylianidis et al. 2017; Aguglia et al. 2016; Gültekin et al. 2016; Gou et al. 2014; Hustoft et al. 2013).

Η αυξημένη συχνότητα ακούσιας νοσηλείας ανάμεσα σε άνεργα άτομα επιβεβαιώνεται και από δεδομένα της διεθνούς ερευνητικής βιβλιογραφίας (Walker et al. 2019), τα οποία τονίζουν την ανεργία ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για

ακούσια νοσηλεία. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν τη σημαντικότητα της ενσωμάτωσης προγραμμάτων επαγγελματικής εξειδίκευσης στο πλαίσιο αποκατάστασης, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να αποκτήσουν επαγγελματικές δεξιότητες με απώτερο στόχο την αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης και κατ' επέκταση του αυτό-στιγματισμού εξαιτίας της νόσου (Kern et al. 2013; Dreger et al. 2014).

Στην παρούσα μελέτη, μολονότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ολοκληρώσει το τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης, οι περισσότεροι από αυτούς ήταν άνεργοι. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνονται ευρεία προγράμματα ως προς την επαγγελματική εξειδίκευση / μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού. Η συμμετοχή σε τέτοιου είδους προγράμματα, τα οποία θα δίνουν έμφαση στη διατήρηση της εργασίας, είναι σημαντικό να αρχίζει την περίοδο ακούσιας νοσηλείας και να συνεχίζει και στο πλαίσιο της κοινότητας μετά το εξιτήριο.

Συνολικά, η εκπαίδευση επαγγελματικών δεξιοτήτων και η ανάγκη για αποτελεσματικά προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης θα πρέπει να αποτελέσουν προτεραιότητα για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η ανεργία αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Μάλιστα, τα άνεργα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες φαίνεται να νοσηλεύονται συχνότερα για υποχρεωτική θεραπεία και μέσα από μελέτες στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία (Barnett et al. 2017; Curley et al. 2016; Papageorgiou et al. 2002; Tremblay et al. 2008; Craw & Compton 2016; World Health Organization 2013). Μόνο δυο μελέτες έχουν βρεθεί, η μια στη Βραζιλία και η άλλη στην Κίνα, οι οποίες έδειξαν ότι οι πλειοψηφία των πασχόντων υπό ακούσια νοσηλεία ήταν εργαζόμενα άτομα (Chang et al. 2013; Gou et al. 2014). Συνεπώς, φαίνεται να υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω διερεύνησης των παραγόντων φύλου και κουλτούρας και του τρόπου με τον οποίο σχετίζονται με αυτά τα δεδομένα.

Περαιτέρω, στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται για πρώτη φορά τους προγνωστικούς παράγοντες για την εμφάνιση ΚΣ σε ψυχωτικούς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται ακούσια για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας στην Κύπρο όπως το γυναικείο φίλο και οι διαταραχές διάθεσης, ενώ σημαντικότερος είναι ο εντοπισμός

των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των εργαλείων HDRS-17 και HAM-A στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Το γυναικείο φύλο και η διάγνωση διαταραχής της διάθεσης ως προγνωστικοί παράγοντες ΚΣ επιβεβαιώνονται και σε προηγούμενες μελέτες σε κλινικούς πληθυσμούς (Arias-de la Torre et al. 2018), κυρίως σε άτομα τα οποία νοσηλεύονται ακούσια για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας (Hayashi et al. 2010).

Επιπλέον τα ευρήματα αυτά μπορούν να στηρίξουν την εγκυρότητα του εργαλείου HDRS-17, σε συνδυασμό με την παρατηρούμενη χαμηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα PANSS των θετικών συμπτωμάτων σε άτομα με ΚΣ συγκριτικά με τα άτομα τα οποία δεν παρουσίασαν ΚΣ. Περαιτέρω, η αναφερόμενη απουσία συσχέτισης μεταξύ ΚΣ και αρνητικών ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί εν μέρει να υποστηρίξει την εσωτερική εγκυρότητα της κλίμακας HDRS-17 ανάμεσα σε άτομα τα οποία νοσηλεύονται ακούσια.

Επιπρόσθετα, η παρατηρούμενη υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HAM-A στην ομάδα των ατόμων με ΣΚ, συγκριτικά με την ομάδα ατόμων χωρίς ΣΚ, μπορεί να υποστηρίξει εν μέρει την εγκυρότητα της κλίμακας σε αντίστοιχες κλινικές ομάδες. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των δυο κλιμάκων παρατηρήθηκε τόσο στην παρούσα μελέτη, όσο και σε δεδομένα στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία από διαφορετικά πολιτισμικά δείγματα (Bech et al. 2009). Ωστόσο είναι η πρώτη φορά όπου αξιολογείται σε δείγμα νοσοκομειακών ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονται ακούσια. Περισσότερες μελέτες οι οποίες αξιολογούν την ειδικότητα και την ευαισθησία των κλιμάκων HAM-A και HDRS-17 θα πρέπει να πραγματοποιηθούν στον αντίστοιχο πληθυσμό. Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δε μπορούν να υποστηρίξουν τέτοιες μετρήσεις, εξαιτίας της σχετικά μικρής ομάδας των συμμετεχόντων με ΚΣ, συγκριτικά με αυτούς που δεν παρουσίαζαν ΚΣ.

Η δυνατότητα διαχωρισμού διαφορεική διάγνωση μεταξύ ΚΣ και αρνητικών ψυχωτικών συμπτωμάτων, φαίνεται να είναι δύσκολη σε κλινικά περιβάλλοντα οξείας φροντίδας και ειδικότερα κατά την ακούσια εισαγωγή. Παράλληλα, η συλλογή δεδομένων από το οικογενειακό περιβάλλον για τον ακριβή εντοπισμό ΝΝΔ/ΝΒΔ ή οξείας φύσης σχετικών συμπτωμάτων συχνά οδηγούν σε ασαφή ή ανεπαρκή

αποτελέσματα. Επομένως, φαίνεται να υπάρχει ανάγκη για την εφαρμογή κλινικών μεθόδων με περαιτέρω εξειδίκευση σε σχέση με την αξιολόγηση ΚΣ σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία για την υποχρεωτική λήψη θεραπείας.

Περαιτέρω, άτομα με ΚΣ συχνότερα πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση διπολικής διαταραχής, ενώ η πιο συχνή αιτία εισαγωγής ήταν η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά. Βάσει των δεδομένων αυτών, είναι πιθανόν οι συμμετέχοντες αυτοί να πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ή διπολικής διαταραχής με μεικτά επεισόδια, στις οποίες τα άτομα παρουσιάζουν τόσο συμπτώματα κατάθλιψης όσο και συμπτώματα επιθετικής συμπεριφοράς. Ωστόσο είναι σημαντική η περαιτέρω διερεύνηση σε σχέση με τις στρατηγικές πρόληψης υποτροπών σε πάσχοντες με διπολική διαταραχή με μεικτά επεισόδια.

Το δεδομένο της ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς ως η πιο συχνή αιτία ακούσιας εισαγωγής ανάμεσα σε άτομα με ΚΣ, φαίνεται να είναι σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες οι οποίες δείχνουν ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής ανάμεσα σε άτομα με σοβαρή έντασης ΚΣ (Hayashi et al. 2009). Βέβαια, αυτή η διαφορά μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι η πιο συχνή διάγνωση ανάμεσα στα άτομα αυτά ήταν η διπολική διαταραχή και όχι η μονοπολική κατάθλιψη. Το δεδομένο αυτό επιβεβαιώνεται και μέσα από άλλες μελέτες στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, στις οποίες περιγράφεται αυξημένη συχνότητα τόσο ετεροκαταστροφικών όσο και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ανάμεσα σε άτομα με διπολική διαταραχή (Ballester et al. 2012; Dome et al. 2019), συγκριτικά με άτομα με μονοπολική διαταραχή τα οποία πιο συχνά νοσηλεύονται ακούσια εξαιτίας αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Hayashi et al. 2010).

Συνολικά, φαίνεται ότι άτομα με σοβαρά ΚΣ τα οποία δεν εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά σπάνια νοσηλεύονται ακούσια στην Κύπρο. Το δεδομένο αυτό είναι πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι άτομα τα οποία ανήκουν στη συγκεκριμένη ομάδα αναζητούν εκούσια βοήθεια από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ πολλές φορές νοσηλεύονται οικειοθελώς σε ψυχιατρικές κλινικές κατά τη διάρκεια της αντιλαμβανόμενης υποτροπής.

Η αυξημένη συχνότητα επιθετικής συμπεριφοράς η οποία κατ' επέκταση οδηγεί τα άτομα με σοβαρά ΚΣ σε ακούσια νοσηλεία, μπορεί επίσης να αιτιολογηθεί βάσει της αυξημένης συχνότητας χρήσης ουσιών, η οποία πολλές φορές οδηγεί σε ετεροκαταστροφικές συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα, 1 στους 3 συμμετέχοντες με ΣΚ αναφέρουν θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, με το αλκοόλ και την κάνναβη να αναφέρονται συχνότερα συγκριτικά με άλλες ουσίες. Κατά την ανασκόπηση στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, φαίνεται να υπάρχει κενό αναφορικά με τη συννοσηρότητα ΚΣ και χρήσης ουσιών σε άτομα που νοσηλεύονται ακούσια σε θαλάμους οξείας φροντίδας. Οι περισσότερες μελέτες σε ασθενείς με υποχρεωτική νοσηλεία επικεντρώνονται είτε σε δείγμα ατόμων με ψυχωτικά είτε σε δείγμα ατόμων με μανιακά συμπτώματα (Schuerbach et al. 2006; Kisely et al. 2017). Ωστόσο, οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες επικεντρώνονται περισσότερο στη σχέση μεταξύ θετικού ιστορικού χρήσης ουσιών και επιθετικής συμπεριφοράς σε άτομα που νοσηλεύονται ακούσια χωρίς να προσδιορίζεται πάντοτε η διάγνωση του πληθυσμού αυτού (Schuerbach et al. 2006; Kisely et al. 2017).

Επιπρόσθετα, ένας στους τρεις σε ολόκληρο το δείγμα και περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες οι οποίοι παρουσίασαν ΚΣ ανέφεραν ότι η παρούσα ακούσια νοσηλεία αφορούσε στο πρώτο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ. Το δεδομένο αυτό πιθανόν να αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σοβαρά προβλήματα ΝΝΔ/ΝΒΔ παραμένει στην κοινότητα χωρίς να λαμβάνει θεραπεία έως ότου τα συμπτώματα να επιδεινωθούν σε βαθμό που να απαιτείται υποχρεωτική θεραπεία.

Η ακούσια νοσηλεία από μόνη της ως γεγονός αποτελεί μια τραυματική εμπειρία τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και για τις οικογένειες τους και αποτελεί ένα βασικό παράγοντα ο οποίος σχετίζεται με το κοινωνικό στίγμα (Murphy et al. 2017). Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων η οποίοι εισέρχονται για πρώτη φορά για ακούσια νοσηλεία, αναφέρουν αρνητικό αντίκτυπο της εμπειρίας υποχρεωτικής θεραπείας με σοβαρό αντίκτυπο στην εμπιστοσύνη και στην προθυμία να αποκαλύψουν πιθανές αυτοκτονικές σκέψεις ή ακόμα και πρόθεση αυτοχειρίας (Jones et al. 2021).

Επομένως, φαίνεται ότι η ανάγκη για παρεμβάσεις αναφορικά με την πρόληψη ακούσιας εισαγωγής φαίνεται να αποτελεί δεδομένο ύψιστης σημασίας. Παρεμβάσεις επικεντρωμένες σε αυτό το στόχο μπορεί να περιλαμβάνουν στρατηγικές εκμάθησης αναφορικά με θέματα ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό οι οποίες να πραγματοποιούνται από τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και αναθεώρηση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων μέσω λόγου και τις κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες σχετιζόμενες με το γεγονός αυτό οι οποίες να παρέχονται σε κλινικούς πληθυσμούς στην κοινότητα και στις οικογένειες αυτών.

Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φαρμακευτικό σχήμα ανάμεσα σε άτομα με ΚΣ ήταν ένας συνδυασμός αντιψυχωτικού και αγχωλυτικού παράγοντα. Έχοντας ως υπόψη ότι το κυριότερο σύμπτωμα στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού ήταν η επιθετική συμπεριφορά, το εύρημα αυτό φαίνεται να συνάδει με προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα τα οποία δείχνουν ότι η πιο συχνή θεραπεία για τη διαχείριση της επιθετικότητας και του ελέγχου παρορμητικής συμπεριφοράς σε θαλάμους οξείας φροντίδας για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας, είναι ο συνδυασμός αντυψυχωτικών και βενζοδιαζεπινών (Wilhelm et al. 2008). Επιπλέον, άλλες μελέτες από τη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, δείχνουν ότι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν μανιακά ή μεικτά επεισόδια κατά την ακούσια εισαγωγή, είναι λιγότερο πιθανόν να συνταγογραφηθούν σε αντιεπιληπτικά ή λίθιο για τη σταθεροποίηση της διάθεσης (Schuepbach et al. 2006).

Το δεύτερο πιο συχνό θεραπευτικό σχήμα που παρατηρήθηκε στη μελέτη περιελάμβανε το συνδυασμό αντικαταθλιπτικών και βενζοδιαζεπινών. Παρόλο που τα αντικαταθλιπτικά δεν περιλαμβάνονται στις δημοσιευμένες κατευθυντήριες κλινικές οδηγίες για τη διαχείριση ψυχωτικών συμπτωμάτων, αυτό φαίνεται να είναι μια τυπική κλινική πρακτική στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Κύπρο, ενώ παράλληλα η αυξημένη συχνότητα συνταγογράφησης βενζοδιαζεπινών στον κλινικό χώρο ως κλινικό εύρημα, φαίνεται να συνάδει με το γεγονός ότι πάσχοντες με ψυχωτική συμπτωματολογία παρουσιάζουν καλύτερη ανταπόκριση στην αντιψυχωτική θεραπεία όταν γίνεται ο συνδυασμός αυτός (Wilhelm et al. 2008).

Αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος με αυτοκτονική συμπεριφορά, η συμπεριφορά αυτοκτονίας (ιδεασμός ή/και απόπειρα αυτοκτονίας) φάνηκε να εμφανίζονται συχνότερα επί εδάφους σχιζοφρένειας και συναφών ψυχωτικών διαταραχών (σκέψης) συγκριτικά με τις διαταραχές διάθεσης, ενώ η συχνότερη μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας ήταν η πτώση από ύψος και η υπερδοσολογία ουσιών. Η σχιζοφρένεια και οι συναφείς ψυχωτικές διαταραχές (σκέψης) αναφέρονται και στη διεθνή βιβλιογραφία ως η συχνότερη κλινική διάγνωση ακούσιας εισαγωγής, χωρίς όμως να επισημαίνεται ή όχι εάν η διάγνωση αυτή είναι η συχνότερη στα άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά υπό ακούσια εισαγωγή (Weiser et al. 2015; Kelly et al. 2018), επιβεβαίωση που παρέχει η παρούσα μελέτη. Βέβαια, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ως συχνότερες διαγνώσεις μεταξύ των ατόμων που εκδηλώνουν συμπεριφορά αυτοκτονίας τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και των συναφών ψυχωτικών διαταραχών (Stewart et al. 2012; Zhang et al. 2013; Sørli et al. 2015; Curley et al. 2016), χωρίς όμως πάλι να υπογραμμίζεται ο βαθμός στον οποίο η κατάσταση αυτή οδηγεί σε ακούσια νοσηλεία. Παλαιότερα δεδομένα έδειξαν ότι τα άτομα που νοσηλεύονταν εξαιτίας απόπειρας αυτοκτονίας ή που πραγματοποιούσαν απόπειρα αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας συχνότερα είχαν διαγνωστεί με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα και συναφείς διαταραχές (Hayashi et al. 2010; Di Lorenzo et al. 2018).

Άλλοι κλινικοί παράγοντες που φάνηκε να σχετίζονται με την εκδήλωση συμπεριφοράς αυτοκτονίας στην παρούσα μελέτη ήταν η χρήση ουσιών και η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Μάλιστα, η συμπεριφορά αυτοκτονίας ήταν συχνότερη στα άτομα με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών. Και οι δύο αυτοί παράγοντες έχουν σχετιστεί σε προηγούμενες μελέτες με συμπεριφορά αυτοκτονίας (Karaniola et al. 2010). Ωστόσο, την ίδια στιγμή αναδεικνύουν την αναγκαιότητα αναθεώρησης της πολιτικής υγείας στην Κύπρο για τη φροντίδα των ατόμων με σοβαρή NN/NB διαταραχή που βρίσκονται στην κοινότητα, και ειδικότερα, σε σχέση με τα ζητήματα της ορθής εφαρμογής της θεραπείας και της χρήσης ουσιών. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνονται περαιτέρω μελέτες διερεύνησης της αποτελεσματικότητας των υφιστάμενων παρεμβάσεων, αλλά και μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας νέων παρεμβάσεων στο συγκεκριμένο

πολιτισμικό πλαίσιο, όπως είναι, για παράδειγμα, η δομημένη εκπαίδευση με παράλληλη χρήση εφαρμογών τεχνολογίας (Curley et al. 2016; Sørli et al. 2015; Harkavy-Friedman et al. 1999).

Όπως προαναφέρθηκε, μόνο ένας μικρός αριθμός μελετών αναφέρεται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εισάγονται ακούσια στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και μάλιστα στις μελέτες αυτές δεν γίνεται ειδική αναφορά στον πληθυσμό των ατόμων με συμπεριφορά αυτοκτονίας. Οι περισσότερες σχετικές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του γενικού πληθυσμού με συμπεριφορά αυτοκτονίας, ενώ σε μελέτες κλινικών πληθυσμών δεν διευκρινίζεται, τις περισσότερες φορές, εάν πρόκειται για εκούσια ή ακούσια νοσηλεία, ή για παρακολούθηση σε εξωνοσοκομειακή δομή (Weiser et al. 2015; Curley et al. 2016; Sørli et al. 2015; Stewart et al. 2012; Hayashi et al. 2010; Marušič et al. 2002).

Πρόσφατα δεδομένα από τη μελέτη Dublin Involuntary Admission Study (DIAS) στην Ιρλανδία έδειξαν ότι το ανδρικό φύλο, η άγαμη κατάσταση και η διάγνωση σχιζοφρένειας ήταν παράγοντες κινδύνου ακούσιας εισαγωγής οποιασδήποτε αιτιολογίας συγκριτικά με τα άτομα που εισήχθησαν εκούσια για φροντίδα ψυχικής υγείας (Kelly et al. 2018; Umama-Agada et al. 2018). Η μελέτη DIAS έγινε σε δείγμα 423 ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία, εκ των οποίων το 58,6% είχαν διάγνωση σχιζοφρένειας και συναφών διαταραχών της σκέψης, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, και το 17,3% είχαν διαγνωστεί με διπολική διαταραχή,

Στην παρούσα μελέτη υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας παρατηρήθηκε στους άνδρες. Το ανδρικό φύλο ως παράγοντας κινδύνου συμπεριφοράς αυτοκτονίας αναφέρεται και σε άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικούς πληθυσμούς, είτε ευρωπαϊκών χωρών είτε άλλων ηπείρων (Franklin et al. 2017). Μάλιστα, βάσει αναφορών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά τη χρονική περίοδο 2000-2012 οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες φάνηκε να αυξήθηκαν κατά 41,6% στον ανδρικό

πληθυσμό (WHO 2019). Ωστόσο, μεταξύ των διαφορετικών μελετών παρατηρούνται αντικρουόμενα δεδομένα σχετικά με το θέμα αυτό (Bertolote et al. 2005).

Σε παλαιότερες μελέτες, όπως για παράδειγμα στη μελέτη των Marušič et al. (2002) στη Σλοβενία, το ανδρικό φύλο σχετίστηκε θετικά με τη συμπεριφορά αυτοκτονίας στον γενικό πληθυσμό, ενώ παρόμοια αποτελέσματα φάνηκαν και σε άτομα που νοσηλεύονταν σε νοσοκομειακές δομές σε πιο πρόσφατες μελέτες, όπως στη Νορβηγία, στην Ιταλία, στη Ρωσία, στην Ιαπωνία, στην Κίνα, στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία (Marušič et al. 2002; Stewart et al. 2012; Zhang et al. 2013; Curley et al. 2016; Di Lorenzo et al. 2018). Παρόμοια αποτελέσματα φάνηκαν, επίσης, και σε παλαιότερη μελέτη που πραγματοποίησαν οι Shmukler et al. (2016) σε κλινικό πληθυσμό, όπου υψηλότερη συχνότητα συμπεριφοράς αυτοκτονίας φάνηκε στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Αντίθετα, στη μελέτη των Hayashi et al. (2010), η οποία έγινε σε νοσηλευόμενο πληθυσμό στην Ιαπωνία, φάνηκε ότι η συμπεριφορά αυτοκτονίας ήταν συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Επίσης, συγκεκριμένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας, η μελέτη των Stewart et al. (2012) έδειξε ότι οι γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο φαίνεται να πραγματοποιούν έως και 4 φορές συχνότερα κάποια απόπειρα αυτοκτονίας συγκριτικά με τους άνδρες.

Γενικότερα για τη συμπεριφορά αυτοκτονίας, σύμφωνα και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι άνδρες φαίνεται να παρουσιάζουν έως και 3 φορές υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς συγκριτικά με τις γυναίκες, με τη διαφορά αυτή να περιγράφεται συχνότερα σε χώρες υψηλού εισοδήματος (WHO 2019). Επισημαίνεται ότι η διάκριση μεταξύ ιδεασμού, απόπειρας και ολοκληρωμένης αυτοκτονίας είναι απαραίτητη κατά την ερμηνεία των δεδομένων αυτών. Μάλιστα, η διάκριση ανάμεσα στον αυτοκτονικό ιδεασμό και στην απόπειρα αυτοκτονίας/ολοκληρωμένη απόπειρα παρουσιάζει αυξημένο ενδιαφέρον στον ερευνητικό χώρο τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω του διαφορετικού αντίκτυπου κάθε κατάστασης στη δημόσια υγεία (WHO 2019). Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο επιπολασμός βάσει του προσδόκιμου ζωής είναι περίπου 9,2% για τον αυτοκτονικό ιδεασμό και 2,7% για την αυτόχειρη πράξη (Nock et al. 2008). Στη μετα-ανάλυση των Franklin et al. (2015), στην οποία συμπεριλήφθηκαν 365 μελέτες των τελευταίων 50 ετών, φάνηκε ότι

κανένας παράγοντας κινδύνου δεν μπορούσε να προβλέψει με ακρίβεια την πιθανότητα εμφάνισης τόσο του αυτοκτονικού ιδεασμού όσο και της απόπειρας/ολοκληρωμένης αυτοκτονίας.

Συνολικά, αν και φαίνεται ότι υπάρχει υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκτονίας στις γυναίκες, ωστόσο οι άνδρες φαίνεται ότι πεθαίνουν συχνότερα από αυτοκτονία, γεγονός το οποίο φαίνεται να σχετίζεται με τη μέθοδο απόπειρας αυτοκτονίας (Bertolote et al. 2005; WHO, 2016; Nock et al. 2008; Leckning et al. 2016; Franklin et al. 2017).

Η επαγγελματική κατάσταση στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να σχετίζεται με τη συμπεριφορά αυτοκτονίας, καθώς φάνηκε ότι η υψηλότερη συχνότητα παρατηρήθηκε μεταξύ των ατόμων που δεν εργάζονται. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταγραφεί σε μελέτες στις ΗΠΑ, στην Ιαπωνία και στην Ευρώπη (Hayashi et al. 2010; Shmukler et al. 2016; Stewart et al. 2012; Di Lorenzo et al. 2018), με μοναδική εξαίρεση τη μελέτη των Sorile et al. (2016) από την οποία φάνηκε ότι στο δείγμα της Νορβηγίας και της Ρωσίας τα εργαζόμενα άτομα είχαν υψηλότερη συχνότητα συμπεριφοράς αυτοκτονίας συγκριτικά με τα άτομα που δεν εργάζονταν. Επίσης, σε προηγούμενες μελέτες φάνηκε το επίπεδο εκπαίδευσης, ένας επιβαρυντικός παράγοντας που σχετίζεται έμμεσα με την ανεργία, να συνδέεται θετικά με τη συμπεριφορά αυτοκτονίας (Hayashi et al. 2010; Di Lorenzo et al. 2018). Στην παρούσα μελέτη ένας στους πέντε είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευσης, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άνεργοι.

Η ηλικία έχει, επίσης, συσχετιστεί με τη συμπεριφορά αυτοκτονίας, καθώς παρατηρείται συχνότερα σε νεαρά άτομα (Leckning et al. 2016; Shmukler et al. 2016). Στην παρούσα μελέτη, η συχνότερη ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 25-34 ετών. Ωστόσο, τα δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τους κλινικούς πληθυσμούς εμφανίζουν διαφορές. Στην Κίνα, για παράδειγμα, ο μέσος όρος ηλικίας μιας απόπειρας αυτοκτονίας είναι τα 45,9 έτη (Zhang et al. 2013) και στην Ιταλία τα 44 έτη (Stewart et al. 2012). Στη Νορβηγία και στη Ρωσία γίνεται αναφορά για ηλικιακές ομάδες κάτω των 40 ετών (Sørli et al. 2015), στις ΗΠΑ ο μέσος όρος ηλικίας είναι ακόμη χαμηλότερος, και συγκεκριμένα στα 37 έτη βάσει παλαιότερων

μελετών (Hayashi et al. 2010), ενώ πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν ακόμη χαμηλότερο μέσο όρο ηλικίας (Leckning et al. 2016). Στην Ιαπωνία, η υψηλότερη συχνότητα συμπεριφοράς αυτοκτονίας παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα των 30-39 ετών (Di Lorenzo et al. 2018). Σε μια μεγαλύτερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία χωρίς ηλικιακό περιορισμό, οι συμπεριφορές αυτοκτονίας ήταν συχνότερες στον εφηβικό πληθυσμό, ηλικιών 11-14 ετών (Leckning et al. 2016).

Στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκαν επίσης τα πρότυπα συνταγογράφησης φαρμάκων σε ασθενείς υπό ακούσια νοσηλεία, όπου περίπου ένας στους τρεις (33%) φάνηκε να πληροί τα κριτήρια πολυφαρμακείας και περίπου 40% του δείγματος τα κριτήρια υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της κατ'επίληση φαρμακευτικής αγωγή. Αυτή είναι η πρώτη μελέτη σε κλινικό πληθυσμό στην Κύπρο η οποία διερεύνησε τα συνταγογραφούμενα πρότυπα αντιψυχωτικής αγωγής. Τα ευρήματα αυτά, φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από δεδομένα στην διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία τα οποία περιγράφουν τις προσπάθειες αποφυγής των φαινομένων αυτών και τη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για την αποφυγή συνταγογράφησης υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής και αντιψυχωτικής πολυφαρμακείας (McGorry et al. 2005; Kreyenbuh et al. 2010), με το δεδομένο αυτό να παραμένει μια κοινή πρακτική στον κλινικό χώρο.

Η υποχρεωτική θεραπεία στο πλαίσιο της ακούσιας νοσηλείας φαίνεται να σχετίζεται πολλές φορές τόσο με την πολυφαρμακεία όσο και με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής σε αρκετές μελέτες (Mendes et al. 2016; McMillan et al. 2017; Lelliott et al. 2002).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύουν το γεγονός της πολυφαρμακείας σας αποτέλεσμα χρήσης αντιψυχωτικής αγωγής, κυρίως αλοπεριδόλης, η οποία φάνηκε να συνταγογραφείται ανεξαιρέτως σε όλα τα άτομα που υπό ακούσια νοσηλεία στο ΝΑ. Αν και στη σύγχρονη ψυχιατρική, το επίκεντρο της φροντίδας είναι ο ασθενής και οι εξατομικευμένες ανάγκες του, η πρακτική εφαρμογής παρεμβάσεων «ενός μεγέθους» σε όλους φαίνεται να έχει καθιερωθεί στην περίπτωση της Κύπρου, για το λόγο αυτό τα πρότυπα φαρμακοθεραπείας σε κλινικούς ασθενείς θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω.

Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό πολυφαρμακείας χωρίς τη συμπερίληψη του σχήματος της κατ' επίκλησης της φαρμακευτικής αγωγής ήταν 5.6% ποσοστό χαμηλότερο από αυτό που αναφέρεται στην ερευνητική βιβλιογραφία. Τα ποσοστά πολυφαρμακείας φαίνεται να κυμαίνονται σε ένα ευρύ φάσμα σε διάφορες χώρες. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία, το ποσοστό πολυφαρμακείας είναι στο 17% (Mace et al. 2014; Kadra et al. 2018), 32% στην Ιταλία (Santone et al. 2011) και 42% μέχρι 70% στην Πορτογαλία (Mendes et al. 2016; Martinho et al. 2020).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση στην οποία συμπεριλήφθηκαν 147 μελέτες οι οποίες διερευνούσαν το φαινόμενο της πολυφαρμακείας, αναφέρεται ότι η μέση συχνότητα συνταγογράφησης σχημάτων πολυφαρμακείας ήταν 19.6% (Gallego et al. 2012). Η πολυφαρμακεία σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχει συσχετιστεί με διαγνώσεις σοβαρών ΝΝΔ/ΝΒΔ συμπεριλαμβανομένης και της ψύχωσης (Correll et al. 2012). Το εύρημα αυτό ήταν αναμενόμενο, αφού η διάγνωση αυτή είναι συχνή σε πάσχοντες υπό ακούσια νοσηλεία σε συνδυασμό με την περιορισμένη ανταπόκριση στις ανάγκες των προτύπων της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής και την αρνητική έκβαση της νόσου τους (Sim et al. 2009), χαρακτηριστικά τα οποία παρατηρήθηκαν και στην παρούσα μελέτη.

Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη, η πολυφαρμακεία σχετίστηκε θετικά με τη βαθμολογία της υποκλίμακας των θετικών συμπτωμάτων της PANSS. Περαιτέρω, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η πολυφαρμακεία σχετίστηκε και με κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες όπως το ανδρικό φύλο, το θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ, τη λήψη οικονομικού επιδόματος, το θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών και το θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών. Οι παράγοντες αυτοί, φαίνεται να έχουν ενοχοποιηθεί στο παρελθόν για τη χειρότερη πρόγνωση της νόσου σε ασθενείς με ψύχωση (El Abdellati et al. 2020).

Περαιτέρω, η χαμηλή συχνότητα πολυφαρμακείας όταν το σχήμα της κατ' επίκληση αγωγής δε συμπεριλαμβανόταν (5.6%), όπως προαναφέρθηκε, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα σχήματα της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής δε χρησιμοποιούνται με τον τρόπο που αναφέρονται στις δημοσιευμένες κατευθυντήριες

οδηγίες (i.e. όπως και όταν απαιτούν οι περιστάσεις (Remington et al. 2017; Kay et al. 1987), αλλά περισσότερο ως μέρος του βασικού πλάνου φαρμακοθεραπείας.

Η εκτεταμένη χρήση των σχημάτων της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής, μπορεί να υποδηλώνει ότι τα σχήματα αυτά, δε χρησιμοποιούνται κυρίως για το θεραπευτικού τους αποτέλεσμα, αλλά ως μορφή χημικού περιορισμού στην επιθετική / ετεροκαταστροφική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ατόμων αυτών (Mendes et al. 2016). Ωστόσο, δε φαίνεται να υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η χρήση της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής σε ψυχωτικούς ασθενείς είναι αποτελεσματική ή ακόμη και ωφέλιμη. Μια πρόσφατη ανασκόπηση ανέφερε την έλλειψη τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα ή οποιαδήποτε άλλη ένδειξη που να υποστηρίζει την πρακτική αυτή (Doyglas-Hall & Whicher 2015). Μάλιστα, στην ανασκόπηση αυτή υπογραμμίζεται η ανάγκη για εστίαση της προσοχής στην κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή, και τονίζει ότι η ενημέρωση και η συγκατάθεση των ασθενών σε σχέση με τη λήψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής, αποτελεί μια κατάσταση η οποία διακυβεύεται στο γεγονός της υποχρεωτικής ψυχιατρικής περίθαλψης.

Τα ευρήματα στην παρούσα μελέτη αναφέρουν 27% συνταγογράφηση υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, και ένα υψηλότερο ποσό (39%) όταν στον υπολογισμό αυτό συμπεριλήφθηκαν και τα σχήματα της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής. Τα ποσοστά αυτά φαίνεται να είναι υψηλότερα συγκριτικά με τα ποσοστά που περιγράφονται σε άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί όπως στην Ανατολική Ασία (6.5%) (Sim et al. 2009) αλλά και σε άλλες χώρες, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο (6.8%) (Kadra et al. 2018; Santone et al. 2011), στην Πορτογαλία (13.8%) (Mendes et al. 2016), την Αυστραλία (20.5%) (McMillan et al. 2017) και την Ολλανδία (25.5%) (Barbui et al. 2006). Μόνο μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία (Barbui et al. 2006) αναφέρει όμοια αποτελέσματα σε σχέση την παρούσα μελέτη αναφορικά με την αυξημένη συχνότητα συνταγογράφησης υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής της τάξεως του 42.5%. Συνολικά, η συχνότητα υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής μπορεί επίσης να υποστηρίξουν την υπόθεση ότι τα κατ' επίκληση σχήματα χρησιμοποιούνται κυρίως ως μέσω χημικού

περιορισμού, οδηγώντας αναπόφευκτα σε υψηλές συνολικές ημερήσιες δόσεις αντιψυχωσικών, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την ποιότητα και τα πρότυπα ασφαλείας της παρεχόμενης φροντίδας.

Στην παρούσα μελέτη, τα άνεργα άτομα, οι λήπτες δημόσιου οικονομικού βοηθήματος και άτομα τα οποία είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση φάνηκε να είναι πιο πιθανό να συνταγογραφηθούν σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής, δεδομένο το οποίο περιγράφεται και σε άλλες μελέτες (Mendes et al. 2016), με τα χαρακτηριστικά αυτά να υποδηλώνουν ότι η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών είναι πιθανό να γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή από τους επαγγελματίες υγείας ή να προσέρχονται συχνότερα στις υπηρεσίες αυτές, καθώς η δυσκολίες που παρατηρούνται σε σχέση με την κοινωνική προσαρμογή αναμένεται να οδηγήσει στην εκδήλωση σοβαρότερης έντασης συμπτωμάτων.

Η υπόθεση αυτή, μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό παράγοντα ο οποίος πολλές φορές φαίνεται να οδηγεί στη συνταγογράφηση υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής. Ωστόσο, τα δεδομένα δείχνουν ότι άτομα με σταθερότερες συνθήκες διαβίωσης και ισχυρότερα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, προσαρμόζονται καλύτερα στις απαιτήσεις της θεραπευτικής διαδικασίας και κατ' επέκταση στην ορθή τήρηση του συνταγογραφούμενου φαρμακευτικού σχήματος (Barkhof et al. 2012), γεγονός το οποίο τους καθιστά λιγότερο επιρρεπή σε συχνές υποτροπές και κατ' επέκταση σε ακούσια νοσηλεία για την υποχρεωτική λήψη της θεραπείας. Συνολικά, οι κλινικοί ψυχίατροι, είναι πιθανό να λαμβάνουν ως κύριο γνώμονα κατά τη θέσπιση του θεραπευτικού σχήματος στην κοινότητα και τον παράγοντα της απουσίας υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου.

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ χαμηλού ΔΜΣ και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, το δεδομένο αυτό φαίνεται να είναι σε αντίθεση με τα προηγούμενα δεδομένα (Rummel-Kluge et al. 2010), τα οποία υποστηρίζουν τη θετική σχέση μεταξύ του αυξημένου ΔΜΣ και των υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, με τη σχέση αυτή να αιτιολογείται κυρίως βάση της αύξησης του σωματικού βάρους ως παρενέργεια των αυξημένων δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής (Rummel-Kluge et al. 2010). Στις περισσότερες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, η σχέση της κλίμακας

PANSS και των δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, αξιολογείται με βάση την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπείας και τη βελτίωση της συμπτωματολογίας που παρατηρείται. Ως εκ τούτου, σε μερικές μελέτες παρατήρησης όπως αυτή των Élie et al. (2009), υπογραμμίζουν τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη συνταγογραφούμενη δοσολογία και στο συνολικό σκορ της κλίμακας, ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και ανάμεσα στις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής και των υποκλιμάκων της κλίμακας PANSS. Όμοια, στην παρούσα μελέτη, κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στο συνολικό σκορ της κλίμακας PANSS και στον υψηλόν δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής.

Ωστόσο η σχέση αυτή είναι σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω. Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον ήταν το εύρημα στην παρούσα μελέτη μόνο 3.7% των συμμετεχόντων λάμβανε ενέσιμα βραδέως αποδέσμευσης, ενώ παράλληλα μόνο ένα άτομο είχε συνταγογραφηθεί με κλοζαπίνη, ένα αντιψυχωσικό το οποίο συνταγογραφείται σε άτομα με ανθεκτική σχιζοφρένεια. Σύμφωνα και με τη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, σχεδόν 30% των πασχόντων με σχιζοφρένεια θεωρείται ότι παρουσιάζουν συμπτώματα ανθεκτικά στη θεραπεία, το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, μιας και υποδηλώνει την απουσία συνταγογράφησης των πασχόντων στην Κύπρο σε σχήμα κλοζαπίνης (Bogers et al. 2016).

Η πολυφαρμακεία συμπεριλαμβανομένης της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής φαίνεται να παρατηρείται σε περισσότερους από τους μισούς συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη. Βέβαια, το δεδομένο αυτό φαίνεται να περιγράφεται και από άλλες μελέτες (Chakrabarti et al. 2007; Mendes et al. 2016). Η χρήση της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής φαίνεται να αυξάνει αισθητά το ποσοστό υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής. Το γεγονός αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται συχνά όχι τόσο για τη θεραπευτική δράση της χημικής ουσίας σε σχέση με την ύφεση της συμπτωματολογίας, αλλά για την αλλά για την πρόληψη ή των περιορισμό συγκεκριμένων συμπεριφορών κατά τη διαδικασία νοσηλείας (Mendes et al. 2016).

Σύμφωνα με τις μελέτες στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία πάσχοντες οι οποίοι λαμβάνουν υποχρεωτική θεραπεία σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα συχνότερα συνταγογραφούνται σε μεγάλο αριθμό αντιψυχωτικών φαρμάκων (Lelliott et al. 2002) ενώ παράλληλα ισχυρή συσχέτιση φαίνεται να παρατηρείται σε άτομα με ιστορικό αυξημένων προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών (Connolly and Taylor 2014). Αρκετές μελέτες έχουν συσχετίσει το φαινόμενο της πολυφαρμακείας και των υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής με την υποχρεωτική νοσηλεία (McMillan et al. 2017, Campos Mendes et al. 2016), με κάποιες από αυτές, όπως η μελέτη των Correll & Gallego (2012) ή η μελέτη των Craw & Compton (2006) να περιγράφουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ψυχωτικών διαταραχών, χρονιότητας της νόσου, φτώχεις εναισθησίας νόσου, ιστορικό επαναλαμβανόμενων ακούσιων εισαγωγών και πολυφαρμακείας.

Αναφορικά με την ηλικία και το φύλο, κάποιες μελέτες ισχυρίζονται έντονη συσχέτιση σε σχέση με νεαρά άτομα, ανδρικού φύλου και πολυφαρμακείας καθώς και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής (Mendes et al. 2016, Sim et al. 2009; Barbui et al. 2006; Harrington et al. 2002a, 2002b; Paton et al. 2008; Martinho et al. 2020). Μάλιστα, οι Correll & Gallego (2006), ανέφεραν ότι οι συσχέτιση αυτή πιθανόν να παρατηρείται εξαιτίας της χρονικής περιόδου έναρξης της νόσου στο ανδρικό φύλο, την έναρξη θεραπείας σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες στους άνδρες, ενώ παράλληλα το φαινόμενο αυτό πιθανόν να παρατηρείται εξαιτίας του έντονου στοιχείου της παρορμητικότητας και κατ'επέκταση της επικίνδυνης συμπεριφοράς σε νεαρούς πάσχοντες ανδρικού φύλου.

Αρκετές είναι οι μελέτες στην ερευνητική βιβλιογραφία οι οποίες αναφέρουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εθνικότητας και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής καθώς και πολυφαρμακείας, με τη μαύρη φυλή να παρουσιάζει συχνότερα το φαινόμενο κυρίως σε μελέτες των ΗΠΑ (Walkup et al. 2000; Segal et al. 1996). Ως εκ τούτου, πρόσφατες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, δεν επιβεβαιώνουν το δεδομένο αυτό αφού άτομα της λευκής φυλής συχνότερα συνταγογραφούνται σε υψηλές δόσεις ή αυξημένο αριθμό αντιψυχωτικών φαρμάκων (Connolly and Taylor 2008, 2016; Connolly et al. 2007, 2011). Ωστόσο στην παρούσα

μελέτη καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε ανάμεσα στην εθνικότητα και τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής ή την πολυφαρμακεία.

Στην παρούσα μελέτη, οι άνεργοι λήπτες δημόσιου βοηθήματος φαίνεται συχνότερα να συνταγογραφούνταν με υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής. Όμοια αποτελέσματα φαίνεται να παρατηρούνται και στη μελέτη των Mendes et al. (2016) όπου τα άνεργα άτομα συχνότερα συνταγογραφούνταν με υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής συγκριτικά με τους εργαζόμενους.

Στις περισσότερες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, η σχέση της κλίμακας PANSS και των δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, αξιολογείται με βάσει την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπείας και τη βελτίωση της συμπτωματολογίας που παρατηρείται (Pae et al. 2020). Ως εκ τούτου, σε μερικές μελέτες παρατήρησης όπως αυτή των Élie et al. (2010), υπογραμμίζουν τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη συνταγογραφούμενη δοσολογία και στο συνολικό σκορ της κλίμακας, ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και ανάμεσα στις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής και των υποκλιμάκων της κλίμακας PANSS. Όμοια, στην παρούσα μελέτη, κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στο συνολικό σκορ της κλίμακας PANSS και στον υψηλόν δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής.

Προηγούμενες μελέτες σχετικά με τα πρότυπα αντιψυχωτικής αγωγής, δεν περιελάμβαναν πάντοτε όλες της πρακτικές, όπως για παράδειγμα τις περιπτώσεις συνταγογράφησης της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής (Pro Re Nata – PRN) ή κλινικά συμπτώματα όπως η σοβαρότητα των ψυχικών συμπτωμάτων (Douglas-Hall et al. 2015; Saito et al. 2020). Η συνταγογράφηση της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής αφορά στη χορήγηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όταν ο χρόνος χορήγησης εξαρτάται από τον ίδιο τον ασθενή ή τον επαγγελματία υγείας (νοσηλευτικό λειτουργό) αναλόγως των αναγκών ή όταν προκύπτει μια επείγουσα κατάσταση κάτω από την οποία η ένταση των συμπτωμάτων δεν καλύπτεται από το προγραμματισμένο θεραπευτικό πλάνο. Αποτελεί μια γενικευμένη πρακτική η οποία

φαίνεται να σχετίζεται τόσο με την πολυφαρμακεία, όσο και με τις υψηλά συνταγογραφούμενες δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής (Mendes et al. 2016).

Σε μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Chakrabarti et al. (2007), διαπιστώθηκε ότι 20-50% των πασχόντων υπό ακούσια νοσηλεία, συνταγογραφήθηκαν και έλαβαν τουλάχιστον ένα αντιψυχωτικό κατ' επίκληση κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους, του οποίου η αποτελεσματικότητα ήταν αμφιλεγόμενη.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτή τη μελέτη αφορούν στην αναθεώρηση των πρακτικών συνταγογράφησης της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής, κυρίως αλοπεριδόλης, σε συνδυασμό με αντιχολινεργικά φάρμακα, και η εφαρμογή των σχημάτων συνταγογράφησης με βάση της δημοσιευμένες εκδόσεις προτύπων συνταγογράφησης σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία βάσει των διεθνών καταθυντήριων οδηγιών (Essock et al. 2011).

Όπως φαίνεται και μέσα μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, παρατηρείται έλλειψη τεκμηρίωσης αναφορικά με τα σχήματα συνταγογράφησης που αφορούν στην κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή καθώς και στις ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με αυτήν (Vaismoradi et al. 2019). Σημαντική είναι επίσης η δημιουργία εργαλείων σχετιζόμενων με τη λήψη αποφάσεων καθώς και τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με το χειρισμό και τον τρόπο συνταγογράφησης της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και περαιτέρω εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το θέμα αυτό. Σημαντική είναι επίσης η εκπαίδευση και η εφαρμογή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, όπως η παρεμβάσεις μέσω λόγου για την αποκλιμάκωση επιθετικών συμπεριφορών σε θαλάμους οξείας φροντίδας (El Abdellati et al. 2020; Vaismoradi et al. 2019; Hilton et al. 2008).

Παράλληλα, η πολυφαρμακεία πολλές φορές, μπορεί να προκύψει και εξαιτίας της πολυπροκότητας των φαρμακευτικών σχημάτων για τη διαχείριση της οξείας φάσης (Lung et al. 2018). Σε κάθε περίπτωση στόχος είναι να προσδιοριστεί η χαμηλότερη θεραπευτική δόση της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με το καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα σε σχέση με τη διαχείριση των συμπτωμάτων υποτροπής, έτσι ώστε να μειωθούν και οι πιθανές πολλαπλές παρενέργειες οι οποίες προκύπτουν από το φαινόμενο αυτό, με απώτερο στόχο η ορθότερη εφαρμογή του φαρμακευτικού

πλάνου θεραπείας και η πρόληψη κατ' επέκταση επερχόμενων υποτροπών (Baker et al. 2018; Ortiz-Orendain et al. 2018).

Επιπλέον, είναι σημαντική η αύξηση συνταγογράφησης αντιψυχωσικών βραδέως αποδέσμευσης καθώς και η χρήση κλοζαπίνης για την ανθεκτική σχιζοφρένεια με στόχο την αύξηση του ποσοστού δυνατότητας προσαρμογής και εφαρμογής της φαρμακευτικής θεραπείας, γεγονός το οποίο θα οδηγήσει σε μείωση τόσο της συχνότητας όσο και της διάρκειας της ακούσιας νοσηλείας των πασχόντων. Πέρα από αυτό, το γεγονός αυτό δύναται να συμβάλει στη μείωση της συνταγογράφησης και της προφυλακτικής χρήσης αντιχολινεργικών φαρμάκων σε πάσχοντες που λαμβάνουν αντιψυχωτική αγωγή.

Άλλο ένα σημαντικό εύρημα στην παρούσα μελέτη, ήταν ο εντοπισμός της σχέσης μεταξύ των μέσων τιμών στη συνολική βαθμολογία της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και της μέσης τιμής της συνολικής βαθμολογίας κλίμακας MoCA. Το εύρημα αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται και μέσα από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν. Οι νευρο-γνωστικές διαταραχές φαίνεται να παρατηρούνται στο 75% των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, με αρκετές μελέτες να αναφέρουν ότι η νευρο-γνωστική διαταραχή σε άτομα με σχιζοφρένεια αποτελεί ένα χαρακτηριστικό στοιχείο της ασθένειας και όχι απλώς αποτέλεσμα των συμπτωμάτων ή της θεραπείας για τη σχιζοφρένεια (Fisekovic et al. 2012; Cecilia et al. 2020). Μάλιστα, οι νευρο-γνωστικές ελλείψεις σε άτομα με σχιζοφρένεια, φαίνεται να είναι έως και 2.5 φορές συχνότερες συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό (Bilder et al. 2011).

Οι νευρο-γνωστικές διαταραχές που παρατηρούνται στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, συχνά αφορούν στη λεκτική δεξιότητα (Bozikas et al. 2005), στη μνήμη (Collins et al. 2014), στην προσοχή (Orellana et al. 2012), στην ευφράδεια του λόγου (Helldin et al. 2006) αλλά και σε πιο εξειδικευμένες δεξιότητες όπως για παράδειγμα στην περίπτωση των οπτικοχωρικών / εκτελεστικών δεξιοτήτων του εργαλείου MoCA (Bilder et al. 2011) με τις ενδείξεις αυτές να είναι σημαντικά χαμηλότερες σε άτομα με ψυχωτικά συμπτώματα συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα. Οι νευρο-γνωστικές αυτές διαταραχές, είναι πιθανό να επηρεάσουν τους πάσχοντες σε

καθημερινές λειτουργικές δεξιότητες όπως η αυτοφροντίδα, η ανεξαρτητοποίηση και η κοινωνικοποίηση (Lepage et al. 2014).

Μέσα από την παρούσα μελέτη, επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι η MoCA μπορεί να αποτελέσει ένα έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης των νευρο-γνωστικών δυσλειτουργιών σε άτομα με ΝΝΔ/ΝΒΔ. Το εργαλείο MoCA έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες με δείγμα από πάσχοντες με ΝΝΔ/ΝΒΔ, με στόχο την αξιολόγηση της διαγνωστικής ιδιότητας του εργαλείου μεταξύ γνωστών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη των Gierus et al (2015), αξιολογήθηκε η εγκυρότητα του εργαλείου σε σχέση με τις διαγνωστικές ομάδες σε συμμετέχοντες οι οποίοι νοσηλεύονταν εθελοντικά (Gierus et al 2015). Οι ερευνητές, εντόπισαν υψηλό βαθμό εγκυρότητας και ειδικότητας του εργαλείου (0.82 και 0.70) στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού. Συνολικά, από τους 77 συμμετέχοντες στη μελέτη, το 25.9% είχε συνολική τιμή στην κλίμακα MoCA 0 έως 19, 46.7% σημείωσε συνολική τιμή μεταξύ 20 και 25, και 27.2% των συμμετεχόντων σημείωσε συνολική τιμή πάνω από 27 (Gierus et al 2015).

Περαιτέρω, στη μελέτη των Yang et al. (2018), διερευνήθηκε η χρησιμότητα του εργαλείου MoCA, για τον εντοπισμό νευρο-γνωστικών διαταραχών σε άτομα με σχιζοφρένεια, ενώ για την αξιολόγηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο BACS. Οι ερευνητές παρατήρησαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο εργαλείων, ενώ κατά τον έλεγχο εγκυρότητας μέσω σύγκρισης γνωστών ομάδων του δείγματος, παρατηρήθηκε υψηλή ευαισθησία και αξιοπιστία του εργαλείου MoCA. Ο έλεγχος αυτός έγινε με βάση τη συνολική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, χωρίς να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων (Yang et al. 2018).

Οι Gil-Berrozpe et al. (2019) διερεύνησαν τη χρησιμότητα του εργαλείου MoCA σε 140 ασθενείς με ιστορικό χρόνιας ψυχωτικής διαταραχής. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι η ευαισθησία και η εγκυρότητα του εργαλείου ήταν υψηλή (0.92 και 0.73 αντίστοιχα) όταν το σημείο cut – off point ήταν μικρότερο του 25. Βάσει αυτού, φάνηκε ότι 92% των συμμετεχόντων με ψυχωτικά συμπτώματα παρουσίασε ήπιου βαθμού γνωστική δυσλειτουργία (Gil-Berrozpe et al. 2019). Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα τους, οι ερευνητές αναφέρουν ότι το εργαλείο MoCA μπορεί να αποτελέσει ένα

διαγνωστικό εργαλείο εντοπισμού της ήπιας γνωστικής δυσλειτουργίας, με απώτερο στόχο την περαιτέρω διερεύνηση και την έγκαιρη αντιμετώπιση των νευρο-γνωστικών δυσλειτουργιών που παρατηρούνται στις περιπτώσεις χρόνιων ψυχωτικών διαταραχών (Gil-Berrozpe et al. 2020).

Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Belvederi Murri et al. (2020), στην οποία αξιολογήθηκαν 106 ασθενείς σε εξωτερικές δομές στην κοινότητα οι οποίοι παρουσίαζαν ψυχωτικά συμπτώματα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συμπτωμάτων της κλίμακας PANSS και του εργαλείου MoCA. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι υψηλότερες συνολικές τιμές στην υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων της PANSS σχετίζονται με χαμηλότερες μέσες τιμές στο εργαλείο MoCA. Όμοια, στη μελέτη των Wu et al. (2014), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συνολικών τιμών στην κλίμακα PANSS και των συνολικών τιμών της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων της PANSS σε σχέση με το εργαλείο MoCA. Ειδικότερα, υψηλότερες μέσες τιμές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS και στη βαθμολογία της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων, φάνηκε να σχετίζονται ισχυρά με χαμηλότερες τιμές στο εργαλείο MoCA, με την υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων PANSS να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα στη μείωση των τιμών του εργαλείου MoCA, και κατ' επέκταση την ύπαρξη ήπιας νευρογνωστικής δυσλειτουργίας. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η προϋπάρχουσα σοβαρή ένταση των αρνητικών συμπτωμάτων ψύχωσης, φάνηκε να σχετίζονται με την έκπτωση των νευρο-γνωστικών λειτουργιών και κατ' επέκταση μειωμένες συνολικές τιμές στην κλίμακα MoCA (Wu et al. 2014).

Η σχέση μεταξύ αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και νευρο-γνωστικών ελλειμμάτων, φαίνεται επίσης να σχετίζεται με την αυξημένη πιθανότητα επανεισαγωγής. Πιο συγκεκριμένα, άτομα με υψηλότερες συνολικές τιμές στην αρνητική υποκλίμακα της PANSS και έκπτωση των νευρο-γνωστικών λειτουργιών, φαίνεται να νοσηλεύονται ακούσια συχνότερα (Harvey et al., 2006)

Η ενσωμάτωση μιας σύντομης γνωστικής αξιολόγησης με τη χρήση του εργαλείου MoCA σε άτομα με ψυχωτικές διαταραχές, μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη

ανίχνευση νευρο-γνωστικών δυσλειτουργιών και στην έγκαιρη αντιμετώπισή τους, με απώτερο στόχο τη συμβολή στο πλάνο θεραπείας της νόσου και κατ' επέκταση στην καλύτερη έκβασή της. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι νευρο-γνωστικές δυσλειτουργίες μπορούν να συμβάλουν αρνητικά στη δυνατότητα τήρησης του φαρμακευτικού πλάνου στην κοινότητα (Cecilia et al.2020), μέσω του εντοπισμού πιθανής νευρο-γνωστικής δυσλειτουργίας, θα είναι εφικτό να πραγματοποιούνται εξατομικευμένα πλάνα θεραπείας βασισμένα στις νευρο-γνωστικές ανάγκες των πασχόντων. Περαιτέρω, μέσω της αξιολόγησης των νευρο-γνωστικών λειτουργιών με τη χρήση του εργαλείου MoCA, είναι δυνατόν να εντοπιστούν οι ιδιαίτερες ανάγκες σε άτομα με σχιζοφρένεια, οι οποίες χρήζουν εξειδικευμένο χειρισμό, για τη διευκόλυνση πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες στην κοινότητα (Gil-Berrozpe et al. 2019; Cecilia et al. 2020).

Στη μελέτη αυτή επιβεβαιώθηκε η αρχική υπόθεση ότι άτομα με θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών και άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό NNΔ/NBD παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στη συνολική βαθμολογία της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων. Όμοια, στη μελέτη των Patel et al. (2015), στην οποία συμμετείχαν 7678 πάσχοντες με θετικό ιστορικό ψυχωτικών συμπτωμάτων, φάνηκε ότι τα αρνητικά ψυχωτικά συμπτώματα, αυξάνουν την πιθανότητα ακούσιας εισαγωγής, τη χρονική διάρκεια παραμονής σε θαλάμους οξείας φροντίδας, ενώ παράλληλα αυξάνουν την πιθανότητα επαν-εισαγωγής. Επομένως, τα αρνητικά συμπτώματα ενός ψυχωτικού επεισοδίου, φαίνεται να αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα στη θεραπευτική διαδικασία, μιας και φαίνεται να παρουσιάζονται δυσκολίες στον τρόπο διαχείρισης τους συγκριτικά με τα θετικά συμπτώματα (Alerman et al. 2016).

Περαιτέρω, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι την παρούσα μελέτη, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν άγαμα και άνεργα άτομα, χωρίς ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες. Το γεγονός αυτό, θα μπορούσε κανείς να πει ότι προκύπτει ως αποτέλεσμα των αρνητικών συμπτωμάτων, τα οποία πολλές φορές οδηγούν σε μειωμένο επίπεδο ποιότητας των κοινωνικών σχέσεων στην καθημερινή ζωή (Lysaker & Davis 2004). Για τη διαχείριση των συμπτωμάτων αυτών, σημαντική

είναι η εφαρμογή ψυχο-κοινωνικών παρεμβάσεων, επικεντρωμένες στην εκμάθηση κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και παρεμβάσεις επικεντρωμένες στην εκμάθηση δεξιοτήτων για τη διαχείριση των συναισθημάτων που βιώνουν οι πάσχοντες εξαιτίας των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου (Alerman et al. 2016).

Εν αντιθέσει, στη μελέτη των Glick et al. (2015), κατά την οποία διερευνήθηκαν οι συνολικές τιμές της κλίμακας PANSS και των υποκλιμάκων της σε σχέση με την πιθανότητα επανεισαγωγής, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας PANSS και της υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων σε άτομα με πολλαπλές εισαγωγές. Μάλιστα, στη μελέτη αναφέρεται ότι για κάθε αύξηση 10 μονάδων στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας PANSS, αυξάνεται κατά 7.8% η πιθανότητα επανεισαγωγής σε χρονικό διάστημα τριών μηνών (Glick et al. 2015). Ως εκ τούτου, καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε στη μελέτη αυτή μεταξύ της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων και της πιθανότητας επανεισαγωγής.

Η μη έγκαιρη παρέμβαση σε άτομα κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, φαίνεται να δυσχεραίνει την έκβαση της νόσου. Μάλιστα σε άτομα με πρώιμη έναρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων, τα οποία παρατηρήθηκε να μην λαμβάνουν έγκαιρα θεραπευτικής αγωγής, φάνηκε να παρουσιάζουν συχνότερα υψηλότερης έντασης αρνητικά συμπτώματα ψύχωσης (Rammou et al. 2017). Περαιτέρω, πάσχοντες με υψηλή ένταση αρνητικών συμπτωμάτων, φαίνεται να παρουσιάζουν συχνότερα δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Η βιωμένη εμπειρία της νόσου και ο αυτό-στιγματισμός φαίνεται να οδηγούν πολλές φορές στη μη αναζήτηση βοήθειας, με αποτέλεσμα την ακούσια εισαγωγή τους σε θαλάμους οξείας φροντίδας για την υποχρεωτική λήψη θεραπείας για τη διαχείριση των συμπτωμάτων αυτών (Addington et al. 2013).

Η έκπτωση των γνωστικών ελλειμμάτων, φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, μια συναφή σύνδεση παρατηρείται και μέσα από άλλες μελέτες, η οποίες περιγράφουν τη σχέση μεταξύ της αδυναμίας τήρησης του φαρμακευτικού θεραπευτικού πλάνου και των νευρο-γνωστικών ελλειμμάτων, με τα δυο αυτά δεδομένα να αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς

παράγοντες σε σχέση με την εμφάνιση πολλαπλών υποτροπών και κατ' επέκταση πολλαπλών ακούσιων επανεισαγωγών (Jeste et al. 2003). Η νευρο-γνωστική δυσλειτουργία που παρατηρείται στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, φάνηκε να αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ο οποίος συμβάλλει στην αρνητική έκβαση της νόσου.

7. Προτεινόμενες Παρεμβάσεις

Με βάση τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη μελέτη, φαίνεται πως είναι σημαντική η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών αναφορικά με παρεμβάσεις πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας και εξωτερικών δομών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με στόχο την εκμάθηση δεξιοτήτων και την παροχή γνώσεων σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών και τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται με την υποτροπή ή ακόμα και την εμφάνιση των ΝΝΔ/ΝΒΔ.

Είναι επίσης σημαντική η δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών με παρεμβάσεις μέσω του λόγου με σκοπό την εκμάθηση δεξιοτήτων διαχείρισης του φαρμακευτικού θεραπευτικού πλάνου καθώς και πιο στοχευμένες παρεμβάσεις σχετιζόμενες με τη φαρμακευτική αγωγή οι οποίες θα συμπεριλαμβάνουν ενημέρωση αναφορικά με τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, τους τρόπους αντιμετώπισής τους, τη σημαντικότητα και χρησιμότητα από τη λήψη ή τη μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τους πιθανούς κινδύνους από τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής σε ομαδικό αλλά και ατομικό επίπεδο.

Περαιτέρω, είναι σημαντική η θέσπιση κατευθυντήριων κλινικών οδηγιών με στόχο τη δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης σχετικά με τη φαρμακευτική θεραπεία καθώς και ψυχο-κοινωνικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της παραμονής των πασχόντων σε νοσοκομειακές δομές. Βασικοί στόχοι των προγραμμάτων αυτών θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των πασχόντων για τη συμμετοχή στη λήψη κλινικών αποφάσεων όπως στις περιπτώσεις επιλογής της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και η ανάπτυξη ικανοτήτων σχετικά με την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης για ζητήματα που αφορούν συμπεριφορές υγείας. Σχετικά προγράμματα εφαρμόζονται στον ιδιωτικό τομέα στην Κύπρο, και είναι περιορισμένα. Οι παρεμβάσεις πρόληψης

επαναλαμβανόμενων ακούσιων νοσηλειών θα συμβάλουν όχι μόνο στην μείωση του κόστους ακούσιας νοσηλείας, αλλά και στη καλύτερη έκβαση της νόσου η οποία φαίνεται να επηρεάζει την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με τα συμπτώματα έπειτα από τη διαδικασία υποχρεωτικής εισαγωγής σε θαλάμους οξείας φροντίδας.

Η δυσκολία ορθής τήρησης του φαρμακευτικού πλαισίου, αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα επανεισαγωγής σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Προτείνεται η θέσπιση παρεμβάσεων μέσω τηλεφωνικής εφαρμογής (smart reminder application), η οποία θα υπενθυμίζει στα άτομα πράξεις που αφορούν το θεραπευτικό συνεχές όπως η λήψη της καθημερινής φαρμακευτικής αγωγής, η προγραμματισμένη χορήγηση ενέσιμης αγωγής βραδείας αποδέσμευσης ή ακόμα και τα ραντεβού με τον εκάστοτε επαγγελματία υγείας. Παρόμοιες παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία και σε άλλες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το Ην. Βασίλειο, η Αυστραλία όπου μέσω της εφαρμογής μηνυμάτων υπενθύμισης, οι πάσχοντες πραγματοποιούσαν της καθημερινές ανάγκες οι οποίες σχετίζονταν με το θεραπευτικό συνεχές (Kannisto et al. 2014; Schwebel et al. 2018).

Η διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία, φαίνεται να αποτελεί μια έντονα αρνητική εμπειρία τόσο για τους πάσχοντες με ΝΝΔ/ΝΒΔ όσο και για το το οικογενειακό περιβάλλον τους (de Jong et al. 2014). Η εμπλοκή των πασχόντων και των οικογενειών τους στη διαδικασία διαχείρισης των συμπτωμάτων και της νόσου, αλλά και η ανάληψη της ευθύνης των πασχόντων σε σχέση τρόπο διαχείρισης των συμπτωμάτων αναμένεται να συμβάλλει θετικά ως προς τον τρόπο αντίληψης του βιώματος από τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική θεραπεία αφενός, αλλά και σε σχέση με τη βιωμένη εμπειρία των πασχόντων αναφορικά με τα συμπτώματα που βιώνουν αφετέρου (de Jong et al. 2014). Για το λόγο αυτό, παρεμβάσεις ψυχοθεραπευτικού τύπου όπως γνωσιο-συμπεριφορική θεραπεία, συστημική ψυχοθεραπεία, ή και άλλες ψυχο-κοινωνικές παρεμβάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, αναμένεται να ενισχύσουν τις δεξιότητες των πασχόντων αλλά και των οικογενειών τους σε σχέση με τη διαχείριση των συμπτωμάτων τόσο από τους ίδιους τους πάσχοντες όσο και από τους σημαντικούς

άλλους οι οποίοι εμπλέκονται στη διαδικασία αυτή (Agius et al. 2007; Sigrúnarson et al. 2013; de Jong et al. 2014).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, σημαντική είναι και η δημιουργία ομάδων για την έγκαιρη παρέμβαση στην κρίση (*crisis intervention team*) (Paton et al. 2016) καθώς και ομάδων έγκαιρης παρέμβασης στην κοινότητα (*“early intervention group”*)(Randall et al. 2015). Στόχος των ομάδων αυτών θα είναι ο εντοπισμός ομάδων υψηλού κινδύνου και η έγκαιρη αξιολόγηση και παρέμβαση των ατόμων αυτών στην κοινότητα. Παράλληλα, μέσω των παρεμβάσεων αυτών, θα είναι εφικτό να γίνεται εντοπισμός πασχόντων οι οποίοι ήδη παρουσιάζουν υποτροπή της ψυχικής τους κατάστασης, με στόχο την έγκαιρη παρέμβαση. Παράλληλα, μέσω των ομάδων, θα είναι εφικτή η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης στρεσογόνων παραγόντων που πιθανόν να σχετίζονται με την υποτροπή συμπτωματολογίας και κατ’ επέκταση την ακούσια νοσηλεία μετά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Clausen et al. 2016). Παρόμοιες παρεμβάσεις έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες όπως το Ην.Βασίλειο, γεγονός το οποίο οδήγησε σε μείωση των ποσοστών εισδοχής κυρίως σε άτομα με 1^ο ψυχωτικό επεισόδιο, αλλά και στον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων αυτών (Fusar-Poli et al. 2016). Απώτερος στόχος είναι η έγκαιρη παρέμβαση, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη έκβαση της νόσου, και κατ’ επέκταση αποφυγή των επαναλαμβανόμενων ακούσιων εισαγωγών.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντική η επαναξιολόγηση και η πιθανή μεταρρύθμιση της ισχύουσας νομοθεσίας για την υποχρεωτική νοσηλεία στην Κύπρο, με απώτερο στόχο τη μείωση της συχνότητας ακούσιων εισαγωγών ή επανεισαγωγών σε θαλάμους ασφαλούς φροντίδας για την υποχρεωτική λήψη θεραπείας. Μια πιθανή τροποποίηση, μπορεί να αφορά στην ενσωμάτωση της υποχρεωτικής παρακολούθησης στην κοινότητα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η μεταρρύθμιση αυτή, μπορεί να είναι κατάλληλη για άτομα τα οποία αν και βρίσκονται σε υποτροπή της ψυχικής τους κατάστασης ή σε οξεία φάση, ωστόσο δεν παρουσιάζουν το στοιχείο της επικινδυνότητας προς τον εαυτό τους ή προς τρίτους, ενώ η απουσία εναισθησίας και υποστηρικτικού δικτύου, τους οδηγεί στην αδυναμία τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής. Σχετικές μεταρρυθμίσεις στη νομοθεσία ως

προς την εφαρμογή υποχρεωτικής παρακολούθησης στην κοινότητα έχουν εφαρμοστεί σε χώρες όπως η Πορτογαλία και η Αυστραλία (WHO 2013; Almeida & Molodynski 2016; Almeida, 2019). Ωστόσο χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση σε σχέση με την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων (Preston et al. 2002). Εξίσου σημαντική είναι και η θέσπιση παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση του στίγματος και την αύξηση της δυνατότητας πρόσβασης των ατόμων αυτών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Κύπρο.

Περαιτέρω, προτείνεται η δημιουργία δομών βραχείας φροντίδας για πάσχοντες οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια διπλής διάγνωσης στην Κύπρο με στόχο την ταυτόχρονη διαχείριση τόσο των συμπτωμάτων NNΔ/NBD, όσο και των συμπτωμάτων που απορρέουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ουσιών (Kisely et al. 2017).

Παράλληλα, κατά την εφαρμογή παρεμβάσεων στο πλαίσιο της υποχρεωτικής θεραπείας στις περιπτώσεις χρήσης ουσιών είναι απαραίτητο τόσο οι υπεύθυνοι ψυχίατροι όσο και οι αρμόδιοι οι οποίοι συμβάλουν στη χάραξη πολιτικής, να λάβουν υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο της Κύπρου, καθώς και τα δεδομένα που αναφέρονται στην παρούσα μελέτη σε σχέση με τον συγκεκριμένο πληθυσμό στόχο αλλά και τη χρονική διάρκεια των προγραμμάτων αυτών.

Περαιτέρω, φαίνεται να προκύπτει ανάγκη για την πραγματοποίηση περισσότερων μελετών αναφορικά με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των εργαλείων αξιολόγησης HAM-A PANSS, YMRS, HDRS-17 και MoCA σε άτομα υπό ακούσια νοσλεία. Επιπρόσθετα, φαίνεται να είναι σημαντική η εφαρμογή επιδημιολογικών αναφορικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, και τη σχέση με την εμφάνιση NNΔ/NBD στο γενικό αλλά και στον κλινικό πληθυσμό. Τέτοιου είδους μελέτες αναμένεται να συμβάλουν στον εντοπισμό των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού της Κύπρου, με απώτερο στόχο στη θέσπιση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και παρεμβάσεων σε ενδεδειγμένο επίπεδο, επικεντρωμένες τόσο για την πιθανότητα εμφάνισης NN/NB συμπτωμάτων αλλά και για την πιθανότητα ανάγκης για ακούσια νοσηλεία. Προτείνεται επίσης η ενίσχυση παρεμβάσεων μέσω λόγου στοχευμένες στην ενίσχυση των γνώσεων αναφορικά με θέματα ψυχικής υγείας,

καθώς και η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με τις δεξιότητες αυτοδιαχείρισης των NN/NB συμπτωμάτων.

Περισσότερες μελέτες αναφορικά με τη βιωμένη εμπειρία των πασχόντων υπόακούσια νοσηλεία είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν. Κάτι τέτοιο θα συμβάλει στην κατανόηση των αντιλήψεων των στάσεων των πασχόντων τόσο σε σχέση με τη συμπτωματολογία όσο και σε σχέση με την διαδικασία ακούσιας νοσηλείας. Απώτερος στόχος, θα είναι η δυνατότητα θέσπισης παρεμβάσεων και κατευθυντήριων κλινικών οδηγιών βασισμένες στις ανάγκες των πασχόντων κατά τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής (Preti et al. 2009). Επιπρόσθετα, περαιτέρω μελέτες εστιασμένες σε μηχανισμούς αναφορικά με τις στάσεις και της αντιλήψεις των πασχόντων σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής καθώς και στις προσδοκίες τους αναφορικά με την έκβαση της νόσου και τους παράγοντες που συμβάλουν σε αυτό με απώτερο στόχο την παροχή βέλτιστου θεραπευτικού πλάνου στα άτομα με NNA/NBA. Ως εκ τούτου, η συμβολή των πασχόντων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με την εκλογή φαρμακευτικού θεραπευτικού πλαισίου, φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματική εφαρμογή του (Stovell et al. 2016).

Παρ' όλα αυτά φαίνεται να υπάρχει ανάγκη για την πραγματοποίηση συνεργατικών μελετών σε διεθνές επίπεδο, με στόχο τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής / επανεισαγωγής για υποχρεωτική θεραπεία σε διαφορετικά περιβάλλοντα μελέτης, πολιτισμικά πλαίσια, με διαφορετικά εργαλεία αξιολόγησης και συνήθης μεθοδολογία. Ως εκ τούτου, το μεγάλο δείγμα της παρούσας μελέτης και η χρήση μιας δομημένης διαδικασίας συνέντευξης για την αξιολόγηση από δυο ανεξάρτητους ερευνητές, επιτρέπει μια ακριβή εκτίμηση των δεδομένων στο συγκεκριμένο πληθυσμό στόχο.

8. Περιορισμοί Μελέτης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε περίοδο 14 μηνών, γεγονός το οποίο ενδέχεται να θέσει σε αμφισβήτηση τη γενικευσιμότητα των παρόντων αποτελεσμάτων. Ωστόσο, δεδομένου ότι περίπου το 17% του δείγματος πραγματοποίησε επαναλαμβανόμενες ακούσιες νοσηλείες κατά τη διάρκεια διεκπεραίωσης της μελέτης, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι έχει επιτευχθεί με ακρίβεια μια ρεαλιστική περιγραφή αναφορικά με το προφίλ των ατόμων που νοσηλεύονται ακούσια για υποχρεωτική θεραπεία στην Κύπρο. Παρόμοιες μελέτες στη διεθνή ερευνητική βιβλιογραφία, περιγράφουν ότι η χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων ήταν κυρίως 1 έως 8 χρόνια (Walker et al. 2019; Rehm et al. 2019; Mann et al. 2014). Ως εκ τούτου, το μεγάλο δείγμα της παρούσας μελέτης και η χρήση μιας δομημένης διαδικασίας συνέντευξης για την αξιολόγηση από δυο ανεξάρτητους ερευνητές, επιτρέπει μια ακριβή εκτίμηση των δεδομένων στο συγκεκριμένο πληθυσμό στόχο.

Περαιτέρω, για τον εντοπισμό των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου πληθυσμού στόχου, άτομα τα οποία επανεισήχθηκαν κατά τη διάρκεια διεκπεραίωσης της μελέτης, συμπεριλήφθηκαν μόνο μια φορά στο παρόν δείγμα (1^η αξιολόγηση) με στόχο την αποφυγή σφάλματος για τη σκιαγράφηση του προφίλ των πασχόντων. Ωστόσο, νοούμενου ότι τηρήθηκε η διαδικασία ανωνυμίας των συμμετεχόντων, δεν ήταν δυνατός ο προσδιορισμός.

Το πιο σημαντικό έγκειται στο γεγονός ότι ο μεθοδολογικός σχεδιασμός που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη δεν επιτρέπει συμπεράσματα σε σχέση με τις παρατηρήσιμες συσχετίσεις. Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει ουσιώδης συνάφεια μεταξύ του θετικού ιστορικού χρήσης ουσιών ή του θετικού οικογενειακού ιστορικού ΝΝΔ/ΝΒΔ, σε σχέση με την ακούσια νοσηλεία. Συνολικά, οι συγχρονικές μελέτες είναι δύσκολες στην εφαρμογή τους κυρίως εξαιτίας της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης αλλά και των διαφορετικών νομοθετικών πλαισίων για υποχρεωτική θεραπεία για θέματα ψυχικής υγείας.

Περαιτέρω, η αδυναμία λήψης δεδομένων από άτομα που νοσηλεύονται εκούσια στις ψυχιατρικές κλινικές της Κύπρου, οδηγεί στον περιορισμό της δυνατότητας εντοπισμού των ακριβή παραγόντων που οδηγούν σε ακούσια νοσηλεία για τη λήψη υποχρεωτικής θεραπείας στην Κύπρο.

Παράλληλα, η αδυναμία λήψης δεδομένων κατά την αξιολόγηση κλινικών συμπτωμάτων από όλο το δείγμα, καθώς και η μη αξιολόγηση του δείγματος και από τους δυο κύριους εμπλεκόμενους ερευνητές, οδήγησε στην αδυναμία στάθμισης των εργαλείων αξιολόγησης YOUNG, HAM-A, HDRS και MoCA στον κυπριακό πληθυσμό.

Αναφορικά με τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή, η μη καταγραφή του σχήματος φαρμακευτικής αγωγής κατά το εξιτήριο, καθώς και η καταγραφή των πιθανόν αλλαγών στη συμπτωματολογία, αλλά και η καταγραφή της διάρκειας νοσηλείας οδήγησαν στην αδυναμία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας ή όχι από την εφαρμογή τόσο της φαρμακοθεραπείας όσο και των υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής. Κάποιες πρακτικές αιτιολογούν την ανάγκη για εφαρμογή των δυο αυτών τεχνικών με στόχο την άμεση διαχείριση των συμπτωμάτων υποτροπής της NN/NB συμπτωματολογίας. Ωστόσο τα δεδομένα αυτά δεν αξιολογήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Επιπρόσθετα, δεν έγινε καταγραφή της προηγούμενης συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής πριν από την ακούσια εισαγωγή ατόμων με γνωστό προηγούμενο ατομικό ιστορικό NNΔ/NBΔ., αλλά ούτε καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής κατά το εξιτήριο για την αξιολόγηση της πολυφαρμακείας και των υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής κατά την ύφεση των συμπτωμάτων. Το γεγονός αυτό θα αιτιολογούσε την εφαρμογή πολυφαρμακείας και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής ως μια άμεση παρέμβαση για την ύφεση της υποτροπής των συμπτωμάτων κατά την ακούσια εισαγωγή των πασχόντων.

9. Συμπεράσματα

Αναφορικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ενήλικων ατόμων που εισάγονται ακούσια για υποχρεωτική νοσηλεία στις υπηρεσίες οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο, φάνηκε ότι συχνότερα προσέρχονταν άτομα με τη διάγνωση σχιζοφρένειας ελληνόφωνα, με θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ και διπλή διάγνωση. Άτομα με τη διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας, φάνηκε να παρουσιάζουν συχνότερα θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών, διπλή διάγνωση και να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 25-65 ετών. Η «μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά» φάνηκε να είναι η κύρια αιτία ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική, η οποία σχετίστηκε με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και το θετικό ιστορικό προηγούμενης ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία. Η «Επιθετική συμπεριφορά προς άλλους και αποδιοργάνωση» κατά τη διαδικασία ακούσιας εισαγωγής φάνηκε να παρουσιάζεται συχνότερα στους ελληνόφωνους άνδρες. Περαιτέρω, οι Ελληνο-κύπριοι, συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, τα άτομα που ειχήσθηκαν ακούσια εξαιτίας της «διακοπής φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς», το προηγούμενο θετικό ατομικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής και το θετικό ιστορικό πολυχρήσης, αποτέλεσαν τους κυριότερους επιβαρυντικούς παράγοντες επαν-εισαγωγής στην παρούσα μελέτη. Όσον αφορά τα ΚΣ, αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν ΚΣ κατά την ακούσια εισαγωγή για υποχρεωτική λήψη θεραπείας παρουσίασαν οι γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες, και τα άτομα με διαταραχές διάθεσης.

Παράλληλα, στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση ως προς το είδος και τις δόσεις των αντιψυχωτικών, αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών φαρμάκων και σταθεροποιητών διάθεσης βάσει δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η συχνότερ φαρμακευτική ουσία συνταγογράφησης στην πλειοψηφία του δείγματος αφορούσε στην αντιψυχωτική αγωγή. Ειδικότερα, παρατηρήθηκαν αυξημένες πιθανότητες συνταγογράφησης σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής στα υπέρβαρα άτομα, στους λήπτες δημόσιου βοηθήματος, στους συμμετέχοντες με θετικό ατομικό

ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ, στους άνδρες και στα άτομα με την ιατρική διάγνωση «σχιζοφρένεια». Παράλληλα, συχνότερα φάνηκε να συνταγογραφούνται με υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής τα υπέρβαρα άτομα, τα άτομα με θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική νοσηλεία, τα άτομα με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών, τα άτομα με θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ, οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος και οι άνδρες. Αναφορικά με την πολυφαρμακεία χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής παρατηρήθηκε να συνταγογραφούνται συχνότερα οι άνδρες. Ως εκ τούτου, το ανδρικό φύλο, τα υπέρβαρα άτομα, τα άτομα με θετικό προηγούμενο ιστορικό ακούσιας εισαγωγής για υποχρεωτική νοσηλεία και οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος φάνηκε να παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να συνταγογραφηθούν με πολυφαρμακεία συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής.

Αναφορικά με την ένταση ΚΣ, παρατηρήθηκε ότι συμμετέχοντες με ΚΣ παρουσίασαν χαμηλότερες μέσες τιμές στην υποκλίμακα θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας PANSS και υψηλότερες μέσες τιμές στη βαθμολογία της κλίμακας HARS με τα αποτελέσματα αυτά να υποστηρίζουν την εγκυρότητα της κλίμακας HDRS-17. Παράλληλα, οι γυναίκες και άτομα με διαταραχές διάθεσης, φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα HDRS-17 συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Περαιτέρω, αναφορικά με την ένταση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής μέσης τιμής της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και της συνολικής μέσης τιμής της κλίμακας MoCA, γεγονός το οποίο υποστηρίζει την αξιοπιστία γνωστών ομάδων της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων της PANSS. Ως εκ τούτου, αναφορικά με τα ψυχωτικά συμπτώματα σύμφωνα με την κλίμακα PANSS παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ ιστορικού ΝΝΔ/ΝΒΔ και συνολικής μέσης τιμής της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS, δεδομένο το οποίο επιβεβαιώνει την εγκυρότητα γνωστών ομάδων της κλίμακας PANSS.

Αναφορικά με τη διερεύνηση του ο βαθμού διαταραχής των νευρο-γνωστικών λειτουργιών βάσει την κλίμακας MoCA παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ ατομικού ιστορικού NND/NBD και της συνολικής μέσης τιμής της κλίμακας MoCA, καθώς και του αρνητικού ιστορικού ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική νοσηλεία και των υψηλών μέσων τιμών στην κλίμακα MoCA δεδομένα που επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα γνωστών ομάδων της MoCA.

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν, σε κάποιο βαθμό, προηγούμενα δεδομένα σε σχέση με τους κλινικούς και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία για υποχρεωτική θεραπεία σε άτομα με σοβαρές NND/NBD. Με την καταγραφή των κλινικών και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία για υποχρεωτική θεραπεία, θα είναι εφικτή η κατανόηση του προφίλ της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού στο πολιτισμικό πλαίσιο της Κύπρου. Προτείνονται περισσότερες μελέτες με επίκεντρο τα κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των πασχόντων υπό ακούσια νοσηλεία, με στόχο την ανάπτυξη και την εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών επικεντρωμένες σε καθολικό, επιλεκτικό και ενδεδειγμένο επίπεδο πρόληψης. Παράλληλα, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης μεταξύ βιολογικών δεικτών και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών σε πληθυσμούς υπό ακούσια νοσηλεία με σοβαρές NND/NBD.

Περαιτέρω, στην παρούσα μελέτη, επιβεβαιώνει για πρώτη φορά σε κυπριακό πληθυσμό την υπόθεση ότι το θετικό ατομικό ιστορικό NND/NBD και το θετικό ιστορικό επανεισαγωγής σχετίζονται με τις συνολικές τιμές της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και του εργαλείου MoCA. Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε η σχέση μεταξύ αρνητικών συμπτωμάτων με τη χρήση της υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και των νευρο-γνωστικών διαταραχών μέσω του εργαλείου MoCA. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι τα δυο αυτά εργαλεία μπορούν να συμβάλουν στον έγκαιρο εντοπισμό πιθανής ανάγκης για επανεισαγωγή, αφού άτομα τα οποία δυσκολεύονται να διαχειριστούν τα αρνητικά ψυχωτικά συμπτώματα στην κοινότητα, τα οποία παράλληλα παρουσιάζουν της νευρο-γνωστικής ελλείμματα, διακόπτουν τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, με

αποτέλεσμα την εμφάνιση συχνών υποτροπών και κατ' επέκταση την ακούσια εισαγωγή για την υποχρεωτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Περαιτέρω, αναφορικά με της συνταγογραφούμενες δοσολογίες αντιψυχωτικής αγωγής, παρατηρήθηκε ότι οι υψηλές συνταγογραφούμενες δόσεις κατά την εισαγωγή των ατόμων, αλλά και η πολυφαρμακεία, διαδραματίζουν σημαντικό παράγοντα σε σχέση με την πιθανότητα διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής μετά το εξιτήριο. Το γεγονός αυτό φαίνεται να έγκειται αφενός στην πολυπλοκότητα του φαρμακευτικού πλάνου και αφετέρου στις πολλαπλές ανεπιθύμητες ενέργειες που πιθανόν να παρατηρηθούν εξαιτίας των διαφορετικών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Αποτέλεσμα αυτού, είναι τα άτομα να διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή μετά το εξιτήριο τους και να παρουσιάζουν επεισόδια υποτροπής, και κατ' επέκταση επαναλαμβανόμενες ακούσιες εισαγωγές για τη διαχείριση των οξέων συμπτωμάτων μέσω της υποχρεωτικής λήψης θεραπείας σε θαλάμους αυξημένης φροντίδας στο ΝΑ.

Συμπερασματικά στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται για πρώτη φορά η σκιαγράφηση του κοινωνικο-δημογραφικού και κλινικού προφίλ των ατόμων υπό ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία στην Κύπρο όταν η διαχείριση των συμπτωμάτων οξείας φάσης στην κοινότητα είναι αδύνατη. Κυριότερη αιτία ακούσιας εισαγωγής ήταν η αδυναμία τήρησης του θεραπευτικού συνεχούς στην κοινότητα, γεγονός το οποίο οδηγεί σε πολλαπλές ακούσιες υποχρεωτικές επανεισαγωγές. Το δεδομένο αυτό είναι πιθανό να σχετίζεται με τη συνταγογράφηση πολυφαρμακείας και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής, με την πολυπλοκότητα της ορθής εφαρμογής στην κοινότητα να συμβάλλει στην αδυναμία τήρησης του θεραπευτικού σύνθετος. Για το λόγο αυτό, φαίνεται να είναι σημαντική η θέσπιση εστιασμένων και στοχευμένων παρεμβάσεων στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, με στόχο τη μείωση της συχνότητας ακούσιων εισαγωγών για υποχρεωτική θεραπεία στην Κύπρο.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας Ι. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία

Συγγραφέας	Τίτλος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Μεθοδολογία		Αποτελέσματα
Adebiyi et al. 2018 Νιγηρία	Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness	Διερεύνηση της συχνότητας υποτροπής και των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών παραγόντων που σχετίζονται με τη διαδικασία αυτή.	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Αναδρομική μελέτη		Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία με μία εισαγωγή κατά τη διάρκεια της μελέτης:
						- Άνδρες - Χριστιανοί καθολικοί - Άγαμοι - Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Άνεργοι - Ηλικιακή ομάδα 26-45 ετών
						Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία

Involuntary admissions in Italy: the impact of seasonality

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση συχνότητας ακούσιας εισαγωγής σε σχέση με την εποχή και των κλινικών χαρακτηριστικών εποχικότητα ακούσια εισαγωγή και άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία

vs Περιγραφική μελέτη συσχέτισης

νοσηλεία με επαν-εισαγωγή κατά τη διάρκεια της μελέτης:

- Άνδρες
- Χριστιανοί καθολικοί
- Άγαμοι
- Κάτοχοι ανώτατου τίτλου εκπαίδευσης
- Άνεργοι
- Διάγνωση σχιζοφρένειας ή ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας
- Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: αδυναμία τήρησης της θεραπευτικής αγωγής
- Ηλικιακή ομάδα 25-45

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 43.2 έτη
- Άνδρες,
- Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,

Compulsory Admission to Psychiatric Wards—Who Is Admitted, and Who Appeals Against Admission? Διερεύνηση των Άτομα υπό Μελέτη Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: vs παρατήρησης άτομα υπό ακούσια νοσηλεία: κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με την εισαγωγή.

- Άγαμοι,
- Νοσηλεύτηκαν κυρίως κατά την καλοκαιρινή περίοδο,
- Συχνότερη διάγνωση του δείγματος ήταν η διπολική διαταραχή.
- Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία φάνηκε να εισάγονται περισσότερο κατά την άνοιξη και το καλοκαίρι συγκριτικά με άτομα υπό εθελοντική νοσηλεία.

- Άνδρες
- Άγαμοι
- Εργαζόμενοι
- Λήπτες δημόσιου βοηθήματος
- Διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής
- Θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών
- Μέσος όρος ηλικίας 48.36 έτη

Correlates of involuntary admission: findings from an italian inpatient psychiatric unit	Διερεύνηση των παραγόντων ακούσιας εισαγωγής και σύγκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών των ατόμων υπό ακούσια και εθελοντική νοσηλεία.	Άτομα υπό εθελοντική vs μελέτη υπό συσχέτισης	Περιγραφική Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:
			- Άνδρες - Άγαμοι - Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας - Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών - Μέσος όρος ηλικίας 41.7 έτη - Κυριότερο σύμπτωμα κατά την ακούσια εισαγωγή ήταν η παρορμητική συμπεριφορά - Χρήση ουσιών

Barnett et al. 2019 Hv. Βασίλειο	Ethnic variations in compulsory detention under the mental health act: a systematic review and meta-analysis of international data.	Διερεύνηση της υποχρεωτικής νοσηλείας της ομάδας της μαύρης φυλής, της ασιατικής φυλής και των εθνικών μειονοτήτων στο Ηνωμένο βασίλειο και διεθνώς με απώτερο στόχο την επέκταση των υπάρχουσων συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα – αναλύσεων σε σχέση με την ακούσια εισαγωγή στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού	Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση	Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή: - Αυξημένη πιθανότητα επανεισαγωγής σε άτομα μαύρης φυλής συγκριτικά με τα άτομα λευκής φυλής
	Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to	Διερεύνηση των κλινικών και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη υπό συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή: - Άνδρες - Ηλικιακή ομάδα 26-35
Canova Mosele et al. 2018 Βραζιλία					

psychopathology and aggression. παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία στη Βραζιλία.

- Λευκή φυλή
- Άγαμοι
- Κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης
- Άνεργοι
- Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και ετεροκαταστροφική συμπεριφορά
- Σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές

Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών μεταξύ ατόμων υπό ακούσια και εθελοντική νοσηλεία στην Βραζιλία. Άτομα υπό Αναδρομική vs μελέτη υπό κοόρτης

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Μέσος όρος ηλικίας 41 έτη
- Άνδρες
- Άγαμοι
- Λευκή φυλή
- Απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης,
- Εργαζόμενοι
- Η συχνότερη εποχή εισαγωγής ήταν το καλοκαίρι

Curley et al. 2016	Δουβλίνο	Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables	Διερευνήθηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικοί και διαγνωστικοί παράγοντες σε σχέση με την ακούσια εισαγωγή σε ένα γενικό ψυχιατρικό νοσοκομείο ενηλίκων	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη υπό συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Ο κυριότερος λόγος ακούσιας εισαγωγής ήταν η ψυχωτική συμπτωματολογία - Οι κυριότερες διαγνώσεις ήταν η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια
		Evaluating the Clinical Impact of Involuntary Admission to a Specialized Dual Diagnosis Ward	Διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ατόμων υπό ακούσια και εθελοντική θεραπεία σε άτομα με διπλή διάγνωση	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό νοσηλεία	Αναδρομική μελέτη υπό	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:	- Άνδρες - Μέσος όρος ηλικίας 40.2 ετών - Άνεργοι - Διάγνωση σχιζοφρένεια
Delayahu et al. 2014	Ισραήλ						
							- Άνδρες - Μέσος όρος ηλικίας 38.9 έτη - Κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Άγαμοι

						- Διάγνωση ψυχωτική διαταραχή
Di Lorenzo et al. 2018	Ιταλία	Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis	Διερεύνηση των δημογραφικών και κλινικών παραγόντων που σχετίζονται με την υποχρεωτική νοσηλεία.	Άτομα εθελοντική vs άτομα υπό	Αναδρομική μελέτη υπό	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: - Άνδρες - Άγαμοι - Διάγνωση σχιζοφρένειας - Μέσος όρος ηλικίας 43.73έτη - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: υποτροπή της ψυχικής κατάστασης των συμμετεχόντων
Donisi et al. 2016	Ιταλία	Differences in the use of involuntary admission across the Veneto Region: which role for individual and contextual variables?	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των χαρακτηριστικών των ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία και των παραγόντων υποχρεωτικής	Άτομα εθελοντική vs άτομα υπό	Αναδρομική μελέτη υπό	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: - Άνδρες - Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας - Ηλικιακή ομάδα 25-44

		εισαγωγής	στην						
		Ιταλία							
Feeney et al. 2019	Ιρλανδία	Gender, diagnosis and involuntary psychiatry admission in Ireland: A report from the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS)	Διερεύνηση των παραγόντων ακούσιας εισαγωγής σε άνδρες και γυναίκες στην Ιρλανδία και η σύγκριση με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εθελοντική νοσηλεία	Άτομα υπό εθελοντική άτομα υπό	vs	Αναδρομική μελέτη υπό	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:		
								- Άνδρες	
								- Άγαμοι	
					vs			- Άνεργοι	
								- Διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας	
								- Μέσος όρος ηλικίας 40.6 έτη	
Flammer & Steinert, 2016	Γερμανία	Association between restriction of involuntary medication and frequency of coercive measures and violent incidents.	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ακούσιας νοσηλείας και συχνότητας ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών σε πάσχοντες υπό ακούσια νοσηλεία	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία		Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:		
								- Άνδρες	
								- Διάγνωση σχιζοφρένειας	
								- Άγαμοι	
								- Άνεργοι	
								- Λήπτες δημόσιου βοηθήματος	
								- Μέσος όρος ηλικίας 46.4 έτη	

Florian et al. 2018 Ελβετία	Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily	Περιγραφή της συχνότητας και της διάρκειας των διαφορετικών μέτρων ακούσιας νοσηλείας και των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή	Άτομα υπό Περιγραφική vs μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: - Άνδρες - Μέσος όρος ηλικίας 49 έτη - Ο κυριότερος λόγος εισαγωγή ήταν η αυτοκτονική συμπεριφορά. - Η κυριότερη διάγνωση μεταξύ του δείγματος η ψυχωτική διαταραχή. - Διπλή διάγνωση - Θετικό προηγούμενο ιστορικό ακούσιας εισαγωγής
	Voluntary/Involuntary Admissions/Readmissions of Psychiatric Patients in a University Hospital in Turkey From 2008 to 2016	Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή / επανεισαγωγή σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Τουρκία	Άτομα υπό Περιγραφική vs μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: - Άνδρες - Ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών - Άγαμοι - Η συχνότερη διάγνωση ήταν η σχιζοφρένεια - Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης

Psychiatric care without consent in France: Does the type of administrative measure chosen differ according to patients' clinical profile?

Προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε άτομα τα οποία εισήχθησαν για ψυχιατρική περίθαλψη σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο στη Γαλλία σε σχέση με το νομοθετικό πλαίσιο

Άτομα υπό Αναδρομική vs μελέτη

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:

- Άνδρες
- Μέσος όρος ηλικίας 49 έτη
- Ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας
- Θετικό ιστορικό ακούσιας επανεισαγωγής

Frequency of Involuntary Admissions and Its Associations With Demographic and Clinical Characteristics in China

Διερεύνηση της συχνότητας ακούσιας εισαγωγής και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών συσχετίσεων σε ένα διαδοχικό δείγμα θεραπευομένων στο

Άτομα υπό Περιγραφική vs μελέτη

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Άνδρες
- Άγαμοι
- Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης
- Άνεργοι
- Ντόπιοι

Guadagno et al. 2020

Ιταλία

ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου Xiangya στην Κίνα.

- Διάγνωση σχιζοφρένειας
- Μέσος όρος ηλικίας 30.6 έτη

Social and clinical determinants of compulsory and voluntary admissions within the framework of an Italian community mental health system. Διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ατόμων που εισάγονται ακούσια συγκριτικά με αυτούς που εισάγονται εθελοντικά για ψυχιατρική θεραπεία στο Ισραήλ. Άτομα υπό Περιγραφική vs μελέτη υπό συσχέτισης Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:

- Άνδρες
- Ηλικιακή ομάδα 30-49
- Ντόπιοι
- Άγαμοι χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο
- Άνεργοι
- Αρνητικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών τα τελευταία 10 χρόνια
- Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας

Gültekin et al. 2013

Τουρκία

Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Inpatients Hospitalized Involuntarily and Voluntarily in a διερεύνηση και σύγκριση των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών θεραπευομένων υπό Άτομα υπό Αναδρομική vs μελέτη υπό Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Άνδρες
- Κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης
- Άγαμοι

Hoffmann et al. 2016	Γερμανία	Hospitals of Dhaka City	σχέση με τη φύλο σε άτομα υπό ακούσια νοσηλεία			- Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Έγγαμοι - Άνεργοι - Ηλικιακή ομάδα 21-30
		Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups	Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πιθανότητα ακούσιας ψυχιατρικής εισαγωγής	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη vs συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό εισαγωγή: - Άνδρες - Άγαμοι - Ντόπιοι - Μέσος όρος ηλικίας 48.55 έτη - Κύρια διάγνωση: σχιζοφρένια - Θετικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής
Hoffmann et al. 2017	Γερμανία	Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups	Διερεύνηση της δυνατότητας πρόληψης ακούσιας εισαγωγής με εστίαση στα κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά .	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη vs συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: - Άνδρες - Άγαμοι - Διάγνωση σχιζοφρένειας - Συννοσηρότητα NND/NBD και χρήσης ουσών - Ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών

- Θετικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής

Hotzy et al. 2019

Ελβετία

Clinical and socio-demographic characteristics associated with involuntary admissions in Switzerland between 2008 and 2016: An observational cohort study before and after implementation of the new legislation

Περιγραφή των Άτομα υπό Περιγραφική Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικών εθελοντική vs μελέτη χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: θεραπευομένων υπό άτομα υπό κούρτης νοσηλεία: ακούσια νοσηλεία συγκριτικά με τα άτομα υπό εθελοντική νοσηλεία αναφορικά με τα κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά πριν και μετά την εφαρμογή της νέας νομοθεσίας στην Ελβετία

- Άνδρες
- Διάγνωση σχιζοφρένειας
- Χρήση ουσιών
- Ηλικιακή ομάδα 40-44 έτη

Hung et al. 2017

Ταϊβάν

Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission

Διερεύνηση των Άτομα κατά την Περιγραφική Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά παραγόντων που πρώτη ακούσια μελέτη χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: σχετίζονται με την εισαγωγή vs συσχέτισης νοσηλεία: ακούσια άτομα υπό επανεισαγωγή σε ακούσια επανεισαγωγή

- Άνδρες
- Διάγνωση σχιζοφρένειας

		άτομα υπό ακούσια νοσηλεία.					- Θετικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής - Μέσος όρος ηλικίας 38.7 έτη - Θετικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής
Hustoft et al. 2013	Νορβηγία	Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry	Σύγκριση των παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια και εθελοντική εισαγωγή και ο εντοπισμός των παραγόντων που σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή.	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη υπό συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες - Κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Άγαμοι - Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής - Μέσος όρος ηλικίας 40.4 έτη - Λήπτες δημόσιου βοηθήματος
Indu et al. 2017	Ινδία	Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital–Case control study	Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου ακούσιας εισαγωγής σε ένα περιφερειακό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ινδία	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη υπό συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες - Άγαμοι - Άνεργοι

Jamet et al. 2021

Γαλλία

- Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας
- Ηλικιακή ομάδα 30–49 έτη

Evaluation of the use of care programs provided for under the law of 5 July 2011

Διερεύνηση του κλινικού προφίλ των εθελοντικών ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στ

Άτομα εθελοντική vs άτομα υπό περιγραφική μελέτη

Αναδρομική vs περιγραφική μελέτη

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:

- Άνδρες
- Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής
- Θετικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής
- Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: αδυναμία τήρησης φαρμακευτικής θεραπείας
- Θετικό ιστορικό χρήσης κάνναβης

Jiang et al. 2018

Κίνα

The Implementation of China's Mental Health Law Defined Criteria for Involuntary

Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για ακούσια εισαγωγή μετά τον επαναπροσδιορισμό της νέας νομοθεσίας

Άτομα εθελοντική vs άτομα υπό συσχέτισης

Περιγραφική vs συσχέτισης μελέτη

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Άνδρες
- Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης

Kelly et al. 2018	Δουβλίνο	Admission: A περί ψυχικής υγείας National Cross- στην Κίνα. Sectional Study of Involuntarily Hospitalized Patients					- Άγαμοι - Διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής - Μέσος όρος ηλικίας 40.7 έτη
		Which involuntary Διερεύνηση των Άτομα υπό Αναδρομική admissions are κοινωνικο- εθελοντική vs μελέτη revoked by mental δημογραφικών και άτομα υπό health tribunals? A κλινικών παραγόντων ακούσια report from the που σχετίζονται με νοσηλεία Dublin Involuntary την διαδικασία Admission Study ακούσιας εισαγωγής (DIAS) σε τρία ψυχιατρικά νοσοκομεία ενηλίκων στο Δουβλίνο.				Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες - Άγαμοι - Άνεργοι - Διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής
Kieber-Ospelt et al. 2016	Ελβετία	Quality criteria of Ποσοτικά κριτήρια Θεραπευόμενος Αναδρομική involuntary ακούσιας εισαγωγής υπό ακούσια μελέτη psychiatric πριν και μετά την νοσηλεία κατά admissions - before τροποποίηση της την περίοδο 2012 and after the νομοθεσίας στην vs θεραπευόμενοι revision Ελβετία υπό ακούσια of the civil code in νοσηλεία κατά Switzerland την περίοδο 2013				Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία κατά το έτος 2012:	- Άνδρες - Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής - Θετικό ιστορικό ακούσιας νοσηλείας - Μέσος όρος ηλικίας 45.58 έτη

Outcomes of compulsorily admitted schizophrenia patients who agreed or disagreed to prolong their hospitalization	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ακούσιας εισαγωγής και κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων κινδύνου σε άτομα με σχιζοφρένεια	Άτομα που συναίνεσαν να συνεχίσουν εθελοντικά τη θεραπεία συγκριτικά με άτομα που αρνήθηκαν να συνεχίσουν εθελοντικά τη θεραπεία μετά την ακούσια εισαγωγή	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία κατά το έτος 2013:
				- Άνδρες - Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής - Θετικό ιστορικό ακούσιας νοσηλείας - Μέσος όρος ηλικίας 48.18έτη
				Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με σχιζοφρένεια υπό ακούσια εισαγωγή:
				- Άνδρες - Μέσος όρος ηλικίας 42 ετών - Ντόπιοι - Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Άγαμοι - Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών - Μέσος όρος χρονικής διάρκειας νόσησης 10.5 έτη

Lay et al. 2019
Ελβετία

Predictors of Compulsory admission to Psychiatric Inpatient care

Αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου υποχρεωτικής επανεισαγωγής

Άτομα κατά την πρώτη ακούσια εισαγωγή vs άτομα υπό ακούσια επανεισαγωγή

Αναδρομική μελέτη

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Άνεργοι
- Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής
- Θετικό ατομικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών (60.7%)
- Μέσος όρος ηλικίας 45 έτη
- Το θετικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής, το θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών, η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά, η ψυχωτική διαταραχή και διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής φάνηκε να σχετίζονται ισχυρά με την αυξημένη πιθανότητα ακούσιας εισαγωγής

Lebenbaum et al.
2018
ΗΠΑ

Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions

Διερεύνηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία

Άτομα υπό Περιγραφική μελέτη vs άτομα υπό συσχέτισης

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Άνδρες

Lin et al. 2018 Ταϊβάν	Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study	εισαγωγή στο Οντάριο του Καναδά				- Διάγνωση διαταραχής διάθεσης - Ηλικιακή ομάδα 25-44 - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: αυτοκτονική /αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
	Compulsory admission is associated with an increased risk of readmission in patients with schizophrenia: a 7-year, populationbased, retrospective cohort study	Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου ψυχιατρικής ακούσιας εισαγωγή σε θεραπευόμενο με τη διάγνωση σχιζοφρένειας υπό ακούσια εισαγωγή συγκριτικά με τους θεραπευόμενους με τη διάγνωση σχιζοφρένειας υπό εθελοντική νοσηλεία.	Άτομα υπό Αναδρομική εθελοντική vs μελέτη	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες - Μέσος όρος ηλικίας 41.36 έτη - Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών
Liu et al. 2019 Ταϊβάν	Clinical characteristics and outcomes associated with weekend	Διερεύνηση της συχνότητας ακούσιων εισαγωγών και των χαρακτηριστικών των ατόμων που εισάχθηκαν ακούσια κατά τη διάρκεια της εβδομάδας vs	Άτομα που Περιγραφική μελέτη	Άτομα που εισάχθηκαν ακούσια κατά τη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:	- Άνδρες

admissions to ψυχιατρικά κέντρα εισάχθηκαν ακούσια άτομα τα οποία
 psychiatric wards in κατά τη διάρκεια της εισάχθηκαν
 Taiwan εβδομάδας ακούσια το
 συγκριτικά με τη Σαββατοκύριακο
 συχνότητα ακούσιων
 εισαγωγών το
 Σαββατοκύριακο σε
 ένα νοσοκομείο στην
 Ταϊβάν

Manic episode, Διερεύνηση των Άτομα υπό Μελέτη
 aggressive behavior κοινωνικο- εθελοντική vs κοόρτης
 and δημογραφικών και άτομα υπό
 poor insight are κλινικών ακούσια
 significantly χαρακτηριστικών που νοσηλεία
 associated σχετίζονται με την
 with involuntary ακούσια εισαγωγή σε
 admission in άτομα με διπολική
 patients διαταραχή στην Κίνα
 with bipolar
 disorders

- Ηλικιακή ομάδα 24-35 ετών
- Διάγνωση σχιζοφρένειας
- Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών
- Θετικό ιστορικό ψυχικής διαταραχής

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά
 χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια
 εισαγωγή:

- Γυναίκες
- Άνεργοι
- Άγαμοι
- Κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης
- Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: μανιακά συμπτώματα και απουσία εναισθησίας
- Θετικό ιστορικό ακούσιας επαν-εισαγωγής
- Μέσος όρος ηλικίας 38.5 ετών

Maina et al. 2021	Ιταλία	Factors associated with involuntary admissions: a register-based cross-sectional multicenter study	Διερεύνηση της συχνότητας ακούσιων εισαγωγών και των κοινωνικο—δημογραφικών και της σχέσης κλινικών χαρακτηριστικών των ατόμων που νοσηλεύονται ακούσια στην Ιταλία	Άτομα εθελοντική vs άτομα υπό εισαγωγή	Αναδρομική μελέτη υπό κοόρτης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό εισαγωγή:	- Άνδρες - Άγαμοι - Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Άνεργοι
		Changing patterns and influencing factors of involuntary admissions following the implementation of China's mental health law: A 4-year longitudinal investigation	Διερεύνηση των αλλαγών των προτύπων ακούσιας εισαγωγής μετά την εφαρμογή της νέας νομοθεσίας περί ακούσιας νοσηλείας στην Κίνα	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό συσχέτισης	Περιγραφική μελέτη υπό συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες - Διάγνωση σχιζοφρένειας - Μέσος όρος ηλικίας 42.39 έτη - Άνεργοι - Άγαμοι - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: απουσία εναισθησίας, - Διάγνωση σχιζοφρένειας - Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών

Markiewicz et al . 2016	Βαρσοβία	Involuntary psychiatric holds – the structure of admissions on the example of Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw	Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το είδος της εισαγωγής στη Βαρσοβία.	Άτομα εθελοντική vs άτομα υπό συσχέτισης	Περιγραφική μελέτη υπό	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Διάγνωση σχιζοφρένειας και ψυχωτικής διαταραχής - Μέσος όρος ηλικίας 43.4 έτη - Ντόπιοι - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: υποτροπή ψυχωτικής διαταραχής - Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών
Masood et al. 2017	Ιρλανδία	Clinical predictors of involuntary detention among voluntary inpatients in St Patrick’s University	Διερεύνηση των κλινικών χαρακτηριστικών ατόμων υπό ακούσια και εθελοντική νοσηλεία.	Άτομα εθελοντική vs άτομα υπό συσχέτισης	Περιγραφική μελέτη υπό	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες - Ηλικιακή ομάδα 21-40 ετών
							- Γυναίκες - Εργαζόμενοι

McBridet al. 2021	Αγγλία	Hospital (SPUH)					- Άγαμοι - Διάγνωση μανιακού επεισοδίου - Θετικό ατομικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής - Μέσος όρος ηλικίας 42.6 έτη - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: απουσία εναισθησίας και η αυτοκτονική συμπεριφορά.
		Effects of ethnic density on the risk of compulsory psychiatric admission for individuals attending secondary care mental health services: evidence from a large-scale study in England	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ομάδων εθνικών μειονοτήτων και ακούσιας εισαγωγής	Άτομα υπό νοσηλεία	υπό Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:	- Άνδρες - Ηλικιακή ομάδα 36-64 ετών - Μαύρη φυλή
McManus et al.2015	Δουβλίνο	Rate of involuntary admission in Dublin South West: a 5-year	Αξιολόγηση της συχνότητας εισαγωγής στο Δουβλίνο, συγκριτικά με την συχνότητα	Άτομα υπό εθελοντική vs υπό	Αναδρομική μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες

Meehan et al. 2017	Αυστραλία	retrospective review	ακούσιας εισαγωγής στην Ιρλανδία.			- Διάγνωση σχιζοφρένειας - Μέσος όρος ηλικίας 41.2 έτη
		Comparing clinical and demographic characteristics of people with mental illness in hospital- and community-based residential rehabilitation units in Queensland	Διερεύνηση του τρόπου παρεχόμενης φροντίδας και των χαρακτηριστικών των ατόμων που χρησιμοποιούν ΥΨΥ με ψυχικές διαταραχές σε εξωτερικές δομές αποκατάστασης και νοσοκομειακές δομές	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία vs άτομα που επισκέπτονται εξωτερικές δομές	Περιγραφική μελέτη vs συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια επανεισαγωγή: - Άνδρες - Διάγνωση σχιζοφρένειας - Θετικό ιστορικό ακούσιων επανεισαγωγών - Μέσος όρος ηλικίας 45.5 έτη - ΔΜΣ: υπέρβαροι - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: ετεροκαταστροφική συμπεριφορά
Ndakuba , 2011	Νιγηρία	Socio-demographic and clinical profile of patients admitted into Ebonyi state university teaching hospital: a three-	Διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ψυχιατρικών διαγνώσεων σε σχέση με την κατανομή	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Αναδρομική μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: - Άνδρες - Ηλικιακή ομάδα 22-44 - Άγαμοι
		hospitals: a three-				

year retrospective study. ηλικίας και φύλου σε άτομα που γίνονται εισαγωγή στους θαλάμους οξείας φροντίδας στο Abakaliki στη Νιγηρία.

Voluntary and involuntary care: Διερεύνηση των Άτομα υπό Αναδρομική
Three-year study of δημογραφικών και εθελοντική vs μελέτη
demographic and διαγνωστικών άτομα υπό
diagnostic παραγόντων οι οποίοι ακούσια
admission statistics σχετίζονται με την νοσηλεία
at an inner-city ένα γενικό Γενικός
adult psychiatry νοσοκομείο ενηλίκων πληθυσμός vs
unit στο Δουβλίνο. άτομα υπό
ακούσια και
εθελοντική
θεραπεία

- Κάτοχοι δευτεροβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης
- Χρονική διάρκεια νόσου μεταξύ 7-28 ετών
- Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Ντόπιοι
- Άγαμοι
- Άνεργοι
- Άτομα με τη διάγνωση σχιζοφρένειας

Osborn et al. 2021	Αγγλία	Readmission after discharge from acute mental healthcare among 231 988 people in England: cohort study exploring predictors of readmission including availability of acute day units in local areas	Αξιολόγηση των παραγόντων επανεισαγωγής σε θαλάμους οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας μετά από το εξιτήριο στην Αγγλία.	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων τα οποία επανεισήχθηκαν υπό ακούσια νοσηλεία:
						- Γυναίκες - Άγαμοι - Ηλικιακή ομάδα 45-54 ετών - Λευκή φυλή - Ψυχωτικό επεισόδιο
Pasareanu et al. 2017	Νορβηγία	Mental distress following inpatient substance use treatment, modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions	Διερεύνηση των αλλαγών που παρουσιάζονται κατά την παρακολούθηση θεραπειομένων με διαταραχή χρήσης ουσιών υπό εθελοντική ή ακούσια εισαγωγή	Άτομα υπό εθελοντική vs υπό ακούσια νοσηλεία	Αναδρομική μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή με διαταραχή χρήσης ουσιών:
						- Άνδρες - Μέσος όρος ηλικίας 30.4 έτη - Κατοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Συν-νοσηρότητα με σχιζοφρένεια
Priebe et al. 2011	Ηνωμένο Βασίλειο	Predictors of clinical and social outcomes following	Αξιολόγηση των κλινικών και δημογραφικών	Άτομα υπό εθελοντική vs υπό ακούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

242

Schmitz-Buhl et al. 2019 Γερμανία	A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment	Διερεύνηση των παραγόντων αυξημένου κινδύνου για ακούσια νοσηλεία για τη διαδικασία λήψης υποχρεωτικής θεραπείας.	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Αναδρομική μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: απουσία εναισθησίας
						- Άνδρες - Κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Λήπτες δημόσιου βοηθήματος - Άνεργοι - Άγαμοι - Διάγνωση σχιζοφρένειας - Θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών - Μέσος όρος ηλικίας 48 έτη - Χρήση ουσιών, - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: ετερο-καταστροφική και αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
Setkowski et al. 2016	Changing patient perspectives after compulsory	Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου ακούσιας εισαγωγής	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Αναδρομική μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:	

Shokou et al. 2017	Ελλάδα	admission and the risk of re-admission during 5 years of follow-up: The Amsterdam Study of Acute Psychiatry IX	και των παραγόντων αποτελεσματικής παρέμβασης μετά το εξιτήριο						- Άνδρες - Ντόπιοι - Ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας - Αρνητικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής τα τελευταία 5 χρόνια
		Compulsory admissions in southwest Greece 2010–2011: A descriptive report	Περιγραφή ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών της υποχρεωτικής εισαγωγής σε μια μεγάλη περιοχή στη νοτιο-δυτική Ελλάδα, προκειμένου να προσδιοριστούν οι στόχοι για μελλοντική μελέτη	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	υπό Περιγραφική μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:			- Άνδρες - Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής - Θετικό προηγούμενο ιστορικό ακούσιας εισαγωγής
Silva et al. 2018	Ελβετία	Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in	Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικο-	Άτομα υπό εθελοντική ή άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	υπό Αναδρομική vs μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:			- Μέσος όρος ηλικίας 48.8 έτη

Switzerland: a δημογραφικού και
retrospective study κλινικού προφίλ
καθώς και της
διαδικασίας
νοσηλείας σε άτομα
υπό εθελοντική και
ακούσια εισαγωγή με
στόχο τον εντοπισμό
των παραγόντων που
σχετίζονται με την
πιθανότητα
υποχρεωτικής
νοσηλείας

- Άνδρες
- Άγαμοι
- Ντόπιοι
- Διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης
συναφούς ψυχωτικής διαταραχής

Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road?	διερεύνηση της συχνότητας ακούσιας εισαγωγής, των διαφορών μεταξύ των ακούσιων εισαγωγών που πραγματοποιούνται αυτεπάγγελα συγκριτικά με της ακούσιες εισαγωγές που	Άτομα εθελοντική vs άτομα ακούσια νοσηλεία	υπό Περιγραφική vs μελέτη υπό συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Άνδρες
- Ελληνική εθνικότητα
- Άγαμοι
- Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας
εκπαίδευσης
- Άνεργοι
- Ψυχωτικές διαταραχές

Tedeschi et al. 2019	Ιταλία	πραγματοποιούνται έπειτα από την παρέμβαση της οικογένειας, και της διερεύνησης των παραγόντων κινδύνου για ακούσια νοσηλεία					- Θετικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγή
		Clinical and organizational factors predicting readmission for mental health patients across Italy	Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών ακούσιας επανεισαγωγής.	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία vs ακούσια εισαγωγή	Περιγραφική vs μελέτη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια επανεισαγωγή:	- Άνδρες - Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής - Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών - Ηλικιακή ομάδα 45-64 ετών
Umama-Agada et al. 2018	Δουβλίνο						
		Variations in involuntary admission rates at three psychiatry centres in the Dublin Involuntary Admission Study	Διερεύνηση της συχνότητας εθελοντικής και ακούσιας εισαγωγής κατά την περίοδο ενός έτους σε σχέση με τα κοινωνικο-δημογραφικά και	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Αναδρομική vs μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:	- Άνδρες - Άγαμοι - Άνεργοι - Διάγνωση σχιζοφρένειας

Van der Post et al. 2014 Άμστερνταμ	(DIAS): Can the differences be explained?	κλινικά χαρακτηριστικά.					- Μέσος όρος ηλικίας 40.7 έτη - \
	Patient perspectives and the risk of compulsory admission: The Amsterdam Study of Acute Psychiatry V	Διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι αντιλήψεις των θεραπευομένων για τα κλινικά χαρακτηριστικά όπως το θετικό ατομικό ιστορικό σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο ακούσιας εισαγωγής.	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Αναδρομική μελέτη	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό επανεισαγωγή:		- Άνδρες - Ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας - Μέσος όρος ετών νόσησης 9 έτη - Θετικό ιστορικό ακούσιων επανεισαγωγών - Ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών - Ντόπιοι - Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: απουσία εναισθησίας
van der Post et al. 2014 Άμστερνταμ	Factors associated with higher risks of emergency compulsory	Διερεύνηση της σχέσης των κοινωνικο-δημογραφικών και	Άτομα υπό κούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια εισαγωγή:		

admission for κλινικών
immigrants: a χαρακτηριστικών των
report from the ατόμων υπό ακούσια
ASAP study νοσηλεία που
ανήκουν σε εθνικές
μειονότητες

Clinical and social Διερεύνηση της Άτομα υπό Συστηματική
factors associated σχέσης μεταξύ εθελοντική vs ανασκόπηση
with increased risk κοινωνικο- άτομα υπό – μετα-
for involuntary δημογραφικών και ακούσια ανάλυση
psychiatric κλινικών νοσηλεία
hospitalisation: a χαρακτηριστικών και
systematic review, ακούσιας / Άτομα υπό
meta-analysis, and υποχρεωτικής ακούσια
narrative synthesis νοσηλείας. νοσηλεία vs
γενικός
πληθυσμός

The Low Σκοπός της παρούσας Άτομα υπό Αναδρομική
Proportion and μελέτης ήταν η εθελοντική vs μελέτη
Associated Factors διερεύνηση του άτομα υπό
of Involuntary ποσοστού ακούσιας ακούσια
Admission in the εισαγωγής καθώς και νοσηλεία
Psychiatric των παραγόντων που
σχετίζονται με την

- Άνδρες
- Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής
- Θετικό ιστορικό ακούσιων εισαγωγών
- Ντόπιοι

- Στην παρούσα μετα-ανάλυση η οποία συμπεριέλαβε μελέτες που είχαν πραγματοποιηθεί από το 1986 μέχρι το 2019, φάνηκε ότι οι άνδρες, τα άνεργα άτομα, οι λήπτες δημόσιου βοηθήματος τα άγαμα άτομα και τα άτομα με τη διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής υπό το φάσμα σχιζοφρένειας, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες για ακούσια εισαγωγή

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

- Γυναίκες
- Ηλικιακή ομάδα των 30-49 ετών
- Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής.

Emergency Service in Taiwan ακούσια νοσηλεία σε μια ψυχιατρική υπηρεσία επειγόντων περιστατικών στην Ταϊβάν

- Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: επιθετική / ετεροκαταστροφική συμπεριφορά

Compulsory admissions of patients with mental disorders: Διερεύνηση των Άτομα υπό Αναδρομική Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος υπό ακούσια νοσηλεία: παραγόντων που ακούσια σχετίζονται με την νοσηλεία ακούσια εισαγωγή

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος υπό ακούσια νοσηλεία:

State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries

- Κυριότερο σύμπτωμα ακούσιας εισαγωγής: διακοπή / άρνηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής/ επιθετική συμπεριφορά/ αυτοκαταστροφική / αυτοκτονική συμπεριφορά

Variation in Compulsory Psychiatric In-Patient Admission in England: a Cross Classified, Multilevel Analysis Περιγραφή και Άτομα υπό Βιβλιογραφική Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: μοντελοποίηση των ακούσια παραγόντων ου νοσηλεία σχετίζονται με την ακούσια εισαγωγή στην Αγγλία σε σχέση με τα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στο συγκεκριμένο πληθυσμό - στόχο.

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία:

– Μετα-ανάλυση

- Άνδρες
- Λευκή φυλή
- Ηλικιακή ομάδα 36-64

Yang et al. 2018	Κίνα	Voluntary and involuntary admissions for severe mental illness in China: a systematic review and meta-analysis	Διερεύνηση της συχνότητας ακούσιας και εθελοντικής νοσηλείας καθώς και των επιβαρυντικών παραγόντων που σχετίζονται με τη διαδικασία αυτή σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε Κινέζικο πληθυσμό	Συστηματική ανασκόπηση μετα-ανάλυση	Συστηματική ανασκόπηση – μετα-ανάλυση	- Κύρια διάγνωση: σχιζοφρένειας - Τόπος διαμονής: προάστια
Zhou et al. 2015	Κίνα	Voluntary and Involuntary Psychiatric Admissions in China	Διερεύνηση των προτύπων εισαγωγής ακούσιας, εθελοντικής και μερικώς εθελοντικής εισαγωγής σε ένα ψυχιατρικό Νοσοκομείο στην Κίνα σε σχέση με τους κοινωνικο-δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες	Άτομα υπό εθελοντική vs άτομα υπό ακούσια νοσηλεία	Περιγραφική μελέτη υπό συσχέτισης	Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία: - Άνδρες - Κάτοχοι πρωτοβάθμιου τίτλου εκπαίδευσης - Εργαζόμενοι - Θετικό ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών - Διάγνωση σχιζοφρένειας - Μέσος όρος ηλικίας 35 έτη

πριν την εφαρμογή
του νέου νομοθετικού
πλαισίου περί
ψυχικής υγείας το
2013.

Πίνακας II. Πρότυπα συνταγογράφησης ατόμων υπό ακούσια νοσηλεία βάσει των ερευνών της τελευταίας δεκαετίας

Συγγραφέας	Τίτλος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Αποτελέσματα
Burness et al. 2021 Νέα Ζηλανδία	Factors predicting high-dose and combined antipsychotic prescribing in New Zealand: High-dose antipsychotic prescribing	Διερεύνηση της συχνότητας και των προτύπων συνταγογράφησης υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής σε χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Νέα Ζηλανδία	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία vs άτομα υπό εθελοντική θεραπεία	- 1 στους 7 συνταγογραφήθηκαν σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής - 1 στους 4 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτική πολυφαρμακεία - Η ολανζαπίνη ήταν η πιο συχνά συνταγογραφούμενη χημική ουσία
Dey et al. 2016 Νέα Ζηλανδία	Antipsychotic prescribing and its correlates in New Zealand	Διερεύνηση της αντιψυχωτικής αγωγής σε τρις περιοχές της Νέας Ζηλανδίας και σε σχέση με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία vs άτομα υπό εθελοντική νοσηλεία	- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά το εξιτήριο των συμμετεχόντων από το νοσοκομείο - 7 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε 2^{ης} γενεάς αντιψυχωτική αγωγή - 1 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε 1^{ης} γενεάς αντιψυχωτική αγωγή

- Οι πιο συχνά συνταγογραφούμενη χημική ουσία αντιψυχωτικού 2^{ης} γενεάς ήταν η ολανζαπίνη, η κουεταπίνη, ρισπεριδόνη, κλοζαπίνη.
- Οι πιο συχνά συνταγογραφούμενες χημικές ουσίες 1^{ης} γενεάς ήταν η αμισουλπρίδη, η ζιπρασιδόνη, η αριπιπραζόλη και η αλοπεριδόλη
- Η πιο συχνά συνταγογραφούμενη αντιψυχωτική αγωγή βραδέως αποδέσμευσης 2^{ης} γενεάς ήταν η ρισπεριδόνη
- Οι πιο συχνά συνταγογραφούμενες αντιψυχωτικές ουσίες βραδέως αποδέσμευσης 1^{ης} γενεάς ήταν η ζουκλοπεθιζόλη, η φλουπενθιζόλη και η αλοπεριδόλη
- 1 στους 5 συνταγογραφήθηκε σε αντικαταθλιπτική αγωγή (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σερετονίνης, αναστολείς επαναπρόσληψης σερετονίνης και νορ-αδρεναλίνης, μιρταζαπίνη) ή σε σταθεροποιητές διάθεσης (λίθιο, βαλπροϊκό οξύ, λαμοτριγίνη, καρβαμαζεπίνη)
- Περισσότεροι από 1 στους 4 συνταγογραφήθηκαν σε υπναγωγά σκευάσματα (ζοπικλόνη, βενζοδιαζεπίνες)
- 1 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιχολινεργικά σκευάσματα
- 3 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτική πολυφαρμακεία

Social and clinical determinants of compulsory and voluntary admissions within the framework of an Italian community mental health system

Διερεύνηση των Άτομα υπό ακούσια vs νοσηλεία vs άτομα υπό εθελοντική νοσηλεία

χαρακτηριστικών σε άτομα υπό ακούσια εισαγωγή κατά την περίοδο 6 μηνών και οι αξιολόγηση των μεταβλητών που σχετίζονται με τον τύπο νοσηλείας

- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά το εξιτήριο των συμμετεχόντων από το νοσοκομείο
- 4 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε 1^{ης} γενεάς αντιψυχωτικά
- 1 στους 2 συνταγογραφήθηκε σε 2^{ης} γενεάς αντιψυχωτικά
- 7 στους 10 συνταγογραφήθηκαν με βενζοδιαζεπίνες
- 1 στους 5 συνταγογραφήθηκαν σε σταθεροποιητές διάθεσης
- 1 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης
- Η πλειοψηφία του δείγματος συνταγογραφήθηκε σε αντιψυχωτική πολυφαρμακεία

Extra-medical use of antipsychotics: what can be learnt from experiences with other prescription medicines?

Διερεύνηση της συχνότητας Άτομα υπό ακούσια vs νοσηλεία vs άτομα υπό εθελοντική νοσηλεία

συνταγογραφούμενης ακούσια αντιψυχωτικής αγωγής και των προτύπων συνταγογράφησης σε σχέση με τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά στη δυτική Αυστραλία

Extra-medical use of antipsychotics: what can be learnt from experiences with other prescription medicines?

- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά το εξιτήριο των συμμετεχόντων από το νοσοκομείο
- 8 στους 10 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν μόνο με 2^{ης} γενεάς αντιψυχωτικά
- 1 στους 4 συνταγογραφήθηκε με ενέσιμο βραδέως αποδέσμευσης
- 4 στους 10 συνταγογραφήθηκαν με αντιψυχωτική πολυφαρμακεία
- Η ολανζαπίνη, η ρισπεριδόνη και η κουεταπίνη ήταν το πιο συχνά συνταγογραφούμενο αντιψυχωτικό 2^{ης} γενεάς
- Η ρισπεριδόνη και η ζουκλοπενθιζόλη ήταν η πιο συχνά συνταγογραφούμενες χημικές ουσίες βραδέως αποδέσμευσης
- Η ρισπεριδόνη, η ζουκλοπενθιζόλη και η κλοζαπίνη ήταν συχνότερα συνταγογραφούμενες σε σχήμα μονοθεραπείας

Extra-medical use of
antipsychotics: what
can be learnt
from experiences
with other
prescription
medicines?

Extra-medical use of
antipsychotics: what
can be learnt
from experiences
with other
prescription
medicines?

Extra-medical use of
antipsychotics: what
can be learnt
from experiences
with other
prescription
medicines?

Prevalence and
nature of
antipsychotic

polypharmacy
among inpatients
with schizophrenia
spectrum disorders
at an Australian
mental health
service

Krivoy et al. 2012

Ισραήλ

Outcomes of
compulsorily
admitted
schizophrenia
patients who agreed
or disagreed to
prolong their
hospitalization

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ
ακούσιας εισαγωγή σε άτομα τα
οποία προσήλθαν για θεραπεία
έπειτα από δικαστικό διάταγμα
για τη λήψη υποχρεωτικής
θεραπείας και άτομα τα οποία
προσήλθαν για εθελοντική
θεραπεία.

Άτομα υπό
ακούσια
νοσηλεία vs
άτομα υπό
εθελοντική
νοσηλεία

- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά το εξιτήριο των συμμετεχόντων από το νοσοκομείο
- 4 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε 1^η γενιάς αντιψυχωτικά
- 3 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε 2^{ης} γενιάς
- 1 στους 10 συνταγογραφήθηκε σε σταθεροποιητές διάθεσης
- 3 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε 1^η γενιάς αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης
- 4 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε 2^{ης} γενιάς αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης

Martinho et al. 2020

Πορτογαλία

Antipsychotic
Polypharmacy and
High-Dose
Antipsychotics in
Involuntary Patients:
a Seven-Year Audit
of Discharge

Διερεύνηση των προτύπων
συνταγογράφησης
αντιψυχωτικής αγωγής κατά το
εξιτήριο από ψυχιατρικούς
θαλάμους οξείας φροντίδας σε
άτομα τα οποία εισήχθηκαν
ακούσια κατά την περίοδο 7 ετών

Άτομα υπό
ακούσια
νοσηλεία

- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά το εξιτήριο των συμμετεχόντων από το νοσοκομείο
- 9 στους 10 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτικά 2^{ης} γενιάς
- 2 τους 10 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτικά 1^{ης} γενιάς

Prescriptions in an
Acute Care Unit

και η σχέση των πιθανόν
παραγόντων κινδύνου για την
συνταγογράφηση σε
αντιψυχωτική πολυφαρμακεία
και υψηλές δόσεις
αντιψυχωτικής αγωγής.

Antipsychotic
prescribing for
vulnerable
populations: a
clinical audit at an
acute Australian

Διερεύνηση της αντιψυχωτικής
αγωγής, των υψηλών δόσεων
αντιψυχωτικής αγωγής και τα
πρότυπα συνταγογράφησης σε
ενήλικες θεραπευόμενοι κατά το
εξιτήριο από θαλάμους οξείας
εισδοχής νοσοκομείων ψυχικής
περίθαλψης σε σχέση με τα

Άτομα υπό
ακούσια
νοσηλεία vs
άτομα υπό
εθελοντική
νοσηλεία

- Η ολανζαπίνη, η ρισπεριδόνη, η αλοπεριδόλη και η λεβομεπρομαζίνη ήταν η πιο συχνά συνταγογραφούμενες αγωγές από του στόματος
- 7 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης
- 4 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης 2^{ης} γενεάς
- 3 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης 1^{ης} γενεάς
- Τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά βραδέως αποδέσμευσης ήταν η ρισπεριδόνη, η αλοπεριδόλη, η παλιμπεριδόνη και η φλουφенаζίνη
- 7 στους 10 είχαν συνταγογραφηθεί με αντιψυχωτική πολυφαρμακεία
- 1 στους 2 είχε συνταγογραφηθεί με υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής
- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά το εξιτήριο των συμμετεχόντων από το νοσοκομείο
- Τα αντιψυχωτικά 2^{ης} γενεάς ήταν τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα σκευάσματα
- Η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η παλιμπεριδόνη ήταν οι πιο συχνά συνταγογραφούμενες αντιψυχωτικές ουσίες 2^{ης} γενεάς
- 6 στους 10 συνταγογραφήθηκαν μόνο σε μια αντιψυχωτική ουσία κατά το εξιτήριο

mental health unit at two-time points κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Patterns of antipsychotics' prescription in Portuguese acute psychiatric wards: A cross-sectional study Διερεύνηση των προτύπων συνταγογράφησης αντιψυχωτικής αγωγής σε ψυχιατρικούς θαλάμους στην Πορτογαλία και η διερεύνηση της συχνότητας πολυφαρμακείας και υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου Άτομα υπό ακούσια εισαγωγή

- 1 στους 3 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτική πολυφαρμακεία
- 1 τους 5 συνταγογραφήθηκαν σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής
- 1 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτική πολυφαρμακεία η οποία σχετίστηκε με υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής
- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά την εισαγωγή των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο
- Η πιο συχνά συνταγογραφούμενες αντιψυχωτικές ουσίες 2^{ης} γενεάς ήταν η ρισπεριδόνη, η κουεταπίνη και η ολανζαπίνη.
- 2 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτική αγωγή βραδέως αποδέσμευσης με τις πιο συχνές χημικές ουσίες να είναι η αλοπεριδόλη και η ρισπεριδόνη
- 1 στους 2 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν σε κατ'επίκληση αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή με κυριότερη ουσία συνταγογράφησης την αλοπεριδόλη
- Η πιο συχνά συνταγογραφούμενη αγωγή από του στόματος ήταν η σιναμεζίνη, η ολανζαπίνη, η χλωροπρωμαζίνη και η λεβομεπρομαζίνη
- 8 στους 10 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν με αντιψυχωτική πολυφαρμακεία

Santone et al. 2011	Ιταλία	Patient characteristics and process factors associated with antipsychotic polypharmacy in a nationwide sample of psychiatric inpatients in Italy	Διερεύνηση της συχνότητας συνταγογράφησης αντιψυχωτικής αγωγής και πολυφαρμακείας σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που νοσηλεύονται για θεραπεία	Άτομα υπό ακούσια νοσηλεία vs άτομα υπό εθελοντική θεραπεία	- 1 στους 10 συμμετέχοντες συνταγογραφήθηκαν σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής χωρίς τη συμπερίληψη της κατ'επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής - 1 στους 2 συνταγογραφήθηκαν σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής με τη συμπερίληψη της κατ'επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής - 1 στους 3 συνταγογραφήθηκε σε αντιψυχωτική μονοθεραπεία με αντιψυχωτικά 1^{ης} ή 2^{ης} γενεάς - 6 στους 10 συνταγογραφήθηκαν με αντιψυχωτική πολυφαρμακεία
		Is higher psychotropic medication burden associated with involuntary treatment under the Mental Health Act? A four-year	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της νομοθεσίας περί ψυχικής υγείας και της συνταγογράφησης ψυχοτρόπου πολυφαρμακείας ή/και υψηλών δόσεων συνταγογραφούμενης αγωγής στην Αυστραλία σε άτομα που νοσηλεύονται με μονάδες ψυχικής υγείας	Άτομα υπό ακούσια εισαγωγή	- Η συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή καταγράφηκε κατά το εξιτήριο των συμμετεχόντων από το νοσοκομείο - Συνταγογράφηση τουλάχιστον δυο ψυχότροπων σκευασμάτων κατά το εξιτήριο στη πλειοψηφία του δείγματος - 4 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντικαταθλιπτική αγωγή κατά το εξιτήριο - 3 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε βενζοδιαζεπίνες κατά το εξιτήριο
Wheeler et al. 2020	Αυστραλία				

Australian cohort
study

- 1 στους 4 συνταγραφήθηκε σε ένα ή περισσότερους σταθεροποιητές διάθεσης
- Η ολανζαπίνη ήταν η πιο συχνά συνταγογραφούμενη ψυχότοπος ουσία
- Η παλιμπεριδόνη ήταν η πιο συχνά συνταγογραφούμενη ενέσιμη αγωγή βραδέως αποδέσμευσης
- 3 στους 10 συνταγογραφήθηκαν σε αντιψυχωτική πολυφαρμακία
- Η μιρταζαπίνη και η βελναφαξίνη ήταν τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα
- Το βαλπροϊκό οξύ και το λίθιο ήταν οι πιο συχνά συνταγογραφούμενοι σταθεροποιητές διάθεσης
- Η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη ήταν τα πιο συχνά συνταγογραφούμενες βενζοδιαζεπίνες
- 1 στους 10 συνταγογραφήθηκε σε υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά και χαρακτηριστικά συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθησαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (n=482)

<i>Μεταβλητή</i>	<i>n (%)</i>
<i>Φύλο</i>	
Άνδρες	315 (65.4)
Γυναίκες	167 (34.6)
<i>Ηλικιακή Ομάδα</i>	
18-324 ετών	57(11.8)
25-34 ετών	160(33.2)
35-44 ετών	110(22.8)
45-65 ετών	155(32.2)
<i>BMI</i>	
Ελλιποβαρές (<18.5kg/m ²)	22(5.1)
Φυσιολογικό (18.5-25kg/m ²)	202(46.9)
Υπέρβαρο (25-305kg/m ²)	125(29)
Παχύσαρκο(>305kg/m ²)	82(19)
<i>Εθνικότητα</i>	
Κυπριακή	359 (74.5)
Άλλη	123 (25.5)
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>	
Άγαμοι	63 (13.1)
Έγγαμοι	419 (86.9)
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>	
Δημοτικό	74 (15.1)
Γυμνάσιο	92 (19.1)
Λύκειο	196 (40.9)
Πανεπιστήμιο	120 (24.9)
<i>Επαγγελματική Κατάσταση</i>	
Εργαζόμενος	109 (22.6)
Άνεργος	373 (77.4)
<i>Διάγνωση κατά την εισαγωγή</i>	
Σχιζοφρένεια	235 (48.8)
Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές: Παραλλληρητική Δ/χη.	
Σχιζοσυναισθηματική Δ/χη. Ουσιοεπαγόμενο	126 (26.1)
Ψυχωτικό Επεισόδιο. Ψυχωτικό Επεισόδιο	
Διαταραχές Διάθεσης: Καταθλιπτικό Επεισόδιο.	114 (23.7)
Μανιακό Επεισόδιο.	
Διπολική Διαταραχή. Ουσιοεπαγόμενο Μανιακό Επεισόδιο	
Άλλο	7 (1.4)
<i>Λόγοι Εισδοχής</i>	

Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση/ έλλειμμα αυτοφροντίδας	199(41.3)
Αυτοκτονική Συμπεριφορά	51 (10.6)
Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά	232 (48.1)
<i>Είδος Εισαγωγής</i>	
Πρώτη Εισαγωγή στο ΨΝΑ	196 (40.7)
Επανεισαγωγή	286 (59.3)
<i>Αριθμός Επεισοδίου</i>	
1 ^ο Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	121 (25.1)
Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ-	361 (74.9)
<i>Αριθμός Αξιολόγησης</i>	
1 st αξιολόγηση	406 (84.2)
Πολλαπλές αξιολογήσεις	76 (15.8)
<i>Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>	
Ναι	212 (44)
Όχι	270 (56)

Πίνακας 2α. Σύγκριση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταξύ του δείγματος των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης (n=406) και του πληθυσμού της Κύπρου.

	Study Sample % (n)	General Populatio n %
<i>Φύλο</i>		
Ανδρες	64.5 (262)	48.6
Γυναίκες	35.5 (144)	51.4
<i>Ηλικία</i>		
18-24	13.1 (53)	7.86
25-34	31.8 (129)	17.11
35-44	22.2 (90)	14.46
45-65	33.0 (134)	24.78
<i>Γλώσσα Επικοινωνίας</i>		
Ελληνική	82.0(333)	80.8
Άλλη	18.0(73)	19.2
<i>Θρήσκευμα</i>		
Χ.Ο.	81.3(330)	89.0
Άλλο	18.7(76)	10.9
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>		
Άγαμοι	13.8 (56)	49.9
Έγγαμοι	86.2 (350)	49.23
<i>Επαρχία Διαμονής</i>		
Λευκωσία	38.4 (156)	38.9
Λεμεσός	26.8 (109)	28.0
Λάρνακα	19.2 (78)	17.0
Πάφος	10.1 (41)	10.5
Αμμόχωστος	5.4 (22)	5.6
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>		
Δημοτικό	14.8 (60)	14.7
Γυμνάσιο	20.4 (83)	12.2
Λύκειο	39.9 (162)	36.4
Πανεπιστήμιο	24.9 (101)	30.5
<i>Επαγγελματική Κατάσταση</i>		
Εργαζόμενος	22.4 (91)	89.0
Ανεργος	77.6 (315)	10.9
<i>Λήπτης Επιδόματος</i>		
Ναι	49.5(201)	
Όχι	50.5(205)	
<i>BMI</i>		
Ελλιποβαρές (<18.5kg/m ²)	4.7 (19)	

Φυσιολογικό (18.5-25kg/m ²)	40.9 (166)
Υπέρβαρο (25-305kg/m ²)	26.8 (109)
Παχύσαρκο(>305kg/m ²)	17.2(50)
<i>Διάγνωση κατά την εισαγωγή</i>	
Σχιζοφρένεια	47.5 (193)
Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές: Παραλλληρητική Δ/χη. Σχιζοσυναισθηματική Δ/χη.	25.4 (103)
Ουσιοεπαγόμενο Ψυχωτικό Επεισόδιο.	
Ψυχωτικό Επεισόδιο	
Διαταραχές Διάθεσης: Καταθλιπτικό Επεισόδιο.	
Μανιακό Επεισόδιο. Διπολική Διαταραχή.	25.4 (103)
Ουσιοεπαγόμενο Μανιακό Επεισόδιο	
Άλλο	1.7 (7)
<i>Συμπτώματα Εισδοχής</i>	
Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση/ έλλειμμα αυτοφροντίδας	43.1 (175)
Αυτοκαταστροφική/ Αυτοκτονική Συμπεριφορά	9.9 (40)
Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά	47.0 (191)
Απουσία Εναισθησίας	4.9 (20)
<i>Είδος Εισαγωγής</i>	
Πρώτη Εισαγωγή στο ΨΝΑ	48.0(195)
Επανεισαγωγή	52.0(211)
<i>Αριθμός Επεισοδίου</i>	
1 ^ο Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	29.3(119)
Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ-	70.7(287)
<i>Οικογενειακό Ιστορικό</i>	
Θετικό	42.1(171)
Αρνητικό	43.6(177)
Άγνωστο	14.3(58)
<i>Διάγνωση ΝΝΔ/ΝΒΔ συγγενικού προσώπου</i>	
Σχιζοφρένεια ή/ και άλλη ψυχωτική διαταραχή	18.2(74)
Διαταραχή διάθεσης	13.8(56)
Σχιζοφρένεια / ψυχωτική διαταραχή και χρήση ουσιών	0.5(2)
Διαταραχή διάθεσης και χρήση ουσιών	1.0(4)
Σχιζοφρένεια / ψυχωτική δ/χη και χρήση ουσιών	3.4(14)
Άλλο	5.4(22)
<i>Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>	
Ναι	42.8(174)
Όχι	57.2(232)
<i>Διπλή Διάγνωση</i>	
Ναι	31.0(126)
Όχι	69.0(280)
<i>Εποχή Εισδοχής</i>	
Χειμώνας	32.0(130)
Άνοιξη	21.4(87)
Καλοκαίρι	29.3(97)

Πίνακας 2b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείγματος συνολικών περιπτώσεων (cases) που εισήχθηκαν ακούσια κατά την περίοδο διεκπαιρέωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών) (N=174)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα %(n)</i>
<i>Πολυχρήση</i>	
Ναι	46.6 (82)
Όχι	53.4 (94)
<i>Συχνότητα χρήσης ουσιών</i>	
Καθημερινά	51.7 (90)
Περιστασιακά	50.5(88)
<i>Διπλή Διάγνωση</i>	
Ναι	72.4 (126)
Όχι	27.6 (48)
<i>Τύπος ψυχοδραστικών ουσιών</i>	
Ελαφριές ψυχοδραστικές ουσίες	57.1 (96)
Σκληρές ψυχοδραστικές ουσίες	42.9 (72)

Πίνακας 2c. ΝΝΔ/ΝΒΔ Συγγενικού Ατόμου (N=172)

Διάγνωση συγγενικού προσώπου	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Σχιζοφρένεια ή/ και άλλη ψυχωτική διαταραχή	74	43.0
Διαταραχή διάθεσης	56	32.6
Σχιζοφρένεια / ψυχωτική διαταραχή και χρήση ουσιών	2	1.2
Διαταραχή διάθεσης και χρήση ουσιών	4	2.3
Σχιζοφρένεια / ψυχωτική δ/χη και χρήση ουσιών	14	8.1
Άλλο	22	12.8

Πίνακας 3. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με 1 υποτροπή (individuals) (n=406) και πολλαπλές υποτροπές (n=76) κατά τη διάρκεια διεκπεραίωσης της μελέτης (περίοδος 14 μηνών)

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		Συχνότητα υποτροπών κατά τη διάρκεια της μελέτης		x ² value	df	p value
		1 υποτροπή %(n=406)	Πολλαπλές υποτροπές %(n=76)			
Φύλο	Γυναίκες	64.5 (262)	30.3(23)			
	Άντρες	35.5 (144)	69.7 (53)			
Ηλικιακή ομάδα	18-24	13.1 (53)	5.3 (4)			
	25-34	31.8 (129)	40.8 (31)			
	35-44	22.2 (90)	26.3 (20)			
	45-65	33.0 (134)	27.6 (21)			
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι	13.8 (56)	9.2 (7)			
	Άγαμοι	86.2 (350)	90.8(69)			
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργοι	77.6 (315)	76.3(58)			
	Εργαζόμενοι	22.4 (91)	23.7(18)			
Λήπτες δημόσιου βοηθήματος	Λήπτες δημόσιου βοηθήματος	49.5(201)	60.5 (46)	3.11	1	0.05
	Μη λήπτες δημόσιου βοηθήματος	50.5(205)	39.5 (30)			
Ιστορικό χρήσης ουσιών	Θετικό	42.9(175)	50.0(38)			
	Αρνητικό	57.1(232)	50.0(38)			
Ιστορικό πολυχρήσης	Αρνητικό ιστορικό	56.4(229)	50.0(38)	11.190	1	0.004
	Ιστορικό μιας ουσίας	23.2(94)	13.2(10)			
	Θετικό ιστορικό πολυχρήσης	20.2(82)	36.8 (28)			

Συχνότητα χρήσης ουσιών	Καθημερινά	22.2(90)	71.1(27)	5.29	1	0.016
	Άλλο	21.7(88)	28.9(11)			
Κύρια αναφερόμενη ουσία χρήσης	Κάναβης	32.3(131)	46.1(35)			
	Άλλο	11.0(45)	3.9(3)			
Διπλή διάγνωση	Αρνητικό	31.0(126)	57.9(44)	3.561	1	0.041
	Θετικό	69.0(280)	42.1(32)			
Κύριο σύμπτωμα κατά την ακούσια εισαγωγή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	53.7 (218)	55.3(42)	9.641	4	0.047
	Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	21.9 (89)	27.6(21)			
	Αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	9.9 (40)	14.5(11)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	9.6 (39)	2.6(2)			
	Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς πορσδιοριζόμενη	4.9 (20)	-			
	Σχιζοφρένεια	47.5 (193)	55.3(42)			
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	25.4 (103)	30.3(23)			
Ψυχιατρική διάγνωση	Διαταραχές διάθεσης	25.4 (103)	14.5(11)			
	Άλλο	1.7 (7)	-			
Χρονική διάρκεια νόσησης	0-5 χρόνια	14.5(59)	23.7(18)			
	6-10 χρόνια	9.9(40)	18.4(14)			
	11-15 χρόνια	6.4(26)	6.6(5)			
	>15 χρόνια	281(69.2)	51.3(39)	10.643	3	0.014

Πίνακας4α. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με καταθλιπτική συμπτωματολογία (n=44)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=44)</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Φύλο</i>		
Ανδρες	21	45.5
Γυναίκες	23	54.5
<i>Θάλαμος Εισδοχής</i>		
Θάλαμος Εισδοχής Ανδρών (23)	21	45.5
Θάλαμος Εισδοχής Γυναικών (24)	23	54.5
<i>Ηλικία</i>		
18-24	3	6.8
25-34	16	36.4
35-44	8	18.2
45-65	17	38.6
<i>Είδος Εισαγωγής</i>		
Πρώτη Εισαγωγή στο ΨΝΑ	33	75.0
Επανεισαγωγή	11	25.0
<i>Αριθμός Επεισοδίου</i>		
1 ^ο Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	18	40.9
Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ-	26	59.1
<i>Εποχή Εισδοχής</i>		
Χειμώνας	18	40.9
Άνοιξη	10	22.7
Καλοκαίρι	10	22.7
Φθινόπωρο	6	13.6
<i>Εθνικότητα</i>		
Κυπριακή	27	61.4
Άλλη	17	38.6
<i>Φυλή</i>		
Λευκή	37	84.1
Άλλο	7	15.9
<i>Γλώσσα Επικοινωνίας</i>		
Ελληνική	29	65.9
Άλλη	15	34.1
<i>Θρήσκευμα</i>		
Χ.Ο.	33	75.0
Άλλο	11	25.0
<i>Επαρχία Διαμονής</i>		

Λευκωσία	18	40.9
Λεμεσός	13	29.5
Λάρνακα	10	22.7
Πάφος	1	2.3
Αμμόχωστος	2	4.5
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>		
Άγαμοι	34	77.3
Έγγαμοι	10	22.7
<i>Εθνικότητα Συζύγου</i>		
Κυπριακή	8	18.2
Άλλη	2	6.8
<i>Επίπεδο Εκπαίδευσης</i>		
Πανεπιστήμιο	15	34.1
Λύκειο	15	34.1
Γυμνάσιο	6	13.6
Δημοτικό	8	18.2
<i>Επαγγελματική Κατάσταση</i>		
Εργαζόμενος	12	27.3
Άνεργος	32	72.7
<i>Λήπτης Επιδόματος</i>		
Ναι	20	45.5
Όχι	24	54.5
<i>BMI</i>		
Ελλιποβαρές (<18.5kg/m ²)	5	12.8
Φυσιολογικό (18.5-25kg/m ²)	23	59.0
Υπέρβαρο (25-305kg/m ²)	6	15.4
Παχύσαρκο(>305kg/m ²)	5	12.1
<i>Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Ναι	17	38.6
Όχι	27	61.4
<i>Οικογενειακό Ιστορικό</i>		
Θετικό	24	54.5
Αρνητικό	13	29.5
Άγνωστο	7	14.3
<i>Διάγνωση κατά την εισαγωγή</i>		
Σχιζοφρένεια	3	6.8
Διπολική Διαταραχή	26	59.1
Κατάθλιψη	4	9.1
Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή	8	18.2
Άλλο	3	6.9

>15

Συμπτώματα Εισδοχής

Διακοπή Φαρμακευτικής Αγωγής & Απουσία Εναισθησίας αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	7	15.9
Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	3	6.8
Αυτοκαταστροφική/ Αυτοκτονική Συμπεριφορά	13	29.5
Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά	21	47.7

Πίνακας 4b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο με καταθλιπτική συμπτωματολογία

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=17)</i>	<i>Ποσοστό</i>
<i>Διπλή Διάγνωση</i>		
Ναι	15	88.2
Όχι	2	11.8
<i>Κύρια ουσία χρήσης</i>		
Κάνναβη	7	41.2
Αλκοόλ	9	52.9
Άλλο	1	5.9
<i>Συχνότητα χρήσης ουσιών</i>		
Καθημερινά	9	52.9
Περιστασιακά	8	47.1
<i>Πολυχρήση</i>		
Ναι	5	29.4
Όχι	12	70.6

Πίνακας4c. ΝΝΔ/ΝΒΔ Συγγενικού Ατόμου (N=24)

<i>Διάγνωση</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Διαταραχή διάθεσης	54.2
Άλλο	20.8
Σχιζοφρένεια και συναφής ψυχωτική διαταραχή και διαταραχή διάθεσης	16.7
Σχιζοφρένεια και άλλη συναφής ψυχωτική διαταραχή	8.3

Πίνακας 5b. Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με μανιακή συμπτωματολογία (n=105)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=105)</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Συχνότητα Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Καθημερινά	28	52.0
Άλλο	23	47.0
<i>Είδος Ουσίας</i>		
Κάνναβη	34	66.6
Αλκοόλ	12	23.5
Άλλο	5	9.9
<i>Διπλή Διάγνωση</i>		
Ναι	12	23.6
Όχι	39	76.4
<i>Πολυχρήση</i>		
Ναι	20	39.2
Όχι	31	60.8
<i>Είδος εξαρτησιογόνων ουσιών</i>		
Χρήση ελαφρών ψυχοδραστικών ουσιών	29	56.8
Χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	23	43.2

Πίνακας 5c. ΝΝΔ/ΝΒΔ Συγγενικού Ατόμου (N=53)

Μεταβλητές	Συχνότητα (n=105)	Ποσοστό %
Σχιζοφρένεια ή/και άλλες Ψυχωτικές Δ/χες	8	7.6
Διαταραχές Διάθεσης	30	28.6
Σχιζοφρένεια/ άλλες ψυχωτικές δ/χες και χρήση ουσιών	1	1.0
Διαταραχές Διάθεσης και Χρήση Ουσιών	4	3.8
Σχιζοφρένεια/ Ψυχωτική Δ/χη και Διαταραχή Διάθεσης	5	4.8
Άλλο	5	4.8

Πίνακας 6α. Κοινωνικο – δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με ψυχωτική συμπτωματολογία (n=358)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=358)</i>	<i>Ποσοστό</i>
<i>Φύλο</i>		
Ανδρες	238	66.5
Γυναίκες	120	33.5
<i>Θάλαμος Εισδοχής</i>		
Θάλαμος Εισδοχή Ανδρών (23)	238	66.5
Θάλαμος Εισδοχής Γυναικών (24)	120	33.5
<i>Ηλικία</i>		
18-24	45	12.6
25-34	127	35.5
35-44	86	24.0
45-65	100	27.9
<i>Είδος Εισαγωγής</i>		
Πρώτη Εισαγωγή στο ΨΝΑ	138	38.5
Επανεισαγωγή	220	61.5
<i>Αριθμός Επεισοδίου</i>		
1 ^ο Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	79	22.1
Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ-	279	77.9
<i>Εποχή Εισδοχής</i>		
Χειμώνας	105	29.3
Άνοιξη	77	21.5
Καλοκαίρι	81	22.6
Φθινόπωρο	95	26.5
<i>Εθνικότητα</i>		
Κυπριακή	273	76.3
Άλλη	85	23.7
<i>Φυλή</i>		
Λευκή	337	94.1
Άλλο	21	5.9
<i>Γλώσσα Επικοινωνίας</i>		
Ελληνική	309	86.3
Άλλη	49	13.7
<i>Θρήσκευμα</i>		
Χ.Ο.	304	84.9
Άλλο	54	15.1
<i>Επαρχία Διαμονής</i>		
Λευκωσία	145	40.5

Λεμεσός	97	27.1
Λάρνακα	63	17.6
Πάφος	38	10.6
Αμμόχωστος	15	4.2
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>		
Άγαμοι	318	88.8
Έγγαμοι	40	11.2
<i>Εθνικότητα Συζύγου</i>		
Κυπριακή	25	62.5
Άλλη	15	37.5
<i>Επίπεδο Εκπαίδευσης</i>		
Πανεπιστήμιο	84	23.5
Λύκειο	152	42.5
Γυμνάσιο	72	20.1
Δημοτικό	50	14.0
<i>Επαγγελματική Κατάσταση</i>		
Εργαζόμενος	71	19.8
Άνεργος	287	80.2
<i>Λήπτης Επιδόματος</i>		
Ναι	154	43.0
Όχι	204	57.0
<i>BMI</i>		
Ελλιποβαρές (<18.5kg/m ²)	16	5.1
Φυσιολογικό (18.5-25kg/m ²)	150	47.6
Υπέρβαρο (25-305kg/m ²)	89	28.3
Παχύσαρκο(>305kg/m ²)	60	19.0
<i>Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Ναι	154	46.1
Όχι	193	53.9
<i>Οικογενειακό Ιστορικό</i>		
Θετικό	152	42.5
Αρνητικό	156	43.9
Άγνωστο	48	13.7
<i>Διάγνωση κατά την εισαγωγή</i>		
Σχιζοφρένεια	234	65.4
Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές: Παραλλληρητική Δ/χη. Σχιζοσυναισθηματική Δ/χη. Ουσιοεπαγόμενο Ψυχωτικό Επεισόδιο. Ψυχωτικό Επεισόδιο	110	30.7
Διαταραχές Διάθεσης: Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Μανιακό Επεισόδιο.	9	2.5

Διπολική Διαταραχή. Ουσιοεπαγώμενο Μανιακό		
Εισόδιο		
Άλλο	5	1.4
<i>Χρόνια νόσησης</i>		
0-5	63	17.6
6-10	40	11.2
11-15	23	6.4
>15	232	64.8
<i>Συμπτώματα Εισδοχής</i>		
Διακοπή Φαρμακευτικής Αγωγής & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	207	57.8
Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	83	23.2
Αυτοκαταστροφική/ Αυτοκτονική Συμπεριφορά	35	9.8
Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά	16	4.5
Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	17	4.7

Πίνακας 6b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών συμμετεχόντων με ψυχωτική συμπτωματολογία

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=156)</i>	<i>Ποσοστό</i>
<i>Συχνότητα Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Καθημερινά	85	53.8
Άλλο	73	46.2
<i>Είδος Ουσίας</i>		
Κάναβη	131	83.9
Αλκοόλ	14	8.9
Άλλο	11	7.2
<i>Διπλή Διάγνωση</i>		
Ναι	111	71.1
Όχι	45	28.9
<i>Πολυχρήση</i>		
Ναι	91	58.3
Όχι	65	41.7
<i>Είδος εξαρτησιογόνων ουσιών</i>		
Χρήση ελαφρών ψυχοδραστικών ουσιών	77	49.3
Χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	79	50.7

Πίνακας 6c. ΝΝΔ/ΝΒΔ Συγγενικού Ατόμου (N=152)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=105)</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Σχιζοφρένεια ή/και άλλες Ψυχωτικές Δ/χες	83	54.2
Διαταραχές Διάθεσης	31	20.3
Σχιζοφρένεια / ψυχωτική δ/χη και χρήση ουσιών	1	0.7
Διαταραχές Διάθεσης και χρήσης	3	2.0
Σχιζοφρένεια/ Ψυχωτική Δ/χη και Διαταραχή Διάθεσης	15	9.8
Άλλο	20	13.1

Πίνακας 7α. Κοινωνικο – Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά ατόμων με αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (n=40)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=40)</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Φύλο</i>		
Ανδρες	32	80.0
Γυναίκες	8	20.0
<i>Θάλαμος Εισδοχής</i>		
Θάλαμος Εισδοχής Ανδρών (23)	32	80.0
Θάλαμος Εισδοχής Γυναικών (24)	8	20.0
<i>Ηλικία</i>		
18-24	11	27.5
25-34	12	30.0
35-44	9	22.5
45-65	8	20.0
<i>Είδος Εισαγωγής</i>		
Πρώτη Εισαγωγή στο ΨΝΑ	22	55.0
Επανεισαγωγή	18	45.0
<i>Αριθμός Επεισοδίου</i>		
1 ^ο Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ		
Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ-		
<i>Εθνικότητα</i>		
Κυπριακή	35	87.5
Άλλη	5	12.5
<i>Γλώσσα Επικοινωνίας</i>		
Ελληνική	34	85.0
Άλλη	6	15.0
<i>Θρήσκευμα</i>		
Χ.Ο.	33	82.5
Άλλο	7	17.5
<i>Επαρχία Διαμονής</i>		
Λευκωσία	13	32.5
Λεμεσός	13	32.5
Λάρνακα	9	22.5
Πάφος	3	7.5
Αμμόχωστος	2	5.0
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>		
Άγαμοι	35	87.5
Έγγαμοι	5	12.5

<i>Εθνικότητα Συζύγου</i>		
Κυπριακή	4	80.0
Άλλη	1	20.0
<i>Επίπεδο Εκπαίδευσης</i>		
Πανεπιστήμιο	8	20.0
Λύκειο	14	35.0
Γυμνάσιο	12	30.0
Δημοτικό	6	15.0
<i>Επαγγελματική Κατάσταση</i>		
Εργαζόμενος	4	10.0
Άνεργος	36	90.0
<i>Λήπτης Επιδόματος</i>		
Ναι	20	50.0
Όχι	20	50.0
<i>Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Ναι	26	65.0
Όχι	14	35.0
<i>Οικογενειακό Ιστορικό</i>		
Θετικό	15	37.5
Αρνητικό	21	52.5
Άγνωστο	4	10.0
<i>Διάγνωση κατά την εισαγωγή</i>		
Σχιζοφρένεια	6	15.0
Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές: Παραληρητική Δ/χη. Σχιζοσυναισθηματική Δ/χη. Ουσιοεπαγόμενο Ψυχωτικό Επεισόδιο. Ψυχωτικό Επεισόδιο	26	65.0
Διαταραχές Διάθεσης: Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Μανιακό Επεισόδιο. Διπολική Διαταραχή. Ουσιοεπαγόμενο Μανιακό Επεισόδιο	8	20.0
<i>Μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας</i>		
Πτώση από ύψος	8	20.0
Υπερδοσολογία φ.α. / άλλων ουσιών	8	20.0
Διατομή φλεβών/ Αυτο-προκαλούμενες εκδορές	4	10.0
Απαγχονισμός/ Πνιγμός	2	5.0
Λήψη καυστικής ουσίας/ Αυτοπυρπόληση / Αυτό- πυροβολισμός	4	10.0
Μη αναφερόμενος τρόπος	14	35.0
<i>Συμπτώματα Εισδοχής</i>		
Διακοπή φ.α και αυτοκτονική συμπεριφορά	14	35.0
Αυτοκτονική συμπεριφορά	6	15.0

Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και αυτοκτονική συμπεριφορά

20

50.0

Πίνακας 7b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ατόμων με αυτοκτονική / αυτό-καταστροφική συμπεριφορά

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Συχνότητα (n=26)</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Συχνότητα Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Καθημερινά	13	50.0
Άλλο	13	50.0
<i>Είδος Ουσίας</i>		
Κάναβη	19	73.0
Αλκοόλ	4	15.4
Άλλο	3	11.5
<i>Διπλή Διάγνωση</i>		
Ναι	20	76.9
Όχι	6	23.1

Πίνακας 8α. Κοινωνικο – Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο και αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών βάσει του εργαλείου MoCA (n=482)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Ποσοστό %(n=306)</i>	<i>Ποσοστό %(n=176)</i>
	<i>Άτομα που αξιολογήθηκαν με το εργαλείο MoCa</i>	<i>Άτομα που δεν αξιολογήθηκαν με το εργαλείο MoCa</i>
<i>Φύλο</i>		
Άνδρες	61.4 (188)	72.2 (127)
Γυναίκες	38.6 (118)	27.8 (49)
<i>Θάλαμος Εισδοχής</i>		
Θάλαμος Εισδοχή Ανδρών (23)	61.4 (188)	72.2 (127)
Θάλαμος Εισδοχής Γυναικών (24)	38.6 (118)	27.8 (49)
<i>Ηλικία</i>		
18-24	10.1 (31)	14.8 (26)
25-34	32.4 (99)	34.7 (61)
35-44	24.8 (76)	19.3 (34)
45-65	32.7 (100)	31.3 (55)
<i>Είδος Εισαγωγής</i>		
Πρώτη Εισαγωγή στο ΨΝΑ	38.2 (117)	44.9 (79)
Επανεισαγωγή	61.8 (189)	55.1 (97)
<i>Αριθμός Επεισοδίου</i>		
1 ^ο Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	23.3 (71)	27.3 (48)
Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό Επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ-	76.8 (235)	72.7 (128)
<i>Εποχή Εισδοχής</i>		
Χειμώνας	30.4 (93)	27.3 (48)
Άνοιξη	26.5 (81)	14.8 (26)
Καλοκαίρι	23.5 (72)	28.4 (50)
Φθινόπωρο	19.6 (60)	29.5 (52)
<i>Εθνικότητα</i>		
Κυπριακή	80.1 (245)	64.8 (114)
Άλλη	19.9 (61)	35.2 (62)
<i>Φυλή</i>		
Λευκή	97.4 (298)	84.7 (149)
Άλλο	2.6 (8)	15.3 (27)
<i>Γλώσσα Επικοινωνίας</i>		
Ελληνική	88.6 (271)	73.9 (130)
Άλλη	11.4 (35)	26.1 (46)
<i>Θρήσκευμα</i>		

Χ.Ο.	89.2 (273)	71.6 (126)
Άλλο	10.8 (33)	28.4 (50)
<i>Επαρχία Διαμονής</i>		
Λευκωσία	38.2 (117)	38.6 (68)
Λεμεσός	29.7 (91)	23.3 (41)
Λάρνακα	18.0 (55)	21.6 (38)
Πάφος	9.8 (30)	9.1 (16)
Αμμόχωστος	4.2 (13)	7.4 (13)
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>		
Άγαμοι	88.9 (272)	83.5 (147)
Έγγαμοι	11.1 (34)	16.5 (29)
<i>Εθνικότητα Συζύγου</i>		
Κυπριακή	64.7 (22)	65.5 (19)
Άλλη	35.3 (12)	34.5 (10)
<i>Επίπεδο Εκπαίδευσης</i>		
Πανεπιστήμιο	27.8 (85)	19.9 (35)
Λύκειο	39.5 (121)	42.6 (75)
Γυμνάσιο	17.3 (53)	22.2 (39)
Δημοτικό	15.4 (47)	15.3 (27)
<i>Επαγγελματική Κατάσταση</i>		
Εργαζόμενος	21.9 (67)	23.9 (42)
Ανεργος	78.1 (239)	76.1 (134)
<i>Λήπτης Επιδόματος</i>		
Ναι	45.4 (167)	54.5 (80)
Όχι	54.6 (139)	45.5 (96)
<i>BMI</i>		
Ελλιποβαρές (<18.5kg/m ²)	4.9 (14)	5.6 (8)
Φυσιολογικό (18.5-25kg/m ²)	45.5 (131)	49.7 (71)
Υπέρβαρο (25-305kg/m ²)	27.4 (79)	32.2 (46)
Παχύσαρκο(>305kg/m ²)	22.2 (64)	12.6 (18)
<i>Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Ναι	54.9 (139)	42.0 (74)
Όχι	45.1 (167)	58.0 (102)
<i>Οικογενειακό Ιστορικό</i>		
Θετικό	46.4 (142)	39.8 (71)
Αρνητικό	40.8 (125)	45.5 (80)
Άγνωστο	12.7 (39)	14.8 (26)
<i>Διάγνωση κατά την εισαγωγή</i>		
Σχιζοφρένεια	49.0 (150)	48.3 (85)
Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές: Παραλληλητική Δ/χη.	22.9 (70)	31.8 (56)

Σχιζοσυναισθηματική Δ/χη. Ουσιοεπαγόμενο Ψυχωτικό Επεισόδιο. Ψυχωτικό Επεισόδιο Διαταραχές Διάθεσης: Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Μανιακό Επεισόδιο. Διπολική Διαταραχή. Ουσιοεπαγόμενο Μανιακό Επεισόδιο Άλλο	16.5 (81)	18.8 (33)
Χρόνια νόσησης	1.6 (5)	1.1 (2)
0-5	15.0 (46)	17.6 (31)
6-10	12.7 (39)	8.5 (15)
11-15	7.5 (23)	4.5 (8)
>15	64.8 (198)	69.4 (122)
Συμπτώματα Εισδοχής		
Διακοπή Φαρμακευτικής Αγωγής & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	56.2 (172)	50.0 (88)
Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	22.2 (68)	23.9 (42)
Αυτοκαταστροφική/ Αυτοκτονική Συμπεριφορά	10.8 (33)	10.2 (18)
Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά	7.2 (22)	10.8 (19)
Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (ψυχοκινητική διέγερση, έλλειμμα αυτοφροντίδας)	3.6 (11)	5.1 (9)

Πίνακας 8b. Χαρακτηριστικά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο και αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών βάσει του εργαλείου MoCA (n=213)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Ποσοστό %(n=139)</i>	<i>Ποσοστό %(n=74)</i>
	<i>Άτομα που αξιολογήθηκαν με το εργαλείο MoCa</i>	<i>Άτομα που δεν αξιολογήθηκαν με το εργαλείο MoCa</i>
<i>Συχνότητα Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών</i>		
Καθημερινά	53.6(75)	56.7 (42)
Άλλο	46.4(64)	43.3 (32)
<i>Είδος Ουσίας</i>		
Κάνναβη	79.9(111)	74.3 (55)
Αλκοόλ	14.4 (20)	16.2 (12)
Άλλο	5.7(8)	9.5 (7)
<i>Διπλή Διάγνωση</i>		
Ναι	23.4(36)	25.7 (19)
Όχι	74.6 (103)	74.3 (55)
<i>Πολυχρήση</i>		
Ναι	48.2(67)	42.7 (31)
Όχι	51.8(72)	57.3 (43)
<i>Είδος εξαρτησιογόνων ουσιών</i>		
Χρήση ελαφρών ψυχοδραστικών ουσιών	45.3(78)	50.7 (39)
Χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	19.9(61)	49.3 (35)

Πίνακας 8c. NND/NBD συγγενικού ατόμου χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ενήλικων χρηστών ακούσιας νοσηλείας στην Κύπρο και αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών βάσει του εργαλείου MoCA (n=213)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Ποσοστό %(n=142)</i>	<i>Ποσοστό %(n=71)</i>
	<i>Άτομα που αξιολογήθηκαν με το εργαλείο MoCa</i>	<i>Άτομα που δεν αξιολογήθηκαν με το εργαλείο MoCa</i>
Σχιζοφρένεια ή/και άλλες Ψυχωτικές Δ/χες	39.4 (56)	46.5 (33)
Διαταραχές Διάθεσης	35.2 (50)	26.8 (19)
Διαταραχές Διάθεσης και Χρήση Ουσιών	3.5 (5)	2.8 (2)
Σχιζοφρένεια/ Ψυχωτική Δ/χη και Διαταραχή Διάθεσης	8.5 (12)	1.4 (1)
Άλλο	13.4 (19)	9.9 (7)

Πίνακας 9α. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση HDRS (n=44)

<i>HDRS items</i>	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
<i>HDRS 1: Καταθλιπτική διάθεση</i>	1.00	4.00	2.9545	1.07735
<i>HDRS 2: Αισθήματα ενοχής</i>	.00	4.00	2.2273	1.34447
<i>HDRS 3: Τάση αυτοκτονίας</i>	.00	4.00	3.0909	1.09583
<i>HDRS 4: Αρχική απνία</i>	.00	2.00	1.3409	.71343
<i>HDRS 5: Ενδιάμεση απνία</i>	.00	2.00	1.2955	.79474
<i>HDRS 6: Όψιμη απνία</i>	.00	4.00	1.2273	1.03122
<i>HDRS 7: Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	.00	4.00	2.7955	1.30437
<i>HDRS 8: Επιβράδυνση</i>	.00	4.00	1.3409	1.11945
<i>HDRS 9: Κινητική ανησυχία</i>	.00	4.00	.9318	.81833
<i>HDRS 10: Άγχος ψυχικό</i>	.00	4.00	2.2500	1.20319
<i>HDRS 11: Άγχος σωματικό</i>	.00	4.00	2.0000	1.05654
<i>HDRS 12: Γαστρεντερικά σωματικά συμπτώματα</i>	.00	2.00	.9318	.78940
<i>HDRS 13: Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	.00	2.00	1.0909	.74141
<i>HDRS 14: Γεννητικά συμπτώματα</i>	.00	2.00	.8636	.79507
<i>HDRS 15: Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	.00	4.00	1.0909	1.27258
<i>HDRS 16: Απώλεια βάρους</i>	.00	2.00	.9318	.92504
<i>HDRS 17: Επίγνωση της νόσου (εναισθησία)</i>	.00	2.00	.8636	.73424
<i>HDRS 18: Ημερήσια διακύμανση</i>	.00	2.00	.7500	.71933
<i>HDRS 19: Αποπροσωποποίηση και αίσθηση μη πραγματικού</i>	.00	4.00	.9773	1.19083

<i>HDRS 20: Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	.00	4.00	1.5455	1.63472
<i>HDRS 21: Ιδεοληπτικά συμπτώματα</i>	.00	4.00	.4318	.75937
Συνολικό σκορ κλίμακας HDRS	8.00	50.00	31.2961	10.13710
Ελάχιστη Τιμή Κλίμακας HDRS				8.00
Μέγιστη Τιμή Κλίμακας HDRS				50.00
Ποσοστιαία Κατανομή Κλίμακας HDRS			25%	25.0000
			50%	31.0000
			75%	39.0000
			90%	44.0000
			95%	48.4000

Πίνακας 9b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής κλίμακας HDRS (n=44)

<i>HDRS items</i>	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
<i>HDRS 1: Καταθλιπτική διάθεση</i>	28.1961	87.921	.706	.816
<i>HDRS 2: Αισθήματα ενοχής</i>	28.9608	86.078	.637	.817
<i>HDRS 3: Τάση αυτοκτονίας</i>	28.1373	96.441	.248	.837
<i>HDRS 4: Αρχική αυπνία</i>	29.8431	97.935	.320	.833
<i>HDRS 5: Ενδιάμεση αυπνία</i>	29.8824	96.146	.404	.830
<i>HDRS 6: Όψιμη αυπνία</i>	30.0980	99.930	.129	.840
<i>HDRS 7: Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	28.3137	92.100	.369	.833
<i>HDRS 8: Επιβράδυνση</i>	29.8627	92.921	.387	.831
<i>HDRS 9: Κινητική ανησυχία</i>	30.3529	99.353	.248	.835
<i>HDRS 10: Άγχος ψυχικό</i>	28.8627	90.321	.494	.825
<i>HDRS 11: Άγχος σωματικό</i>	29.1569	88.095	.697	.816
<i>HDRS 12: Γαστρεντερικά σωματικά συμπτώματα</i>	30.1961	94.241	.507	.827
<i>HDRS 13: Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	30.0980	95.930	.442	.829
<i>HDRS 14: Γεννητικά συμπτώματα</i>	30.2745	93.203	.561	.824
<i>HDRS 15: Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	30.0980	90.010	.478	.826
<i>HDRS 16: Απώλεια βάρους</i>	30.2353	97.544	.234	.837
<i>HDRS 17: Επίγνωση της νόσου (εναισθησία)</i>	30.3333	96.027	.439	.829
<i>HDRS 18: Ημερήσια διακύμανση</i>	30.3333	101.427	.051	.842
<i>HDRS 19: Αποπροσωποποίηση και αίσθηση μη πραγματικού</i>	30.1765	93.748	.349	.833
<i>HDRS 20: Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	29.6863	86.780	.448	.831
<i>HDRS 21: Ιδεοληπτικά συμπτώματα</i>	30.8235	97.188	.472	.830
<i>Cronbach's Alpha = 0.837</i>				

Πίνακας 10α. Μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση κλίμακας PANSS και των υποκλιμάκων θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας (n=482)

<i>PANSS items</i>	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	1.00	7.00	5.5062	1.71121
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	1.00	7.00	3.8693	1.55078
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	1.00	7.00	3.6369	2.06418
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	1.00	7.00	3.7697	1.76324
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	1.00	7.00	3.1639	2.03302
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	1.00	7.00	4.3651	2.14046
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	1.00	7.00	5.0187	1.77581
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	1.00	7.00	2.6660	1.69580
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	1.00	7.00	2.8112	1.69616
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	1.00	7.00	2.6203	1.82585
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	1.00	7.00	3.2676	1.87248
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	1.00	7.00	2.6701	1.93799
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	1.00	7.00	3.4025	1.85432
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	1.00	7.00	3.5954	1.54227
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	1.00	7.00	2.6245	1.75236
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	1.00	7.00	4.0560	1.23319
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	1.00	7.00	1.8610	1.39623
<i>PANSS18. Ένταση</i>	1.00	7.00	3.6929	1.65694

<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	1.00	7.00	1.9834	1.26184
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	1.00	7.00	2.3257	1.68389
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	1.00	7.00	1.8174	1.41857
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	1.00	7.00	4.0788	1.71517
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	1.00	7.00	3.9191	1.46890
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	1.00	7.00	2.2635	1.37662
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	1.00	7.00	3.8589	1.47354
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	1.00	7.00	5.5809	1.46997
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	1.00	7.00	2.3340	1.62569
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	1.00	7.00	4.1307	1.77928
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	1.00	7.00	2.7614	1.77507
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	1.00	7.00	3.3071	1.97308
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS</i>	41.00	168.00	100.9415	25.82603
<i>Συνολικό σκορ θετικών συμπτωμάτων κλίμακας PANSS</i>	7.00	46.00	29.3299	9.17202
<i>Συνολικό σκορ αρνητικών συμπτωμάτων κλίμακας PANSS</i>	7.00	46.00	21.0332	9.34436
<i>Συνολικό σκορ γενικών συμπτωμάτων κλίμακας PANSS</i>	24.00	88.00	50.5954	12.12154
Ελάχιστη Τιμή Κλίμακας PANSS				41.00
Μέγιστη Τιμή Κλίμακας PANSS				168.00
Ποσοστιαία Κατανομή Κλίμακας PANSS			25%	82.0000
			50%	99.0000
			75%	122.0000
			90%	136.0000
			95%	145.0000

Πίνακας 10b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας PANSS και των υποκλιμάκων θετικών αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής ψυχοπαθολογίας (n=482)

<i>PANSS items</i>	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	95.4523	610.884	.584	.894
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	97.0892	613.445	.617	.893
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	97.3216	596.081	.624	.893
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	97.1888	636.153	.270	.900
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	97.7946	647.748	.110	.904
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	96.5934	604.337	.516	.895
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	95.9398	603.990	.643	.893
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	98.2925	613.093	.563	.894
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	98.1473	610.147	.599	.894
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	98.3382	600.748	.661	.892
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	97.6909	622.326	.400	.897
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	98.2884	602.796	.596	.893
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	97.5560	599.503	.664	.892
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	97.3631	630.440	.393	.897
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	98.3340	634.439	.291	.899
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	96.9025	643.918	.284	.899
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	99.0975	649.714	.163	.901

<i>PANSS18. Ένταση</i>	97.2656	654.657	.069	.903
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	98.9751	622.311	.625	.894
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	98.6328	647.156	.155	.902
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	99.1411	642.138	.266	.899
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	96.8797	613.707	.548	.894
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	97.0394	629.248	.432	.897
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	98.6950	624.824	.531	.895
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	97.0996	619.416	.568	.894
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	95.3776	635.233	.349	.898
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	98.6245	621.017	.489	.896
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	96.8278	615.873	.501	.895
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	98.1971	598.749	.706	.891
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	97.6515	613.313	.471	.896
<i>Cronbach's Alpha = 0.899</i>				

Πίνακας 11a. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση της κλίμακας YMRS (n=105)

<i>YOUNG items</i>	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
YOUNG 1: Ανεβασμένη διάθεση	.00	4.00	3.5524	.93006
YOUNG 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	1.00	4.00	3.2381	.76616
YOUNG 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	.00	4.00	2.7905	1.10676
YOUNG 4: Διαταραχές ύπνου	.00	4.00	2.8857	1.01256
YOUNG 5: Ευερεθιστότητα	.00	8.00	5.5238	1.62963
YOUNG 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	.00	8.00	5.8286	1.68966
YOUNG 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	.00	4.00	2.9524	.83644
YOUNG 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	.00	8.00	6.5524	1.99027
YOUNG 9: Επιθετική συμπεριφορά	.00	8.00	4.8190	1.95518
YOUNG 10: Εμφάνιση	.00	4.00	2.2095	1.06243
YOUNG 11: Εναισθησία νόσου	1.00	4.00	3.7714	.65423
Συνολικό σκορ κλίμακας YOUNG	12.00	57.00	44.0192	8.41748
Ελάχιστη Τιμή Κλίμακας YOUNG				12.00
Μέγιστη Τιμή Κλίμακας YOUNG				57.00
Ποσοστιαία Κατανομή Κλίμακας YOUNG				25% 41.0000
				50% 46.0000
				75% 49.0000
				90% 52.0000
				95% 55.7500

Πίνακας 11b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας YMRS (n=105)

YOUNG items	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
YOUNG 1: Ανεβασμένη διάθεση	40.5714	63.536	.467	.790
YOUNG 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	40.8857	63.833	.564	.786
YOUNG 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	41.3333	66.378	.206	.809
YOUNG 4: Διαταραχές ύπνου	41.2381	63.818	.400	.794
YOUNG 5: Ευερεθιστότητα	38.6000	52.742	.673	.761
YOUNG 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	38.2952	54.941	.540	.779
YOUNG 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	41.1714	61.990	.655	.779
YOUNG 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	37.5714	55.343	.406	.804
YOUNG 9: Επιθετική συμπεριφορά	39.3048	50.156	.626	.769
YOUNG 10: Εμφάνιση	41.9143	63.945	.368	.796
YOUNG 11: Εναισθησία νόσου	40.3524	64.461	.612	.787
<i>Cronbach's Alpha = 0.803</i>				

Πίνακας 12α. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HARS (n=482)

HARSItems	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
<i>HARS1: Αίσθημα ανησυχίας. αναμονή επικείμενης συμφοράς. ακαθόριστου φόβου. ευερεθιστότητα</i>	.00	4.00	2.9771	1.02546
<i>HARS2: Αίσθημα υπερέντασης και αδυναμίας παραμονής στην ίδια θέση. εύκολη κόπωση. αδυναμία χαλάρωσης. ξάφνιασμα-τρόμος. εκρήξεις κλάματος</i>	.00	4.00	2.5800	1.20690
<i>HARS3: Φόβος για το πλήθος. το σκοτάδι. τα μεγάλα ζώα. νοσοφοβία. τη μοναξιά. την πολυκοσμία</i>	.00	4.00	.7651	1.18537
<i>HARS4: Δυσκολία έλευσης ύπνου. διακεκομμένος-ανήσυχος ύπνος. εφιάλτες. ξάφνιασμα-τίναγμα στον ύπνο. έγερση με αίσθημα κόπωσης</i>	.00	4.00	2.3867	1.31820
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης. κενά μνήμης</i>	.00	4.00	2.3597	1.12618
<i>HARS6: Απώλεια ενδιαφερόντων. απουσία ευχαρίστησης στα χόμπι. μελαγχολική διάθεση. πρόωμη αφύπνιση</i>	.00	4.00	1.1830	1.27631
<i>HARS7: Μυϊκοί πόνοι. δυσκαμψία. τινάγματα. τριγμός δοντιών. ασταθής φωνή</i>	.00	4.00	.9896	1.15375
<i>HARS8: Εμβοές ότων. θάμβος όρασης. μούδιασμα άκρων. κνησμός. δερμογραφισμός. εκζέματα. ερύθημα</i>	.00	4.00	.9688	1.19070
<i>HARS9: Ταχυκαρδίες. αίσθημα παλμών. προκάρδια άλγη. έκτακτες συστολές. τάση λιποθυμίας</i>	.00	4.00	1.8607	1.20905
<i>HARS10: Δύσπνοια. αίσθημα πνιγμού. αίσθημα πίεσης στο θώρακα</i>	.00	4.00	1.0499	1.23727
<i>HARS11: Δυσκαταποσία. κοιλιακά άλγη. δυσκοιλιότητα. διαρροϊκά επεισόδια. ναυτίες. έμετοι. δυσπεψία. απώλεια βάρους. αίσθημα καύσου. αναγωγές</i>	.00	4.00	1.1767	1.24664
<i>HARS12: Συχνουρία. έπειξη ούρησης. διαταραχές εμμήνου ρύσεως. δυσμηνόρροια. αμηνόρροια. πολυουρία. μειωμένη libido. πρόωμη εκσπερμάτωση. ανικανότητα. διαταραχές στύσης</i>	.00	4.00	.8524	1.24040

<i>HARS13: Ξηροστομία. εξάψεις. ίλιγγοι. ζαλάδες. κεφαλαλγία. εφιδρώσεις</i>	.00	4.00	1.4054	1.26487
Συνολικό σκορ κλίμακας HARS	.00	43.00	19.3784	8.30125
Ελάχιστη Τιμή Κλίμακας HARS				.000
Μέγιστη Τιμή Κλίμακας HARS				43.00
Ποσοστιαία Κατανομή Κλίμακας HARS			25%	13.0000
			50%	18.0000
			75%	25.0000
			90%	31.0000
			95%	34.9000

Πίνακας 12b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας HARS (n=482)

<i>HARSItems</i>	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
<i>HARS1: Αίσθημα ανησυχίας. αναμονή επικείμενης συμφοράς. ακαθόριστου φόβου. ευερεθιστότητα</i>	17.5780	73.124	.494	.823
<i>HARS2: Αίσθημα υπερέντασης και αδυναμίας παραμονής στην ίδια θέση. εύκολη κόπωση. αδυναμία χαλάρωσης. ξάφνιασμα-τρόμος. εκρήξεις κλάματος</i>	17.9751	72.299	.443	.826
<i>HARS3: Φόβος για το πλήθος. το σκοτάδι. τα μεγάλα ζώα. νοσοφοβία. τη μοναξιά. την πολυκοσμία</i>	19.7900	74.812	.323	.835
<i>HARS4: Δυσκολία έλευσης ύπνου. διακεκομμένος-ανήσυχος ύπνος. εφιάλτες. ξάφνιασμα-τίναγμα στον ύπνο. έγερση με αίσθημα κόπωσης</i>	18.1684	72.490	.384	.831
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης. κενά μνήμης</i>	18.1954	74.116	.384	.830
<i>HARS6: Απώλεια ενδιαφερόντων. απουσία ευχαρίστησης στα χόμπι. μελαγχολική διάθεση. πρόωμη αφύπνιση</i>	19.3721	74.951	.283	.838
<i>HARS7: Μυϊκοί πόνοι. δυσκαμψία. τινάγματα. τριγμός δοντιών. ασταθής φωνή</i>	19.5655	70.050	.593	.816
<i>HARS8: Εμβοές ότων. θάμβος όρασης. μούδιασμα άκρων. κνησμός. δερμογραφισμός. εκζέματα. ερύθημα</i>	19.5863	70.939	.523	.821
<i>HARS9: Ταχυκαρδίες. αίσθημα παλμών. προκάρδια άλγη. έκτακτες συστολές. τάση λιποθυμίας</i>	18.6944	68.100	.665	.810
<i>HARS10: Δύσπνοια. αίσθημα πνιγμού. αίσθημα πίεσης στο θώρακα</i>	19.5052	69.555	.570	.817
<i>HARS11: Δυσκαταποσία. κοιλιακά άλγη. δυσκοιλιότητα. διαρροϊκά επεισόδια. ναυτίες. έμετοι. δυσπεψία. απώλεια βάρους. αίσθημα καύσου. αναγωγές</i>	19.3784	68.911	.598	.815

<i>HARS12: Συχνουρία. έπειξη ούρησης. διαταραχές εμμήνου ρύσεως. δυσμηνόρροια. αμηνόρροια. πολυουρία. μειωμένη libido. πρόιμη εκσπερμάτωση. ανικανότητα. διαταραχές στύσης</i>	19.7027	71.572	.464	.825
<i>HARS13: Ξηροστομία. εξάψεις. ίλιγγιοι. ζαλάδες. κεφαλαλγία. εφιδρώσεις</i>	19.1497	69.294	.567	.817
<i>Cronbach's Alpha = 0.835</i>				

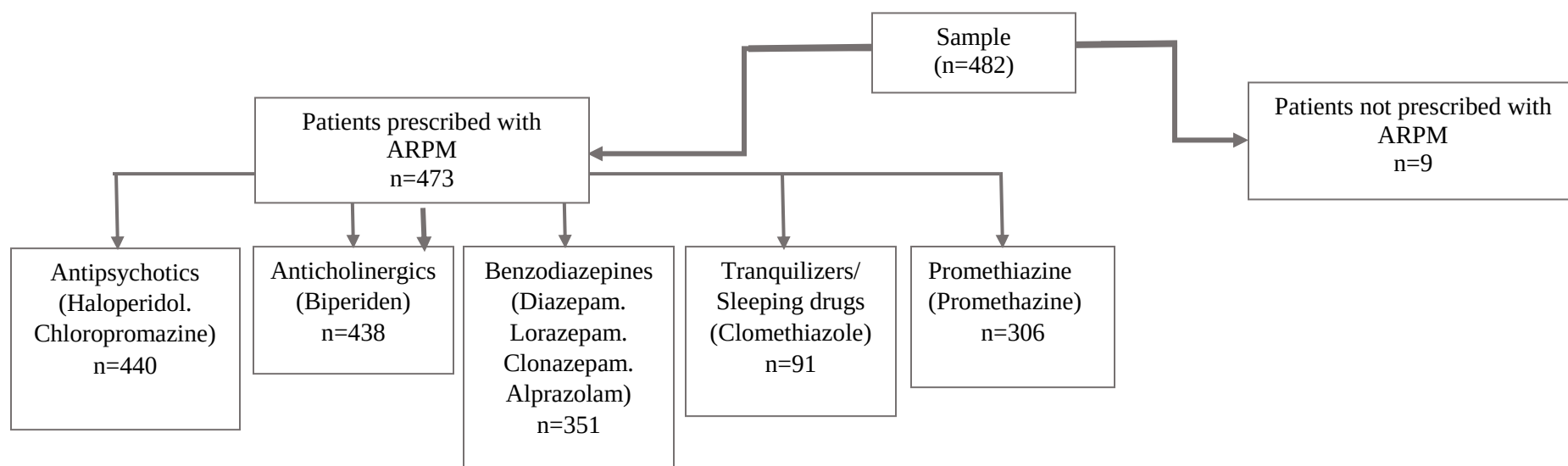
Πίνακας 13α. Μέγιστη τιμή. ελάχιστη τιμή. μέση τιμή. τυπική απόκλιση της κλίμακας MoCA (n=306)

MoCA items	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση	.00	1.00	.5980	.49110
MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου	.00	1.00	.5033	.50081
MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού	.00	3.00	2.4641	.83784
MoCA 4: Κατονομασία	.00	3.00	2.7712	.49252
MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη	.00	2.00	1.6623	.60756
MoCA 6: Διάσπαση προσοχής	.00	1.00	.9118	.28410
MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7	.00	3.00	2.3268	.99395
MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων	.00	2.00	1.1016	.83084
MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια	.00	1.00	.5163	.50055
MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη	.00	2.00	1.4951	.72603
MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης	.00	5.00	2.2255	1.73057
MoCA 12: Προσανατολισμός	.00	6.00	5.5196	1.01526
Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA	3.00	30.00	22.0990	5.24090
Ελάχιστη Τιμή Κλίμακας MoCA				3.00
Μέγιστη Τιμή Κλίμακας MoCA				30.00
Ποσοστιαία Κατανομή Κλίμακας MoCA				
				25%
				50%
				75%
				90%
				95%

Πίνακας 13b. Δείκτης εσωτερικής συνοχής της κλίμακας MoCA (n=306)

<i>MoCA items</i>	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	21.5050	24.695	.518	.737
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	21.5941	25.017	.439	.742
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	19.6337	22.637	.516	.726
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	19.3234	25.054	.442	.742
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	20.4389	24.373	.453	.738
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	21.1881	26.471	.311	.754
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	19.7756	21.572	.529	.722
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	20.9934	23.358	.426	.737
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	21.5842	25.376	.365	.747
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	20.6040	23.068	.554	.725
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	19.8680	17.883	.449	.768
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	16.5809	23.569	.289	.756
<i>Cronbach's Alpha = 0.757</i>				

Διάγραμμα 2: Κατανομή δείγματος ως προς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την κατ' επίκληση φαρμακευτική αγωγή και τη προγραμματισμένη συνταγογραφούμενη αγωγή, καθώς και απεικόνιση της συχνότητας συνταγογράφησης των καθορισμένων φαρμακευτικών ουσιών στο πλαίσιο υποχρεωτική θεραπείας σε πάσχοντες υπό ακούσια νοσηλεία.



Πίνακας 14α. Συχνότητα συνταγογράφησης κατ' επίκλησην φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με την ιατρική διάγνωση του συνολικού δείγματος (n=482).

Συνταγογραφούμενη φαρμακευτική ουσία	Σχιζοφρένεια n=235(48.8%)	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας n=126(26.1%)	Διαταραχές Διάθεσης n=114(23.7 %)	Άλλο n=7(1.5%)
Αντιψυχωτικά (Haloperidol. Chlorpromazine)	224 (95.3)	117 (92.9)	95(93.3)	4 (57.1)
Αντιχολινεργικά (Biperiden)	225(95.7)	114(90.5)	95 (93.3)	4 (57.1)
Βενζοδιαζεπίνες (Diazepam. Lorazepam. Clonazepam. Alprazolam)	173 (73.6)	91 (72.2)	85 (74.6)	2 (28.6)
Ηρεμιστικά / Υπναγωγά (Clomethiazole)	48 (20.4)	19 (15.1)	22(19.3)	2 (28.6)
Αντισταμινικά (Promethazine)	156 (66.4)	78(61.8)	69(60.5)	3(42.9)

Σημ.Η συχνότητα έχει καταγραφεί αναλόγως του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων

Πίνακας 14b. Συνολικός αριθμός συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής ουσίας σε σχέση με τη συχνότητα ιατρικής διάγνωσης στο συνολικό δείγμα (n=482).

Συνταγογραφούμενη φαρμακευτική ουσία	Σχιζοφρένεια n=235(48.8%)	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας n=126(26.1%)	Διαταραχές Διάθεσης n=114(23.7%)	Άλλο n=7(1.5%)
Αντιψυχωτική αγωγή	213 (90.6)	113 (89.7)	91 (79.8)	5 (71.4)
Αντιψυχωτικά 1 ^{ης} γενιάς (Haloperidol. Chlorpromazine. Fluphenazine. Zulopenthixol. Flupentixol. Clozapine)	81 (34.5)	32 (25.4)	28 (24.6)	1 (14.3)
Αντιψυχωτικά 2 ^{ης} γενιάς (Amisoulpride. Clozapine. Aripiprazole. Olanzapine. Risperidone. Quetiapine. Paliperidon. Ziprasidone. Asenapine)	168 (71.5)	100 (79.4)	73 (64.0)	5 (71.4)
Αντιψυχωτικά βραδείας αποδέσμευσης (Haloperidol. Zuclopenthixol. Risperidone. Fluphenazine)	14 (6.0)	2 (1.6)	1 (0.9)	1 (14.3)
Αντικαταθλιπτικά [SSRIs (Fluvoxamine. Escitalopram. Citalopram. Fluoxetine. Paroxetine. Anafranil). SNRIs (Venlafaxine). NaSSA (Mirtazapine)]	9 (3.8)	10 (7.9)	30 (26.3)	1 (14.3)
Διαταραχές διάθεσης (Sodium Valprate. Carbamazepine. Lamotrigine. Gabapentin. Oxcarbazepine. Lithium)	17 (7.2)	10 (7.9)	18 (14.9)	1 (14.3)
Αντιχολινεργικά (Biperiden. Procyclidine. Trihexyphenidyl. Procyclidine)	80 (34.0)	22 (15.7)	17 (14.9)	-
Βενζοδιαζεπίνες (Diazepam. Lorazepam. Clonazepam. Alprazolam. Clorazepate Dipotassium. Bromazepam. Nnitrazepam.	117 (49.8)	61 (48.4)	77 (67.5)	3 (42.9)

Lormetazepam. Chlordiazepoxid. Bromazepam.

Lormetazepam)

Ηρεμιστικά / Υπναγωγά (Clomethiazole)	3 (1.3)	5 (4.0)	4 (3.5)	-

Σημ. Η συχνότητα έχει καταγραφεί αναλόγως του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων

Πίνακας 15. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά (συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία) και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος των περιπτώσεων που εισήχθησαν για ακούσια νοσηλεία (cases) (n=482)

		Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά %(n) Φύλο		x ² value	df	p value
Κλινικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία		Άνδρες	Γυναίκες			
Σύμπτωμα κατά την ακούσια εισδοχή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	45.4(143)	70.1(117)	53.67	4	.000
	Χρήση ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	32.1(101)	5.4(9)			
	Αυτοκτονική / Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	12.4(39)	7.2(12)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	7.0(22)	11.4(19)			
	Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά & απουσία εναισθησίας	3.2(10)	6.0(10)			
Ιστορικό χρήσης ουσιών	Θετικό	60.0(189)	13.8(23)	94.62	1	<0.0001
	Αρνητικό	40.0(126)	86.2(144)			
Οικογενειακή κατάσταση						
		Έγγαμοι	Άγαμοι			

Ιστορικό ακούσιας επανεισδοχής	1 st Εισαγωγή	54.0 (34)	38.7 (162)			
	Επανεισαγωγή	46.0 (29)	61.3 (257)	5.31	1	.021
Ψυχιατρική διάγνωση	Σχιζοφρένεια	36.5 (23)	50.6 (212)	8.36	3	.039
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας	27.0 (17)	26.0 (109)			
	Διαταραχές διάθεσης	36.5 (23)	21.7 (91)			
	Άλλο	-	1.7 (7)			
Ηλικία						
		18-34 ετών	36-65 ετών			
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ ΝΒΔ	35.0 (76)	17.0(45)			
	Θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	65.0 (141)	83.0 (220)	20.65	1	<0.0001
Ιστορικό χρήσης ουσιών	Θετικό	60.4 (131)	30.6 (81)	43.00	1	<0.0001
	Αρνητικό	39.6 (86)	69.4 (184)			
Ιστορικό προηγούμενων ακούσιων εισαγωγών	1 ^η εισαγωγή	46.1(100)	36.2 (96)			
	Επανεισαγωγή	53.9 (117)	63.8 (169)	4.80	1	.018

Ψυχιατρική διάγνωση	Σχιζοφρένεια	44.7(97)	51.1(138)	12.57	1	<0.0001
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	35.5(77)	18.5(49)			
	Διαταραχές διάθεσης	18.0(39)	28.3(75)	3.70	1	0.054
	Άλλο	1.8(4)	1.1(3)			
Σύμπτωμα κατά την ακούσια εισδοχή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	37.3(81)	67.5(179)	20.30	3	<0.0001
	Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	35.9(78)	12.1(32)			
	Αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	12.4(27)	9.1(24)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	9.2(20)	7.9(21)			
	Απουσία εναισθησίας και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	5.1(11)	3.4(9)			
	Επαγγελματική κατάσταση					
		Άνεργοι	Εργαζόμενοι			
Ατομικό ιστορικό NNA/NBA	1 ^ο επεισόδιο NNA/NBA	23.1(86)	32.1(35)	3.67	1	.055
	Θετικό ατομικό ιστορικό NNA/NBA	76.9(287)	67.9(74)			

Προηγούμενο ιστορικό ακούσιας εισαγωγής	1 ^η εισαγωγή	37.0(138)	53.2(58)	9.19	1	.002
	Επανεισαγωγή	63.0(235)	46.8(51)			
Ψυχιατρική διάγνωση	Σχιζοφρένεια	52.2(196)	35.8(39)	14.00	3	.003
	Ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	26.0(97)	26.6(29)			
	Διαταραχές διάθεσης	20.4(76)	34.9(38)			
	Άλλο	1.1(4)	2.8(3)			
Κύριο σύμπτωμα κατά την ακούσια εισδοχή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	55.0 (205)	50.5(55)	9.92	4	.042
	Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	23.3(87)	21.1(23)			
	Αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	11.5(43)	7.3(8)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	7.0(26)	13.8(15)			
	Απουσία εναισθησίας και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	3.2(12)	7.3(8)			

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Πρωτοβάθμιο Δευτεροβάθμιο Ανώτερο
δευτεροβάθμιο Τριτοβάθμιο

Ατομικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	1 ^ο επεισόδιο NNΔ/NBΔ	5.9(7)	16.8(20)	43.7(52)	33.6 (40)	10.57	1	.001
	Θετικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	18.5(53)	22.0(63)	38.3(110)	21.3 (61)			
Ιστορικό ακούσιων εισαγωγών	1 ^η εισαγωγή	16.2 (12)	44.6 (41)	40.3 (79)	53.3 (64)			
	Επανεισαγωγή	83.8(62)	55.4 (51)	59.7(117)	46.7 (56)	26.90	3	<0.0001
Εθνικότητα								
		Ελληνοκύπριοι		Άλλο				
Ατομικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	1 ^ο επεισόδιο NNΔ/NBΔ	20.1(72)	39.8(49)					
	Θετικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	79.9(287)	60.2(74)	19.06	1	<0.0001		
Ιστορικό ακούσιας εισαγωγής	1 ^η εισαγωγή	31.8(114)	66.7(82)					
	Επανεισαγωγή	68.2(245)	33.3(41)	46.27	1	<0.0001		
Κύριο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	55.4(199)	49.6(61)	9.17	4	.045		
	Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	24.2(97)	18.7(23)					
	Αυτοκτονική / αυτό-καταστροφική συμπεριφορά	10.0(36)	12.2(15)					
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	6.4(23)	14.6 (18)					

Απουσία εναισθησίας και
αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη
αλλιώς προσδιοριζόμενη

3.9(14)

4.9(6)

Πίνακας 16. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (cases) (n=406)

		Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		x ² value	df	p value
		%(n)				
		Φύλο				
Κλινικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία		Άνδρες	Γυναίκες			
Κύριο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και απουσία εναισθησίας	44.7(117)	70.1(101)	28.26	1	<0.0001
	Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	31.3(82)	4.9(7)	37.94	1	<0.0001
	Αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	12.2(32)	5.6(8)	4.63	1	.031
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	8.0(21)	12.5(18)			
NNΔ/NBΔ συγγενικού ατόμου	Απουσία εναισθησίας και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	3.8(10)	6.9(10)			
	Σχιζοφρένεια/ άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	33.7(30)	53.0(44)	12.35	5	.030
	Διαταραχή διάθεσης	32.6(29)	32.5(27)			
	Σχιζοφρένεια / άλλη ψυχωτική διαταραχή & χρήση ουσιών	2.2(2)	0.0(0)			
	Διαταραχή διάθεσης & χρήση ουσιών	3.4(3)	1.2(1)			

	Σχιζοφρένεια / ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας & διαταραχή διάθεσης	9.0(8)	7.2(6)			
	Άλλο	19.1(17)	6.0(5)			
Ιστορικό χρήσης ουσιών	Θετικό	58.8(154)	13.9(20)	76.46	1	<0.0001
	Αρνητικό	41.2(108)	86.1(124)			
Ιστορικό πολυχρήσης	Χρήση πέραν της μιας ουσίας	49.4(77)	25.0(5)	4.22	1	.040
	Χρήση μιας ουσίας	50.6(79)	75.0(15)			
Διπλή διάγνωση	Θετικό	42.2(111)	10.4(15)	44.32	1	<0.0001
	Αρνητικό	57.6(262)	89.6(144)			
ΔΜΣ	Ελλιποβαρής	2.7(6)	9.4(13)	11.81	3	.008
	Φυσιολογικό	47.3(107)	42.8(59)			
	Υπέρβαρο	33.2(75)	24.6(34)			
	Παχύσαρκο	16.8(38)	23.2(32)			
Θρήσκευμα						
		Χριστιανός Ορθόδοξος	Άλλο			
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	26.1(86)	43.4(33)	8.98	1	.003
	Θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	73.9(244)	56.6(43)			
Κύριο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	55.8(184)	44.7(34)			
	Χρήση ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	22.7(75)	18.4(14)			
	Αυτοκτονική / αυτό-καταστροφική συμπεριφορά	10.0(33)	9.2(7)			

	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	7.3(24)	19.7(15)	11.05	1	.001
	Απουσία εναισθησίας & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	4.2(14)	7.9(6)			
	Εθνικότητα					
		Ελληνο-κυπριακή	Άλλο			
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	24.1(71)	42.9(48)	13.69	1	<0.0001
	Θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	75.9(223)	57.1(64)			
Είδος εξαρτησιογόνου ουσίας	Σκληρά εξαρτησιογόνως ουσία	47.2(59)	30.2(13)	3.76	1	.052
ΔΜΣ	Ελαφριά εξαρτησιογόνως ουσία	52.8(66)	69.8(30)			
	Ελλιπόβαρο	3.8(10)	8.8(9)	10.17	3	.017
	Φυσιολογικό	42.4(111)	53.955)			
	Υπέρβαρο	32.1(84)	24.5(25)			
	Παχύσαρκο	21.8(57)	12.7(13)			
	Γλώσσα επικοινωνίας					
		Ελληνικά	Άλλο			
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ	24.3(81)	52.1(38)	22.22	1	<0.0001
	Θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	75.7(252)	47.9(35)			
Ιστορικό χρήσης ουσιών	Θετικό	45.0(150)	32.9(24)	3.62	1	.057

	Αρνητικό	55.0(183)	67.1(49)			
Είδος εξαρτησιογόνου ουσίας	Σκληρά εξαρτησιογόνως ουσία	46.2(67)	21.7(5)	4.85	1	.028
Ιστορικό πολυχρήσης	Ελαφριά εξαρτησιογόνως ουσία	53.8(78)	78.3(18)			
	Χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας	50.0(76)	25.0(6)	5.20	2	.023
	Χρήση πέραν της μιας εξαρτησιογόνου ουσίας	50.0(76)	75.0(18)			
Ψυχιατρική διάγνωση	Σχιζοφρένεια	51.7(172)	28.8(21)	12.57	1	<0.0001
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	23.7(79)	32.9(24)			
	Διαταραχές διάθεσης	23.4(78)	34.2(25)	3.70	1	0.054
	Άλλο	1.2(4)	4.1(3)			
Κύριο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	55.0(183)	47.9(35)			
	Χρήση ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	23.4(78)	15.1(11)			
	Αυτοκτονική / αυτόκαταστροφική συμπεριφορά	10.2(34)	8.2(6)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	6.6(22)	23.3(17)	19.18	1	<0.0001
	Απουσία εναισθησίας και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	4.8(16)	5.5(4)			
ΔΜΣ	Ελλιπόβαρο	4.7(14)	7.6(5)	8.21	3	.042
	Φυσιολογικό	42.6(127)	59.1(39)			
	Υπέρβαρο	32.2(96)	19.7(13)			
	Παχύσαρκο	20.5(298)	13.6(66)			

		Επαγγελματική κατάσταση				
		Άνεργος	Εργαζόμενος			
Ατομικό ιστορικό NNΔ/NBA	1 ^ο επεισόδιο NNΔ/NBA	27.0(85)	37.4(34)	3.67	1	.055
	Θετικό ιστορικό NNΔ/NBA	73.0(23)	62.6(57)			
Είδος εξαρτησιογόνου ουσίας	Σκληρή εξαρτησιογόνως ουσία	48.9(66)	18.2(6)	10.21	1	.001
	Ελαφριά εξαρτησιογόνως ουσία	51.1(69)	81.8(27)			
Ιστορικό πολυχρήσης	Χρήση μιας ουσίας	51.1(72)	28.6(10)	5.70	1	.017
	Χρήση πέραν της μιας ουσίας	48.9(69)	71.4(25)			
Ψυχιατρική διάγνωση	Σχιζοφρένεια	51.4(162)	34.1(31)	8.53	1	.003
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	24.8(78)	27.5(25)			
	Διαταραχή διάθεσης	22.5(71)	35.2(32)	5.94	1	.015
	Άλλο	1.3(4)	3.3(3)			
Κύριο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	54.9(173)	49.5(45)			
	Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	21.9(69)	22.0(20)			
	Αυτοκτονική/ αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	11.4(36)	4.4(4)	3.93	1	.047
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	7.9(25)	15.4(14)	4.51	1	.034

Απουσία εναισθησίας και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη		3.8(12)	8.8(8)	3.74	1	.053
Εκπαίδευση						
		Πρωτοβάθμια	Κατώτερη πρωτοβάθμια	Ανώτερη πρωτοβάθμια	Τριτοβάθμια	
Ατομικό ιστορικό NNA/NBA	1 ^ο επεισόδιο NNA/NBA	5.9(7)	16.8(20)	43.7(52)	33.6 (40)	10.57 1 .001
Ψυχιατρική διάγνωση συγγενικού ατόμου	Θετικό ιστορικό NNA/NBA	18.5(53)	22.0(63)	38.3(110)	21.3 (61)	
	Σχιζοφρένεια / ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	27.3(12)	45.6(26)	44.7(17)	57.6(19)	31.10 15 .008
	Διαταραχές διάθεσης	61.4(27)	24.6(14)	21.1(8)	21.2(7)	
	Σχιζοφρένεια / άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας και χρήση ουσιών	0.0(0)	1.8(1)	2.6(1)	0.0(0)	
	Διαταραχή διάθεσης και χρήση ουσιών	2.3(1)	0.0(0)	5.3(2)	3.0(1)	
	Σχιζοφρένεια/ ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας & διαταραχή διάθεσης	2.3(1)	12.3(7)	13.2(5)	3.0(1)	
	Άλλο	6.8(3)	15.8(9)	13.2(5)	15.2(5)	
	Καθημερινή	36.6(15)	47.1(33)	63.6(28)	60.9(14)	3.99 1 .046
Συχνότητα χρήσης ουσιών	Άλλο	63.4(26)	52.9(37)	36.4(16)	39.1(9)	
Λήψη δημόσιου βοηθήματος						
		Ναι	Όχι			

Ατομικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	1 ^ο επεισόδιο NNΔ/NBΔ	16.9(34)	41.5(85)	29.51	1	<0.0001
Ψυχιατρική διάγνωση	Θετικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	83.1(167)	58.5(120)			
	Σχιζοφρένεια	59.2(119)	36.1(74)	21.72	1	<0.0001
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	17.9(36)	32.7(67)	11.69	1	.001
	Διαταραχή διάθεσης	20.9(42)	29.8(61)	4.20	1	.040
Κύριο σύμπτωμα κατά την εισαγωγή	Άλλο	2.0(4)	1.5(3)			
	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής& αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	61.7(124)	45.9(94)	10.23	1	.001
	Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	18.4(37)	25.4(52)			
	Αυτοκτονική/ αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	10.0(20)	9.8(20)			
ΔΜΣ	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	7.5(15)	11.7(24)			
	Απουσία εναισθησίας και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	2.5(5)	7.3(15)	5.05	1	.025
	Ελλιπόβαρο	4.0(7)	6.4(12)	13.96	3	.003
	Φυσιολογικό	39.2(69)	51.6(97)			
	Υπέρβαρο	30.1(53)	29.8(56)			
	Παχύσαρκο	26.7(47)	12.2(23)			

Πίνακας 17. Λόγος του odds και 95% CI σε σχέση με τις μεταβλητές: διάγνωση σχιζοφρένειας, τη διάγνωση ψυχωτικού επεισοδίου υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας, τη διάγνωση διαταραχή διάθεσης, διακοπή φαρμακευτικής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, ετεροκαταστροφική συμπεριφορά, και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση (n=406).

		p	Exp(B)	95% C.I.	
Κλινικά & κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά				Lower	Upper
Γλώσσα επικοινωνίας	Άλλο				
	Ελληνικά	.002	24.933	3.124	198.999
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ				
	Θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	.003	.265	.111	.636
Ιστορικό διπλής διάγνωσης	Αρνητικό				
	Θετικό	<0.0001	15.678	5.537	44.390
Διάγνωση ψυχωτικού επεισοδίου υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας					
Ατομικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής	1 ^η εισαγωγή				
	επανεισαγωγή	.025	2.640	1.132	6.161

Ιστορικό διπλής διάγνωσης	Θετικό				
	Αρνητικό	<0.0001	.083	.036	.191
Λήπτες δημόσιου βοηθήματος	Όχι				
	Ναι	.044	.417	.178	.977
			Διάγνωση διαταραχής διάθεσης		
Ιστορικό πολυχρήσης	Χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας				
	Χρήση πέραν της μιας εξαρτησιογόνου ουσίας	.043	.488	.244	.977
			Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά		
Ατομικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής	1 ^η εισαγωγή				
	Επανεισαγωγή	.001	.239	.100	.571
Θρήσκευμα	Άλλο				
	Χριστιανός ορθόδοξος	.039	9.102	1.113	74.458
Είδος εξαρτησιογόνου ουσίας	Ελαφριές εξαρτησιογόνες ουσίες (κάνναβη. αλκοόλ. magic mushrooms)				
	Σκληρές εξαρτησιογόνες ουσίες (κοκαΐνη. ηρωίνη. έκσταση)	.003	.270	.114	.641
Διάγνωση ψύχωσης υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	Όχι				
	Ναι	.012	.230	.073	.724

		Χρήση ουσιών και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά			
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ				
	Θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	.048	2.069	1.008	4.247
Ιστορικό διπλής διάγνωσης	Αρνητικό				
	Θετικό	.027	.439	.212	.910
Είδος εξαρτησιογόνου ουσίας	Ελαφριές εξαρτησιογόνες ουσίες (κάνναβη. αλκοόλ. magic mushrooms)				
	Σκληρές εξαρτησιογόνες ουσίες (κοκαΐνη. ηρωίνη. έκσταση)	.005	2.661	1.337	5.298
			Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά		
Φύλο	Γυναίκα				
	Άνδρας	.008	.143	.034	.607
Γλώσσα επικοινωνίας	Άλλο				
	Ελληνικά	.027	.197	.047	.832

Πίνακας 18. Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε συμμετέχοντες με θετικό και αρνητικό ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (n= 406).

Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά		Ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών %(n)		x ² value	df	p value
		Συμμετέχοντες με θετικό ιστορικό χρήσης ουσιών	Συμμετέχοντες με αρνητικό ιστορικό χρήσης ουσιών			
Ηλικιακή ομάδα	18-34	58.8(107)	41.2(75)	43.87	3	<0.000
	35-65	29.9(67)	70.1(157)			
Φύλο	Ανδρας	58.8(154)	41.2(108)	76.46	1	<0.000
	Γυναίκα	8.0(20)	92.0(124)			
Ψυχιατρική διάγνωση συγγενικού ατόμου	Σχιζοφρένεια / άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	27.6(16)	78.4(58)	11.00	5	0.051
	Διαταραχή διάθεσης	21.6(22)	78.4(34)			
	Σχιζοφρένεια / άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας και Διαταραχή διάθεσης	50(1)	50(1)			
	Διαταραχή διάθεσης και χρήση ουσιών	50(2)	50(2)			
	άλλο	42.9(6)	57.1(8)			
	Θετικό	94.4(119)	5.6(7)			
Ιστορικό διπλής διάγνωσης	Αρνητικό	19.6(55)	88.4(225)	198.52	1	<0.0001

Σύμπτωμα κατά την ακούσια εισαγωγή	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	20.6(45)	79.4(173)	199.10	4	<0.0001
	Χρήση ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	97.8(87)	2.2(2)			
	Αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	67.5(27)	32.5(13)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	25.6(10)	74.4(29)			
	Απουσία εναισθησίας & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	25.0(5)	75.0(15)			
Ψυχιατρική διάγνωση	Σχιζοφρένεια	34.2(66)	65.8(127)	12.54	3	0.007
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα σχιζοφρένειας	51.5(53)	48.5(50)			
	Διαταραχή διάθεσης	49.5(51)	50.5(52)			
	Άλλο	57.1(4)	42.9(3)			
ΔΜΣ	Ελλιπόβαρο	21.5(4)	75.5(15)	20.14	3	<0.0001
	Φυσιολογικό	52.4(87)	47.6(79)			
	Υπέρβαρο	39.4(43)	60.6(66)			
	Παχύσαρκο	23.3(17)	76.7 (53)			

Πίνακας 19. Λόγος του odds και 95% CI σε σχέση με τις μεταβλητές: χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών και κλινικών, κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών σχετιζόμενων με την υγεία (n=79)

Κλινικά. κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία		Adjusted Exp(B)	95%CI Higher Lower		p values
Ιστορικό διπλής διάγνωσης					
	Αρνητικό				
	Θετικό	.895	.293	.096	.031
Επαγγελματική κατάσταση					
	Employed				
	Unemployed	16.193	4.357	1.172	.028
Ιστορικό πολυχρήσης					
	Χρήση μιας ψυχοδραστικής ουσίας				
	Χρήση πέραν της μιας ψυχοδραστικής ουσίας	208.207	68.430	22.490	<0.0001

Πίνακας 20. Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών σε σχέση με τη χρήση ελαφριών και σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών (N= 168)

Κοινωνικο-δημογραφικά & κλινικά χαρακτηριστικά		Χρήση ελαφριών και σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών %(n)		x ² value	df	P value
		Χρήση σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	Χρήση ελαφριών ψυχοδραστικών ουσιών			
Φυλή	Λευκή	98.6 (71)	91.7 (88)	3.91	1	0.048
	Άλλο	1.4(1)	8.3(8)			
Εθνικότητα	Ελληνοκύπριοι	81.9(59)	68.8(66)	3.76	1	0.052
	Άλλο	18.1(13)	31.3(30)			
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	91.7(66)	71.9(69)	10.21	1	.001
	Εργαζόμενος	8.3(6)	28.1(27)			
Ατομικό ιστορικό NNΔ/NBA	1 ^ο επεισόδιο NNΔ/NBA	22.2(16)	37.5(36)	4.49	1	0.034
Ιστορικό πολυχρήσης	Θετικό ιστορικό NNΔ/NBA	77.8(56)	62.5(60)	98.72	1	<0.0001
	Χρήση πέραν της μιας εξαρτησιογόνου ουσίας	93.1 (67)	15.6(15)			
	Χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας	6.9(5)	84.4(81)			
Συχνότητα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών	Καθημερινά	68.1(49)	40.6(39)	12.41	1	<0.0001
	Άλλο	31.9(23)	59.4(57)			
Ιστορικό διπλής διάγνωσης	Θετικό	52.8(38)	81.3(78)	15.60	1	<0.0001

Σύμπτωμα κατά την ακούσια εισαγωγή	Αρνητικό	47.2(34)	18.8(18)			
	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	16.7(12)	34.4(33)	14.60	4	0.006
	Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	63.9(46)	38.5(37)			
	Αυτοκτονική / αυτόκαταστροφική συμπεριφορά	15.3(11)	14.6(14)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	1.4(1)	9.4(9)			
	Απουσία εναισθησίας & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά μη αλλιώς προσδιοριζόμενη	2.8(2)	3.1(3)			

Πίνακας 21. Λόγος του odds και 95% CI σε σχέση με τις μεταβλητές: επανεισδοχή και κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση (n=406).

Κλινικά & κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Exp(B)	Adjusted		p values
		95%CI Higher	Lower	
Εθνικότητα				
Άλλο				
Ελληνοκύπριος	.537	.226	.095	.001
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Τριετής/ δευτεροετής				
πρωτοετής	.295	.056	.011	.001
Ψυχιατρική διάγνωση				
Ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας.				
διαταραχές διάθεσης. χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. άλλο				
Σχιζοφρένεια	.770	.371	.179	.008
Λήψη δημόσιου βοηθήματος				
Ναι				
Όχι	.746	.369	.183	.005

Πίνακας 22. Προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση κλινικών ΚΣ (N=406)

			95% CI for EXP(B)		
		p	Exp(B)	Lower	Upper
Φύλο					
	Άνδρας				
	Γυναίκα	0.01	3.28	1.33	8.04
Ψυχιατρική διάγνωση					
	Σχιζοφρένεια	<0.0001	15.22	4.13	56.14
	Διαταραχές διάθεσης	0.99	0.00		

Πίνακας 23. Σχέση μέσων τιμών σε συμμετέχοντες με κλινικά ΚΣ (HDRS score ≥ 8) (n=44) και συμμετέχοντες χωρίς κλινικά ΚΣ (HDRS score <8) (n=362)

			95% Confidence Interval of the Difference					
			t	df	P (2-tailed)	S.E. Difference	Lower	Upper
Βαθμολογία κλίμακας Hamilton Anxiety Scale	Κλινικά ΚΣ	21.66 (8.9)	1.9	404	0.05	1.35	-0.05	5.26
	Μη κλινικά ΚΣ	19.01 (8.4)						
Βαθμολογία υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Κλινικά ΚΣ	24.27 (6.4)	-3.0	296	0.003	-6.99	2.33	-11.57
	Μη κλινικά ΚΣ	31.26 (7.6)						
Βαθμολογία υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Κλινικά ΚΣ	25.54 (8.0)	0.54	295	0.586	2.69	-3.83	6.76
	Μη κλινικά ΚΣ	24.07 (8.8)						
Βαθμολογία υποκλίμακας γενικής	Κλινικά ΚΣ	55.18 (12.1)	0.49	294	0.618	3.84	-5.64	9.47

συμπτωματολογίας PANSS	Μη κλινικά ΚΣ	53.27 (12.5)						
Συνολική βαθμολογία κλίμακα PANSS	Κλινικά ΚΣ	105.00 (21.9)	-0.49	293	0.621	7.49	-18.45	11.03
	Μη κλινικά ΚΣ	108.70 (24.5)						
Βαθμολογία κλίμακας MoCA: “Λεκτική ευχέρεια”	Κλινικά ΚΣ	0.41 (0.5)	0.98	258	0.326	0.98	-0.09	0.29
	Μη κλινικά ΚΣ	0.51 (0.5)						
Βαθμολογία κλίμακας MoCA: “Οπτικοχωρικές λειτουργίες (κύβος)”	Κλινικά ΚΣ	0.55(0.5)	-0.63	258	0.52	0.09	-0.25	0.13
	Μη κλινικά ΚΣ	0.49(0.5)						
Βαθμολογία κλίμακας MoCA: “Οπτικοχωρικές λειτουργίες (ρολόι)”	Κλινικά ΚΣ	2.55 (0.7)	-0.75	258	0.45	0.16	-0.46	0.20
	Μη κλινικά ΚΣ	2.42 (0.8)						
Συνολική βαθμολογία MoCA	Κλινικά ΚΣ	22.92 (4.1)	1.03	255	0.30	1.07	-1.00	3.22
	Μη κλινικά ΚΣ	21.81 (5.4)						

Πίνακας 24. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με την συνταγογράφηση πολυφαρμακεία και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482)

				x ² value	df	p value
Πολυφαρμακεία %(n)						
Κλινικά & κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		Χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής	Συμπεριλαμβανομένου της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής			
Φύλο	Ανδρας	7.8 (24)	39.7 (125)	17.25	1	0.008*
	Γυναίκα	1.8 (4)	21.0 (35)	6.99		<0.001**
Ηλικία	18-34 years old	6.5 (14)	33.2(72)			
	35-65 years old	4.9 (13)	33.2 (88)			
Εθνικότητα	Ελληνοκύπριος	6.4 (22)	36.5 (131)	6.88	1	.009**
	Άλλο	4.1 (5)	23.6 (29)			
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	4.8 (3)	31.7 (20)			
	Άγαμος	5.7 (24)	33.4 (140)			
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Πρωτοβάθμιο	10.8 (8)	43.2 (32)	0.73	1	.044**
	Κατώτερο δευτεροβάθμιο	5.4 (5)	38.0 (35)			
	Ανώτερο δευτεροβάθμιο	4.6 (9)	32.1 (63)			
	Τριτοβάθμιο	4.2 (5)	25.0 (30)			

Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος	4.6 (5)	23.9 (26)			
	Άνεργος	5.9 (22)	35.9 (134)	5.54	1	.019**
Ψυχιατρική διάγνωση	Σχιζοφρένεια	6.0 (14)	38.3 (90)			
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	3.2 (4)	25.4(32)			
	Διαταραχές	7.0 (8)	31.6(36)			
	Άλλο	14.3 (1)	28.6(2)			
Κύρια συμπτωματολογία κατά την ακούσια	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	10.0 (17)	35.8 (93)			
	Substance use & disorganized behavior	2.4(6)	32.7(36)			
	Αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	2.0(1)	35.3(18)			
	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	5.5 (1)	19.5(8)			
	Απουσία εναισθησίας & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	6.5(2)	25 (5)			
Ατομικό ιστορικό ακούσιας εισαγωγής	1 ^η εισαγωγή	5.1 (10)	24.5 (48)			
	Επανεισαγωγή	5.9 (17)	39.2 (112)	11.28	1	.001**
Ατομικό ιστορικό NND/NBD	1 ^ο επεισόδιο NND/NBD	2.5 (3)	23.1 (28)			
	Θετικό ιστορικό NND/NBD	6.6 (24)	36.6 (132)	7.36	1	.007**
Ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών	Ναι	2.5 (12)	34.9 (74)			
	Όχι	3.1 (15)	31.9 (86)			

*Χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής, **Συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής

Πίνακας 25. Διαφορές μεταξύ των ομάδων αναφορικά με τις υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής και τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482)

				x ² value	df	p value
Υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής %(n)						
Κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		Χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής	Συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής			
Φύλο	Άνδρας	30.2 (95)	45.4(143)	4.08	1	0.043*
	Γυναίκα	21.6 (36)	27.5 (46)	14.59	1	<0.0001**
Ηλικία	18-34 ετών	22.6 (49)	35.9 (78)			
	35-65 ετών	30.9 (82)	41.9(111)	4.21	1	.04*
Εθνικότητα	Ελληνοκυπριακή	30.1(108)	42.6(153)	5.99	1	.014*
	Άλλο	18.7 (23)	29.3 (36)	6.85	1	.006**
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	28.6(18)	30.3(24)			
	Άγαμος	27.0(113)	41.8(254)			

Εκπαιδευτικό		41.9 (31)	59.5 (44)	23.19	3	.002*
επίπεδο	Πρωτοβάθμιο			14.62	3	<0.0001**
		33.7 (31)	47.8 (44)			
	Κατώτερο δευτεροβάθμιο					
		21.9 (43)	33.7 (66)			
	Ανώτερο δευτεροβάθμιο					
		21.7 (26)	29.2 (35)			
	Τριτοβάθμιο					
Επαγγελματι	Εργαζόμενος	19.3 (21)	6.8 (33)			
κή						
κατάσταση	Άνεργος	29.5 (100)	32.4 (156)	4.45	1	.035*
				4.73	1	.003**
Psychiatric	Σχιζοφρένεια	32.8 (77)	46.0 (108)	9.48	3	.023*
Diagnosis				10.77	3	.013**
	Άλλη ψυχωτική διαταραχή υπό το φάσμα της σχιζοφρένειας	19.0 (24)	28.6 (36)			
	Διαταραχές διάθεσης	23.7 (27)	36.8 (42)			
	Άλλο	42.9 (3)	42.9 (3)			
Κύριο	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής	31.2(81)	43.1(112)			
σύμπτωμα	&					
κατά την	αποδιοργανωμένη συμπεριφορά					
ακούσια	Substance use & disorganized	21.8(24)	38.2(42)			
εισαγωγή	behavior					
	Αυτοκτονική / αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	29.4(15)	41.2(21)			

	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά	17.1(7)	22.0(9)			
	Απουσία εναισθησίας & αποδιοργανωμένη συμπεριφορά	20.0(4)	25.0(5)			
Ιστορικό ακούσιας νοσηλείας	1 ^η εισαγωγή	17.9(35)	27.0 (53)			
	Επανεισαγωγή	36.6 (96)	47.6(136)	11.28	1	<0.0001*
				20.52	1	<0.0001**
Ατομικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	1 ^ο επεισόδιο NNΔ/NBΔ	14.0 (17)	24.0 (29)			
	Θετικό ιστορικό NNΔ/NBΔ	31.6(114)	44.3(160)	14.50	1	<0.0001*
				15.75	1	<0.0001**
Ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών	Θετικό	21.7 (46)	38.7 (81)			
	Αρνητικό	31.5 (85)	39.6 (107)	5.73	1	.017*

**Χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής, **Συμπεριλαμβανομένου και της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής*

Πίνακας 26. Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των μεταβλητών «υψηλών δόσεων αντιψυχωτικής αγωγής» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αγωγής. «πολυφαρμακείας» με και χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση αντιψυχωτικής αγωγής και των κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλλινδρόμησης (n=406)

		p	Exp(B)	95% C.I.	
				Lower	Upper
Κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		Υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής			
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ		1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ			
	Θετικό ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	<0.0001	.409	.276	.605
Φύλο		Γυναίκα			
	Άνδρας	<0.0001	2.150	1.422	3.251
Ατομικό ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών		Αρνητικό			
	Θετικό	.023	.605	.393	.932
		Υψηλές δόσεις αντιψυχωτικής αγωγής με τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής			
Ατομικό ιστορικό ακούσια νοσηλείας		1 ^η εισαγωγή			
	Επανεισαγωγή	<0.0001	.430	.277	.668

Ατομικό ιστορικό χρήσης ουσιών					
Φύλο	Αρνητικό				
	Θετικό	.011	.576	.377	.879
	Γυναίκα				
	Άνδρας		2.329	1.411	3.843
Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ					
1 ^ο επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ					
	Θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ		.515	.275	.964
Πολυφαρμακεία με τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής					
Φύλο	Γυναίκα				
	Άνδρας	.015	4.509	1.337	15.201
Πολυφαρμακεία χωρίς τη συμπερίληψη της κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής					
Φύλο	Γυναίκα				
	Άνδρας	<0.0001	2.481	1.605	3.836
Ατομικό ιστορικό ακούσιας νοσηλείας					
	1 ^η εισαγωγή				
	Επανεισαγωγή	.001	4.509	1.337	15.201

Πίνακας 27. Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ατομικό Ιστορικό ΝΝΔ.ΝΒΔ			Ιστορικό ακούσιας εισαγωγής		
		1 ^ο επεισόδιο	Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ	Sig.	1 ^η εισαγωγή	Επανεισαγωγή	Sig.
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.4454	5.5262	.661	5.3980	5.5804	.267
	SD	1.75	1.69		1.89	1.58	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.7143	3.9201	.224	3.7704	3.9371	.260
	SD	1.62	1.52		1.68	1.45	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.5714	3.6584	.695	3.6990	3.5944	.592
	SD	2.11	2.05		2.18	1.98	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.7311	3.7824	.785	3.5510	3.9196	.026
	SD	1.78	1.75		1.84	1.69	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	2.9244	3.2424	.131	2.9490	3.3112	.052
	SD	1.96	2.05		1.96	2.07	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	4.8571	5.0716	.257	4.9184	5.0874	.317
	SD	2.08	2.15		2.18	2.10	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.1933	4.4215	.306	4.1122	4.5385	.033
	SD	1.79	1.77		1.91	1.68	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.4370	2.7410	.093	2.6071	2.7063	.534
	SD	1.71	1.68		1.76	1.65	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.6723	2.4034	.293	2.8827(1.76	2.7622	.450
	SD	1.63	1.71			1.65	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.8567	2.6915	.148	2.6429	2.6049	.826

	SD	1.90	1.79		1.94	1.74	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.3109	3.2534	.779	3.4439	3.1469	.091
	SD	1.96	1.84		1.94	1.82	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	2.9664	3.5455	.003	3.1837	3.5524	.033
	SD	2.04	1.90		2.04	1.87	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.2353	3.7135	.003	2.7551	2.5350	.123
	SD	1.78	1.85		1.89	1.82	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.5546	2.7080	.472	2.7449	2.6189	.491
	SD	1.49	1.54		1.54	1.54	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.5546	2.6474	.617	3.4643	3.4643	.180
	SD	1.75	1.75		1.80	1.71	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.1176	4.0358	.545	4.1020	4.0245	.499
	SD	1.29	1.21		1.24	1.23	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	2.0840	1.7879	.057	2.0918	1.7028	.003
	SD	1.49	1.36		1.51	1.29	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.7227	3.6832	.828	3.6020	3.7552	.321
	SD	1.75	1.63		1.67	1.25	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανевρισμοί</i>	Mean	1.6134	2.1047	<0.0001	1.8367	2.0839	.035
	SD	1.14	1.28		1.27	1.25	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.5966	2.2369	.075	2.6020	2.1364	.005
	SD	1.99	1.56		1.95	1.45	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.8992	1.7906	.487	1.9592	1.7203	.080
	SD	1.50	1.39		1.58	1.29	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.7983	4.1708	.040	3.9031	4.1993	.068
	SD	1.70	1.71		1.82	1.63	

<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.7815	3.9642	.254	3.9388	3.9056	.810
	SD	1.53	1.45		1.52	1.63	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.1261	2.3085	.212	2.3367	2.2133	.343
	SD	1.38	1.37		1.52	1.43	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.6807	3.9174	.145	3.8520	3.8636	.933
	SD	1.56	1.44		1.46	1.32	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.5126	5.6033	.565	5.4847	5.6469	.244
	SD	1.50	1.46		1.51	1.45	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.1765	2.3857	.231	2.4592	2.2483	.172
	SD	1.66	1.61		1.56	1.41	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	3.9748	4.1818	.285	3.8010	4.3566	.001
	SD	1.85	1.75		1.72	1.54	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.5462	2.8320	.143	2.6837	2.8147	.434
	SD	1.87	1.74		1.88	1.68	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.2857	3.3140	.893	3.3929	3.2483	.434
	SD	2.01	1.96		1.87	1.71	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών(n=358)

PANSS items		Φύλο			Φυλή		
		Γυναίκες	Άνδρες	Sig.	Λευκή	Άλλο	Sig.
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.1377	5.7016	.001	5.5705	4.6857	.032
	SD	1.68	1.69		1.64	2.29	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.8024	3.9048	.507	3.9016	3.4571	.178
	SD	1.68	1.48		1.52	1.87	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.3952	3.7651	.059	3.6510	3.4571	.615
	SD	2.02	2.08		2.06	2.19	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.4491	3.9397	.007	3.8210	3.1143	.032
	SD	2.03	1.58		1.75	1.81	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	2.6886	3.4159	<0.0001	3.2416	2.1714	.001
	SD	1.86	2.08		2.04	1.74	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	3.5269	4.8095	<0.0001	5.0738	4.3143	.041
	SD	1.03	2.07		2.12	2.31	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.6287	5.2254	<0.0001	4.4295	3.5429	.034
	SD	1.67	1.79		1.74	2.07	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.6467	2.6762	.865	2.7047	2.1714	.091
	SD	1.92	1.57		1.69	1.76	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.4910	2.9810	.003	2.8255	2.6286	.501
	SD	1.69	1.68		1.70	1.65	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.1677	2.8603	.167	2.6555(1.82	2.1714	.135

	SD	1.82	1.79			1.81	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.4910	3.1492	.073	3.2483	3.5143	.426
	SD	2.11	1.72		1.87	1.88	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.1138	3.5556	.012	3.4564	2.7143(1.80	.031
	SD	1.82	1.97		1.95		
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.8683	3.4508	.007	3.6353	3.0857	.056
	SD	1.79	1.87		1.84	1.89	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.2994	2.8667	.002	2.6823	2.5143	.601
	SD	1.69	1.44		1.53	1.59	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6587	2.6063	.755	2.6264	2.6000	.937
	SD	1.74	1.76		1.74	1.89	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.0719	4.0476	.841	4.0850	3.6857	.112
	SD	1.29	1.20		1.22	1.41	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.9042	1.8381	.630	1.8322	2.2286	.169
	SD	1.47	1.36		1.37	1.63	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.6407	3.7206	.635	3.7427	3.0571	.026
	SD	1.86	1.54		1.65	1.69	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	1.5689	2.2032	<0.0001	2.0201	1.5143	.003
	SD	1.06	1.31		1.28	0.89	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.0299	2.4825	.006	2.2841	2.8571(2.07	.119
	SD	1.73	1.64		1.65		
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.9521	1.7460	.149	1.8143	1.8571	.878
	SD	1.56	1.33		1.41	1.59	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.7305	4.2635	.003	4.1477	3.2000	.005
	SD	1.97	1.54		1.69	1.83	

<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.8204	3.9714	.294	3.9239	3.8571	.836
	SD	1.54	1.43		1.44	1.85	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.0479	2.3778	.017	2.2729	2.1429	.593
	SD	1.50	1.29		1.38	1.36	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.7246	3.902	.170	3.8949	3.4000	.109
	SD	1.66	1.36		1.45	1.74	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.574	5.5841	.948	5.6174	5.1143	.155
	SD	1.49	1.46		1.42	2.01	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.1198	2.4476	.039	2.3311	2.3714	.892
	SD	1.69	1.58		1.62	1.68	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	3.6407	4.3905	<0.0001	4.2036	3.2000	.005
	SD	1.95	1.63		1.75	1.94	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.1257	3.0984	<0.0001	2.8188	2.0286	.013
	SD	1.55	1.79		1.77	1.72	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.4850	3.2127	.150	3.2774	3.6857	.220
	SD	2.14	1.88		1.98	1.86	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items	Επαγγελματική κατάσταση				Λήψη Δημόσιου Βοηθήματος		
		Εργαζόμενος	Άνεργος	Sig.	Άνεργος	Εργαζόμενος	Sig.
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.3119	5.5630	.207	5.4298	5.5789	.340
	SD				1.77	1.66	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.6147	3.9437	.054	3.6766	4.0526	.008
	SD				1.58	1.51	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.2661	3.7453	.039	3.5404	3.7287	.318
	SD				2.10	2.03	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.7798	3.7668	.947	3.7489	3.7895	.801
	SD				1.78	1.75	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.0275	3.2038	.410	3.0723	3.2510	.335
	SD				1.98	2.08	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	4.7706	5.0912	.108	4.8809	5.1498	.097
	SD				2.13	2.15	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.2294	4.4048	.446	4.3404	4.3887	.805
	SD				1.78	1.77	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.3211	2.7668	.018	2.5064	2.8178	.044
	SD				1.73	1.66	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.4954	2.9035	.025	2.7021	2.9150	.168
	SD				1.67	1.71	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.4404	2.6729	.243	2.6213	2.6194	.991

<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	SD				1.86	1.79	
	Mean	2.8257	3.3968	.004	3.1957	3.3360	.411
	SD				1.85	1.89	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	2.9541	3.5335	.003	3.1064	3.6842	.001
	SD				1.94	1.94	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.3578	3.6649	.067	3.2723	3.9028	<0.000
	SD				1.80	1.86	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean				2.6128	2.7247	
	SD	2.3486	2.7641	.052	1.59	1.43	.527
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.4495	2.6756	.213	2.5021(1.69	2.7409	.134
	SD					1.80	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean				4.0511	4.0607	
	SD	4.1101	4.0402	.597	1.26	1.21	.932
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8899	1.8525	.801	1.8936	1.8300	.618
	SD				1.42	1.37	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.7615	3.6729	.614	3.7234	3.6640	.694
	SD				1.62	1.69	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανевρισμοί</i>	Mean	1.6881	2.0697	.004	1.7787	2.1781	<0.0001
	SD				1.21	1.28	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.3578	2.3164	.822	2.3872	2.2672	.435
	SD				1.69	1.67	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.6697	1.8606	.197	1.7787	1.8543(1.46	.559
	SD				1.38		
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.0092	4.0992	.621	3.9574	4.1943	.130
					1.72	1.69	

<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	SD						
	Mean	3.6972	3.9839	.068	3.8383	3.9960	.241
	SD				1.56	1.37	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.0459	2.3271	.053	2.1277	2.3927	.034
	SD				1.33	1.41	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.5229	3.9571	.011	3.6596	4.0486	.004
	SD				1.52	1.40	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.578	5.5818	.981	5.5872	5.5749	.927
	SD				1.49	1.45	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.0734	2.4102	.047	2.1745	2.4858	.035
	SD				1.51	1.72	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	3.9541	4.1823	.211	4.0851	4.1741	.584
	SD				1.79	1.78	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.5596	2.8204	.184	2.6511	2.8664	.184
	SD				1.79	1.76	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	2.8716	3.4343	.007	3.2468	3.3644	.513
	SD				1.75	1.99	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ιστορικό Χρήσης Ουσιών			Ιστορικό Διπλής Διάγνωσης		
		Αρνητικό	Θετικό	Sig.	Θετικό	Αρνητικό	Sig.
PANSS1. Παραληρητικές ιδέες	Mean	5.4037	5.6368	.137	5.5154	5.4873	.869
	SD	1.72	1.69				
PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη	Mean	3.9074	3.8208	.537	3.9228	3.7595	.275
	SD	1.63	1.45				
PANSS3. Ψευδαισθήσεις	Mean	3.5889	3.6981	.562	3.6543	3.6013	.790
	SD	2.11	2.01				
PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση	Mean	3.5481	4.0519	.001	3.6512	4.0127	.030
	SD	1.85	1.61				
PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου	Mean	2.9852	3.3915	.029	2.9907	3.5190	.008
	SD	2.04	2.00				
PANSS6. Επιθετικότητα	Mean	4.9111	5.1557	.134	5.0031	5.0506	.788
	SD	2.09	2.12				
PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως	Mean	4.0148	4.8113	<0.0001	4.1975	4.7089	.015
	SD	2.76	(1.79)				
PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα	Mean	2.7667	2.5377	.130	2.7377	2.5190	.167
	SD	1.87	1.45				
PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση	Mean	2.7481	2.8915	.353	2.7747	2.8861	.493
	SD	1.76	1.62				
PANSS10. Πενία Λόγου	Mean	2.5407	2.7217	.273	2.6111	2.6392	.870
	SD	1.93	1.68				

<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.4407	3.0472	.019	3.3025	3.1962	.543
	SD	1.99	1.68				
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.4037	3.4009	.987	3.4475	3.3101	.452
	SD	1.98	1.88				
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.7963	3.3396	.001	3.7500	3.2785	.001
	SD	1.84	1.88				
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.6111	2.7453	.448	2.6204	2.7722	.426
	SD	1.65	1.35				
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6333	2.6132	.900	2.6296	2.6139	.927
	SD	1.77	1.73				
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.0296	4.0896	.595	4.0309	4.1076	.522
	SD	1.26	1.20				
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8556	1.8679	.922	1.8426	1.8987	.675
	SD	1.46	1.32				
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.5444	3.8821	.024	3.6451	3.7911	.342
	SD	1.75	1.51				
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	1.9259	2.0566	.259	1.9444	2.0633	.334
	SD	1.27	1.25				
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.2000	2.4858	.065	2.2160	2.5506	.048
	SD	1.66	1.71				
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.8815	1.7358	.256	1.8611	1.7278	.314
	SD	1.49	1.32				
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.9444	4.2500	.046	4.0247	4.1899	.307
	SD	1.87	1.48				

<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.8926	3.9528	.652	3.9043	3.9494	.747
	SD	1.53	1.39				
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.2630	2.2642	.992	2.2901	2.2089	.508
	SD	1.51	1.19				
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.7630	3.9811	.098	3.8395	3.8987	.669
	SD	1.60	1.29				
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.5593	5.6085	.712	5.5864	5.5696	.907
	SD	1.53	1.39				
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3704	2.2877	.571	2.3302	2.3418	.941
	SD	1.77	1.43				
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	3.8519	4.4858	<0.0001	4.0093	4.3797	.029
	SD	1.82	1.67				
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.6778	2.8679	.240	2.7130	2.8608	.396
	SD	1.82	1.71				
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.4667	3.1038	.042	3.3210	3.2785	.820
	SD	2.07	1.82				

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items	Εθνικότητα				Γλώσσα Επικοινωνίας		
		Ελληνοκυπριακή	Ελληνοκυπριακή	Sig.	Ελληνική	Άλλη	Sig.
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.6769	5.0081	.001	5.6633	4.7284	<0.0001
	SD	1.55	2.04				
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.9471	3.6423	.080	3.9202	3.6173	.164
	SD	1.49	1.71				
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.6574	3.5772	.722	3.6958	3.3457	.193
	SD	2.02	2.19				
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.8774	3.4553	.036	3.8529	3.3580	.053
	SD	1.67	1.99				
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.2841	2.8130	.025	3.2594	2.6914	.025
	SD	2.04	1.98				
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	5.1671	4.5854	.003	5.1571	4.3333	.001
	SD	2.04	2.32				
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.5543	3.8130	.002	4.4963	3.7160	.006
	SD	1.71	1.81				
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.7521	2.4146	.062	2.7581	2.2099	.013
	SD	1.68	1.73				
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.8384	2.7317	.553	2.8254	2.7407	.696
	SD	1.69	1.73				
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.6797	2.4472	.237	2.6708	2.3704	.203
	SD	1.79	1.89				

<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.1978	3.4715	.182	3.2269	3.4691	.330
	SD	1.82	2.00				
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.5850	2.8699	<0.0001	3.5786	2.5309	<0.0001
	SD	1.96	1.87				
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.6630	3.3984	.105	3.6434	3.3580	.155
	SD	1.85	1.77				
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.7214	2.5203	.310	2.7307	2.3704	.111
	SD	1.53	1.56				
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6574	2.5285	.478	2.6683	2.4074	.212
	SD	1.76	1.73				
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.1393	3.8130	.014	4.1122	3.7778	.041
	SD	1.21	1.28				
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8245	1.9675	.332	1.8304	2.0123	.309
	SD	1.39	1.41				
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.7967	3.3902	.026	3.7481	3.4198	.139
	SD	1.61	1.77				
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	2.0446	1.8049	.076	2.0324	1.7407	.060
	SD	1.25	1.27				
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.3008	2.3984	.604	2.2793	2.5556	.239
	SD	1.63	1.85				
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.7660	1.9675	.213	1.7681	2.0617	.160
	SD	1.35	1.60				
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.2535	3.5691	.001	4.1845	3.5556	.009
	SD	1.58	1.97				

<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.9666	3.7805	.25	3.9825	3.6049	.055
	SD	1.43	1.58				
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.2981	2.1626	.355	2.2569	2.2963	.832
	SD	1.37	1.41				
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.9415	3.6179	.054	3.8903	3.7037	.377
	SD	1.39	1.66				
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.6657	5.3333	.053	5.6758	5.1111	.011
	SD	1.37	1.71				
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3398	2.3171	.896	2.3142	2.4321	.579
	SD	1.61	1.68				
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.2841	3.6829	.003	4.2394	3.5926	.008
	SD	1.68	1.98				
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.8384	2.5366	.125	2.8354	2.3951	.070
	SD	1.72	1.92				
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.2423	3.4959	.769	3.2718	3.4815	.399
	SD	1.96	2.01				

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Οικογενειακή κατάσταση			Θρήσκευμα		
		Έγγαμος	Άγαμος	Sig.	X.O.	Άλλο	Sig.
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.1111	5.5656	.069	5.5965	5.0723	.038
	SD	1.84	1.69				
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.7143	3.8926	.425	3.8997	3.7229	.387
	SD	1.66	1.53				
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.0159	3.7303	.008	3.6541	3.5542	.688
	SD	1.94	2.07				
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.4921	3.8115	.212	3.8246	3.5060	.186
	SD	1.89	1.74				
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.2857	3.1456	.607	3.1880	3.0482	.586
	SD	2.00	2.04				
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	4.5714	5.0859	.036	5.1153	4.5542	.020
	SD	2.12	2.13				
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	3.8254	4.4463	.033	4.4361	4.0241	.136
	SD	1.79	1.77				
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.3492	2.7136	.117	2.6992	2.5060	.368
	SD	1.71	1.69				
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.1746	2.9069	.001	2.8070	2.8313	.908
	SD	1.49	1.71				
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	1.9683	2.7184	.001	2.6065	2.6867	.731

	SD	1.56	1.84				
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	2.5238	3.3795	.001	3.2080	3.5542	.150
	SD	1.79	1.86				
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	2.8730	3.4821	.020	3.5088	2.8916	.007
	SD	1.59	1.97				
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.4762	3.6134	.549	3.6090	3.5301	.676
	SD	1.90	1.84				
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.0794	2.7589	.003	2.6566	2.7349	.739
	SD	1.71	1.52				
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.4762	2.6468	.418	2.6566	2.4699	.364
	SD	1.51	1.79				
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναισθημα</i>	Mean	4.1746	4.0382	.421	4.1253	3.7229	.012
	SD	1.25	1.23				
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.9206	1.8520	.721	1.8672	1.8313	.822
	SD	1.42	1.39				
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.6349	3.7017	.782	3.7444	3.4458	.173
	SD	1.79	1.64				
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	1.7619	2.0167	.112	1.9950	1.9277	.673
	SD	1.16	1.27				
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναισθημα</i>	Mean	2.3968	2.3150	.727	2.2932	2.4819	.406
	SD	1.74	1.68				
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.6667	1.8401	.328	1.7945	1.9277	.487
	SD	1.28	1.44				
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.7302	4.1313	.090	4.1504	3.7349	.063

<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	SD	1.73	1.71				
	Mean	3.6508	3.9594	.165	3.9348	3.8434	.633
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	SD	1.66	1.44				
	Mean	2.2063	2.2721	.707	2.2206	2.4699	.162
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	SD	1.27	1.39				
	Mean	3.6667	3.8878	.284	3.8897	3.7108	.362
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	SD	1.52	1.47				
	Mean	5.4603	5.5990	.497	5.6391	5.3012	.108
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	SD	1.51	1.46				
	Mean	1.9365	2.3938	.024	2.3434	2.2892	.790
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	SD	1.45	1.64				
	Mean	3.8413	4.1742	.208	4.188	3.8554	.169
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	SD	1.97	1.75				
	Mean	2.0317	2.8711	<0.0001	2.8120	2.5181	.212
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	SD	1.47	1.79				
	Mean	2.6984	3.3986	.011	3.2632	3.5181	.295
	SD	1.99	1.96				

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Συχνότητα χρήσης ουσιών		
		Καθημερινά	Άλλο	Sig.
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.7265	5.5657	.485
	SD	1.74	1.64	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.8462	3.8283	.928
	SD	1.44	1.45	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.7265	3.7071	.944
	SD	2.05	1.99	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	4.0513	4.0404	.961
	SD	1.61	1.61	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.3846	3.4444	.828
	SD	2.03	2.00	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	5.1453	5.2121	.783
	SD	2.15	2.05	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.6838	5.0000	.271
	SD	1.84	1.72	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.6239	2.4747	.455
	SD	1.45	1.47	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.9231	2.8788	.842
	SD	1.63	1.61	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.7009	2.7778	.740
	SD	1.64	1.75	

<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.0000	3.1414	.543
	SD	1.62	1.77	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.4188	3.4141	.986
	SD	1.82	2.01	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.4017	3.3030	.599
	SD	1.82	1.96	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.7350	2.8283	.723
	SD	1.39	1.35	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6154	2.6263	.964
	SD	1.63	1.86	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.0000	4.1919	.252
	SD	1.17	1.27	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	2.0171	1.7071	.082
	SD	1.36	1.24	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.7778	4.0101	.260
	SD	1.49	1.52	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	2.1624	1.9394	.188
	SD	1.27	1.21	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.3846	2.5657	.441
	SD	1.64	1.78	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.8889	1.5455	.051
	SD	1.39	1.19	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.2137	4.3535	.494
	SD	1.25	1.53	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	4.0598	3.8384	.248

	SD	1.41	1.39	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.3077	2.202	.512
	SD	1.22	1.14	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	4.0427	3.9394	.561
	SD	1.19	1.38	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.6325	5.596	.847
	SD	1.41	1.36	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3846	2.2121	.384
	SD	1.44	1.46	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.5726	4.4141	.482
	SD	1.70	1.59	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.8120	2.9596	.533
	SD	1.66	1.79	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	2.9829	3.2929	.222
	SD	1.77	1.92	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ηλικιακή Ομάδα				Sig.
		18-24 Mean (SD)	25-34 Mean (SD)	35-44 Mean (SD)	45-65 Mean (SD)	
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	6.0175	5.5625	5.5000	5.2645	.039
	SD	1.66	1.78	1.61	1.69	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	4.0351	3.6938	4.1818	3.7677	.049
	SD	1.60	1.55	1.53	1.52	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	4.6667	3.8000	3.6455	3.0839	<0.0001
	SD	2.04	2.14	1.99	1.89	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.8421	3.8438	3.8818	3.5871	.479
	SD	1.85	1.69	1.73	1.83	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.1404	2.9813	3.1364	3.3806	.380
	SD	1.88	2.09	2.07	1.99	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	5.3158	5.2375	4.9455	4.7355	.042
	SD	2.11	2.19	2.17	1.98	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.9474	4.7000	4.2545	3.8839	.001
	SD	1.86	1.82	1.73	1.69	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	3.0000	2.7438	2.8545	2.3290	.018
	SD	1.81	1.57	1.79	1.67	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	3.3333	3.0625	2.6545	2.4710	.001
	SD	1.84	1.65	1.69	1.62	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	3.0351	2.8688	2.6182	2.2129	.003
	SD	1.95	1.78	1.87	1.73	

<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.7018	3.5063	3.2364	2.8839	.006
	SD	1.86	1.77	1.93	1.88	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.6491	3.5438	3.4182	3.1548	.194
	SD	1.87	2.05	1.90	1.80	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.5439	3.2375	3.8364	3.8129	.002
	SD	1.81	1.77	1.81	1.97	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.9474	3.0188	2.5636	2.2839	.005
	SD	1.67	1.46	1.54	1.53	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.4912	2.6313	2.7273	2.5935	.860
	SD	1.71	1.88	1.61	1.73	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	3.9123	4.1063	4.1818	3.9677	.396
	SD	1.43	1.34	1.06	1.15	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8947	2.0000	1.7364	1.7935	.415
	SD	1.54	1.39	1.33	1.39	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.5439	3.6875	3.7545	3.7097	.890
	SD	1.73	1.55	1.74	1.68	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	2.0877	2.0063	2.1364	1.8129	.180
	SD	1.29	1.19	1.36	1.24	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.3684	2.6125	2.1818	2.1161	.048
	SD	1.81	1.79	1.48	1.63	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	2.1930	1.8250	1.7636	1.7097	.168
	SD	1.71	1.35	1.49	1.29	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.9298	4.1750	4.1818	3.9613	.562
	SD	1.76	1.66	1.67	1.79	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	4.1754	3.7750	4.0636	3.8710	.212
	SD	1.51	1.52	1.40	1.44	

<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.4386	2.2688	2.3182	2.1548	.561
	SD	1.43	1.29	1.47	1.38	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.9474	3.8000	3.8545	3.8903	.912
	SD	1.53	1.47	1.54	1.41	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.5263	5.5188	5.7364	5.5548	.651
	SD	1.40	1.59	1.39	1.42	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.4386	2.5063	2.3091	2.1355	.225
	SD	1.59	1.59	1.69	1.62	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.7895	4.3000	4.2182	3.6516	<0.0001
	SD	1.80	1.74	1.71	1.75	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	3.3333	2.9813	2.8182	2.2839	<0.0001
	SD	2.09	1.79	1.75	1.53	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.7193	3.5688	3.2455	2.9290	.011
	SD	1.87	1.88	2.04	2.00	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Επαρχία Διαμονής					Sig.
		Λευκωσία Mean (SD)	Λεμεσός Mean (SD)	Λάρνακα Mean (SD)	Πάφος Mean (SD)	Αμμόχωστος Mean (SD)	
PANSS1. Παραληρητικές ιδέες	Mean	5.5459	5.5682	5.3441	5.5652	5.3846	.864
	SD	1.68	1.81	1.71	1.59	1.69	
PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη	Mean	3.8108	4.0379	3.7849	3.6087	4.1923	.340
	SD	1.54	1.61	1.57	1.39	1.49	
PANSS3. Ψευδαισθήσεις	Mean	3.5730	3.7803	3.6237	3.7174	3.2692	.790
	SD	2.01	2.09	1.99	2.17	2.38	
PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση	Mean	3.8541	3.6288	3.7849	3.6304	4.0769	.673
	SD	1.75	1.69	1.99	1.45	1.89	
PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου	Mean	3.1135	3.2955	3.1398	2.8913	3.4231	.750
	SD	1.97	2.14	2.02	1.95	2.21	
PANSS6. Επιθετικότητα	Mean	5.1027	5.0379	4.7957	5.3043	4.6154	.352
	SD	2.09	2.13	2.20	2.28	2.04	
PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως	Mean	4.5297	4.2879	4.0323	4.5000	4.5385	.425
	SD	1.70	1.87	1.80	1.72	1.79	
PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα	Mean	2.6865	2.6591	2.5161	2.7174	3.0000	.773
	SD	1.69	1.69	1.65	1.64	2.04	
PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση	Mean	2.9081	2.7348	2.6667	2.9783	2.7308	.728
	SD	1.74	1.63	1.65	1.67	1.95	
PANSS10. Πενία Λόγου	Mean	2.5892	2.6439	2.5376	2.7391	2.8077	.947
	SD	1.79	1.81	1.84	1.86	2.12	

<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.4108	3.2803	3.1828	3.1304	2.7308	.455
	SD	1.89	1.79	1.97	1.73	1.97	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.4649	3.4470	3.2903	3.4348	3.0769	.838
	SD	1.88	1.89	1.83	2.09	2.58	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.5297	3.6515	3.7634	3.1739	3.9231	.183
	SD	1.88	1.83	1.92	1.68	1.96	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.6270	2.7273	2.4624	2.8913	3.0385	.591
	SD	1.59	1.47	1.56	1.47	1.52	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.8811	2.7424	2.2903	2.3913	1.8077	.006
	SD	1.86	1.72	1.62	1.64	1.26	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.1027	4.1288	4.0538	3.6087	4.1538	.139
	SD	1.21	1.20	1.17	1.44	1.32	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.9081	2.0530	1.7204	1.5000	1.6923	.130
	SD	1.46	1.49	1.27	1.11	1.19	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.8000	3.6364	3.6667	3.2609	4.0769	.242
	SD	1.60	1.65	1.79	1.53	1.77	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	1.9892	2.0758	1.9462	1.7826	1.9615	.744
	SD	1.23	1.32	1.25	1.11	1.51	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.4162	2.4697	2.1183	2.1304	2.0385	.370
	SD	1.77	1.61	1.61	1.48	1.93	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.8054	1.8636	1.7312	1.6739	2.2308	.530
	SD	1.37	1.45	1.38	1.32	1.90	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.1405	3.9697	4.0860	4.0217	4.2692	.888
	SD	1.60	1.77	1.86	1.71	1.78	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.9351	3.9697	3.9247	3.6522	4.0000	.778
	SD	1.47	1.60	1.37	1.48	1.06	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.1838	2.2348	2.4731	2.2609	2.2308	.585

	SD	1.36	1.39	1.49	1.18	1.39	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.7189	3.9848	3.9355	3.6957	4.2308	.277
	SD	1.51	1.46	1.38	1.58	1.42	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.6703	5.3712	5.5699	5.8261	5.6154	.324
	SD	1.42	1.63	1.51	1.14	1.29	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3297	2.3561	2.3548	2.1739	2.4615	.958
	SD	1.63	1.56	1.63	1.66	2.04	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.1568	4.0530	4.0538	4.1522	4.5769	.718
	SD	1.73	1.85	1.91	1.48	1.79	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.8270	2.8636	2.3548	3.0000	2.8077	.170
	SD	1.73	1.82	1.59	1.71	2.38	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.5081	3.2803	3.0645	3.3043	2.8846	.338
	SD	2.01	1.84	2.02	1.99	2.10	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Οικογενειακό Ιστορικό			Sig.
		Αρνητικό Mean (SD)	Θετικό Mean (SD)	Άγνωστο Mean (SD)	
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.5805	5.3538	5.7692	.165
	SD	1.76	1.66	1.71	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.7756	3.9198	4.0000	.489
	SD	1.57	1.53	1.56	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.5951	3.6368	3.7692	.840
	SD	2.17	1.97	2.03	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.8878	3.6792	3.6923	.450
	SD	1.74	1.82	1.66	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.2634	3.0330	3.2769	.457
	SD	2.02	2.01	2.15	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	4.5415	4.2406	4.2154	.231
	SD	2.09	2.18	2.16	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.5415	4.2406	4.2154	.298
	SD	1.78	1.72	1.92	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.5317	2.8774	2.4000	.045
	SD	1.53	1.86	1.57	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.8341	2.8066	2.7538	.945
	SD	1.65	1.76	1.66	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.6634	2.5802	2.6154	.898
	SD	1.77	1.86	1.92	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.1561	3.3632	3.3077	.521

	SD	1.79	1.97	1.81	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.4732	3.3019	3.5077	.569
	SD	1.89	1.95	2.05	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.4683	3.8160	3.2769	.014
	SD	1.84	1.85	1.93	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.7024	2.6415	2.6615	.949
	SD	1.55	1.54	1.44	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6195	2.5802	2.7846	.713
	SD	1.78	1.69	1.87	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.0244	4.0755	4.0923	.886
	SD	1.18	1.27	1.27	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8829	1.8160	1.9385	.791
	SD	1.37	1.39	1.49	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.6098	3.7500	3.7692	.637
	SD	1.60	1.68	1.77	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	2.0341	1.9575	1.9077	.722
	SD	1.28	1.29	1.10	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.3512	2.2358	2.5385	.431
	SD	1.64	1.67	1.85	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.7366	1.9245	1.7231	.340
	SD	1.34	1.48	1.44	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.1463	4.0047	4.1077	.694
	SD	1.64	1.79	1.68	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.9366	3.9151	3.8769	.959
	SD	1.48	1.40	1.65	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.2683	2.1981	2.4615	.402

	SD	1.31	1.40	1.49	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.9268	3.8113	3.8000	.685
	SD	1.50	1.43	1.53	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.5263	5.5188	5.7364	.985
	SD	1.50	1.40	1.61	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3854	2.3302	2.1846	.687
	SD	1.62	1.64	1.64	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.1463	4.1274	4.0923	.977
	SD	1.75	1.78	1.92	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.8537	2.6368	2.8769	.393
	SD	1.74	1.82	1.73	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.2780	3.3491	3.2615	.917
	SD	1.83	2.11	1.98	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

		Διάγνωση NNΔ/NBΔ μελών της οικογένειας							
PANSS items			Σχιζοφρένια και άλλη ψυχωτική διαταραχή	Διαταραχές Διάθεσης Mean (SD)	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και υπόψη συναιών	Διαταραχή διάθεση και υπόψη συναιών	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και	Άλλο Mean (SD)	Sig.
PANSS1. Παραληρητικές ιδέες	Mean	5.6517	5.0000	6.5000	5.1667	5.0526	5.5000	.162	
	SD	1.19	1.93	0.71	1.47	1.89	1.99		
PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη	Mean	4.2022	3.5507	5.0000	3.8333	4.1053	3.6786	.101	
	SD	1.38	1.60	1.41	0.75	1.41	1.79		
PANSS3. Ψευδαισθήσεις	Mean	4.1685	3.0435	5.0000	2.6667	3.8947	3.1786	.004	
	SD	1.93	1.75	2.83	1.51	2.21	2.00		
PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση	Mean	3.4719	3.7536	5.0000	5.8333	3.4737	3.6786	.048	
	SD	1.78	1.89	0.00	0.75	1.87	1.63		
PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου	Mean	2.6966	3.4203	6.0000	3.3333	2.7895	3.1786	.072	
	SD	1.95	1.89	1.41	2.07	1.99	2.25		
PANSS6. Επιθετικότητα	Mean	5.3596	4.3333	5.5000	4.1667	4.5263	5.0000	.006	
	SD	2.31	2.10	1.41	0.84	2.26	2.17		
PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως	Mean	4.2584	4.1159	6.0000	4.5000	4.3158	4.2500	.898	
	SD	1.31	1.82	2.12	1.33	1.25	1.92		
PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα	Mean	3.5393	1.9855	2.0000	2.1667	3.0526	3.0000	<0.0001	
	SD	1.89	1.45	1.41	1.83	1.87	1.74		
PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση	Mean	3.1685	2.1594	3.0000	1.6667	3.0000	3.4286	.001	

	SD	1.87	1.39	2.82	1.03	1.94	1.67	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	3.0000	1.9420	2.5000	1.0000	2.8947	2.8571	.002
	SD	1.98	1.57	2.12	0.00	2.08	1.65	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	4.0112	2.5797	2.0000	1.0000	3.2632	3.7143	<0.0001
	SD	1.81	1.87	1.41	0.00	2.18	1.67	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.9663	2.4638	3.5000	3.1667	3.4211	3.2500	<0.0001
	SD	2.08	1.69	0.00	0.00	2.12	1.80	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	4.1011	3.3478	4.5000	4.3333	3.8421	3.8929	.060
	SD	1.56	1.79	1.55	2.40	1.92	1.94	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	3.1011	2.1304	1.0000	1.0000	2.7895	2.7143	.007
	SD	1.71	1.27	2.12	1.97	1.26	1.49	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6629	2.4058	4.5000	2.1667	3.0526	2.6429	.395
	SD	1.74	1.51	3.54	1.47	1.93	1.87	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	3.9101	4.1884	5.5000	4.6667	4.2632	4.0714	.292
	SD	1.39	1.12	0.71	1.03	1.28	1.33	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8090	1.5797	2.0000	1.5000	2.1053	2.3571	.201
	SD	1.49	1.12	1.41	0.84	1.63	1.59	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.3371	4.0145	5.5000	5.1667	4.0526	3.8571	.013
	SD	1.73	1.60	0.71	1.17	1.72	1.48	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	2.1573	1.5652	2.5000	1.6667	2.1053	2.2143	.063
	SD	1.45	0.99	2.12	1.03	1.15	1.45	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.1910	2.0580	2.0000	1.0000	2.7368	2.7500	.127
	SD	1.54	1.62	1.45	0.00	2.26	1.79	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	2.2809	1.5072	1.0000	1.0000	2.2105	1.8571	.011
	SD	1.71	1.08	0.00	0.00	1.65	1.35	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.1798	3.7536	5.0000	5.0000	3.6842	3.9286	.373
		1.91	1.74	0.00	0.63	1.95	1.49	

	SD							
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.9213	3.9710	5.5000	3.6667	3.9474	3.6786	.603
	SD	1.32	1.37	2.12	1.75	1.58	1.52	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.4157	1.8841	4.0000	1.8333	2.0526	2.1429	.077
	SD	1.61	1.08	0.00	1.60	1.18	1.18	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.8764	3.5652	5.0000	4.5000	4.0000	3.9643	.359
	SD	1.49	1.38	1.41	1.05	1.33	1.55	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.8539	5.5507	6.0000	6.1667	4.7895	5.1786	.022
	SD	1.14	1.47	1.41	1.17	1.83	1.47	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.5056	1.8261	3.0000	1.8333	2.8421	2.7857	.027
	SD	1.65	1.37	2.83	1.60	2.12	1.55	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.1685	4.0000	4.5000	4.3333	4.3684	4.1071	.969
	SD	1.82	1.85	0.71	0.82	1.71	1.75	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.7865	2.1304	3.5000	1.5000	3.7895	2.7857	.004
	SD	1.70	1.65	2.54	1.22	1.09	1.89	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.9551	2.6522	2.0000	1.0000	3.5263	3.5000	<0.0001
	SD	2.08	1.91	1.41	0.00	2.39	1.84	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Λόγοι Εισδοχής					Sig.
		Απουσία εναισθησίας Mean (SD)	Διακοπή φαρμακευτικής συντήρησης και Χρήση ουσιών και απουσία εναισθησίας	Αυτοκτονική συμπεριφορά Mean (SD)	Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά Mean (SD)		
PANSS1. Παραληρητικές ιδέες	Mean	5.8500	5.6808	5.9818	4.9216	3.6829	<0.0001
	SD	1.31	1.36	1.44	2.34	2.29	
PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη	Mean	3.2000	4.1346	4.0545	3.3333	2.6829	<0.0001
	SD	1.47	1.47	1.38	1.66	1.66	
PANSS3. Ψευδαισθήσεις	Mean	4.2000	3.5885	4.0909	3.6863	2.3902	<0.0001
	SD	2.04	2.01	1.94	2.17	2.13	
PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση	Mean	3.9000	3.8346	4.3182	3.1176	2.6341	<0.0001
	SD	1.29	1.74	1.57	1.84	1.84	
PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου	Mean	3.2000	3.1962	3.6000	2.9804	2.0000	.001
	SD	2.17	1.99	1.97	2.25	1.75	
PANSS6. Επιθετικότητα	Mean	5.0000	5.2000	5.4091	4.3922	3.6098	<0.0001
	SD	1.88	1.99	1.96	2.67	2.38	
PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως	Mean	4.6000	4.3385	4.9909	4.0588	3.1220	<0.0001
	SD	1.78	1.49	1.66	2.33	2.09	
PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα	Mean	2.3500	2.8577	2.5273	2.6667	1.9756	.020
	SD	1.46	1.85	1.37	1.57	1.52	
PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση	Mean	2.3500	2.7423	2.8091	3.0980	3.1220	.315

	SD	1.49	1.79	1.61	1.57	1.47	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.2500	2.6231	2.6455	3.0000	2.2439	.310
	SD	1.52	1.91	1.61	1.98	1.71	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.1500	3.2231	2.9545	3.5686	4.0732	.015
	SD	1.57	2.00	1.66	1.64	1.77	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.2500	3.5846	3.4273	3.3137	2.3659	.003
	SD	1.37	2.01	1.98	1.79	1.73	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.1000	3.8385	3.4455	3.2941	3.0732	.003
	SD	1.55	1.83	1.82	1.94	1.84	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	1.9000	2.6692	2.7364	2.7451	2.7805	.480
	SD	1.59	1.59	1.44	1.47	1.35	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	3.5000	2.5538	2.6000	2.6471	2.6829	.241
	SD	2.09	1.82	1.73	1.45	1.46	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.1500	4.0154	4.0909	4.0392	4.1951	.980
	SD	1.27	1.28	1.18	1.23	1.12	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8000	1.5962	1.8273	2.5686	2.7805	<0.0001
	SD	1.54	1.19	1.33	1.73	1.64	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.9000	3.7269	3.9273	3.3922	3.1220	.056
	SD	1.55	1.73	1.61	1.59	1.29	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανевρισμοί</i>	Mean	1.6500	2.0038	2.1364	2.0000	1.5854	.127
	SD	1.04	1.29	1.27	1.29	1.04	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.4000	1.8923	2.1364	3.6275	3.9268	<0.0001
	SD	1.57	1.34	1.47	1.99	2.07	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.2000	1.7731	1.7818	2.1961	2.0244	.071
	SD	0.69	1.42	1.38	1.76	1.21	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.3500	4.2846	4.4364	3.4706	2.9268	<0.0001
		1.81	1.68	1.27	1.89	1.97	

	SD						
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.8500	4.0654	4.0909	3.4510	3.1463	<0.0001
	SD	1.46	1.40	1.37	1.75	1.49	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	1.6000	2.2962	2.4273	2.2549	1.9512	.075
	SD	1.19	1.47	1.23	1.37	1.14	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.3500	3.9192	4.1364	3.6471	3.2439	.005
	SD	1.66	1.54	1.26	1.45	1.26	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	6.0000	5.7423	5.9455	4.8627	4.2683	<0.0001
	SD	0.92	1.38	1.12	1.67	1.80	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	1.8500	2.3577	2.2909	2.4706	2.3659	.686
	SD	1.23	1.77	1.38	1.58	1.56	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	3.9500	4.0462	4.7818	4.2353	2.8780	<0.0001
	SD	1.54	1.61	1.48	2.44	1.99	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.5000	2.7654	2.9091	2.9216	2.2683	.312
	SD	1.54	1.76	1.74	1.92	1.89	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	2.7500	3.2923	2.9455	3.8627	3.9512	.008
	SD	1.59	2.08	1.82	1.74	1.83	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ιατρική Διάγνωση				Sig.
		Σχιζοφρένεια	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές	Διαταραχές διάθεσης	Άλλο	
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.9787	5.9286	4.0965	5.0000	<0.0001
	SD	1.29	1.34	2.02	2.24	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	4.1660	4.1270	2.9912	3.5714	<0.0001
	SD	1.38	1.49	1.65	1.27	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	4.2298	3.8889	2.1579	3.2857	<0.0001
	SD	1.88	2.18	1.45	2.93	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.6723	3.9841	3.7982	2.7143	.163
	SD	1.59	1.79	2.05	1.25	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.1319	2.9524	3.5351	2.0000	.057
	SD	2.01	2.11	1.97	1.53	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	5.6128	5.3889	3.4035	4.7143	<0.0001
	SD	2.12	2.19	1.96	2.38	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.6000	4.6190	3.6228	4.0000	<0.0001
	SD	1.46	1.52	1.63	2.21	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	3.3489	2.7778	1.1842	1.8571	<0.0001
	SD	1.64	1.59	0.71	1.46	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	3.2766	3.0000	1.6316	3.0000	<0.0001
	SD	1.72	1.60	1.12	1.53	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	3.1915	2.7063	1.3333	2.8571	<0.0001
	SD	1.85	1.78	1.01	1.95	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.8511	3.1587	2.1579	3.7143	<0.0001

	SD	1.68	1.79	1.77	2.29	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας /</i>	Mean	4.3234	3.5635	1.3246	3.4286	<0.0001
<i>Συνέχισης Διαλόγου</i>	SD	2.03	1.79	1.37	2.21	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.8638	3.3730	3.3158	3.1429	.003
	SD	1.37	1.74	1.03	1.90	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	3.1830	2.6587	1.5877	3.2857	<0.0001
	SD	1.61	1.63	1.16	1.77	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.9489	2.5079	1.9737	4.4286	<0.0001
	SD	1.93	1.61	1.18	1.90	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	3.9957	4.1587	4.0088	5.0000	.127
	SD	1.29	1.39	0.88	0.82	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8213	2.0714	1.6930	2.1429	.173
	SD	1.36	1.58	1.21	1.86	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.3745	3.7460	4.2895	3.7143	<0.0001
	SD	1.54	1.68	1.72	1.25	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	2.3872	2.0238	1.1404	1.4286	<0.0001
	SD	1.35	1.69	0.53	0.79	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.1830	2.6587	2.1754	3.5714	.010
	SD	1.41	1.89	1.86	1.90	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.8809	1.9048	1.6053	1.5714	.295
	SD	1.48	1.44	1.27	0.98	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.2298	4.1587	3.6930	3.8571	.046
	SD	1.66	1.62	1.89	1.57	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	4.2468	3.7063	3.5526	2.7143	<0.0001
	SD	1.35	1.58	1.43	1.25	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.3702	2.4365	1.8333	2.5714	.002
	SD	1.43	1.49	1.01	1.13	

<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.9660	3.9286	3.5702	3.7143	.113
	SD	1.51	1.51	1.32	1.38	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.8298	5.4683	5.2281	5.0000	.002
	SD	1.26	1.49	1.71	2.24	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.5787	2.6032	1.5088	2.7143	<0.0001
	SD	1.70	1.65	1.09	1.49	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.2596	4.4921	3.5175	3.2857	<0.0001
	SD	1.68	1.74	1.88	1.79	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	3.3702	3.0159	1.2193	2.8571	<.0001
	SD	1.67	1.79	0.83	1.46	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.9064	3.2937	2.0877	3.2857	.0002
	SD	1.83	1.98	1.69	2.14	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)				Sig.
		Ελλιποβαρής	Φυσιολογικό	Παχύσαρκο	Υπέρβαρο	
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.0909	5.5891	5.4240	5.4634	.552
	SD	1.72	1.73	1.69	1.64	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.4091	3.8168	3.8240	4.0488	.359
	SD	1.59	1.56	1.62	1.41	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.5455	3.8663	3.5200	3.2927	.162
	SD	1.87	2.09	2.09	2.07	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.3182	3.8762	3.8880	3.6341	.398
	SD	1.89	1.82	1.79	1.67	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	2.9091	3.1931	3.1120	3.2439	.895
	SD	2.18	1.98	2.05	2.02	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	4.7273	5.0099	4.7920	5.1463	.465
	SD	2.26	2.15	2.16	1.95	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	3.4091	4.4950	4.5120	4.0976	.070
	SD	1.78	1.82	1.83	1.56	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.5000	2.6287	2.5280	2.7805	.754
	SD	1.87	1.66	1.73	1.76	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.9091	2.8168	2.6000	2.7927	.675
	SD	2.14	1.65	1.62	1.81	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.5455	2.5792	2.4160	2.6341	.830
	SD	1.95	1.78	1.83	1.93	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.5000	3.3911	3.0480	3.0244	.267
	SD	2.24	1.85	1.88	1.99	

<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.5000	3.3020	3.3280	3.3659	.967
	SD	1.94	1.95	1.87	1.96	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.1364	3.4356	3.5840	4.1220	.004
	SD	1.95	1.80	1.93	1.83	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.3182	2.6139	2.5440	2.6707	.878
	SD	2.03	1.52	1.47	1.55	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6818	2.4901	2.4880	3.2317	.008
	SD	1.58	1.69	1.59	2.10	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.0000	3.9653	4.0800	4.2561	.344
	SD	1.30	1.29	1.12	1.24	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	2.1818	1.8020	1.8080	2.0854	.304
	SD	1.71	1.30	1.37	1.66	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.7727	3.6436	3.5920	4.1098	.135
	SD	1.66	1.68	1.69	1.65	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	1.7273	2.0149	1.8320	2.0488	.419
	SD	1.12	1.26	1.25	1.30	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.6818	2.2624	2.3520	2.2439	.694
	SD	1.86	1.63	1.74	1.64	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.7727	1.8812	1.8800	1.5976	.466
	SD	1.54	1.45	1.43	1.41	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.8636	4.0248	4.0720	4.1829	.855
	SD	1.96	1.72	1.85	1.56	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.5455	4.0545	3.8400	3.8537	.321
	SD	1.29	1.45	1.64	1.43	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.1818	2.2673	2.1200	2.2561	.806
	SD	1.68	1.31	1.42	1.34	
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.4545	3.7525	3.8640	4.0732	.243

	SD	1.47	1.44	1.44	1.46	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.5000	5.6733	5.4880	5.6585	.690
	SD	1.63	1.45	1.52	1.34	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	1.7727	2.2822	2.2960	2.3659	.498
	SD	1.45	1.59	1.68	1.67	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	3.7273	4.1634	4.2400	4.1098	.666
	SD	1.88	1.76	1.94	1.67	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.4091	2.8020	2.5040	2.8171	.370
	SD	1.76	1.76	1.1.80	1.74	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.4091	3.4554	3.1840	3.0366	.378
	SD	2.15	1.95	2.03	2.8	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Χρονική Διάρκεια Νόσησης				Sig.
		0-5 χρόνια	6-10 χρόνια	11-15 χρόνια	>15 χρόνια	
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.8571	5.3704	5.3548	5.4594	.255
	SD	1.68	1.89	2.04	1.65	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.7273	3.7963	3.8065	3.9219	.758
	SD	1.68	1.47	1.64	1.53	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	4.1169	3.7593	3.2258	3.5406	.098
	SD	2.09	2.10	2.16	2.03	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.9221	3.6852	3.8387	3.7406	.842
	SD	1.87	1.67	1.66	1.77	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	3.2468	2.7963	3.0323	3.2188	.522
	SD	1.17	1.86	2.12	2.02	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	4.7792	4.3704	4.2258	4.2781	.316
	SD	2.19	2.08	2.56	2.09	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	5.4416	4.7778	4.9032	4.9688	.124
	SD	1.72	2.01	2.13	1.70	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	3.0000	3.0370	2.3871	2.5500	.047
	SD	1.69	1.76	1.61	1.68	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	3.2727	3.0556	2.6452	2.6750	.026
	SD	1.77	1.55	1.72	1.68	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.8961	2.7222	2.5806	2.5406	.468
	SD	1.87	1.69	1.82	1.84	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.5195	3.2037	3.3548	3.2094	.609

	SD	1.73	1.83	1.76	1.93	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	Mean	3.2987	3.4259	3.8065	3.3844	.627
	SD	1.79	1.75	2.08	1.99	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.4416	3.4630	3.8065	3.6344	.584
	SD	1.79	1.85	1.90	1.87	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.7143	2.5926	2.7419	2.6656	.982
	SD	1.68	1.49	1.05	1.56	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.3247	2.8889	2.8065	2.6344	.281
	SD	1.73	1.83	1.70	1.75	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.0000	4.0556	4.1613	4.0594	.943
	SD	1.29	1.22	1.21	1.23	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8182	1.8333	2.0000	1.8625	.940
	SD	1.34	1.41	1.18	1.43	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.5065	3.5370	3.8710	3.7469	.543
	SD	1.67	1.48	1.57	1.69	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	Mean	1.9870	2.0185	2.2258	1.9531	.714
	SD	1.29	1.14	1.52	1.25	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.1299	2.5370	2.8387	2.2875	.177
	SD	1.47	1.68	1.69	1.73	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.9221	1.7037	1.5484	1.8375	.585
	SD	1.41	1.14	1.31	1.47	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	4.1948	3.9630	4.2258	4.0563	.831
	SD	1.63	1.72	2.06	1.70	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	4.0519	3.8704	3.9677	3.8906	.840
	SD	1.73	1.53	1.62	1.38	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.2987	2.2037	2.0645	2.2844	.833
	SD	1.44	1.35	1.41	1.37	

<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.7273	3.7778	3.4839	3.9406	.288
	SD	1.51	1.34	1.50	1.48	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.6494	5.3889	5.5806	5.5969	.772
	SD	1.59	1.69	1.73	1.37	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3766	2.5185	2.3226	2.2938	.815
	SD	1.61	1.55	1.78	1.63	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.4545	4.2037	4.0645	4.0469	.335
	SD	1.79	1.55	1.95	1.79	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.7922	2.7037	2.7419	2.7656	.994
	SD	1.78	1.63	1.97	1.79	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.7532	3.2222	3.1290	3.2313	.190
	SD	1.97	1.76	1.73	2.02	

Πίνακας 27 (συνέχεια). Σχέση ψυχωτικής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ιστορικό χρήσης πέραν των δυο ουσιών			Sig.
		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης μιας ουσίας	Ιστορικό πολυχρήσης	
<i>PANSS1. Παραληρητικές ιδέες</i>	Mean	5.3858	5.2308	6.0455	.001
	SD	1.72	1.88	1.39	
<i>PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη</i>	Mean	3.9064	3.4904	4.1455	.007
	SD	1.64	1.53	1.28	
<i>PANSS3. Ψευδαισθήσεις</i>	Mean	3.5805	3.3077	4.1091	.013
	SD	2.11	2.08	1.87	
<i>PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση</i>	Mean	3.5506	3.9135	4.1727	.005
	SD	1.86	1.72	1.48	
<i>PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου</i>	Mean	2.9700	3.1442	3.6364	.015
	SD	2.03	1.94	2.06	
<i>PANSS6. Επιθετικότητα</i>	Mean	4.8914	4.7212	5.5909	<0.0001
	SD	2.09	2.18	2.01	
<i>PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως</i>	Mean	4.0000	4.4712	5.1636	<0.0001
	SD	1.76	1.91	1.56	
<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	Mean	2.7640	2.2596	2.8273	.019
	SD	1.87	1.44	1.41	
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	Mean	2.7453	2.6538	3.1364	.069
	SD	1.76	1.59	1.61	
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	Mean	2.5356	2.4712	2.9818	.061
	SD	1.93	1.73	1.59	
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	Mean	3.4419	2.9615	3.1545	.064

	SD	2.00	1.80	1.55	
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας /</i>	Mean	3.3895	2.9712	3.8455	.002
<i>Συνέχισης Διαλόγου</i>	SD	1.97	1.86	1.89	
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	Mean	3.7865	3.2404	3.4636	.005
	SD	1.84	1.94	1.73	
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	Mean	2.5955	2.4519	3.0727	.039
	SD	1.66	1.36	1.35	
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	Mean	2.6404	2.5865	2.6364	.964
	SD	1.78	1.81	1.65	
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	Mean	4.0225	3.9808	4.2091	.321
	SD	1.26	1.25	1.14	
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	Mean	1.8577	1.9327	1.8091	.809
	SD	1.46	1.32	1.30	
<i>PANSS18. Ένταση</i>	Mean	3.5431	3.9135	3.8545	.079
	SD	1.76	1.58	1.44	
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανевρισμοί</i>	Mean	1.9251	1.8462	2.2636	.027
	SD	1.28	1.28	1.19	
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	Mean	2.2060	2.500	2.4636	.202
	SD	1.66	1.80	1.62	
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	Mean	1.8839	1.7115	1.7636	.517
	SD	1.49	1.28	1.35	
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	Mean	3.9288	3.9231	4.5818	.002
	SD	1.87	1.68	1.19	
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	Mean	3.8839	3.7692	4.1364	.162
	SD	1.53	1.50	1.27	
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	Mean	2.2622	1.9519	2.5727	.004
	SD	1.52	1.13	1.16	

<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	Mean	3.7640	3.8846	4.0818	.161
	SD	1.60	1.37	1.19	
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	Mean	5.5543	5.3077	5.8909	.013
	SD	1.53	1.49	1.22	
<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3558	2.2019	2.4182	.599
	SD	1.76	1.47	1.43	
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	3.8390	4.1250	4.8455	<0.0001
	SD	1.82	1.73	1.52	
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.6592	2.5385	3.2182	.007
	SD	1.82	1.82	1.56	
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.4682	3.0000	3.2273	.106
	SD	2.07	1.90	1.75	

Πίνακας 28. Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών(n=358)

PANSS items		Ατομικό Ιστορικό NNA/NBA			Ιστορικό ακούσιας εισαγωγής		
		1 ^ο επεισόδιο	Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό NNA/NBA	Sig.	1 ^η εισαγωγή	Επανεισαγωγή	Sig.
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	97.4068	102.0970	.095	100.1333	101.4965	.583
	SD	26.598	25.499		28.374	23.977	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	28.4370	29.6226	.219	28.3980	29.9685	.073
	SD	9.080	9.195		9.987	8.527	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	19.5798	21.5096	.054	20.9694	21.0769	.903
	SD	9.489	9.259		9.930	8.938	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	49.4706	50.9642	.255	50.8010	50.4545	.763
	SD	12.499/	11.988		23.867	11.603	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Φύλο			Φυλή		
		Γυναίκες	Άνδρες	Sig.	Λευκή	Άλλο	Sig.
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	94.7394	104.2006	<0.001	101.7888	89.8529	.031
	SD	23.776	26.295		25.293	30.288	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	26.6287	30.7619	<0.001	29.6890	24.7429	.012
	SD	9.091	8.939		8.946	10.812	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	20.0778	21.5397	.103	21.2081	18.8000	.173
	SD	9.355	9.313		9.285	9.934	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	48.0958	51.9206	.001	50.8926	46.8000	.110
	SD	11.704	12.147		11.891	14.411	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Επαγγελματική κατάσταση			Λήψη Δημόσιου Βοηθήματος		
		Εργαζόμενος	Άνεργος	Sig.	Όχι	Ναι	Sig.
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	94.8704	102.7089	.005	98.1111	103.6449	.019
	SD	24.869	25.863		25.888	25.526	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	28<0.0010	29.7185	.092	28.6894	29.9393	.135
	SD	9.377	9.087		9.208	9.114	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	18.7431	21.7024	.003	20.0170	22<0.0010	.020
	SD	9.054	9.333		9.205	9.205	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	48.2385	51.2842	.017	49.4426	51.6923	.042
	SD	11.471	12.234		12.197	11.970	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ιστορικό Χρήσης Ουσιών			Ιστορικό Διπλής Διάγνωσης		
		Αρνητικό	Θετικό	Sig.	Θετικό	Αρνητικό	Sig.
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	99.4794	102.7830	.161	100.3364	102.1709	.471
	SD	26.650	24.687		25.512	26.490	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	28.3593	30.5660	.008	28.9352	30.1392	.192
	SD	9.217	8.984		8.847	9.782	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	21.3074	20.6840	.459	21.2438	20.6013	.466
	SD	9.952	8.515		9.600	8.810	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	49.8593	51.5330	.128	50.1883	51.4304	.289
	SD	12.618	11.418		12.188	11.975	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Εθνικότητα			Γλώσσα Επικοινωνίας		
		Ελληνοκυπριακή	Άλλη	Sig.	Ελληνική	Άλλη	Sig.
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	102.9385	95.0331	.007	102.5475	92.8101	.008
	SD	24.451	28.827		24.594	30.215	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	30.1643	26.8943	.002	30.0449	25.7901	.002
	SD	8.506	10.551		8.533	11.243	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	21.4373	19.8537	.117	21.4339	19.0494	.054
	SD	9.175	9.763		9.116	19.049	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	51.3593	48.3659	.027	51.0898	48.1481	.073
	SD	11.651	13.199		11.746	13.647	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών, ρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (v=358)

PANSS items		Οικογενειακή κατάσταση			Θρήσκευμα		
		Έγγαμος	Άγαμος	Sig.	X.O.	Άλλο	Sig.
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	91.7143	102.3389	.003	101.7254	97.1463	.183
	SD	24.458	25.622		25.152	18.732	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	27.0159	29.6778	.042	29.7143	27.4819	.082
	SD	9.580	9.069		8.738	10.893	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	17.4444	21.5728	.001	21.0952	20.7349	.766
	SD	9.987	9.287		9.175	10.173	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	47.2540	51.0979	.020	50.9173	49.0482	.226
	SD	12.028	12.069		12.875	12.875	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

<i>PANSS items</i>		<i>Συχνότητα χρήσης ουσιών</i>		
		Καθημερινά	Άλλο	Sig.
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS</i>	Mean	103.2222	103.0101	.950
	SD	25.440	24.228	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	30.5641	30.7980	.848
	SD	9.145	8.745	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	20.8034	20.8182	.990
	SD	8.543	8.809	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS</i>	Mean	51.8547	51.3939	.768
	SD	11.751	11.271	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ηλικιακή Ομάδα				Sig.
		18-24 Mean (SD)	25-34 Mean (SD)	35-44 Mean (SD)	45-65 Mean (SD)	
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	107.9649	103.5625	101.9065	94.9871	.002
	SD	28.141	26.331	15.175	23.842	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	31.9649	29.8188	29.5455	27.7032	.017
	SD	8.920	8.471	8.714	9.051	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	23.2105	21.9813	21.1818	19.1484	.011
	SD	9.862	9.032	9.572	9.053	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	52.7895	51.7625	51.2273	48.1355	.018
	SD	14.035	12.401	11.548	11.159	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Επαρχία Διαμονής					Sig.
		Λευκωσία Mean (SD)	Λεμεσός Mean (SD)	Λάρνακα Mean (SD)	Πάφος Mean (SD)	Αμμόχωστος Mean (SD)	
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	102.1189	101.9008	98.2688	98.2500	101.8462	.724
	SD	25.285	26.391	25.651	24.738	29.928	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	29.5297	29.6364	28.5054	29.2174	29.5000	.910
	SD	8.843	9.690	9.575	8.414	9.091	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	21.2162	21.1439	20.4194	21.0652	21.3077	.972
	SD	9.336	9.037	9.651	8.794	11.249	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	51.3730	51.0530	49.3441	48.4348	51.0385	.489
	SD	12.185	12.064	11.791	11.490	14.211	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

<i>PANSS items</i>		<i>Οικογενειακό Ιστορικό</i>			Sig.
		Αρνητικό Mean (SD)	Θετικό Mean (SD)	Άγνωστο Mean (SD)	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS</i>	Mean	101.4341	100.4190	101.0781	.922
	SD	24.813	26.408	27.416	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	29.8146	28.7358	29.7385	.452
	SD	9.432	8.884	9.295	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	20.8293	21.3868	20.5231	.743
	SD	8.501	20.088	9.460	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS</i>	Mean	50.7902	50.2925	50.9692	.884
	SD	11.327	12.472	13.489	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

		Διάγνωση ΝΝΔ/ΝΒΔ μελών της οικογένειας						
PANSS items		Σχιζοφρένια και άλλη ψυχωτική διαταραχή Mean (SD)	Διαταραχές Διάθεσης Mean (SD)	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και χρήση ουσιών Mean (SD)	Διαταραχή διάθεση και χρήση ουσιών Mean (SD)	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και διαταραχή Mean (SD)	Άλλο Mean (SD)	Sig.
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	106.7045	90.4783	119<0.0010	90.8333	104.5556	103.1429	.003
	SD	24.967	25.260	43.840	13.819	24.619	26.963	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	29.8090	27.2174	39<0.0010	29.5000	28.1579	28.4643	.288
	SD	7.554	9.942	9.899	4.806	8.808	10.031	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	24.8876	16.6087	18.5000	14.3333	22.2632	22.8571	<0.001
	SD	9.723	8.299	13.425	6.562	11.498	9.555	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	52.0112	46.6522	61.5000	47<0.0010	53.5263	51.8214	.042
	SD	12.660	11.647	20.506	6.663	12.522	12.445	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Λόγοι Εισδοχής					Sig.
		Απουσία εναισθησίας Mean (SD)	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και απουσία Mean (SD)	Χρήση ουσιών και απουσία εναισθησίας Mean (SD)	Αυτοκτονική συμπεριφορά Mean (SD)	Ετεροκαταστροφική συμπεριφορά Mean (SD)	
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	96.1000	101.8411	105.4545	99.8235	86.5750	.002
	SD	21.812	24.215	24.468	30.425	30.508	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	29.9500	29.9731	32.4455	26.4902	20.1220	<0.001
	SD	7.444	7.468	12.256	12.256	12.114	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	18.3500	21.5385	20.5455	21.6863	19.6341	.424
	SD	7.013	9.942	8.584	9.181	8.475	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	47.8000	50.3308	52.4636	51.6471	47.3171	.126
	SD	10.635	11.818	11.946	13.908	12.313	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών, αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Ιατρική Διάγνωση				Sig.
		Σχιζοφρένεια Mean (SD)	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές Mean (SD)	Διαταραχές διάθεσης Mean (SD)	Άλλο Mean (SD)	
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	109.7854	104.3016	79.1150	98.4286	<0.001
	SD	23.593	23.314	19.577	29.211	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	31.3915	30.8889	23.6053	25.2857	<0.001
	SD	7.469	7.657	11.167	11.771	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	25.0383	21.2381	12.5351	21.2857	<0.001
	SD	8.489	8.489	5.252	9.411	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	53.3489	52.1746	43.0965	51.8571	<0.001
	SD	12.174	12.174	8.672	11.653	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)				Sig.
		Ελλιποβαρής Mean (SD)	Φυσιολογικό Mean (SD)	Παχύσαρκο Mean (SD)	Υπέρβαρο Mean (SD)	
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	95.5000	101.1600	98.7600	102.2439	.602
	SD	27.918	26.459	2.307	24.627	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	26.4091	29.8465	29.0720	28.9268	.381
	SD	9.634	9.639	9.236	7.948	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	20.4091	20.7673	20.0480	21.3902	.784
	SD	11.005	9.250	9.217	9.522	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	48.6818	50.5347	49.6400	51.9268	.532
	SD	12.999	11.918	12.494	12.543	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=358)

PANSS items		Χρονική Διάρκεια Νόσησης				Sig.
		0-5 χρόνια Mean (SD)	6-10 χρόνια Mean (SD)	11-15 χρόνια Mean (SD)	>15 χρόνια Mean (SD)	
Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS	Mean	104.2208	100.6226	100.7419	100.2201	.684
	SD	25.653	28.424	30.332	25.004	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	31.0909	28.5556	28.3871	29.1281	.296
	SD	9.216	9.812	10.735	8.877	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Mean	22.1429	21.5000	21.3226	20.6594	.624
	SD	9.280	9.456	9.220	9.370	
Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS	Mean	50.9870	50.4259	51.0323	50.4875	.984
	SD	11.871	12.558	14.351	11.930	

Πίνακας 28 (συνέχεια). Σχέση συνολικής βαθμολογίας κλίμακας PANSS. συνολικής υποκλίμακας θετικών. αρνητικών συμπτωμάτων και γενικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

<i>PANSS items</i>		<i>Ιστορικό χρήσης πέραν των δυο ουσιών</i>			Sig.
		Αρνητικό ιστορικό Mean (SD)	Ιστορικό χρήσης μιας ουσίας Mean (SD)	Ιστορικό πολυχρήσης Mean (SD)	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS</i>	Mean	99.0549	98.7685	108.5918	.004
	SD	24.914	23.684	19.349	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	28.2428	29.1111	32.6327	<0.001
	SD	9.227	10.085	7.141	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	21.1558	19.5833	22.2857	.011
	SD	9.944	8.878	7.910	
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS</i>	Mean	49.7065	50.0741	53.6735	.018
	SD	12.626	11.919	10.451	

Πίνακας 29. Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=44)

HDRS items	Ατομικό Ιστορικό NNA.NBA				Ιστορικό ακούσιας εισαγωγής		
		1 ^ο επεισόδιο	Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό NNA/NBA	Sig.	1 ^η εισαγωγή	Επανεισαγωγή	Sig.
HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση	Mean	3.2778	2.8485	.150	2.8485	3.2778	.103
	SD	.58	1.064		1.179	.669	
HDRS 2. Αισθήματα ενοχής	Mean	2.1667	2.2727	.784	2.0606	2.5556	.171
	SD	1.339	1.256		1.321	1.149	
HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας	Mean	3.2778	2.9394	.310	3.1212	2.9444	.565
	SD	1.178	.998		1.111	.998	
HDRS 4. Αρχική αϋπνία	Mean	1.1111	1.4848	.084	1.3333	1.3889	.774
	SD	.758	.618		.735	.607	
HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία	Mean	1.1667	1.3939	.323	1.2121	1.5000	.165
	SD	.785	.747		.819	.618	
HDRS 6. Όψιμη αϋπνία	Mean	0.8333	1.2424	.090	1.0303	1.2222	.431
	SD	.785	.830		.847	.808	
HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα	Mean	3.1667	2.7273	.216	2.5455	3.5000	.004
	SD	1.098	1.352		1.325	.923	
HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Mean	1.7222	1.1212	.076	1.3636	1.2778	.799
	SD	1.127	1.111		1.167	1.127	
HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία	Mean	0.8889	0.8182	.691	0.8788	0.7778	.560
	SD	.582	.635		.649	.548	
HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους	Mean	2.8333	2.0606	.023	2.1818	2.6111	.205

	SD	1.098	1.143		1.210	1.092	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.2222	1.9394	.376	2.0606	2.0000	.839
	SD	1.114	.998		1.083	.970	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	0.7222	1.1515	.077	0.9697	1.0556	.706
	SD	.826	.755		.847	.725	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0000	1.1515	.494	1.0606	1.1667	.599
	SD	.766	.712		.788	.618	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.9444	0.9091	.888	0.8182	1.1111	.214
	SD	.882	.804		.846	.758	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	0.9444	1.1818	.498	1.0303	1.2222	.605
	SD	1.109	1.309		1.237	1.262	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.7222	1.0909	.177	0.9394	1.0000	.830
	SD	.894	.947		.933	.970	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	1.0556	0.7576	.166	0.8788	0.8333	.821
	SD	.725	.708		.780	.618	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	0.7778	0.9091	.551	0.7273	1.1111	.104
	SD	.732	.765		.674	.832	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.9444	1.066	.748	1.0000	1.0556	.859
	SD	1.304	1.058		1.250	.937	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.7778	1.3636	.398	1.6364	1.2778	.446
	SD	1.699	1.557		1.635	1.564	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.3333	0.3939	.007	0.2727	0.5556	.137
	SD	.485	.609		.452	.704	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	31.8889	30.8182	.742	29.9697	33.4444	.201
	SD	11.856	9.245		11.100	7.876	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

<i>HDRS items</i>		<i>Φύλο</i>			<i>Φυλή</i>		
		Γυναίκες	Άνδρες	Sig.	Λευκή	Άλλο	Sig.
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	3.2963	2.6667	.030	3.0233	2.8750	.709
	SD	.993	1.007		1.057	.991	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	2.5185	1.9167	.095	2.3953	1.3750	.018
	SD	1.189	1.316		1.275	.916	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	3.0370	3.0833	.878	3.0233	3.2500	.466
	SD	1.159	.974		1.123	.707	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.3704	1.3333	.850	1.3721	1.2500	.720
	SD	.688	.702		.655	.886	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.4074	1.2083	.362	1.3023	1.3750	.837
	SD	.694	.833		.741	.916	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	1.037	1.1667	.588	1.1395	0.8750	.430
	SD	.759	.917		.833	.834	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	3.3704	2.3333	.003	2.9535	2.5000	.418
	SD	1.214	1.129		1.232	1.414	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.3333	1.3333	1.000	1.3721	1.1250	.614
	SD	1.038	1.274		1.134	1.246	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	0.8519	0.8333	.916	0.8605	0.7500	.572
	SD	.602	.637		.639	.4762	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.5185	2.1250	.233	2.4419	1.7500	.155
	SD	1.252	1.076		1.160	1.164	

<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.0000	2.0833	.780	2.0698	1.8750	.575
	SD	.961	1.139		1.077	.843	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8889	1.125	.297	1.0698	0.6250	.229
	SD	.801	.797		.768	.916	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	0.9259	1.2917	.075	1.1163	1.0000	.697
	SD	.675	.751		.730	.755	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8889	0.9583	.767	1.0000	0.5000	.120
	SD	.801	.859		.816	.755	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.0370	1.1667	.715	1.1163	1.0000	.766
	SD	1.159	1.341		1.294	.925	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.8889	1.0417	.567	0.9767	0.8750	.794
	SD	.934	.955		.938	.991	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	1.1111	0.5833	.008	0.8837	0.7500	.696
	SD	.698	.654		.697	.886	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	1.1111	0.5833	.011	0.9070	0.6250	.218
	SD	.698	.717		.781	.517	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.6667	1.4167	.021	1.0233	1.0000	.957
	SD	.832	1.316		1.164	1.069	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.7037	1.2917	.356	1.6977	0.5000	.001
	SD	1.613	1.601		1.669	.534	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.6296	0.0833	<0.0001	0.4419	0.0000	<0.0001
	SD	.629	.282		.889	.000	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	32.5926	29.6250	.302	32.1860	25.875	.058
	SD	9.978	10.295		10.345	7.318	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

<i>HDRS items</i>		<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>			<i>Λήψη Δημόσιου Βοηθήματος</i>		
		Εργαζόμενος	Άνεργος	Sig.	Όχι	Ναι	Sig.
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	3.1429	2.9459	.508	3.2593	2.7083	.063
	SD	.864	1.104		.859	1.160	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	2.0714	2.2973	.522	2.2593	2.2083	.889
	SD	.997	1.372		1.194	1.382	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	3.1429	3.0270	.757	3.0000	3.1250	.675
	SD	1.231	1.013		1.208	.899	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.2857	1.3784	.683	1.2593	1.4583	.305
	SD	.726	.681		.712	.658	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.1429	1.3784	.338	1.1481	1.5000	.099
	SD	.770	.758		.769	.722	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	0.8571	1.1892	.256	0.8889	1.3333	.054
	SD	.949	.776		.847	.764	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	2.7143	2.9459	.616	3.0370	2.7083	.359
	SD	1.541	1.177		1.137	1.160	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.1429	1.4054	.461	1.3333	1.3333	1.000
	SD	1.099	1.166		1.074	1.239	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	0.9286	0.8108	.485	0.7778	0.9167	.422
	SD	.447	.659		.640	.583	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.9286	2.1081	.014	2.6667	1.9583	.032
	SD	.917	1.197		1.074	1.197	

<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.4286	1.8919	.106	2.1481	1.9167	.433
	SD	1.016	1.022		1.026	1.059	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0714	0.9730	.724	0.963	1.0417	.730
	SD	.917	.763		.808	.806	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	0.9286	1.1622	.318	0.8889	1.3333	.027
	SD	.730	.727		.751	.637	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1429	0.8378	.264	0.7778	1.0833	.188
	SD	.864	.799		.800	.829	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.2143	1.0541	.696	1.1481	1.0417	.763
	SD	1.311	1.224		1.231	1.267	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	1.1429	0.8919	.406	0.8519	1.0833	.386
	SD	.949	.936		.907	.974	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.6429	0.9459	.158	0.8519	0.8750	.911
	SD	.633	.743		.718	.740	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	0.9286	0.8378	.670	0.8889	0.8333	.796
	SD	.616	.799		.697	.816	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	1.0000	1.0270	.946	0.7407	1.3333	.060
	SD	1.301	1.093		1.227	.963	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.4286	1.5405	.823	1.3704	1.6667	.519
	SD	1.555	1.643		1.522	1.711	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.5000	0.3243	.306	0.4074	0.3333	.644
	SD	.519	.579		.572	.564	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	31.7857	30.9730	.796	30.6667	31.7917	.700
	SD	9.721	10.412		9.319	11.159	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Ιστορικό Χρήσης Ουσιών			Ιστορικό Διπλής Διάγνωσης		
		Αρνητικό	Θετικό	Sig.	Θετικό	Αρνητικό	Sig.
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	3.0323	2.9500	.782	3.0000	3.0000	1.000
	SD	1.079	.998		1.118	.907	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	2.2258	2.2500	.946	2.2121	2.2778	.846
	SD	1.383	1.118		1.431	.958	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	2.9355	3.2500	.256	2.9697	3.2222	.359
	SD	1.236	.716		1.212	.732	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.3226	1.4000	.697	1.2727	1.5000	.244
	SD	.701	.680		.719	.618	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.2903	1.3500	.786	1.2727	1.3889	.593
	SD	.782	.745		.801	.698	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	1.0645	1.1500	.728	1.0606	1.1667	.672
	SD	.813	.875		.827	.857	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	2.9032	2.8500	.881	2.8182	3.0000	.607
	SD	1.374	1.136		1.379	1.085	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.2903	1.4000	.745	1.3333	1.3333	1.000
	SD	1.131	1.187		1.137	1.188	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	0.8387	0.8500	.946	0.8182	0.8889	.666
	SD	.687	.489		.683	.471	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.3226	2.3500	.937	2.303	2.3889	.799
	SD	1.165	1.125		1.237	1.092	

<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	1.8710	2.3000	.161	1.9394	2.2222	.364
	SD	.991	1.080		1.029	1.060	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	0.9355	1.1000	.476	0.9394	1.1111	.459
	SD	.813	.788		.827	.758	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8710	1.4500	.002	0.9394	1.3889	.017
	SD	.763	.510		.788	.501	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8065	1.1000	.225	0.8182	1.1111	.233
	SD	.792	.852		.803	.832	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.0645	1.1500	.811	1.0909	1.1111	.955
	SD	1.263	1.125		1.284	1.183	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.8387	1.1500	.262	0.8485	1.1667	.265
	SD	.898	.988		.906	.985	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.9355	0.7500	.356	0.9091	0.7778	.520
	SD	.771	.638		.765	.647	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	0.8710	0.8500	.928	0.8485	0.8889	.869
	SD	.670	.875		.667	.900	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.7097	1.5000	.017	0.7576	1.5000	.027
	SD	1.039	1.147		1.091	1.098	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.4194	1.6500	.615	1.5758	1.3889	.675
	SD	1.668	1.531		1.733	1.378	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.3871	0.3500	.824	0.3636	0.3889	.884
	SD	.558	.587		.549	.608	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	29.9355	33.1500	.272	30.0909	33.2222	.266
	SD	10.208	9.965		10.826	8.654	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

<i>HDRS items</i>		<i>Εθνικότητα</i>			<i>Γλώσσα Επικοινωνίας</i>		
		Ελληνοκυπριακή	Ελληνοκυπριακή	Sig.	Ελληνική	Άλλη	Sig.
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	5.6769	5.0081	.001	2.9063	3.1579	.394
	SD	1.000	1.113		1.088	.958	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	3.9471	3.6423	.080	2.5313	1.7368	.024
	SD	1.265	1.120		1.295	1.098	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	3.6574	3.5772	.722	3.1250	2.9474	.564
	SD	1.125	.999		1.099	1.026	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	3.8774	3.4553	.036	1.4375	1.2105	.268
	SD	.632	.752		.669	.713	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	3.2841	2.8130	.025	1.4063	1.1579	.286
	SD	.686	.834		.712	.834	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	5.1671	4.5854	.003	1.2500	0.8421	.084
	SD	.841	.774		.842	.765	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	4.5543	3.8130	.002	2.8125	3.0000	.613
	SD	1.263	1.320		1.306	1.247	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	2.7521	2.4146	.062	1.5625	0.9474	.061
	SD	1.181	1.024		1.134	1.079	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	2.8384	2.7317	.553	0.9688	0.6316	.042
	SD	.598	.581		.647	.496	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.6797	2.4472	.237	2.3750	2.2632	.755
	SD	1.056	1.306		1.129	1.284	

<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	3.1978	3.4715	.182	2.1250	1.8947	.442
	SD	1.093	.971		1.070	.994	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	3.5850	2.8699	<0.0001	1.0625	0.8947	.477
	SD	.772	.834		.801	.809	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	3.6630	3.3984	.105	1.2188	0.8947	.114
	SD	.759	.690		.751	.658	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	2.7214	2.5203	.310	1.1250	0.5789	.02
	SD	.789	.780		.793	.769	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	2.6574	2.5285	.478	1.2813	0.7895	.154
	SD	1.285	1.139		1.301	1.084	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	4.1393	3.8130	.014	1.0625	0.7895	.317
	SD	.944	.941		.948	.918	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	1.8245	1.9675	.332	0.9375	0.7368	.347
	SD	.704	.752		.716	.733	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	3.7967	3.3902	.026	0.9375	0.7368	.336
	SD	.842	.612		.801	.653	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	2.0446	1.8049	.076	1.1875	0.7368	.138
	SD	1.292	.869		1.256	.872	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	2.3008	2.3984	.604	2.0625	0.5789	<.0.0001
	SD	1.762	1.151		1.722	.760	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.7660	1.9675	.213	0.4375	0.2632	.292
	SD	.568	.568		.564	.562	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	44.2759	27.1364	.001	33.8125	26.7895	.01
	SD	9.992	9.009		10.459	8.025	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Οικογενειακή κατάσταση			Θρήσκευμα		
		Έγγαμος	Άγαμος	Sig.	X.O.	Άλλο	Sig.
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	2.6000	3.0976	.268	3.0000	3.0000	1.000
	SD	1.265	.969		1.069	1.000	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	1.7000	2.3659	.155	2.5556	1.4667	.002
	SD	1.252	1.260		1.275	.915	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	2.9000	3.0976	.676	2.9722	3.2667	.304
	SD	1.370	.995		1.158	.799	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.5000	1.3171	.473	1.4444	1.1333	.171
	SD	.707	.687		.652	.743	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.2000	1.3415	.617	1.4160	1.0667	.157
	SD	.789	.762		.732	.799	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	1.0000	1.1220	.713	1.2222	0.8000	.094
	SD	.943	.812		.832	.775	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	2.2000	3.0488	.159	2.8889	2.8667	.957
	SD	1.687	1.117		1.259	1.356	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.3000	1.3415	.925	1.4722	1.0000	.156
	SD	1.252	1.132		1.183	1.0000	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	1.0000	0.8049	.413	0.9167	0.6667	.141
	SD	.667	.601		.649	.488	

<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	1.7000	2.4878	.057	2.4722	2.0000	.233
	SD	1.059	1.165		1.108	1.309	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	1.9000	2.0732	.633	2.0833	1.9333	.595
	SD	.994	1.058		1.131	.799	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1000	0.9756	.688	1.0833	0.8000	.281
	SD	.876	.790		.769	.862	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8000	1.1707	.254	1.1667	0.9333	.297
	SD	.919	.667		.737	.704	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.7000	0.9756	.359	1.0278	0.6667	.161
	SD	.823	.821		.810	.817	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	0.8000	1.1707	.380	1.2500	0.7333	.099
	SD	1.135	1.263		1.360	.799	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	1.3000	0.8780	.227	1.0278	0.8000	.438
	SD	.949	.927		.941	.941	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.8000	0.8780	.780	0.8889	0.8000	.705
	SD	.789	.714		.708	.775	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	0.9000	0.8537	.834	0.8333	0.9333	.628
	SD	.568	.793		.811	.594	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.5000	1.1463	.062	1.1389	0.7333	.193
	SD	.849	1.174		1.222	.884	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.0000	1.6341	.217	1.8056	0.8000	.018
	SD	1.333	1.655		1.687	1.146	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.3000	0.3902	.619	0.4722	0.1333	.017
	SD	.483	.586		.609	.352	

<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	27.2000	32.1707	.212	33.1389	26.5333	.013
	SD	10.942	9.826		10.656	7.079	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

<i>HDRS items</i>		<i>Συχνότητα χρήσης ουσιών</i>		
		Καθημερινά	Άλλο	Sig.
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	2.9167	3.0000	.863
	SD	.996	1.069	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	2.3333	2.1250	.725
	SD	.888	1.458	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	3.0833	3.5000	.177
	SD	.793	.535	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.5000	1.2500	.488
	SD	.522	.886	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.2500	1.5000	.479
	SD	.754	.756	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	1.1667	1.1250	.923
	SD	.835	.991	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	2.7500	3.0000	.659
	SD	1.055	1.309	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.2500	1.6250	.518
	SD	1.138	1.302	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	0.7500	1.0000	.296
	SD	.452	.535	

<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.1667	2.6250	.468
	SD	1.029	1.506	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.0833	2.6250	.284
	SD	1.084	1.061	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1667	1.0000	.674
	SD	.718	.926	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	1.4167	1.5000	.734
	SD	.515	.535	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.9167	1.37500	0.268
	SD	.793	.716	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.3333	0.8750	0.446
	SD	1.155	1.356	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	1.0833	1.2500	0.725
	SD	.996	1.035	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.5833	1.0000	0.2
	SD	.515	.756	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	1.0000	0.6250	0.372
	SD	.853	.916	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	1.4167	1.6250	0.732
	SD	.900	1.506	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.1667	2.3750	0.1
	SD	1.337	1.598	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.1667	0.6250	0.141
	SD	.389	.744	

<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	31.5000	35.6250	0.431
	SD	7.810	12.727	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

<i>HDRS items</i>		<i>Ηλικιακή Ομάδα</i>				Sig.
		18-24	25-34	35-44	45-65	
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	2.6667	3.3684	2.6667	2.8500	.2610
	SD	1.528	.761	1.000	1.182	.039
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	1.3333	2.5263	2.1111	2.1500	.456
	SD	1.528	1.264	1.054	1.348	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	3.0000	3.3158	3.0000	2.8500	.605
	SD	1.732	1.003	1.412	.875	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.0000	1.1579	1.3333	1.6000	.179
	SD	1.000	.765	.707	.703	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	0.6667	1.1579	1.5556	1.4500	.213
	SD	1.155	.765	.726	.686	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	0.6667	0.9474	1.1111	1.3000	.466
	SD	1.155	.848	.782	.801	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	3.0000	3.3158	2.2222	2.7500	.184
	SD	1.000	1.108	1.563	1.251	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.3333	1.8947	0.6667	1.1000	.032
	SD	1.528	.938	1.000	1.165	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	0.6667	0.8421	0.7778	0.9000	.919
		.577	.688	.441	.641	

	SD					
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.6667	2.3684	2.7778	2.0500	.452
	SD	1.128	1.116	1.093	1.234	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.0000	2.1053	1.7778	2.1000	.876
	SD	1.000	.994	1.202	1.071	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	0.0000	0.9474	1.1111	1.1500	.128
	SD	.000	.770	.782	.813	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	0.6667	1.0526	1.0000	1.2500	.552
	SD	.577	.779	.866	.639	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	1.3333	0.9474	0.5556	1.0000	.443
	SD	1.155	.779	.726	.858	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	0.6667	0.9474	1.3333	1.2000	.786
	SD	.577	.970	1.414	1.473	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.6667	0.5789	1.1111	1.3000	.094
	SD	1.155	.838	.928	.923	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.6667	1.0526	0.5556	0.8500	.374
	SD	1.155	.705	.726	.671	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	1.0000	1.0526	0.7778	0.7000	.509
	SD	1.000	.779	.833	.657	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.6667	1.1053	1.3333	0.8500	.69
	SD	1.155	1.410	.866	.988	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	0.6667	1.8421	1.2222	1.4500	.594
	SD	.577	1.772	1.716	1.505	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.3333	0.2632	0.3333	0.5000	.629
	SD	.577	.562	.500	.607	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Επαρχία Διαμονής					Sig.
		Λευκωσία	Λεμεσός	Λάρνακα	Πάφος	Αμμόχωστος	
HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση	Mean	3.0500	2.9412	2.8182	4. 0000	3.5000	.782
	SD	1.050	1.088	1.079	-	.707	
HDRS 2. Αισθήματα ενοχής	Mean	2.1500	2.0588	2.2727	4.0000	3.5000	.375
	SD	1.387	1.249	1.104	-	.707	
HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας	Mean	3.2000	2.8235	3.0000	3. 0000	4. 0000	.612
	SD	.951	1.286	1.000	-	.000	
HDRS 4. Αρχική αϋπνία	Mean	1.3000	1.1176	1.6364	2. 0000	2. 0000	.153
	SD	.657	.781	.705	-	.000	
HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία	Mean	1.4500	0.9412	1.5455	2. 0000	1.5000	.152
	SD	.686	.827	.688	-	.707	
HDRS 6. Όψιμη αϋπνία	Mean	1.1500	0.7647	1.4545	2. 0000	1. 0000	.195
	SD	.745	.903	.688	-	1.414	
HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα	Mean	3. 0000	3.0588	2.1818	4. 0000	3.5000	.287
	SD	1.298	1.144	1.401	-	.707	
HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Mean	1.5500	1.4118	0.9091	1.0000	1.0000	.649
	SD	1.234	1.176	.944	-	1.414	
HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία	Mean	0.7000	0.8824	0.9091	.0000	2. 0000	.028

	SD	.571	.485	.701	-	.000	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.0500	2.4706	2.2727	4. 0000	3.5000	.253
	SD	1.468	1.007	.647	-	.707	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.0500	1.8824	1.9091	4. 0000	3. 0000	.212
	SD	.887	1.219	.944	-	.000	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0500	0.8824	0.9091	2. 0000	1.5000	.585
	SD	.759	.857	.831	-	.707	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1500	1.0588	1.0000	2.0000	1.0000	.765
	SD	.745	.556	.894	-	1.414	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8500	1.1765	0.6364	. 0000	1.5000	.254
	SD	.875	.809	.674	-	.707	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.1000	0.8824	1.1818	4. 0000	1. 0000	.192
	SD	1.334	.928	1.328	-	1.414	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.7000	1.1176	1.2727	1.0000	0.5000	.457
	SD	.923	.993	.905	-	.707	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	1.0500	0.7647	0.5455	1.0000	1.5000	.253
	SD	.759	.752	.522	-	.707	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	0.9500	1.0000	0.5455	.0000	1.0000	.388
	SD	.826	.707	.522	-	1.412	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.900	0.9412	1.1818	. 0000	2.5000	.327
	SD	1.119	.899	1.328	-	2.121	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	2.0000	1.0588	1.1818	. 0000	3.0000	.178
	SD	1.717	1.345	1.662	-	.000	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.4500	0.2353	0.1818	2.0000	1.0000	.005
	SD	.605	.437	.405	-	-	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Οικογενειακό Ιστορικό			Sig.
		Αρνητικό	Θετικό	Άγνωστο	
HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση	Mean	3.0313	3.0000	2.8333	.916
	SD	1.109	1.084	.535	
HDRS 2. Αισθήματα ενοχής	Mean	2.2188	2.0000	2.8333	.421
	SD	1.372	1.266	.617	
HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας	Mean	2.9375	3.3077	3.1667	.563
	SD	1.085	1.076	1.113	
HDRS 4. Αρχική αϋπνία	Mean	1.3438	1.6154	0.8333	.067
	SD	.647	.703	.787	
HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία	Mean	1.3125	1.3846	1.1667	.85
	SD	.808	.745	.787	
HDRS 6. Όψιμη αϋπνία	Mean	1.0938	1.2308	0.8333	.634
	SD	.840	.834	.899	
HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα	Mean	2.8438	3.0769	2.6667	.784
	SD	1.056	1.327	1.704	
HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Mean	1.2500	1.2308	2.0000	.32
	SD	1.237	1.069	1.254	
HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία	Mean	0.8438	0.8462	0.8333	.999
	SD	.515	.675	.690	
HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους	Mean	2.3125	2.3846	2.3333	.983
	SD	1.339	1.067	1.254	
HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους	Mean	1.8750	2.0769	2.8333	.114

	SD	1.162	.958	.976	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	0.9375	1.0000	1.3333	.548
	SD	.821	.766	.799	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8750	1.3077	1.8333	.004
	SD	.686	.694	1.000	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8125	1.0000	1.3333	.341
	SD	.857	.800	.899	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.0625	1.0769	1.3333	.888
	SD	1.211	1.255	1.380	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.8750	1.3077	0.6667	.272
	SD	.924	.938	1.069	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.9375	0.6923	0.8333	.593
	SD	.725	.667	.889	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	0.8438	0.9231	0.8333	.947
	SD	.786	.744	.756	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.7500	1.3077	1.8333	.055
	SD	.985	1.143	1.574	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.4063	1.4615	2.1667	.572
	SD	1.491	1.592	1.889	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.3750	0.5385	.0000	.155
	SD	.594	.582	.372	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	29.6111	31.6154	33.7143	.641
	SD				

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Διάγνωση NND/NBD μελών της οικογένειας				Sig.
		Σχιζοφρένια και άλλη ψυχωτική διαταραχή	Διαταραχές Διάθεσης	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και διαταραχή διάθεσης	Άλλο	
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	3.7500	2.500	2.6667	3.2000	.186
	SD	.500	1.160	1.528	.447	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	3.0000	1.9286	2.0000	2.4000	.51
	SD	.817	1.267	2.000	1.140	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	2.2500	3.0714	3.0000	3.6000	.332
	SD	.957	1.207	1.000	.548	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.2500	1.5000	1.0000	1.6000	.683
	SD	.957	.650	1.000	.548	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.0000	1.3571	1.3333	1.6000	.719
	SD	.817	.745	1.155	.548	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	0.5000	1.3571	1.0000	1.2000	.348
	SD	.577	.842	1.000	.837	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	3.7500	2.5000	3.0000	2.8000	.44
	SD	.500	1.401	1.732	1.304	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	2.5000	0.9286	1.3333	1.0000	.06
	SD	.577	.917	1.528	1.000	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	0.7500	1.0000	.0000	1.0000	.116

	SD	.957	.679	.000	.000	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	3.0000	2.2857	2.6667	2.4000	.702
	SD	.837	.994	2.309	.548	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.0000	1.7857	2.3333	2.2000	
	SD	1.633	.975	.577	.447	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0000	0.8571	1.0000	0.8000	.975
	SD	.817	.770	1.000	.837	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	1.7500	0.8571	1.6667	1.4000	.041
	SD	.500	.663	.577	.548	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	1.2500	1.0000	1.0000	0.8000	.887
	SD	.957	.877	1.000	.447	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.7500	0.7143	2.0000	1.4000	.25
	SD	1.708	.994	2.000	.894	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	2.0000	0.8571	0.6667	0.8000	.135
	SD	.000	.864	1.155	1.095	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.5000	0.7143	1.0000	0.8000	.814
	SD	.577	.726	1.000	.447	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	1.0000	1.0000	1.0000	0.6000	.783
	SD	.817	.679	1.000	.894	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.7500	1.2143	1.0000	1.2000	.914
	SD	1.500	1.188	1.000	1.095	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	2.5000	1.4286	4.0000	1.2000	.035
	SD	1.915	1.484	.000	1.643	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.5000	0.6429	0.3333	.0000	.199
	SD	.577	.633	.577	.000	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	36.7500	29.5000	36.7500	29.5000	.681
	SD	10.996	11.387	17.059	3.808	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Λόγοι Εισδοχής				Sig.
		Απουσία εναισθησίας	Χρήση ουσιών και απουσία εναισθησίας	Αυτοκτονική συμπεριφορά	Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά	
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	3.1429	3.0000	2.9412	3.0000	.981
	SD	1.069	.000	1.144	1.113	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	3.0000	3.2000	2.0000	1.9545	.066
	SD	1.155	.447	1.581	.999	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	2.4286	3.2000	3.2353	3.0909	.398
	SD	.976	.837	.970	1.192	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.5714	1.2000	1.4706	1.2273	.547
	SD	.535	.837	.824	.752	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.4286	1.4000	1.4706	1.1364	.557
	SD	.787	.548	.717	.834	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	1.5714	.6000	1.1765	1.0000	.212
	SD	.535	.894	.883	.817	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	2.5714	3.4000	2.9412	2.8182	.733
	SD	1.512	.894	1.197	1.368	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.4286	1.6000	1.3529	1.2273	.921
	SD	.976	1.517	1.272	1.066	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	1.0000	1.2000	.8235	.7273	.407

	SD	.817	.447	.728	.456	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.7143	2.8000	2.2353	2.1818	.585
	SD	1.254	.837	1.348	1.097	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.5714	2.8000	1.9412	1.7727	.102
	SD	1.134	.837	.966	1.020	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.4286	1.6000	.7674	.9091	.082
	SD	.787	.548	.831	.750	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1429	1.8000	1.1176	.9091	.1
	SD	.899	.447	.781	.610	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0000	1.6000	.8824	.7727	.24
	SD	.817	.548	.857	.813	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.8571	1.0000	1.0588	.9091	.371
	SD	1.864	1.245	1.197	1.019	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	1.0000	.4000	1.0588	1.0000	.58
	SD	1.000	.894	.966	.926	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	1.1429	1.0000	.8824	.7273	.58
	SD	.378	.707	.781	.767	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	.4286	.8000	.9412	.9545	.416
	SD	.535	1.095	.827	.653	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	1.5714	2.4000	.7059	.7727	.007
	SD	1.512	.894	.985	.922	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	2.5714	1.6000	1.8824	.8636	.051
	SD	1.397	1.817	1.833	1.207	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0000	.2000	.2353	.3182	.012
	SD	.577	.447	.437	.568	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	36.5714	36.8000	31.1176	28.2727	.148
	SD	9.641	5.586	11.905	8.838	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items	Ιατρική Διάγνωση					Sig.
		Σχιζοφρένεια	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές	Διαταραχές διάθεσης	Άλλο	
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	2.6667	3.1538	2.9706	3.0000	.98
	SD	1.528	.801	1.114	-	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	3.0000	2.7692	1.9118	4.0000	.053
	SD	1.000	1.235	1.215	-	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	2.6667	2.6923	3.2059	4.0000	.346
	SD	.577	1.109	1.067	-	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.0000	1.3077	1.3824	2.0000	.629
	SD	1.000	.751	.652	-	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.3333	1.3077	1.2941	2.0000	.849
	SD	.577	.855	.759	-	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	1.0000	0.7692	1.2353	1.0000	.298
	SD	1.000	.832	.819	-	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	2.6667	3.1538	2.7647	4.0000	.642
	SD	1.528	1.345	1.257	-	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	2.3333	1.5385	1.1765	1.0000	.336
	SD	1.155	1.127	1.141	-	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	.6670	.7692	.8824	1.0000	.893
	SD	.577	.832	.537	-	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.6667	2.6154	2.2059	2.0000	.703
		1.528	1.261	1.149	-	

	SD					
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	3.0000	2.0000	1.9706	2.0000	.445
	SD	1.732	.817	1.056	-	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.3333	1.0769	.9118	2.0000	.446
	SD	1.155	.759	.793	-	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	1.6667	1.3077	.9706	1.0000	.27
	SD	.577	.751	.717	-	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	1.6667	1.0000	.8235	1.0000	.338
	SD	.577	.816	.834	-	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.3333	1.2308	1.0588	.0000	.792
	SD	2.309	1.301	1.153	-	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	2.0000	0.6154	1.0294	.0000	.078
	SD	.000	.961	.904	-	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	1.3333	.8462	.7941	2.0000	.258
	SD	.577	.689	.729	-	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	.3333	1.0769	.7941	2.0000	.16
	SD	.577	.862	.687	-	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	2.0000	1.2308	.8235	2.0000	.223
	SD	1.000	1.481	.968	-	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	3.6667	2.4615	.8824	4.0000	<0.0001
	SD	.577	1.713	1.200	-	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	.6667	.3077	.3529	.6667	.523
	SD	.577	.480	.797	-	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)				Sig.
		Ελλιποβαρής	Φυσιολογικό	Παχύσαρκο	Υπέρβαρο	
HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση	Mean	3.5000	2.7717	3.1538	3.0000	.579
	SD	.577	1.152	1.068	1.225	
HDRS 2. Αισθήματα ενοχής	Mean	3.0000	2.0000	2.2308	2.6000	.47
	SD	.817	1.380	1.092	1.517	
HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας	Mean	2.7500	2.8182	3.3077	2.8000	.604
	SD	1.500	1.220	.751	1.095	
HDRS 4. Αρχική αϋπνία	Mean	1.2500	1.4091	1.3846	1.4000	.979
	SD	.957	.590	.650	.894	
HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία	Mean	1.2500	1.2273	1.3846	1.8000	.487
	SD	.957	.813	.650	.447	
HDRS 6. Όψιμη αϋπνία	Mean	.5000	1.1364	1.1538	1.4000	.411
	SD	.577	.889	.801	.548	
HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα	Mean	3.0000	2.6364	3.0769	3.4000	.617
	SD	2.000	1.364	1.188	.894	
HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Mean	1.5000	1.2273	1.6154	1.0000	.697
	SD	1.291	1.193	1.193	.707	
HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία	Mean	.7500	.9545	.6923	.6000	.534
	SD	.957	.575	.630	.548	
HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους	Mean	2.2500	2.0000	2.6154	2.2000	.555
	SD	.957	1.309	1.121	1.095	
HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους	Mean	1.5000	1.7727	2.3846	2.2000	.24

	SD	1.291	.922	.961	1.095	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0000	.8182	1.1538	1.2000	.602
	SD	.817	.795	.801	.837	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	.7500	.8636	1.1538	1.2000	.086
	SD	.957	.639	.776	.447	
	Mean					
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	SD	.7500	.8182	1.0769	0.6000	.665
		.957	.733	.862	.894	
	Mean					
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	SD	.5000	.8182	2.0769	1.0000	.014
		.577	.773	1.498	1.732	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	1.5000	.9545	1.0769	.2000	.188
	SD	1.000	.950	.954	.447	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	.7500	.8638	.8462	1.2000	.778
	SD	.957	.710	.689	.837	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	1.2500	.9545	.7692	.8000	.724
	SD	.500	.785	.832	.837	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	.5000	.7273	1.2308	.8000	.494
	SD	1.000	1.032	1.092	1.095	
	Mean					
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	SD	1.0000	1.2273	2.0769	1.4000	.434
		2.000	1.445	1.706	1.517	
	Mean					
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	SD	.2500	.3636	.5615	.6000	.796
		.500	.492	.660	.894	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	29.500	28.3636	35.2308	31.4000	.282
	SD	8.426	9.883	10.670	9.503	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Χρονική Διάρκεια Νόσησης				Sig.
		0-5 χρόνια	6-10 χρόνια	11-15 χρόνια	>15 χρόνια	
HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση	Mean	3.3333	2.5714	2.5000	3.0882	.405
	SD	.516	1.134	1.291	1.055	
HDRS 2. Αισθήματα ενοχής	Mean	2.5000	1.7143	1.7500	2.3529	.525
	SD	1.378	1.496	.957	1.252	
HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας	Mean	3.3333	2.5714	3.0000	3.1176	.59
	SD	.817	1.272	.817	1.094	
HDRS 4. Αρχική αϋπνία	Mean	1.6667	1.0000	1.7500	1.3235	.215
	SD	.516	.817	.500	.684	
HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία	Mean	1.5000	.7143	1.7500	1.3529	.103
	SD	.548	.951	.500	.734	
HDRS 6. Όψιμη αϋπνία	Mean	.8333	.7143	1.5000	1.7665	.35
	SD	.983	.951	1.000	.758	
HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα	Mean	3.3333	2.0000	2.2500	3.0588	.122
	SD	1.033	1.528	1.258	1.205	
HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Mean	2.3333	1.1429	.2500	1.3235	.033
	SD	1.033	1.069	.500	1.121	
HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία	Mean	.8333	.8571	.7500	.8529	.992
	SD	.753	.690	.500	.609	
HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους	Mean	1.6667	1.5714	2.5000	2.5882	.084
	SD	1.033	1.134	1.000	1.158	
HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους	Mean	2.0000	1.8571	1.7500	2.1176	.874
	SD					

	SD	.632	1.069	1.500	1.066	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1667	1.0000	.7500	1.0000	.891
	SD	.753	1.000	.957	.770	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	1.3333	.8571	1.0000	1.1176	.697
	SD	.817	.899	.817	.686	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0000	.5714	.7500	1.0000	.625
	SD	.894	.535	.957	.853	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.1667	1.0000	1.2500	1.0882	.989
	SD	1.169	1.155	1.893	1.239	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.6667	.8571	1.7500	0.9412	.324
	SD	1.033	1.069	.500	.919	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	1.0000	.4286	.2500	1.0000	.071
	SD	.894	.535	.500	.696	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	1.5000	.7143	.7500	.7941	.172
	SD	.722	.837	.756	.500	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	.6667	1.1429	.7500	1.0882	.81
	SD	.729	1.033	1.574	.957	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.1667	1.2857	.5000	1.7353	.457
	SD	1.111	1.602	1.889	1.601	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	.0000	.0000	.2500	.5940	.032
	SD	.000	.000	.500	.615	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	33.0000	24.5714	27.7500	32.6471	.23
	SD	4.648	9.144	8.261	10.840	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

		<i>Ιστορικό χρήσης πέραν των δυο ουσιών</i>			
<i>HDRS items</i>		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης μιας ουσίας	Ιστορικό πολυχρήσης	Sig.
<i>HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση</i>	Mean	3.0323	3.0000	2.8571	.925
	SD	1.079	1.080	.899	
<i>HDRS 2. Αισθήματα ενοχής</i>	Mean	2.2258	1.9231	2.8571	.3
	SD	1.383	.862	1.345	
<i>HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας</i>	Mean	2.9355	3.2308	3.2857	.595
	SD	1.237	.725	.756	
<i>HDRS 4. Αρχική αϋπνία</i>	Mean	1.3226	1.6154	1.0000	.15
	SD	.702	.506	.817	
<i>HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία</i>	Mean	1.2903	1.3846	1.2857	.93
	SD	.783	.768	.756	
<i>HDRS 6. Όψιμη αϋπνία</i>	Mean	1.0645	1.2846	.7143	.216
	SD	.814	.768	.951	
<i>HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα</i>	Mean	2.9032	2.8462	2.8571	.99
	SD	1.375	1.144	1.215	
<i>HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	Mean	1.2903	1.2308	1.7143	.638
	SD	1.131	1.092	1.380	
<i>HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	Mean	.8387	.7692	1.0000	.73
	SD	.688	.439	.577	
<i>HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	2.3226	2.2308	2.5714	.83
	SD	1.166	1.166	1.397	
<i>HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	Mean	1.8710	2.0000	2.8571	.73

	SD	.991	1.080	.899	
<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	.9355	.9231	1.4286	.318
	SD	.814	.759	.787	
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	.8710	1.2308	1.8571	.002
	SD	.763	.439	.378	
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	.8056	.9231	1.4286	.196
	SD	.792	.862	.787	
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.0645	1.1538	1.1429	.972
	SD	1.263	1.214	1.345	
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	.8387	1.4615	.5714	.063
	SD	.898	.877	.976	
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	.9355	.6923	.8571	.604
	SD	.772	.630	.690	
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	.8710	.9231	.7143	.839
	SD	.670	.862	.951	
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	.7097	.9231	.7143	.007
	SD	1.039	.987	1.215	
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	.7097	1.1538	2.1429	.387
	SD	1.669	1.251	1.889	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	.3871	.4615	.1429	.481
	SD	.558	.660	.378	
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	29.9355	31.8462	35.5714	.407
	SD	10.208	9.397	11.282	

Πίνακας 29 (συνέχεια). Σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

HDRS items		Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών			Sig.
		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης ελαφριών ψυχοδραστικών ουσιών	Ιστορικό χρήσης σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	
HDRS 1. Καταθλιπτική διάθεση	Mean	3.0313	3.0000	2.8333	.405
	SD	1.062	1.080	.983	
HDRS 2. Αισθήματα ενοχής	Mean	2.2188	2.0000	2.8333	.525
	SD	1.362	.913	1.472	
HDRS 3. Τάση αυτοκτονίας	Mean	2.9375	3.3077	3.1667	.590
	SD	1.216	.751	.753	
HDRS 4. Αρχική αϋπνία	Mean	1.3438	1.6154	0.8333	.215
	SD	.701	.506	.753	
HDRS 5. Ενδιάμεση αϋπνία	Mean	1.3125	1.3846	1.1667	.103
	SD	.780	.768	.753	
HDRS 6. Όψιμη αϋπνία	Mean	1.0938	1.2308	0.8333	.350
	SD	.816	.832	.983	
HDRS 7. Εργασία και ενδιαφέροντα	Mean	2.8438	3.0769	2.6667	.122
	SD	1.394	1.038	1.211	
HDRS 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Mean	1.2500	1.2308	2.0000	.033
	SD	1.136	1.092	1.265	
HDRS 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία	Mean	0.8438	0.8462	0.8333	.992
	SD	.677	.555	.408	
HDRS 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους	Mean	2.3125	2.3846	2.3333	.084
	SD	1.148	1.261	1.366	
HDRS 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους	Mean	1.8750	2.0769	2.8333	.874
	SD	.976	1.115	.983	

<i>HDRS 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	0.9375	1.0000	1.3333	
	SD	.801	.817	.817	.891
<i>HDRS 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8750	1.2077	1.8333	
	SD	.751	.480	.408	.697
<i>HDRS 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	Mean	0.8125	1.0000	1.3333	
	SD	.780	.913	.817	.625
<i>HDRS 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	Mean	1.0625	1.0769	1.3333	
	SD	1.243	1.256	1.366	.989
<i>HDRS 16. Απώλεια βάρους</i>	Mean	0.8750	1.3077	0.6667	
	SD	.907	.947	1.033	.324
<i>HDRS 17. Επίγνωση νοσηρού</i>	Mean	0.9375	0.6923	0.8333	
	SD	.759	.630	.753	.071
<i>HDRS 18. Ημερήσια διακύμανση συμπτωμάτων</i>	Mean	0.8438	0.9231	0.8333	
	SD	.677	.862	.983	.172
<i>HDRS 19. Αποπροσωποποίηση και αντίληψη μη πραγματικού κόσμου</i>	Mean	0.7500	1.3077	1.8333	
	SD	1.047	1.251	.983	.810
<i>HDRS 20. Παρανοϊκά συμπτώματα</i>	Mean	1.4063	1.4615	2.1667	
	SD	1.643	1.330	2.041	
<i>HDRS 21. Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα</i>	Mean	0.3750	0.5385	.0000	
	SD	.554	.660	.000	.032
<i>Συνολικό σκορ HDRS</i>	Mean	29.9375	32.7692	34.5000	
	SD	10.042	9.782	11.662	.495

Πίνακας 30. Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=482)

<i>HARS items</i>		<i>Ατομικό Ιστορικό NNA.NBA</i>			<i>Ιστορικό ακούσιας εισαγωγής</i>		
		1 ^ο επεισόδι ο	Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό NNA/NBA	Sig.	1 ^η εισαγωγή	Επανεισαγωγή	Sig.
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.8908	3.0055	.331	2.9439	3<0.0010	.560
	SD	1.155	.978		1.063	1<0.001	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.4538	2.6215	.214	2.5051	2.6316	.026
	SD	1.306	1.171		1.213	1.201	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	1.0168	.6823	.013	.9439	.6421	.008
	SD	1.295	1.136		1.309	1.077	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.3782	1.304	.937	2.3776	2.3930	.901
	SD	1.365			1.392	1.267	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.3025	2.3785	.563	2.3929	2.3368	.600
	SD	1.292	1.067		1.195	1.077	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.3529	1.1271	.107	1.3827	1.0456	.005
	SD	1.344	1.250		1.324	1.225	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	.9916	.9890	.983	1.0408	.9544	.425
	SD	1.217	1.133		1.193	1.126	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.8655	1.0028	.277	.9490	.9825	.763
	SD	1.192	1.189		1.209	1.179	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.8235	1.8729	.704	1.8469	1.8702	.836
	SD	1.239	1.200		1.209	1.210	

<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1429	1.0193	.360	1.0714	1.0351	.755
	SD	1.290	1.219		1.287	1.203	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0672	1.2127	.273	1.2449	1.1298	.338
	SD	1.253	1.243		1.385	1.141	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.8571	.8508	.962	.8265	.8702	.704
	SD	1.264	1.234		1.228	1.250	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.2941	1.4420	.277	1.3673	1.4316	.589
	SD	1.291	1.255		1.311	1.233	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	19.3697	19.3812	.990	19.6480	19.1930	.561
	SD	8.780	8.150		8.651	8.061	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Φύλο			Φυλή		
		Γυναίκες	Άνδρες	Sig.	Λευκή	Άλλο	Sig.
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.8802	3.0287	.143	3.0067	2.6000	.035
	SD	1.091	.986		1.017	1.062	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.7305	2.5000	.045	2.6121	2.1714	.043
	SD	1.184	1.212		1.202	1.200	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	1.0299	.6242	.001	.7489	.9714	.330
	SD	1.300	1.095		1.176	1.294	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.1078	2.5350	.001	2.3946	2.2857	.687
	SD	1.468	1.207		1.300	1.544	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.2036	2.4427	.033	2.3789	2.1143	.199
	SD	1.210	1.071		1.122	1.157	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.2754	1.1338	.264	1.1682	1.3714	.409
	SD	1.373	1.220		1.267	1.395	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	.8503	1.0637	.051	.9753	1.1714	.382
	SD	1.122	1.164		1.144	1.271	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9521	.9777	.826	.9552	1.1429	.356
	SD	1.240	1.165		1.194	1.141	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	2.1497	1.7070	<0.001	1.8610	1.8571	.985
	SD	1.180	1.197		1.217	1.115	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.4012	.8631	<0.001	1.0561	.9714	.706

	SD	1.294	1.165		1.235	1.271	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1377	1.1975	.617	1.1726	1.2286	.798
	SD	1.241	1.250		1.248	1.238	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.8683	.8439	.841	.8587	.7714	.667
	SD	1.292	1.214		1.248	1.139	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.0958	1.5701	<0.001	1.4126	1.3143	.640
	SD	1.233	1.252		1.272	1.182	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	19.5449	19.2898		19.4283	18.7429	
	SD	9.201	7.794	.761	8.261	8.892	.661

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Επαγγελματική κατάσταση			Λήψη Δημόσιου Βοηθήματος		
		Εργαζόμενος	Άνεργος	Sig.	Άνεργος	Εργαζόμενος	Sig.
HARS1: Αγχώδες συναίσθημα	Mean	2.9358	2.9892	.751	3.0128	2.9431	.456
	SD	.874	1.066		.980	1.067	
HARS2: Ένταση	Mean	2.5229	2.5968	.160	2.6213	2.5407	.464
	SD	1.102	1.236		1.179	1.234	
HARS3: Φοβίες	Mean	.6330	.8038	.809	.7957	.7358	.580
	SD	1.151	1.193		1.240	1.131	
HARS4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.2752	2.4194	.587	2.3362	2.4350	.413
	SD	1.419	1.287		1.399	1.236	
HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης	Mean	2.2202	2.4005	.849	2.3362	2.3821	.656
	SD	1.204	1.100		1.177	1.076	
HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία	Mean	.8807	1.2715	.954	1.1404	1.2236	.476
	SD	1.136	1.302		1.268	1.285	
HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)	Mean	.7064	1.0726	.103	.9064	1.0691	.122
	SD	.974	1.189		1.147	1.156	
HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)	Mean	.8073	1.0161	.561	.8851	1.0488	.131
	SD	1.109	1.210		1.150	1.224	
HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα	Mean	1.7156	1.9032	.008	1.8255	1.8943	.534
	SD	1.155	1.222		1.222	1.197	
HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα	Mean	.8716	1.1022	.082	1.0340	1.0650	.784
	SD	1.179	1.250		1.270	1.207	
HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα	Mean	.9817	1.2339	.062	1.0340	1.3130	.014
	SD	1.170	1.263		1.215	1.263	
HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος	Mean	.8624	.8495	.163	.7149	.9837	.017
	SD				1.208	1.258	

<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.390	1.194	.258		1.3319	1.4756	.213
	SD	1.3028	1.4355					
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	1.182	1.287	.128		1.240	1.286	.258
	SD	17.7339	19.8602					
		7.582	8.449			18.9404	19.7967	
						8.016	8.559	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

<i>HARS items</i>		<i>Ιστορικό Χρήσης Ουσιών</i>			<i>Ιστορικό Διπλής Διάγνωσης</i>		
		Αρνητικό	Θετικό	Sig.	Θετικό	Αρνητικό	Sig.
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.9037	3.0711	.075	2.9198	3.0955	.079
	SD	1.033	1.009		1.019	1.030	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.5296	2.6445	.300	2.5309	2.6815	.199
	SD	1.209	1.2038		1.207	1.203	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.9074	.5829	.002	.8611	.5669	.008
	SD	1.265	1.049		1.222	1.081	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.1185	2.7299	<0.001	2.2685	2.6306	.003
	SD	1.363	1.174		1.360	1.194	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.2926	2.4455	.137	2.3735	2.3312	.695
	SD	1.150	1.091		1.145	1.088	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.2074	1.1517	.633	1.1728	1.2038	.802
	SD	1.308	1.236		1.286	1.259	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	.9074	1.0948	.079	.9907	.9873	.976
	SD	1.118	1.191		1.133	1.198	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9222	1.0284	.331	.9321	1.0446	.335
	SD	1.196	1.182		1.183	1.205	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.8185	1.9147	.393	1.8457	1.8917	.710
	SD	1.153	1.277		1.151	1.323	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0704	1.0237	.684	1.0370	1.0764	.753
	SD	1.209	1.274		1.190	1.332	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.2037	1.1422	.592	1.1883	1.1529	.777

	SD	1.240	1.256		1.213	1.316	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού</i>	Mean	.8704	.8294	.720	.8488	.8599	.927
<i>συστήματος</i>	SD	1.235	1.249		1.236	1.252	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού</i>	Mean	1.3407	1.4882	.205	1.3735	1.4713	.424
<i>συστήματος</i>	SD	1.262	1.266		1.273	1.248	
	Mean	18.8889	20.0047		19.1543	19.8408	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	SD	8.223	8.377	.145	8.205	8.503	.402

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Εθνικότητα			Γλώσσα Επικοινωνίας		
		Ελληνοκυπριακή	Άλλη	Sig.	Ελληνική	Άλλη	Sig.
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	3.0726	2.6992	.001	3.0225	2.7531	.048
	SD	.961	1.151		.999	1.123	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.6453	2.3902	.051	2.5950	2.5062	.541
	SD	1.181	1.265		1.212	1.184	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.7737	.7398	.781	.7650	.7654	.998
	SD	1.198	1.151		1.184	1.196	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.4525	2.1951	.080	2.4125	2.2593	.383
	SD	1.268	1.440		1.287	1.464	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.4218	2.1789	.05	2.3650	2.3333	.83
	SD	1.091	1.208		1.106	1.224	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.1480	1.2846	.329	1.1500	1.3457	.248
	SD	1.244	1.364		1.247	1.406	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	1.0168	.9106	.399	1.0050	.9136	.529
	SD	1.127	1.228		1.145	1.195	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	1.0112	.8455	.163	1.0025	.8025	.148
	SD	1.218	1.101		1.204	1.111	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.9106	1.7154	.126	1.8825	1.7531	.382
	SD	1.203	1.218		1.209	1.209	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0726	.9837	.502	1.0725	.9383	.388
	SD	1.223	1.280		1.229	1.278	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.2430	.9837	.04	1.2050	1.0370	.259

	SD	1.263	1.180		1.253	1.208	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.9218	.6504	.024	.8625	.8025	.69
	SD	1.283	1.086		1.243	1.229	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.4860	1.1707	.015	1.4500	1.1852	.071
	SD	1.273	1.212		1.279	1.173	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	19.9330	17.7642	.015	19.5850	18.3580	.048
	SD	8.160	8.528		8.295	8.304	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

<i>HARS items</i>		<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>			<i>Θρήσκευμα</i>		
		Έγγαμος	Άγαμος	Sig.	X.O.	Άλλο	Sig.
<i>HARS1: Αγχώδες συναισθημα</i>	Mean	3.0276	2.7349	.751	3.0159	2.9713	.036
	SD	.986	1.169		1.039	1.024	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.6055	2.4578	.160	2.7778	2.5502	.327
	SD	1.197	1.252		1.183	1.208	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.7889	.6506	.809	.7302	.7703	.314
	SD	1.198	1.120		1.234	1.179	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.4296	2.1807	.587	2.4762	2.3732	.163
	SD	1.273	1.507		1.412	1.304	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.3643	2.3373	.849	2.3333	2.3636	.849
	SD	1.115	1.181		1.177	1.119	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.1508	1.3373	.954	1.1746	1.1842	.258
	SD	1.252	1.381		1.225	1.285	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	0.9899	0.988	.103	1.2222	.9545	.989
	SD	1.146	1.194		1.210	1.142	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9598	1.0120	.561	1.0476	.9569	.708
	SD	1.201	1.142		1.141	1.198	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.8769	1.7831	.008	2.2381	1.8038	.498
	SD	1.22625	1.126		1.173	1.205	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0879	.8675	.082	1.3175	1.0096	.111
	SD	1.259	1.112		1.305	1.223	

<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1859	1.1325	.062	1.4603	1.1340	.723
	SD	1.247	1.247		1.280	1.237	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.8643	.7952	.163	1.0794	.8182	.644
	SD	1.242	1.237		1.394	1.213	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.4246	1.3133	.258	1.5873	1.3780	.46
	SD	1.270	1.238		1.375	1.246	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	19.5704	18.4578	.128	21<0.0010	19.1340	.242
	SD	8.415	7.710		9.098	8.158	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

<i>HARS items</i>		<i>Συχνότητα χρήσης ουσιών</i>		
		Καθημερινά	Άλλο	Sig.
<i>HARS1: Αγχώδες συναισθημα</i>	Mean	3.0431	3.1111	.626
	SD	.954	1.067	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.7155	2.5758	.394
	SD	1.207	1.187	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.5000	.6970	.177
	SD	.955	1.146	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.9138	2.5051	.011
	SD	1.138	1.181	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.5259	2.3636	.276
	SD	1.066	1.101	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.1552	1.1212	.842
	SD	1.191	1.287	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	1.2759	.8586	.01
	SD	1.212	1.124	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	1.0086	1.0101	.993
	SD	1.083	1.289	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.9052	1.9091	.982
	SD	1.164	1.385	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0086	1.0101	.993
	SD	1.205	1.343	

<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1552	1.1212	.845
	SD	1.183	1.334	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.7845	.8485	.711
	SD	1.148	1.350	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.6724	1.2323	.011
	SD	1.242	1.260	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	20.5086	19.2424	.273
	SD	7.687	9.006	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Ηλικιακή Ομάδα				Sig.
		18-24	25-34	35-44	45-65	
<i>HARS1: Αγχώδεις συναισθήματα</i>	Mean	3.0893	3.1000	2.9091	2.8581	.136
	SD	.977	1.035	1<0.001	1.040	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.4643	2.7000	2.5818	2.4968	.419
	SD	1.426	1.142	1.183	1.202	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.9286	.8000	.7818	.6581	.478
	SD	1.373	1.196	1.128	1.142	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.3036	2.4500	2.4273	2.3226	.787
	SD	1.425	1.358	1.230	1.304	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.4821	2.4313	2.2636	2.3097	.492
	SD	1.220	1.195	1.037	1.078	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.3393	1.3000	1.0455	1.1032	.255
	SD	1.417	1.316	1.111	1.285	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	.7143	1.056	.9364	1.0581	.212
	SD	.966	1.229	1.135	1.140	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.8036	.9563	.8909	1.0968	..341
	SD	1.085	1.265	1.069	1.226	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.7321	2.0063	1.8545	1.7613	.262
	SD	1.167	1.281	1.179	1.162	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	.8571	1.1625	.9909	1.0452	.402
	SD	1.034	1.359	1.1612	1.223	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1<0.0010	1.2125	1.1182	1.2452	.581
	SD	1.128	1.285	1.201	1.280	

<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.5357	1.0188	.7000	.9032	.037
	SD	1.008	1.333	1.113	1.278	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.2321	1.4625	1.3091	1.4774	.473
	SD	1.279	1.331	1.224	1.218	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	20.0658	19.2037	19.6129	19.2219	.238
	SD	8.739	7.506	9.347	8.246	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Επαρχία Διαμονής					Sig.
		Λευκωσία	Λεμεσός	Λάρνακα	Πάφος	Αμμόχωστος	
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	3.0486	2.9924	2.8280	2.8478	3.1538	.355
	SD	.957	1.026	1.099	1.210	.833	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.6378	2.5649	2.6344	2.1957	2.7308	.222
	SD	1.171	1.247	1.195	1.293	1.079	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.7892	.7863	.7204	.5870	.9615	.737
	SD	1.162	1.252	1.155	1.086	1.310	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.3514	2.4351	2.3226	2.3913	2.6154	.86
	SD	1.306	1.330	1.352	1.341	1.235	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.3351	2.4580	2.4086	1.7609	2.9231	<0.001
	SD	1.135	1.076	1.190	.970	.934	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.2486	1.2519	1.1075	.9130	1.1154	.0506
	SD	1.294	1.285	1.255	1.170	1.366	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	1.1676	.8626	.9892	.7174	.8462	.062
	SD	1.206	1.093	1.211	.934	1.084	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	1.1568	.9389	.7957	.7826	.7308	.065
	SD	1.273	1.161	1.068	1.153	1.079	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.9676	1.8702	1.9140	1.4130	1.6538	.068
	SD	1.197	1.236	1.212	1.221	.977	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1676	1.1145	.9570	.7826	.6923	.142
	SD	1.297	1.244	1.206	1.133	.928	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.3568	1.1069	1.1183	.8478	1.0385	.091
	SD	1.340	1.171	1.232	1.114	1.076	

<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	1.0649	.7710	.7312	.5652	.6923	.044
	SD	1.349	1.186	1.171	1.003	1.158	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.4811	1.3969	1.3441	1.3478	1.2308	.832
	SD	1.315	1.232	1.246	1.303	1.106	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	20.4162	19.4427	18.7527	16.3043	19.3462	.044
	SD	8.308	8.181	8.482	8.310	7.138	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

<i>HARS items</i>		<i>Οικογενειακό Ιστορικό</i>			Sig.
		Αρνητικό	Θετικό	Άγνωστο	
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.9951	2.9057	3.1538	.221
	SD	.975	1.097	.922	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.5539	2.5802	2.6615	.823
	SD	1.136	1.246	1.302	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.6078	.8962	.8308	.041
	SD	1.102	1.195	1.352	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.3775	2.3491	2.5385	.594
	SD	1.286	1.38401	1.199	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.2206	2.4906	2.3692	.05
	SD	1.071	1.170	1.112	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.1127	1.2642	1.1385	.461
	SD	1.236	1.286	1.367	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	1.0686	.9670	.8154	.284
	SD	1.168	1.181	.998	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9657	.9906	.9077	.886
	SD	1.205	1.192	1.155	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.7500	1.9906	1.7846	.11
	SD	1.240	1.151	1.268	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	.9020	1.1934	1.0462	.056
	SD	1.211	1.245	1.255	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0833	1.2264	1.3077	.334

	SD	1.202	1.241	1.391	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.8431	.8538	.8769	.982
	SD	1.201	1.303	1.166	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.4559	1.3538	1.4154	.712
	SD	1.280	1.228	1.345	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	18.8529	19.8349	19.5385	.477
	SD	8.156	8.522	8.044	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Διάγνωση ΝΝΔ/ΝΒΔ μελών της οικογένειας							Sig.
		Σχιζοφρένια και άλλη ψυχωτική διαταραχή	Διαταραχές Διάθεσης	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και	Διαταραχή διάθεση και υπόστυση	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και	Άλλο		
HARS1: Αγχώδες συναίσθημα	Mean	2.7528	3.0580	3.5000	3.5000	3.2105	2.6786	.152	
	SD	1.079	1.148	.707	.547	1.182	.983		
HARS2: Ένταση	Mean	2.4157	2.8116	4<0.00	3.3333	2.5789	2.2857	.064	
	SD	1.185	1.286	10 <0.001	.516	1.464	1.150		
HARS3: Φοβίες	Mean	.8090	.7536	1<0.00	2<0.0	1.3684	1<0.00	.078	
	SD	1.195	1.142	10 1.414	.010 1.095	1.300	10 1.122		
HARS4: Διαταραχές ύπνου	Mean	1.9775	2.7101	2.5000	3.1667	2.4211	2.3929	.019	
	SD	1.279	1.383	.707	.752	1.574	1.448		
HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης	Mean	2.1798	2.6377	3.5000	3.5000	2.8421	2.5357	.008	
	SD	1.133	1.175	.707	.836	.958	1.201		
HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία	Mean	1.3146	1.1014	<0.001	1<0.0	1.4737	1.4286	.497	
	SD	1.257	1.296	0 <0.001	.010 1.095	1.504	1.230		
HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)	Mean	.8090	1.0725	1.5000	1.5000	1.2632	.8214	.356	
	SD	1.064	1.275	.707	1.224	1.194	1.156		

<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.8652	1.0870	2.5000	.6667	1.5789	.8214	.066
	SD	1.130	1.134	2.121	1.211	1.609	1.020	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.7978	2.1594	2.5000	2.8333	2.2632	1.7857	.086
	SD	1.226	1.065	.707	1.471	1.147	.917	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0787	1.2464	2<0.00	2<0.0	1.3158	1.0714	.458
	SD	1.179	1.264	10	010	1.376	1.119	
				2.828	1.673			
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.2360	1.0870	3<0.00	1<0.0	1.5263	1.2500	.278
	SD	1.323	1.081	10	010	1.348	1.265	
				1.414	.894			
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.6517	1<0.00	3<0.00	.6667	1.0526	.8929	.105
	SD	1.139	10	10	1.632	1.470	1.227	
			1.414	<0.001				
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.1124	1.3913	2.5000	1.3333	2<0.00	1.5714	.043
	SD	1.200	1.239	.707	1.632	10	1.069	
						1.247		
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	17.7640	21.0290	28.5000	25.500	23.3684	19.2857	.01
	SD	8.202	8.856	9.192	0	8.166	6.830	
					9.396			

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Λόγοι Εισδοχής					Sig.
		Απουσία εναισθησίας	Διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και	Χρήση ουσιών και απουσία εναισθησίας	Αυτοκτονική συμπεριφορά	Ετεροκαταστροφική Συμπεριφορά	
HARS1: Αγχώδες συναίσθημα	Mean	2.7500	2.9615	3.1651	2.9020	2.7805	.165
	SD	1.208	1.039	.907	1.204	.851	
HARS2: Ένταση	Mean	2.2000	2.5808	2.7523	2.4510	2.4634	.271
	SD	1.056	1.219	1.171	1.254	1.206	
HARS3: Φοβίες	Mean	.5000	.7962	.5413	.7255	1.3415	.005
	SD	1.235	1.201	.9863	1.184	1.371	
HARS4: Διαταραχές ύπνου	Mean	1.9500	2.2192	2.7982	2.6471	2.2439	.001
	SD	1.356	1.307	1.176	1.353	1.427	
HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης	Mean	2.0500	2.3269	2.4771	2.3137	2.4634	.503
	SD	1.394	1.137	1.041	1.174	1.074	
HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία	Mean	1.1500	1.0500	.9541	1.8039	1.8780	<0.001
	SD	1.089	1.227	1.157	1.414	1.363	
HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)	Mean	.9000	.9577	1.0367	.9216	1.1951	.741
	SD	1.119	1.150	1.185	1.092	1.208	
HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)	Mean	.6500	1.0192	.8807	1.1373	.8293	.396
	SD	.988	1.219	1.094	1.296	1.202	

<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean SD	1.8000 1.239	1.8462 1.207	1.8716 1.155	1.8235 1.291	2<0.00 10 1.284	.953
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean SD	.7000 1.260	1.1154 1.227	.8991 1.146	1.0784 1.368	1.1707 1.339	.36
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean SD	1.2500 1.618	1.1962 1.234	1.0459 1.181	1.1961 1.311	1.3415 1.237	.726
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean SD	.8500 1.136	.8538 1.249	.7615 1.216	1.0196 1.318	.8780 1.228	.822
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean SD	1.3000 1.260	1.3462 1.240	1.4862 1.330	1.5098 1.301	1.4878 1.227	.796
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean SD	16.8000 7.804	19.0731 8.491	19.6239 7.966	20.333 3 8.482	20.7317 7.918	.388

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

<i>HARS items</i>		<i>Ιατρική Διάγνωση</i>				Sig.
		Σχιζοφρένεια	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές	Διαταραχές διάθεσης	Άλλο	
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.8681	3.0400	3.1228	3.1429	.132
	SD	1.00620	1.08806	.99681	.69007	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.3915	2.5840	2.9737	2.4286	<0.001
	SD	1.16938	1.28379	1.12463	.97590	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.7362	.8240	.6930	1.8571	.078
	SD	1.14661	1.21857	1.16077	1.86445	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	1.9957	2.5360	3.0263	2.4286	<0.001
	SD	1.24206	1.34730	1.17842	.97590	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.1915	2.5040	2.5351	2.5714	.016
	SD	1.10628	1.20231	1.02344	1.39728	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.2553	1.1840	1.0088	1.5714	.318
	SD	1.21014	1.27244	1.41105	1.13389	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	.8723	1.1440	1.0351	1.4286	.119
	SD	1.08244	1.21618	1.21152	1.13389	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9745	1.0320	.8947	.8571	.836
	SD	1.15442	1.29475	1.15497	1.21499	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.7745	1.9120	2<0.0010	1.5714	.344
	SD	1.16400	1.27010	1.21203	1.51186	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0213	1.0320	1.1316	1<0.0010	.883
	SD	1.19631	1.23089	1.32045	1.52753	

<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	235	1.2085	1.0960	1.1667	.577
	SD		1.25539	1.23409	1.21143	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	235	.8426	.8560	.8596	.99
	SD		1.22853	1.24890	1.26825	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	235	1.3702	1.4960	1.3860	.823
	SD		1.24171	1.38322	1.17879	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	18.2936	20.1440	20.6667	21.1429	.043
	SD	8.231	8.847	7.486	10.172	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)				Sig.
		Ελλιποβαρής	Φυσιολογικό	Παχύσαρκο	Υπέρβαρο	
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.5455	2.9851	3.0400	3.1220	.127
	SD	1.370	.961	1.027	1.058	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.5909	2.5622	2.6720	2.7805	.561
	SD	1.140	1.227	1.242	1.133	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.0909	.7960	.6320	1.1341	.001
	SD	.294	1.176	1.132	1.412	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	1.9545	2.4478	2.4400	2.4146	.428
	SD	1.396	1.318	1.346	1.342	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2<0.0010	2.3134	2.3840	2.4756	.338
	SD	1.480	1.134	1.120	1.091	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.3182	1.1891	1.0080	1.2195	.502
	SD	1.460	1.278	1.187	1.351	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	1.2727	.8856	.9840	1.2439	.081
	SD	1.315	1.114	1.149	1.252	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9545	.8358	1.0320	1.2317	.079
	SD	1.290	1.148	1.211	1.240	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	2.1364	1.8259	1.8000	2.1585	.106
	SD	1.206	1.193	1.244	1.211	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.2727	1.0597	.9840	1.2561	.41
	SD	1.420	1.247	1.224	1.293	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.6364	1.0896	1.0640	1.4756	.023

	SD	1.432	1.249	1.203	1.259	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	1<0.0010	.7413	.8880	1.1220	.129
	SD	1.573	1.180	1.271	1.308	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.2273	1.3532	1.3440	1.6707	.206
	SD	1.306	1.264	1.257	1.324	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	18.3636	18.9950	19.2080	21.8293	.054
	SD	7.859	8.072	8.550	8.724	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Χρονική Διάρκεια Νόσησης				Sig.
		0-5 χρόνια	6-10 χρόνια	11-15 χρόνια	>15 χρόνια	
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	3.0395	2.9630	2.9677	2.9656	.954
	SD	1.038	.950	1.139	1.027	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.6711	2.6481	2.7419	2.5313	.642
	SD	1.193	1.184	1.124	1.223	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.8421	.5556	.7419	.7844	.552
	SD	1.317	1.003	1.182	1.182	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.4342	2.2778	2.3548	2.3969	.918
	SD	1.369	1.294	1.355	1.311	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.3421	2.4444	2.1290	2.3719	.647
	SD	1.137	1.040	1.087	1.142	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.2237	1.3519	1.1613	1.1469	.733
	SD	1.332	1.215	1.319	1.271	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	1.1579	.9815	.9677	.9531	.584
	SD	1.22259	1.205	1.079	1.136	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	1.0789	.7963	1.0645	.9625	.575
	SD	1.230	1.122	1.289	1.184	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.9079	2.0185	2.0323	1.8063	.512
	SD	1.234	1.189	1.224	1.206	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0921	1.1852	1.0645	1.0156	.806
	SD	1.358	1.401	1.152	1.188	
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1711	1.2593	1.2258	1.1594	.951

	SD	1.247	1.184	1.383	1.248	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.8158	.6481	.9032	.8906	.598
	SD	1.240	1.048	1.300	1.265	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.4605	1.3333	1.4839	1.3969	.929
	SD	1.380	1.181	1.502	1.229	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

		<i>Ιστορικό χρήσης πέραν των δυο ουσιών</i>			Sig.
<i>HARS items</i>		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης μιας ουσίας	Ιστορικό πολυχρήσης	
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.8989	3.0000	3.1468	.101
	SD	1.037	1.079	.931	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.5281	2.6635	2.6330	.55
	SD	1.214	1.145	1.252	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.9101	.6731	.5046	.007
	SD	1.268	1.169	.919	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.1236	2.7019	2.7523	<0.001
	SD	1.364	1.189	1.155	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.2959	2.3365	2.5596	.113
	SD	1.146	1.145	1.022	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.2210	1.1923	1.0917	.672
	SD	1.309	1.315	1.159	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	.9101	1.0481	1.1376	.19
	SD	1.12029	1.201	1.182	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9326	1.0096	1.0275	.73
	SD	1.199	1.226	1.142	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.8277	1.8846	1.9358	.721
	SD	1.153	1.374	1.172	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0824	1.1346	.8991	.319
	SD	1.211	1.358	1.178	

<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.2097	1.1442	1.1376	.834
	SD	1.241	1.339	1.174	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.8801	.7692	.8716	.732
	SD	1.238	1.263	1.233	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.3483	1.3942	1.5688	.306
	SD	1.263	1.325	1.204	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	18.9588	19.8077	20.1284	.397
	SD	8.222	8.749	7.979	

Πίνακας 30 (Συνέχεια). Σχέση Αγχώδους συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

		<i>Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών</i>			Sig.
<i>HARS items</i>		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης ελαφριών ψυχοδραστικών ουσιών	Ιστορικό χρήσης σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	Mean	2.9094	3.0370	3.1031	.22
	SD	1.028	1.093	.929	
<i>HARS2: Ένταση</i>	Mean	2.5362	2.6296	2.6495	.649
	SD	1.203	1.196	1.233	
<i>HARS3: Φοβίες</i>	Mean	.9022	.6759	.4742	.006
	SD	1.259	1.182	.879	
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.1558	2.6852	2.7113	<0.001
	SD	1.372	1.189	1.163	
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	Mean	2.3080	2.2593	2.6186	.037
	SD	1.145	1.179	.973	
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	Mean	1.2246	1.2315	1.0103	.329
	SD	1.312	1.308	1.122	
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	Mean	.9094	1.0556	1.1443	.18
	SD	1.113	1.244	1.154	
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9348	.9907	1.0412	.734
	SD	1.201	1.195	1.162	
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	Mean	1.8333	1.7870	2.0206	.327
	SD	1.172	1.346	1.145	
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	Mean	1.0833	1.0833	.9175	.5
	SD	1.219	1.354	1.151	

<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	Mean	1.1920	1.1667	1.1443	.945
	SD	1.234	1.349	1.172	
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	Mean	.8696	.8148	.8454	
	SD	1.240	1.246	1.244	
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	Mean	1.3442	1.3981	1.5876	.265
	SD	1.268	1.260	1.256	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	Mean	19.0109	19.6481	20.1237	.488
	SD	8.230	8.806	7.937	

Πίνακας 31. Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (n=105)

YMRS items		Ατομικό Ιστορικό NNA.NBA			Ιστορικό ακούσιας εισαγωγής		
		1 ^ο επεισόδιο	Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό NNA/NBA	Sig.	1 ^η εισαγωγή	Επανεισαγωγή	Sig.
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.5333	3.5600	.898	3.5263	3.5672	.836
	SD	.973	.918		1.006	.891	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.2000	3.2533	.764	3.3158	3.1940	.42
	SD	.846	.736		.705	.802	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.8000	2.7867	.956	2.8684	2.7463	.587
	SD	1.125	1.106		1.119	1.119	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.7333	2.9467	.362	2.8947	2.8806	.943
	SD	1.112	.971		.923	1.066	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.0000	5.7333	.069	5.6316	5.4627	.622
	SD	1.947	1.445		1.730	1.579	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	6.0000	5.7600	.497	5.8947	5.791	.774
	SD	1.575	1.738		1.856	1.600	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.8333	3.0000	.399	2.9474	2.9552	.963
	SD	.948	.778		.836	.842	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.6000	6.5333	.886	6.4211	6.6269	.628
	SD	2.237	1.898		2.188	1.881	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	4.4000	4.9867	.218	4.8947	4.7761	.769
	SD	2.313	1.781		2.010	1.937	

<i>YMRS 10: Εμφάνιση</i>	Mean	2.2000	2.2133	.953	2.0526	2.2985	.273
	SD	1.030	1.081		1.137	1.015	
<i>YMRS 11: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	3.6000	3.8400	.176	3.7105	3.8060	.487
	SD	.849	.520		.693	.633	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	42.900	44.473	.443	44.1579	43.9394	.902
	SD	9.990	7.719		8.939	8.171	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Φύλο			Φυλή		
		Γυναίκες	Ανδρες	Sig.	Λευκή	Άλλο	Sig.
<i>YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση</i>	Mean	3.4118	3.6197	.303	3.5800	3.0000	.497
	SD	.988	.900		.878	1.732	
<i>YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα</i>	Mean	3.1765	3.2676	.628	3.2300	3.4000	.538
	SD	.999	.631		.776	.547	
<i>YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον</i>	Mean	2.5294	2.9155	.133	2.8100	2.4000	.698
	SD	1.308	.981		1.041	2.190	
<i>YMRS 4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	3.3235	2.6761	.002	2.8600	3.4000	.253
	SD	.944	.982		1.015	.894	
<i>YMRS 5: Ευερεθιστότητα</i>	Mean	4.8824	5.831	.024	5.5200	5.6000	.86
	SD	2.212	1.158		1.660	.894	
<i>YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου</i>	Mean	5.5294	5.9718	.263	5.8200	6.0000	.301
	SD	2.033	1.492		1.731	.000	
<i>YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας</i>	Mean	2.9706	2.9437	.895	2.9500	3.0000	.885
	SD	1.086	.694		.845	.707	
<i>YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης</i>	Mean	6.5294	6.5634	.935	6.5200	7.2000	.251
	SD	1.988	2.005		2.022	1.095	
<i>YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά</i>	Mean	3.8235	5.2958	.001	4.7800	5.6000	.114
	SD	2.110	1.693		1.987	.894	
<i>YMRS 10: Εμφάνιση</i>	Mean	2.7353	1.9577	<0.0001	2.2300	1.8000	.435
	SD	1.024	.991		1.062	1.095	

<i>YMRS II: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	3.6765	3.8169	.379	3.7700	3.8000	.892
	SD	.842	.542		.664	.447	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	42.2121	44.8592	.202	43.9596	45.2000	.646
	SD	10.705	7.043		8.557	5.357	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Επαγγελματική κατάσταση			Λήψη Δημόσιου Βοηθήματος		
		Εργαζόμενος	Άνεργος	Sig.	Άνεργος	Εργαζόμενος	Sig.
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.5714	3.5455	.899	3.6000	3.5000	.586
	SD	.9200	.939		.894	.974	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.3929	3.1818	.225	3.3455	3.1200	.131
	SD	.785	.765		.798	.718	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.9286	2.7403	.42	2.7273	2.8600	.536
	SD	1.015	1.140		1.268	.903	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.9286	2.8701	.786	3.0545	2.7000	.075
	SD	.940	1.043		.950	1.054	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.7143	5.4545	.486	5.6727	5.3600	.319
	SD	1.696	1.610		1.915	1.241	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	6.2143	5.6883	.13	5.8909	5.7600	.693
	SD	1.479	1.749		1.739	1.648	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.9643	2.9481	.93	3.0182	2.8800	.397
	SD	.838	.841		.892	.773	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.7857	6.4675	.493	6.6545	6.4400	.581
	SD	2.131	1.943		2.110	1.864	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	5.0000	4.7532	.585	4.8727	4.7600	.767
	SD	2.072	1.920		2.203	1.660	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.1071	2.2468	.571	2.1455	2.2800	.517
	SD	1.133	1.040		1.129	.990	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	3.7500	3.7792	.848	3.7818	3.7600	.865

	SD	.700	.641		.685	.624	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	45.3571	43.5263	.355	44.5741	43.4200	.483
	SD	9.097	8.160				

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items	Ιστορικό Χρήσης Ουσιών			Ιστορικό Διπλής Διάγνωσης			
		Αρνητικό	Θετικό	Sig.	Θετικό	Αρνητικό	Sig.
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.5000	3.6078	.554	3.5303	3.5897	.748
	SD	.966	.896		.964	.880	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.2407	3.2353	.971	3.2273	3.2564	.844
	SD	.650	.650		.818	.677	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.7222	2.8627	.517	2.7576	2.8462	.694
	SD	1.039	1.039		1.110	1.113	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	3.1481	2.6078	.006	2.9848	2.7179	.202
	SD	1.078	1.078		.984	1.050	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.5556	5.4902	.838	5.5152	5.5385	.942
	SD	1.641	1.641		1.720	1.484	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	5.9259	5.7255	.545	5.8485	5.7949	.874
	SD	1.600	1.600		1.729	1.641	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.9444	2.9608	.92	2.9697	2.9231	.77
	SD	.919	.747		.910	.702	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.6667	6.4314	.551	6.6061	6.4615	.736
	SD	1.693	2.273		1.821	2.269	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	4.9630	4.6667	.444	4.8788	4.7179	.702
	SD	1.681	2.215		1.793	2.223	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.5000	1.902	.003	2.3485	1.9744	.074
	SD	1.094	.943		1.088	.986	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	3.8333	3.7059	.326	3.7879	3.7436	.743

	SD	.540	.756		.644	.677	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	44.8113	43.1961	.332	44.2923	43.5641	.671
	SD	7.915	8.912		8.495	8.375	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Εθνικότητα			Γλώσσα Επικοινωνίας		
		Ελληνοκυπριακή	Ελληνοκυπριακή	Sig.	Ελληνική	Άλλη	Sig.
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.6220	3.3043	.239	3.5455	3.5882	.856
	SD	.840	1.184		.945	.870	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.2561	3.1739	.656	3.2273	3.2941	.747
	SD	.766	.777		.769	.771	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.8659	2.5217	.291	2.7614	2.9412	.572
	SD	.990	1.441		1.093	1.197	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.8415	3.0435	.47	2.8295	3.1765	.231
	SD	.948	1.223		.996	1.074	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.6829	4.9565	.101	5.5909	5.1765	.373
	SD	1.522	1.894		1.609	1.740	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	5.6829	5.3043	.184	5.8636	5.6471	.666
	SD	1.490	2.224		1.655	1.902	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	5.6829	2.9565	.982	2.9205	3.1176	.423
	SD	.784	1.021		.819	.927	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	5.6829	6.6957	.705	6.5455	6.5882	.941
	SD	1.982	2.054		1.958	2.209	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	5.6829	4.0870	.097	4.8409	4.7059	.800
	SD	1.756	2.447		1.958	1.992	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	5.6829	2.4783	.196	2.1250	2.6471	.075
	SD	1.039	1.122		1.048	1.057	

<i>YMRS II: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	5.6829	3.7391	.811	3.7614	3.8235	.676
	SD	.629	.751		.677	.528	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	45.6829	42.2609	.36	43.8851	44.7059	.754
	SD	7.569	10.917		8.121	10.048	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Οικογενειακή κατάσταση			Θρήσκευμα		
		Έγγαμος	Άγαμος	Sig.	X.O.	Άλλο	Sig.
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.3333	3.6071	.346	3.5393	3.6250	.728
	SD	1.238	.836		.942	.885	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.0952	3.2738	.402	3.2472	3.1875	.792
	SD	.889	.733		.758	.834	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.3810	2.8929	.118	2.7079	3.2500	.090
	SD	1.359	1.018		1.089	1.125	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.9524	2.8690	.764	2.8315	3.1875	.244
	SD	1.160	.979		.991	1.108	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	4.7619	5.7143	.084	5.5955	5.1250	.336
	SD	2.321	1.358		1.500	1.784	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	5.0476	6.0238	.035	5.9551	5.1250	.164
	SD	1.856	1.598		1.566	2.187	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.4762	3.0714	.029	2.9101	3.1875	.299
	SD	1.123	.707		.806	.981	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.5714	6.5476	.964	6.6067	6.2500	.565
	SD	1.203	1.947		1.940	2.294	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	3.9048	5.0476	.045	4.8539	4.6250	.709
	SD	2.321	1.796		1.904	2.276	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.4286	2.1548	.27	2.1124	2.7500	.038
	SD	.978	1.080		1.038	1.064	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	3.5238	3.8333	.195	3.7640	3.8125	.755

	SD	1.030	.510		.543	.543	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	39.7500	45.0357	.062	44.0000	44.1250	.965
	SD	11.529	7.215		7.974	10.849	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Συχνότητα χρήσης ουσιών		
		Καθημερινά	Άλλο	Sig.
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.6429	3.56	.738
	SD	.869	.916	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.2500	3.2000	.779
	SD	.645	.645	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	3.0714	2.5600	.103
	SD	.813	1.325	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.5000	2.7600	.379
	SD	1.036	1.090	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.7143	5.2000	.254
	SD	1.606	1.632	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	5.5714	5.8400	.551
	SD	1.372	1.181	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	3.0357	2.8000	.283
	SD	.692	.866	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.5000	6.3200	.775
	SD	2.081	2.427	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	4.7857	4.4800	.617
	SD	2.393	2.023	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.0714	1.7600	.23
	SD	.940	.925	

<i>YMRS II: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	3.6786	3.7200	.843
	SD	.772	.737	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	43.8214	42.2000	.513
	SD	8.628	9.215	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Ηλικιακή Ομάδα				Sig.
		18-24	25-34	35-44	45-65	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.5000	3.7857	3.7500	3.3469	.166
	SD	.755	.498	.716	1.646	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.5000	3.2500	3.4000	3.1224	.404
	SD	1.069	.700	.598	.807	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	3.2500	2.9286	2.8500	2.6122	.374
	SD	.707	1.015	1.136	1.187	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	3.5000	2.6071	3.1000	2.8571	.11
	SD	.534	1.227	.718	1.000	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.5000	5.7143	5.2000	5.5510	.761
	SD	1.772	1.696	1.361	1.696	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	6.2500	5.8571	5.9000	5.7143	.861
	SD	1.669	1.325	1.889	1.825	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	3.37500	2.9286	3.2000	2.7959	.136
	SD	.744	.662	.695	.957	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.2500	6.1429	6.8000	6.7347	.56
	SD	2.712	2.548	1.641	1.717	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	4.2500	5.1429	4.4000	4.8980	.491
	SD	2.251	2.067	1.902	1.873	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.2500	1.9643	2.2500	2.3265	.552
	SD	1.388	.999	.910	1.106	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	3.7500	3.8214	3.6000	3.8163	.626

	SD	.707	.475	.994	.654	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	45.3750	44.1429	44.4500	43.5417	.938
	SD	11.044	8.639	7.104	8.555	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Επαρχία Διαμονής					Sig.
		Λευκωσία	Λεμεσός	Λάρνακα	Πάφος	Αμμόχωστος	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.6000	3.6786	3.7273	3.125	3.0833	.19
	SD	.735	.154	.163	.479	.416	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.3714	3.1786	3.2273	3.1250	3.0833	.762
	SD	.731	.862	.812	.640	.668	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.4857	2.9286	3.0000	2.8750	2.9167	.400
	SD	1.246	1.152	.816	1.246	.900	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.8857	2.8929	2.9545	3.0000	2.6667	.945
	SD	.832	1.100	1.326	.755	.887	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.9429	5.7857	4.9091	4.7500	5.3333	.084
	SD	1.579	1.257	1.715	2.121	1.775	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	6.0000	6.2143	5.3636	5.2500	5.6667	.342
	SD	1.748	1.257	2.172	1.035	1.669	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.8857	2.9286	3.3182	2.5000	2.8333	.132
	SD	.932	.662	.779	.925	.836	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.7429	6.7143	6.1818	6.7500	6.1667	.78
	SD	2.005	1.652	2.217	1.488	2.622	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	5.4286	4.6429	4.2727	4.7500	4.5000	.225
	SD	1.851	1.637	2.164	2.604	1.930	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.3429	2.1786	2.4545	1.8750	1.6667	.226
	SD	1.083	1.188	.911	.834	.984	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	3.8000	3.8571	3.7727	3.6250	3.5833	.754

	SD	.632	.356	.751	.279	.792	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	45.2059	45.0000	43.1818	41.6250	41.5000	
	SD	8.459	5.868	9.678	9.605	10.361	.566

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Οικογενειακό Ιστορικό			Sig.
		Αρνητικό	Θετικό	Άγνωστο	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.4390	3.5660	3.9091	.330
	SD	1.049	.909	.301	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.3659	3.1321	3.2727	.340
	SD	.661	.809	.904	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.9024	2.6226	3.1818	.223
	SD	1.019	1.196	.873	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.8293	2.9245	2.9091	.902
	SD	1.070	.937	1.221	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.7073	5.2453	6.1818	.145
	SD	1.382	1.849	1.078	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	6.0000	5.6226	6.1818	.434
	SD	1.483	1.883	1.401	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	3.0000	2.8868	3.0909	.688
	SD	.707	.973	.539	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.5366	6.4906	6.9091	.819
	SD	1.790	2.180	1.868	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	5.1220	4.4528	5.4545	.135
	SD	1.734	.135	1.572	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.1707	2.1887	2.4545	.723
	SD	1.181	1.020	.820	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	3.8537	3.7170	3.7273	0.592

	SD	.421	.793	.646	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	44.675	42.8491	47.2727	0.235
	SD	7.630	9.272	5.917	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Διάγνωση NND/NBD μελών της οικογένειας						Sig.
		Σχιζοφρένια και άλλη μυνοτική	Διαταραχές Διάθεσης	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή	Διαταραχή διάθεση και χρήση	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή	Άλλο	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.5000	3.4667	4.0000	4.0000	4.0000	3.4000	.742
	SD	.755	1.074	-	.000	.000	.894	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.1250	3.0333	4.0000	3.2500	3.6000	3.0000	.644
	SD	.834	.889	-	.500	.547	.707	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.1250	2.8000	3.0000	3.0000	2.4000	2.2000	.667
	SD	1.124	2.121	-	.816	1.431	1.303	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.7500	3.1333	3.0000	2.7500	3.0000	2.0000	.236
	SD	.707	.681	-	.957	1.000	2.000	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	4.7500	5.6000	6.0000	4.5000	5.2000	4.4000	.636
	SD	2.121	1.849	-	1.000	1.095	2.607	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	5.2500	5.5333	6.0000	6.5000	6.8000	4.8000	.538
	SD	1.832	1.942	-	1.914	1.095	2.280	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.3750	3.0000	3.0000	3.5000	3.2000	2.2000	.203
	SD	1.187	.982		.577	.447	.836	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.0000	6.6667	8.0000	6.5000	6.0000	6.4000	.938
	SD	2.138	2.056	-	1.914	2.449	3.577	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	3.5000	4.8667	4.0000	4.0000	4.8000	3.6000	.586
	SD	2.563	1.942	-	1.632	1.788	3.286	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.1250	2.2333	3.0000	2.7500	1.8000	1.8000	.66

	SD	.834	1.072	-	.957	1.095	1.095	
<i>YMRS 11: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	3.3750	3.8333	4.0000	3.2500	4.0000	3.6000	.511
	SD	1.187	.592	-	1.500	.000	.894	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	38.875	44.1667	48.0000	44.0000	44.8000	37.4000	.51
	SD	11.752	8.288	-	6.377	4.381	15.290	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Λόγοι Εισδοχής					Sig.
		Απουσία εναισθησία	Διακοπή φαρμακευτι- κής αγωγής	Χρήση ουσιών και απουσία	Αυτοκτονικ ή συμπεριφορ	Ετεροκατα- στροφική Συμπεριφο	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.2500	3.5625	3.7308	3.8333	2.400	.044
	SD	.957	.940	.603	.408	1.181	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.5000	3.2500	3.2308	3.1667	3.0000	.91
	SD	.577	.835	.710	.408	.707	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.5000	2.6406	3.0385	3.3333	3.0000	.362
	SD	1.000	1.186	.958	.516	1.224	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	3.0000	3.0313	2.6154	2.8333	2.4000	.36
	SD	.816	.907	1.134	1.471	1.140	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.0000	5.5938	5.3846	5.6667	5.6000	.944
	SD	2.581	1.639	1.768	.816	.894	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	6.0000	5.9063	5.8462	6.0000	4.4000	.437
	SD	1.632	1.570	1.869	1.264	2.607	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.5000	3.0156	2.9231	2.8333	2.8000	.769
	SD	1.290	.845	.796	.408	1.095	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.5000	6.7188	6.0769	7.0000	6.4000	.694
	SD	1.000	1.931	2.496	1.095	.894	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	4.5000	4.9063	4.4615	5.6667	4.8000	.701
	SD	3.415	1.779	2.353	.816	1.788	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.5000	2.4531	1.6923	1.8333	2.0000	.026
	SD	1.290	1.068	.928	.752	1.000	

<i>YMRS 11: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	3.2500	3.8438	3.6923	3.8333	3.6000	.398
	SD	1.500	.540	.788	.406	.547	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	42.500	44.7619	42.6923	46.0000	40.4000	.648
	SD	13.478	7.768	10.153	3.521	6.949	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογίας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Ιατρική Διάγνωση				Sig.
YMRS items		Σχιζοφρένεια	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές	Διαταραχές διάθεσης	Άλλο	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.0000	3.6154	3.5541	4.0000	0.629
	SD	1.414	.752	.967	-	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.0000	3.3077	3.2297	3.0000	0.875
	SD	.816	.679	.803	-	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.2500	2.7308	2.8243	4.0000	0.52
	SD	.957	1.115	1.114	-	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	1.7500	2.5385	3.0676	3.0000	0.013
	SD	2.061	.947	.911	-	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	3.5000	5.6154	5.5946	6.0000	0.089
	SD	1.000	1.498	1.654	-	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	4.5000	6.1538	5.7838	6.0000	0.324
	SD	2.516	1.376	1.738	-	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.5000	3.0000	2.9595	3.0000	0.743
	SD	.577	.979	.801	-	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	8.0000	6.4615	6.5135	6.0000	0.523
	SD	.000	1.725	2.121	-	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	2.0000	4.5385	5.0541	6.0000	0.014
	SD	2.309	2.004	1.819	-	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.5000	2.3846	2.1351	2.0000	0.71
	SD	.577	1.022	1.101	-	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	4.0000	3.8077	3.7568	3.0000	0.579
		.000	.633	.678	-	

<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	SD					
	Mean	37.0000	44.1538	44.3288	46.0000	0.405
	SD	8.831	8.563	8.351		

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

YMRS items		Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)				Sig.
		Ελλιποβαρής	Φυσιολογικό	Παχύσαρκο	Υπέρβαρο	
<i>YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση</i>	Mean	3.2500	3.5526	3.6111	3.4762	0.883
	SD	.957	1.103	.837	1.030	
<i>YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα</i>	Mean	3.2500	3.2895	3.2778	3.1905	0.969
	SD	.957	.802	.741	.679	
<i>YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον</i>	Mean	2.7500	2.8421	2.7222	2.7619	0.976
	SD	1.500	1.17	1.161	1.135	
<i>YMRS 4: Διαταραχές ύπνου</i>	Mean	2.5000	3.0526	2.8889	2.5238	0.255
	SD	1.914	.928	.887	1.209	
<i>YMRS 5: Ευερεθιστότητα</i>	Mean	3.0000	5.6316	5.8889	5.2381	0.007
	SD	2.581	1.792	1.347	1.338	
<i>YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου</i>	Mean	4.5000	5.6842	6.1111	5.8095	0.306
	SD	1.914	1.578	1.581	2.088	
<i>YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας</i>	Mean	2.2500	3.0263	3.1111	2.7143	0.11
	SD	1.500	.914	.574	.902	
<i>YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης</i>	Mean	5.0000	6.9474	6.3889	6.4762	0.265
	SD	3.464	1.593	2.074	2.358	
<i>YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά</i>	Mean	3.0000	4.8947	5.1111	4.6667	0.24
	SD	3.464	2.010	1.878	1.825	
<i>YMRS 10: Εμφάνιση</i>	Mean	2.0000	2.3947	2.1111	2.0000	0.493
	SD	1.154	1.027	1.007	1.183	
<i>YMRS 11: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	2.7500	3.8947	3.7500	3.7143	0.012

<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	SD	1.500	.508	.691	.560	0.058
	Mean	34.2500	45.2105	44.9722	41.9500	
	SD	10.397	8.074	7.228	8.407	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

HARS items		Χρονική Διάρκεια Νόσησης				Sig.
		0-5 χρόνια	6-10 χρόνια	11-15 χρόνια	>15 χρόνια	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.8462	3.3636	4.0000	3.5000	.373
	SD	.375	1.286	.000	.959	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.3846	3.2727	3.4000	3.1974	.821
	SD	.650	.646	.547	.816	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	3.0769	2.6364	3.0000	2.7500	.719
	SD	1.037	1.120	.707	1.144	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	2.9231	2.9091	2.8000	2.8816	.996
	SD	1.037	.700	1.643	1.019	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.8462	5.0909	6.8000	5.4474	.212
	SD	.987	1.868	1.095	1.684	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	6.0000	6.0000	6.0000	5.7632	.94
	SD	.816	1.788	1.414	1.817	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	3.0000	2.8182	3.4000	2.9342	.623
	SD	.577	.873	.547	.884	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.3077	6.7273	7.2000	6.5263	.848
	SD	2.428	2.414	1.095	1.914	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	5.3846	4.9091	5.2000	4.6842	.651
	SD	1.502	2.427	1.095	2.001	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	1.9231	1.9091	2.4000	2.2895	.496
	SD	.862	.943	1.516	1.080	
YMRS 11: Εναισθησία νόσου	Mean	3.9231	3.4545	4.0000	3.7763	.276

	SD	.277	1.035	.000	.644	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	Mean	45.6154	43.0909	48.2000	43.6000	.574
	SD	6.410	9.544	8.730	8.730	

Πίνακας 31 (Συνέχεια). Σχέση Μανιακής συμπτωματολογία και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών			Sig.
YMRS items		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης ελαφριών ψυχοδραστικών ουσιών	Ιστορικό χρήσης σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	
YMRS 1: Ανεβασμένη διάθεση	Mean	3.5179	3.4815	3.7273	.607
	SD	.953	1.014	.767	
YMRS 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	Mean	3.2143	3.2593	3.2727	.943
	SD	.867	.655	.631	
YMRS 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	Mean	2.7143	2.6667	3.1364	.255
	SD	1.139	1.240	.774	
YMRS 4: Διαταραχές ύπνου	Mean	3.1250	3.0000	2.1364	<0.001
	SD	.875	.733	1.283	
YMRS 5: Ευερεθιστότητα	Mean	5.5357	5.4074	5.6364	.886
	SD	1.617	1.550	1.813	
YMRS 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	Mean	5.8929	5.5556	6.0000	.607
	SD	1.765	1.694	1.511	
YMRS 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	Mean	2.9464	3.0370	2.8636	.772
	SD	.922	.758	.710	
YMRS 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean	6.6786	6.3704	6.4545	.781
	SD	1.674	2.544	2.040	
YMRS 9: Επιθετική συμπεριφορά	Mean	4.8571	4.6667	4.9091	.892
	SD	1.699	2.218	2.218	
YMRS 10: Εμφάνιση	Mean	2.4286	2.0000	1.9091	.073
	SD	1.141	1.000	.811	

<i>YMRS 11: Εναισθησία νόσου</i>	Mean	3.8036	3.6667	3.8182	
	SD	.644	.784	.501	.629
	Mean	44.5273	43.1111	43.8636	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YMRS</i>	SD	7.901	8.841	9.402	.774

Πίνακας 32. Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών (n=306)

MoCA items		Ατομικό Ιστορικό NND.NBA			Ιστορικό ακούσιας εισαγωγής		
		1 ^ο επεισόδιο	Προηγούμενο Ατομικό Ιστορικό NND/NBA	Sig.	1 ^η εισαγωγή	Επανεισαγωγή	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.7465	.5532	.002	.6923	.5397	.007
	SD	.438	.498		.463	.499	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5775	.4809	.155	.6068	.4392	.004
	SD	.479	.500		.490	.497	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.5775	2.4298	.170	2.5812	2.3915	.045
	SD	.768	.856		.745	.884	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.8310	2.7532	.193	2.8205	2.7407	.155
	SD	.414	.513		.447	.517	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.8714	1.6000	<0.001	1.7586	1.6032	.024
	SD	.447	.635		.537	.640	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.9577	.8979	.056	.9231	.9048	.576
	SD	.202	.303		.267	.294	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.436	2.293	.276	2.4444	2.2540	.098
	SD	.952	1.005		.950	1.015	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.2571	1.0553	.072	1.2845	.9894	.002
	SD	.810	.832		.810	.825	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.5915	.4936	.148	.5726	.4815	.121
	SD	.495	.501		.496	.500	

<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.6714	1.4426	.008	1.6034	1.4286	.033
	SD	.582	.756		.644	.765	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.2958	2.2043	.676	2.3162	2.1693	.471
	SD	1.562	1.780		1.725	1.736	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.5493	5.5106	.776	5.4786	5.5450	.597
	SD	.996	1.022		1.141	.910	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	23.4265	21.7149	.010	23.114	21.4868	.007
	SD	4.519	5.379		4.891	5.361	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Φύλο			Φυλή		
		Γυναίκες	Άνδρες	Sig.	Λευκή	Άλλο	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.5763	.6117	.541	.5973	.6250	.885
	SD	.496	.488		.491	.517	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5000	.5053	.928	.5067	.3750	.499
	SD	.502	.501		.500	.886	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.3644	2.5266	.115	2.4698	2.2500	.510
	SD	.930	.768		.837	.755	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.7203	2.8032	.167	2.7785	2.5000	.334
	SD	.537	.460		.483	.886	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.6325	1.6809	.508	1.6599	1.7500	.606
	SD	.637	.588		.611	.462	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχή</i>	Mean	.9576	.8830	.013	.9128	.8750	.773
	SD	.202	.322		.282	.353	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.1780	2.4202	.045	2.3188	2.6250	.147
	SD	1.075	.930		1.002	.517	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0769	1.1170	.681	1.1044	1<0.0010	.761
	SD	.821	.838		.829	.925	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.5763	.4787	.097	.5134	.6250	.565
	SD	.496	.500		.500	.517	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.4237	1.5401	.180	1.4949	1.500	.986
	SD	.755	.705		.726	.755	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.3136	2.1702	.481	2.2013	3.1250	.158
	SD	1.728	1.734		1.729	1.642	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.6017	5.4681	.256	5.5436	4.6250	.203
	SD	.970	1.041		.977	1.846	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	21.9138	22.2139	.634	22.1051	21.8750	.907
	SD	5.126	5.126		5.247	5.330	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Επαγγελματική κατάσταση			Λήψη Δημόσιου Βοηθήματος		
		Εργαζόμενος	Άνεργος	Sig.	Άνεργος	Εργαζόμενος	Sig.
MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση	Mean	.6269	.5900	.586	.6763	.5329	.010
	SD	.487	.492		.469	.500	
MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου	Mean	.5970	.4770	.083	.5683	.4491	.038
	SD	.494	.500		.497	.498	
MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού	Mean	2.5821	2.4310	.173	2.5396	2.4012	.149
	SD	.781	.851		.809	.857	
MoCA 4: Κατονομασία	Mean	2.8657	2.7448	.038	2.8489	2.7066	.009
	SD	.385	.516		.397	.552	
MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη	Mean	1.8507	1.6092	<0.001	1.7754	1.5689	.002
	SD	.399	.645		.498	.671	
MoCA 6: Διάσπαση προσοχής	Mean	.9403	.9038	.297	.9496	.8802	.028
	SD	.238	.295		.219	.325	
MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7	Mean	2.4627	2.2887	.164	2.4892	2.1916	.008
	SD	.858	1.027		.871	1.069	
MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων	Mean	1.0455	1.1172	.543	1.1957	1.0240	.072
	SD	.849	.826		.818	.835	
MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια	Mean	.7015	.4644	<0.001	.6115	.4371	.002
	SD	.461	.499		.489	.497	
MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη	Mean	1.5522	1.4790	.457	1.5971	1.4096	.022

	SD	.702	.733		.656	.771	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.3731	2.1841	.435	2.4388	2.04791	.048
	SD	1.748	1.727		.1694	.745	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.4776	5.5314	.736	5.4892	5.5449	.639
	SD	1.197	.960		1.105	.935	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	23.1061	21.8186		23.1898	21.1988	
	SD	5.297	5.297	.068	4.881	5.369	.001

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Ιστορικό Χρήσης Ουσιών			Ιστορικό Διπλής Διάγνωσης		
		Αρνητικό	Θετικό	Sig.	Θετικό	Αρνητικό	Sig.
MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση	Mean	.5536	.6522	.079	.5517	.6893	.018
	SD	.498	.478		.498	.465	
MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου	Mean	.4762	.5362	.297	.4828	.5437	.316
	SD	.500	.500		.500	.500	
MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού	Mean	2.3869	2.5580	.068	2.3793	2.6311	.005
	SD	.934	.694		.911	.641	
MoCA 4: Κατονομασία	Mean	2.7202	2.8333	.041	2.7241	2.8641	.010
	SD	.535	.428		.529	.397	
MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη	Mean	1.6407	1.6884	.492	1.6386	1.7087	.334
	SD	.632	.576		.617	.587	
MoCA 6: Διάσπαση προσοχή	Mean	.9167	.9058	.741	.9064	.9223	.635
	SD	.277	.293		.291	.268	
MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7	Mean	2.2917	2.3696	.492	2.2759	2.4272	.189
	SD	1.034	.944		1.035	.903	
MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων	Mean	1.0893	1.1168	.775	1.0594	1.1845	.220
	SD	.824	.840		.820	.848	
MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια	Mean	.5000	.5362	.529	.4680	.6117	.017
	SD	.501	.500		.500	.489	
MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη	Mean	1.4107	1.5985	.022	1.4059	1.6699	.001
	SD	.635	.635		.781	.566	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.1667	2.2971	.508	2.0887	2.4951	.046
	SD	1.631	1.631		1.771	1.620	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.4940	5.5507	.625	5.4975	5.5631	.596
	SD	.974	.974		1.011	1.025	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	21.6347	22.6691	.082	21.475	23.3107	.002
	SD	4.668	4.668		5.539	4.383	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Εθνικότητα			Γλώσσα Επικοινωνίας		
		Ελληνοκυπριακή	Άλλο	Sig.	Ελληνική	Άλλη	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.5878	.6393	.460	.5867	.6857	.251
	SD	.493	.484		.493	.471	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.4776	.6066	.071	.4834	.6571	.052
	SD	.4500	.491		.500	.481	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.4653	2.4590	.953	2.4539	2.5429	.472
	SD	.865	.720		.858	.657	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.7510	2.8525	.099	2.7565	2.8857	.044
	SD	.511	.401		.508	.322	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.6694	1.6333	.692	1.6605	1.6765	.883
	SD	.601	.636		.610	.588	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.8980	.9672	.023	.9041	0.9714	.050
	SD	.303	.179		.295	.169	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.3306	2.3115	.896	2.3173	2.4000	.641
	SD	.988	1.025		.997	.976	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0571	1.2833	.060	1.0554	1.4706	.006
	SD	.827	.825		.825	.787	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.5102	.5410	.669	.4982	.6571	.074
	SD	.500	.502		.500	.481	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.4836	1.5410	.561	1.4778	1.6286	.233
	SD	.739	.672		.730	.689	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.0490	2.9344	<0.001	2.1439	2.8571	.032
	SD	1.707	1.651		.1.707	1.801	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.5429	5.4262	.458	5.5720	5.1143	.058
	SD	.989	1.117		.955	1.345	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	21.8279	23.2203	.054	21.9148	23.6061	.083
	SD	5.310	4.824		5.232	5.141	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Οικογενειακή κατάσταση			Θρήσκευμα		
		Έγγαμος	Άγαμος	Sig.	X.O.	Άλλο	Sig.
MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση	Mean	.6176	.5956	.807	.5897	.6667	.390
	SD	.493	.491		.492	.478	
MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου	Mean	.4706	.5074	.692	.4762	.7273	.005
	SD	.506	.500		.500	.452	
MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού	Mean	2.4412	2.4669	.874	2.4505	2.5758	.354
	SD	.894	.832		.852	.708	
MoCA 4: Κατονομασία	Mean	2.7941	2.7684	.770	2.7619	2.8485	.225
	SD	.478	.495		.505	.364	
MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη	Mean	1.7647	1.6494	.265	1.6728	1.5758	.455
	SD	.553	.613		.594	.708	
MoCA 6: Διάσπαση προσοχής	Mean	.9412	.9081	.462	.9084	.9394	.501
	SD	.238	.289		.288	.242	
MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7	Mean	2.2059	2.3419	.484	2.3260	2.3333	.971
	SD	1.066	.985		.985	1.080	
MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων	Mean	.9706	1.1181	.297	1.0735	1.3333	.118
	SD	.758	.839		.820	.889	
MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια	Mean	.5000	.5184	.843	.4945	.6970	.024
	SD	.507	.500		.500	.466	
MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη	Mean	1.6765	1.4723	.091	1.4743	1.6667	.141
	SD	.638	.734		.728	.692	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.2353	2.2243	.972	2.1136	3.1515	.003
	SD	1.688	1.738		1.690	1.804	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.8824	5.4743	<0.001	5.5421	5.3333	.349
	SD	.327	1.062		.988	1.216	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	22.5000	22.0483	.613	21.8852	23.8485	.076
	SD	4.813	5.298		5.122	5.922	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Συχνότητα χρήσης ουσιών		
		Καθημερινά	Άλλο	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.6533	.6308	.783
	SD	.479	.486	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5333	.5231	.904
	SD	.502	.503	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.5200	2.6000	.496
	SD	.704	.680	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.8133	2.8308	.814
	SD	.455	.417	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.6667	1.7077	.676
	SD	.577	.578	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.8667	.9538	.068
	SD	.342	.211	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.4000	2.3077	.568
	SD	.983	.983	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0946	1.1077	.928
	SD	.830	.868	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.5067	.5538	.580
	SD	.500	.500	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.5946	1.5538	.719
	SD	.658	.685	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.4800	2.0154	.095
	SD	1,634	1.634	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.5733	5.5385	.830
	SD	.867	.867	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	22.7534	22.3231	.595
	SD	4.878	4.599	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Ηλικιακή Ομάδα				Sig.
		18-24	25-34	35-44	45-65	
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.6452	.7172	.5658	.4900	.010
	SD	.486	.454	.498	.502	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.6129	.5455	.5132	.4200	.173
	SD	.495	.500	.503	.496	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.5484	2.6364	2.500	2.2400	.008
	SD	.675	.676	.856	.965	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.8387	2.8182	2.8158	2.6700	.096
	SD	.454	.413	.390	.620	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.6774	1.7475	1.5333	1.6700	.147
	SD	.599	.541	.684	.603	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.8710	.9495	.8816	.9100	.356
	SD	.340	.220	.325	.287	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.2581	2.4848	2.2237	2.2700	.285
	SD	1.13	.812	1.078	1.043	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.2581	1.2041	.9605	1.0600	.169
	SD	.839	.824	.823	.814	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.4839	.6162	.4211	.5000	.073
	SD	.508	.488	.497	.502	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.5484	1.6327	1.3684	1.4400	.086
	SD	.767	.615	.780	.756	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.6129	2.6364	1.9605	1.9000	.006

	SD	1.666	1.693	1.570	1.817	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.0968	5.6263	5.4211	5.6200	.042
	SD	1.274	.777	1.235	.918	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	22.4516	23.6701	21.1333	21.1900	.002
	SD	5.470	4.389	5.492	5.430	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Επαρχία Διαμονής					Sig.
		Λευκωσία	Λεμεσός	Λάρνακα	Πάφος	Αμμόχωστος	
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.6838	.5165	.5273	.6667	.5385	.091
	SD	.467	.502	.503	.479	.518	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5641	.4505	.4545	.5333	.4615	.487
	SD	.498	.500	.502	.507	.518	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.5043	2.5495	2.2182	2.5667	2.3077	.143
	SD	.857	.749	.975	.727	.751	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.7692	2.7802	2.7091	2.8333	2.8462	.796
	SD	.515	.512	.497	.379	.375	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.7328	1.6264	1.5818	1.8000	1.3077	.065
	SD	.549	.626	.658	.406	.947	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	0.8803	.9121	.9818	.9000	.9231	.304
	SD	.325	.284	.134	.305	.277	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.4444	2.3626	2.0909	2.4000	1.8462	.088
	SD	.913	.925	1.126	1.003	1.344	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0690	1.0440	1.1636	1.3667	.9231	.335
	SD	.831	.831	.811	.764	.862	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.5897	.4945	.4000	.6000	.3077	.066
	SD	.494	.502	.494	.498	.480	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.5259	1.5385	1.3455	1.6333	1.2308	.225
	SD	.739	.704	.775	.614	.725	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.2821	2.4286	1.9818	2.3333	1.0769	.080

	SD	1.828	1.674	1.672	1.604	1.383	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.6410	5.4396	5.3818	5.5667	5.4615	.502
	SD	.855	1.024	1.224	1.104	1.126	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	22.7105	22.1429	20.8364	23.2000	19.2308	.040
	SD	5.157	4.985	5.830	4.887	4.567	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Επίπεδο Εκπαίδευσης				
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.2979	.5283	.7059	.6694	<0.001
	SD	.462	.503	.458	.472	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.3191	.4340	.5882	.5455	.013
	SD	.471	.500	.495	.500	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.0851	2.3396	2.6353	2.5455	.001
	SD	.928	.875	.784	.774	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.4894	2.8491	2.8000	2.8264	<0.001
	SD	.687	.361	.483	.421	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.3404	1.7358	1.7976	1.6612	<0.001
	SD	.730	.593	.485	.599	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.8298	.9057	.9529	.9174	.123
	SD	.379	.295	.213	.213	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	1.8085	2.1698	2.5882	2.4132	<0.001
	SD	1.154	1.139	.744	.936	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	.7447	1.1887	1.2706	1.0833	.005
	SD	.674	.809	.822	.865	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.3830	.3208	.6353	.5702	<0.001
	SD	.491	.471	.484	.497	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.0638	1.5000	1.6471	1.5537	<0.001
	SD	.818	.727	.611	.706	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	1.6809	2.0377	2.6706	2.2066	.012
	SD	1.745	1.786	1.671	1.682	

<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.5957	5.3208	5.8235	5.3636	.005
	SD	.648	1.267	.515	1.211	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	18.6383	21.3462	24.119	22.3667	<0.001
	SD	4.664	5.796	3.875	5.337	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Οικογενειακό Ιστορικό			
		Αρνητικό	Θετικό	Άγνωστο	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.6160	.5634	.6667	.443
	SD	.488	.497	.477	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5360	.4859	.4615	.616
	SD	.500	.501	.505	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.4880	2.4225	2.5385	.686
	SD	.819	.869	.789	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.7760	2.7394	2.8718	.329
	SD	.521	.869	.338	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.7040	1.6312	1.6410	.606
	SD	.609	.614	.584	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.9360	.9085	.8462	.223
	SD	.245	.289	.365	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.4640	2.1831	2.4103	.060
	SD	.866	1.108	.880	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0480	1.0993	1.2821	.308
	SD	.860	.880	.793	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.5200	.5070	.5385	.937
	SD	.501	.501	.505	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.5323	1.4155	1.6667	.122
	SD	.714	.774	.529	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.2640	2.1127	2.5128	.420

	SD	1.671	1.802	1.652	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.6080	5.4507	5.4872	.442
	SD	.949	1.082	.969	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	22.5081	21.5071	22.9231	.174
	SD	5.128	5.550	4.232	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Διάγνωση ΝΝΔ/ΝΒΔ μελών της οικογένειας						
		Σχιζοφρένια και άλλη ψυχωτική διαταραχή	Διαταραχές Διάθεσης	Σχιζοφρένια / μυνοματική	Διαταραχή διάθεση και χρήση ουσιών	Σχιζοφρένια / ψυχωτική διαταραχή και	Άλλο	Sig.
MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση	Mean	.5179	.6200	-	.6000	.8333	.3684	.106
	SD	.504	.490		.547	.389	.495	
MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου	Mean	.4464	.5800	-	.0000	.6667	.3684	.049
	SD	.501	.498		.000	.492	.495	
MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού	Mean	2.2321	2.6800	-	1.2000	2.3333	2.6316	.001
	SD	1.008	.652		.836	.778	.597	
MoCA 4: Κατονομασία	Mean	2.6429	2.8000	-	2.6000	2.8333	2.8947	.241
	SD	.585	.451		.547	.398	.315	
MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη	Mean	1.6071	1.6939	-	1.6000	1.5833	1.5263	.887
	SD	.623	.547		.894	.792	.696	
MoCA 6: Διάσπαση προσοχή	Mean	.9643	.9000	-	.8000	.9167	.8421	.405
	SD	.187	.303		.447	.288	.374	
MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7	Mean	1.9821	2.4200	-	1.2000	2.0833	2.3684	.069
	SD	1.980	.991		1.095	1.164	.955	
MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων	Mean	1.0364	1.2600	-	.0000	.8333	1.0526	.452
	SD	.838	.750		.707	1.029	.779	
MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια	Mean	.4821	.6400	-	.0000	.5000	.3684	.035

	SD	.504	.484		.000	.522	.495	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.2679	1.6400	-	.0000	1.2500	1.4737	.078
	SD	.820	.597		1.000	.866	.841	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.2857	2.2600	-	.6000	1.6667	1.8947	.251
	SD	1.836	1.770		1.341	.1922	1.728	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.1964	5.7600	-	0.0000	5.5833	5.4737	.082
	SD	1.299	.591		1.732	.669	1.263	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	20.6545	23.2449	-	15.6000	21.0833	21.2632	.017
	SD	6.292	3.971		5.029	6.542	5.086	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Λόγοι Εισδοχής					
		Απουσία εναισθησίας	Διακοπή φαρμακευτι- κής αγωγής	Χρήση ουσιών και απουσία	Αυτοκτονικ ή συμπεριφορ	Ετεροκατασ- τροφική Συναισθησιολογία	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.7273	.5233	.6765	.7576	.6364	.038
	SD	.467	.500	.471	.435	.492	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5455	.4477	.5147	.6061	.7273	.090
	SD	.522	.498	.503	.496	.455	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.7273	2.3430	2.5735	2.6061	2.7273	.061
	SD	.467	.932	.718	.658	.631	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.8182	2.7093	2.8529	2.8182	2.9091	.151
	SD	.603	.548	.356	.356	.294	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.7273	1.6199	1.6912	1.697	1.8182	.617
	SD	.646	.652	.579	.529	.394	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.9091	.9012	.8824	0.000	.9545	.326
	SD	.301	.299	.324	.000	.213	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.1818	2.2558	2.4559	2.3939	2.4545	.599
	SD	1.250	1.028	.836	1.058	.962	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0909	1.0465	1.0896	1.3030	1.2727	.458
	SD	.943	.836	.829	.809	.767	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.7273	.5058	.5000	.4545	.6364	.426
	SD	.467	.501	.503	.505	.492	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.5455	1.4128	1.5588	1.6250	1.7273	.195
		.678	.711	.632	.707	.631	

	SD						
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.3636	2.1047	2.2794	2.4848	2.5455	.653
	SD	1.804	1.754	1.572	1.839	1.870	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.8182	5.4651	5.5294	5.6364	5.5909	.739
	SD	.404	1.104	1.028	.822	.666	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	23.1818	21.3216	22.6269	23.4688	0.0000	.039
	SD	5.723	5.568	4.552	5.092	3.572	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Ιατρική Διάγνωση				
		Σχιζοφρένεια	Άλλες ψυχωτικές διαταραχές	Διαταραχές διάθεσης	Άλλο	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.6200	.5857	.5679	.6000	.886
	SD	.487	.496	.498	.547	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.4933	.5000	.5432	.2000	.494
	SD	.501	.503	.501	.447	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.4733	2.4000	2.4815	2.8000	.739
	SD	.887	.858	.743	.447	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.7467	2.7429	2.8395	2.8000	.538
	SD	.545	.471	.401	.447	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.6333	1.6667	1.7160	1.6000	.795
	SD	.659	.533	.575	.547	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.9067	.8714	.9506	0.0000	.328
	SD	.291	.337	.218	.000	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.3467	2.1857	2.4321	0.0000	.406
	SD	1.023	1.011	.921	1.000	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0400	1.0725	1.2593	.8000	.214
	SD	.858	.791	.802	.836	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.4933	.5000	.5679	.6000	.710
	SD	.501	.503	.498	.547	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.4533	1.4714	1.6000	1.4000	.509
	SD	.756	.716	.667	.894	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.4733	1.7429	2.2469	1.2000	.016
	SD	1.759	.1612	1.714	1.303	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.5133	5.4000	5.6543	5.2000	.409
	SD	1.021	1.184	.808	1.303	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	22.1933	21.1029	22.8875	20.2000	.174
	SD	5.656	4.791	4.765	3.834	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών
Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)

MoCA items		Ελλιποβαρής	Φυσιολογικό	Παχύσαρκο	Υπέρβαρο	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.7143	.6794	.5316	.5313	.073
	SD	.468	.468	.502	.502	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5000	.5420	.4810	.4688	.748
	SD	.518	.500	.502	.502	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.3571	2.5115	2.481	2.3281	.500
	SD	.841	.788	.798	.943	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.8571	2.8244	2.7595	2.6719	.197
	SD	.363	.455	.486	.564	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.5714	1.7154	1.6709	1.5625	.389
	SD	.755	.560	.593	.687	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχή</i>	Mean	.9286	.9160	.8987	.9219	.956
	SD	.267	.278	.303	.270	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.5000	2.3588	2.4051	2.1563	.406
	SD	1.091	1.015	.898	1.042	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0714	1.1538	1.1392	.9531	.437
	SD	.916	.839			
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.7143	.5802	.4684	.4531	.115
	SD	.468	.495	.502		
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.4286	1.5649	1.5190	1.3750	.364
	SD	.755	.669			

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	3.1429	2.4580	1.9620	1.8125	.008
	SD	1.292	1.768			
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.7857	5.5954	5.5949	5.2969	.166
	SD					
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	23.5714	22.907	21.9114	20.5313	.018
	SD					

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Χρονική Διάρκεια Νόσησης				
		0-5 χρόνια	6-10 χρόνια	11-15 χρόνια	>15 χρόνια	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.6957	.6667	.3913	.5859	.079
	SD	.465	.477	.400	.493	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.5217	.6154	.5217	.4747	.444
	SD	.505	.492	.510	.500	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.6087	2.5385	2.0435	2.4646	.057
	SD	.773	.755	.976	.840	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.8478	2.7692	2.7391	2.7576	.716
	SD	.363	.484	.448	.525	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.7391	1.6923	1.5652	1.6497	.684
	SD	.534	.569	.589	.634	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.8696	.9231	.9130	0.9192	.752
	SD	.340	.269	.288	.273	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.4565	2.3846	2.1304	2.3081	.599
	SD	.922	.989	1.099	1.003	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.2222	1.2564	1.087	1.0455	.361
	SD	.822	.818	.848	.832	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.6304	.5385	.3913	.5000	.250
	SD	.488	.505	.499	.501	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.5217	1.5128	1.3478	1.5025	.790
	SD	.657	.823	.714	.725	
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.3043	2.4872	1.9565	2.1869	.652

	SD	1.787	1.847	1.795	1.692	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.4130	5.6410	5.2609	5.5505	.435
	SD	1.292	.742	1.355	.942	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	22.8667	23.0256	20.3478	21.9439	.177
	SD	5.198	5.343	6.176	5.087	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Ιστορικό χρήσης πέραν των δυο ουσιών			
		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης μιας ουσίας	Ιστορικό πολυχρήσης	Sig.
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.5542	.6944	.5970	.129
	SD	.498	.463	.494	
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.4819	.5278	.5373	.678
	SD	.501	.502	.502	
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.3795	2.6389	2.4776	.089
	SD	.937	.634	.745	
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.7229	2.8472	2.8060	.163
	SD	.535	.399	.468	
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.6424	1.7500	1.6119	.346
	SD	.633	.524	.626	
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.9157	.9028	.9104	.950
	SD	.278	.298	.287	
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.2952	2.3889	2.3284	.801
	SD	.1034	.942	.959	
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.0904	1.2535	.9552	.106
	SD	.822	.840	.824	
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	Mean	.5060	.6111	.4478	.142
	SD	.501	.490	.501	
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	Mean	1.4157	1.6111	1.5606	.113
	SD	.779	.661	.635	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	Mean	2.1747	2.1667	2.4030	.630
	SD	1.812	1.669	1.605	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.4880	5.5417	5.5672	.844
	SD	1.054	.997	.972	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	21.6545	22.9577	22.2273	.210
	SD	5.628	4.694	4.732	

Πίνακας 32 (Συνέχεια). Σχέση γνωστικών λειτουργιών και κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών

MoCA items		Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών			
		Αρνητικό ιστορικό	Ιστορικό χρήσης ελαφριών ψυχοδραστικών ουσιών	Ιστορικό χρήσης σκληρών ψυχοδραστικών ουσιών	Sig.
MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση:	Mean	.5614	.7027	.5738	.107
Διαδοχική ένωση	SD	.479	.460	.498	
MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση:	Mean	.4737	.5541	.5246	.481
Αντιγραφή κύβου	SD	.500	.500	.503	
MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση:	Mean	2.3918	2.6081	2.4918	.172
Ζωγράφισμα ρολογιού	SD	.929	.658	.744	
MoCA 4: Κατονομασία	Mean	2.7251	2.8514	2.8033	.156
	SD	.531	.427	.440	
MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη	Mean	1.6471	1.7297	1.6230	.530
	SD	.628	.56	.610	
MoCA 6: Διάσπαση προσοχής	Mean	.9181	.9054	.9016	.905
	SD	.274	.294	.300	
MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7	Mean	2.3158	2.3784	2.2951	.869
	SD	1.025	.931	.989	
MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων	Mean	1.0994	1.1918	1<0.0010	.413
	SD	.823	.860	.816	
MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια	Mean	.5029	.6081	.4426	.140
	SD	.501	.491	.500	
MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη	Mean	1.4094	1.6486	1.5500	.048
	SD	.787	.606	.648	

<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση</i>	Mean	2.1579	2.2973	2.3279	.741
<i>μνήμης</i>	SD	1.803	1.636	.1.650	
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	Mean	5.5029	5.5270	5.5574	.935
	SD	1.042	.968	1.008	
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	Mean	21.6941	23.0274	22.1167	.192
	SD	5.587	4.606	4.871	

Πίνακας 33. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και ψυχωτικής συμπτωματολογίας (n=358)

PANSS items		Συχνότητα υποτροπής		F	Sig.
		1 υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης	Πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης		
		n=406	n=76		
	Mean	5.4532	5.7895		
PANSS1. Παραληρητικές ιδέες	T		-1.679	1.318	.096
	df		111.606		
	Mean	3.8842	3.7895		
PANSS2. Αποδιοργανωμένη σκέψη	T		.568	7.229	.571
	df		123.278		
	Mean	3.6576	3.5263		
PANSS3. Ψευδαισθήσεις	T		.536	2.210	.593
	df		110.307		
	Mean	3.7192	4.0395		
PANSS4. Υπερκινητικότητα / Ψυχοκινητική Διέγερση	T		-1.681	14.637	.095
	df		122.209		
	Mean	3.0911	3.5526		
PANSS5. Ιδέες Μεγαλείου	T		-1.801	.011	.075
	df		104.042		
	Mean	4.9557	5.3553		
PANSS6. Επιθετικότητα	T		-1.929	.628	.056
	df		111.890		
	Mean	4.2167	5.1579		
PANSS7. Καχυποψία / Ιδέες Διώξεως	T		-4.023	10.485	.000
	df		118.961		
	Mean	2.6281	2.8684		
				.991	.251

<i>PANSS8. Αμβλύ Συναίσθημα</i>	T	-1.154				
	df	106.644				
	Mean	2.7956	2.7956			
<i>PANSS9. Συναισθηματική Απόσυρση</i>	T	-.520		8.379	.604	
	df	116.836				
	Mean	2.5616	2.9342			
<i>PANSS10. Πενία Λόγου</i>	T	-1.642		.148	.103	
	df	105.406				
	Mean	3.2709	3.2500			
<i>PANSS11. Κοινωνική Απόσυρση</i>	T	.095		3.801	.925	
	df	110.891				
	Mean	3.3350	3.7632			
<i>PANSS12. Απουσία Αυθόρμητης Επικοινωνίας / Συνέχισης Διαλόγου</i>	T	-1.917		1.413	.058	
	df	108.372				
	Mean	3.5764	3.6974			
<i>PANSS13. Στερεότυπη Σκέψη</i>	T	-.623		.061	.535	
	df	104.319				
	Mean	2.6650	2.6974			
<i>PANSS14. Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης</i>	T	-.133		.126	.894	
	df	105.055				
	Mean	2.6182	2.6579			
<i>PANSS15. Σωματικές Ιδέες</i>	T	-.181		.097	.856	
	df	105.299				
	Mean	4.0443	4.1184			
<i>PANSS16. Αγχώδης Συναίσθημα</i>	T	-.524		1.562	.602	
	df	114.281				
	Mean	1.8818	1.7500			
<i>PANSS17. Αισθήματα Ενοχής</i>	T	.822		1.585	.413	

	df		114.084			
	Mean	3.6773		3.7763		
<i>PANSS18. Ένταση</i>	T		-.497		.993	.621
	df		108.877			
	Mean	1.9433		2.1974		
<i>PANSS19. Στερεότυπες Κινήσεις / Μανερισμοί</i>	T		-1.597		.967	.113
	df		104.096			
	Mean	2.3350		2.2763		
<i>PANSS20. Καταθλιπτικό Συναίσθημα</i>	T		.304		2.479	.762
	df		114.356			
	Mean	1.8350		1.7237		
<i>PANSS21. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση</i>	T		.656		.802	.513
	df		109.487			
	Mean	4.0049		4.4737		
<i>PANSS22. Απουσία Συνεργασίας</i>	T		-2.605		12.277	.010
	df		126.437			
	Mean	3.9458		3.7763		
<i>PANSS23. Ασυνήθιστο Περιεχόμενο Σκέψης</i>	T		1.022		2.223	.309
	df		116.229			
	Mean	2.2685		2.2368		
<i>PANSS24. Αποπροσανατολισμός</i>	T		.204		1.977	.839
	df		116.417			
	Mean	3.8054		4.1447		
<i>PANSS25. Δυσκολία Προσοχής</i>	T		-2.032		3.272	.044
	df		115.409			
	Mean	5.5517		5.7368		
<i>PANSS26. Απουσία Κρίσης και Εναισθησίας</i>	T		-.972		.047	.333
	df		101.913			

<i>PANSS27. Διαταραχή Βούλησης</i>	Mean	2.3522	2.2368		
	T			1.365	.543
	df				
<i>PANSS28. Δυσκολία Ελέγχου Παρορμητικότητας</i>	Mean	4.0197	4.7237		
	T			4.931	<0.0001
	df				
<i>PANSS29. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές</i>	Mean	2.7192	2.9868		
	T			2.217	.206
	df				
<i>PANSS30. Ενεργώς Κοινωνική Αποφυγή</i>	Mean	3.2956	3.3684		
	T			1.216	.757
	df				
<i>PANSS scores</i>					
		<i>Συχνότητα Υποτροπής</i>			
		1 υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης	Πολλαπλές αξιολογήσεις	F	Sig.
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας PANSS</i>	Mean	100.0644	105.6667		
	T				
	df			5.148	.053
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας θετικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	28.9778	31.2105		
	T				
	df			5.815	.028
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Mean	20.8325	22.1053		
	T				
	df			3.054	.241
<i>Συνολικό σκορ υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας PANSS</i>	Mean	50.2980	52.1842		
	T				
	df			3.347	.176

Πίνακας 34. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (n=44)

HAM-D items		Συχνότητα Υποτροπής		F	Sig.
		1 υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης n=406	Πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης n=76		
	Mean	2.945	3.285		
HAM-D 1. Καταθλιπτική διάθεση	T		-1.008	0.447	.337
	df		10.353		
	Mean	2.227	2.285		
HAM-D 2. Αισθήματα ενοχής	T		-0.167	0.447	.870
	df		13.096		
	Mean	3.090	2.857		
HAM-D 3. Τάση αυτοκτονίας	T		.618	.268	.552
	df		9.095		
	Mean	1.340	1.428		
HAM-D 4. Αρχική αϋπνία	T		-.383	1.275	.710
	df		9.773		
	Mean	1.113	1.000		
HAM-D 5. Ενδιάμεση αϋπνία	T		-.567	2.549	.583
	df		10.776		
	Mean	2.795	3.428		
HAM-D 6. Όψιμη αϋπνία	T		.286	1.015	.783
	df		7.317		
	Mean	1.340	1.285		
HAM-D 7. Εργασία και ενδιαφέροντα	T		-1.515	2.078	.161

	df	9.785			
	Mean	1.340	1.285		
<i>HAM-D 8. Ψυχοκινητική επιβράδυνση</i>	T	.101		1.028	.923
	df	7.311			
	Mean	0.863	0.714		
<i>HAM-D 9. Ψυχοκινητική επιτάχυνση και ανησυχία</i>	T	.719		.152	.489
	df	9.537			
	Mean	2.272	2.714		
<i>HAM-D 10. Νευρο-νοητικά συμπτώματα άγχους</i>	T	-.874		.354	.409
	df	7.753			
	Mean	2.000	2.285		
<i>HAM-D 11. Σωματικά συμπτώματα άγχους</i>	T	-.727		.092	.487
	df	8.541			
	Mean	0.931	1.428		
<i>HAM-D 12. Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	T	-1.551		.010	.159
	df	8.047			
	Mean	1.090	1.142		
<i>HAM-D 13. Γενικά σωματικά συμπτώματα</i>	T	-.183		.231	.859
	df	8.367			
	Mean	0.863	1.285		
<i>HAM-D 14. Γεννητικά συμπτώματα</i>	T	-1.114		.787	.300
	df	7.395			
	Mean	1.090	1.142		
<i>HAM-D 15. Υποχονδριακά συμπτώματα</i>	T	-.116		.295	.910
	df	8.947			
	Mean	0.931	1.142		
<i>HAM-D 16. Απώλεια βάρους</i>	T	-.494		.969	.636
	df	7.500			

	Mean	0.863		0.857		
	T		.023		.319	.982
	df		8.318			
	Mean	0.750		1.571		
	T		-3.582		.794	.005
	df		9.842			
	Mean	0.977		1.285		
	T		-.914		3.130	.380
	df		11.424			
	Mean	1.545		1.285		
	T		.421		.946	.684
	df		8.453			
	Mean	0.386		0.285		
	T		.493		.922	.634
	df		8.930			
	Mean	30..727		34.142		
	T		-0.982		0.750	0.351
	df		9.375			

Πίνακας 35. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και μανιακής συμπτωματολογίας (n=105)

YOUNG items		Συχνότητα υποτροπής		F	Sig.
		1 υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης n=406	Πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης n=76		
	Mean	3.5000	3.8667		
YOUNG 1: Ανεβασμένη διάθεση	T		-2.656	7.889	.010
	df		58.773		
	Mean	3.2333	3.2667		
YOUNG 2: Αυξημένη κινητική δραστηριότητα	T		-.167	.126	.869
	df		20.181		
	Mean	2.7111	3.2667		
YOUNG 3: Σεξουαλικό ενδιαφέρον	T		-3.262	7.973	.002
	df		51.072		
	Mean	2.9111	2.7333		
YOUNG 4: Διαταραχές ύπνου	T		.514	1.476	.614
	df		16.769		
	Mean	5.4889	5.7333		
YOUNG 5: Ευερεθιστότητα	T		-.652	1.248	.521
	df		22.948		
	Mean	5.7333	6.4000		
YOUNG 6: Ρυθμός και ποιότητα λόγου	T		-1.941	1.409	.063
	df		27.031		
	Mean	2.9444	3.0000		
YOUNG 7: Διαταραχές σκέψης - γλώσσας	T		-.289	.767	.775
	df		23.045		
	Mean	6.5778	6.4000		
YOUNG 8: Διαταραγμένο περιεχόμενο σκέψης	Mean			2.450	.670

	T		.431			
	df		26.601			
	Mean	4.8444		4.6667		
<i>YOUNG 9: Επιθετική συμπεριφορά</i>	T		.413		2.696	.683
	df		24.305			
	Mean	2.1889		2.3333		
<i>YOUNG 10: Εμφάνιση</i>	T		-.557		.941	.583
	df		21.488			
	Mean	3.7444		3.9333		
<i>YOUNG 11: Εναισθησία νόσου</i>	T		-1.905		4.870	.062
	df		55.620			
	Mean	43.7528		45.6000		
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας YOUNG</i>	T		-1.075		2.389	.292
	df		27.377			

Πίνακας 36. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και αγχώδους συμπτωματολογίας (n=482)

<i>HARSItems</i>		Συχνότητα υποτροπής		F	Sig.
		1 υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης n=406	Πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης n=76		
	Mean	2.9532	3.1067		
<i>HARS1: Αγχώδες συναίσθημα</i>	T		-1.295	1.918	.198
	df		111.781		
	Mean	2.5419	2.7867		
<i>HARS2: Ένταση</i>	T		-1.829	9.051	.070
	df		116.901		
	Mean	.8005	.5733		
<i>HARS3: Φοβίες</i>	T		1.674	5.386	.097
	df		112.831		
	Mean	2.3621	2.5200		
<i>HARS4: Διαταραχές ύπνου</i>	T		-1.076	4.977	.284
	df		116.552		
	Mean	2.3399	2.4667		
<i>HARS5: Δυσκολία συγκέντρωσης</i>	T		-.934	.515	.353
	df		107.229		
	Mean	1.1773	1.2133		
<i>HARS6: Καταθλιπτική συμπτωματολογία</i>	T		-.226	.156	.822
	df		103.899		
	Mean	1.0246	.8000		
<i>HARS7: Σωματικά συμπτώματα (μυϊκά)</i>	T		1.736	1.940	.085
	df		115.396		
<i>HARS8: Σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)</i>	Mean	.9704	.9600	.414	.942

	T		.073			
	df		108.080			
	Mean	1.8325		2.0133		
<i>HARS9: Καρδιαγγειακά συμπτώματα</i>	T		-1.298		5.768	.197
	df		112.204			
	Mean	1.0764		.9067		
<i>HARS10: Αναπνευστικά συμπτώματα</i>	T		1.299		12.876	.196
	df		124.485			
	Mean	1.1798		1.1600		
<i>HARS11: Γαστρεντερικά συμπτώματα</i>	T		.140		3.389	.889
	df		114.683			
	Mean	.8325		.9600		
<i>HARS12: Συμπτώματα γεννητικού συστήματος</i>	T		-.758		3.790	.451
	df		97.153			
	Mean	1.3818		1.5333		
<i>HARS13: Συμπτώματα αυτόνομου νευρικού συστήματος</i>	T		-.994		2.233	.322
	df		107.273			
	Mean	19.2931		19.8400		
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας HARS</i>	T		-.588		3.000	.557
	df		115.921			

Πίνακας 37. Σχέση συχνότητας υποτροπής κατά τη διάρκεια της μελέτης και γνωστικών διαταραχών (n=306)

MoCA items		Συχνότητα υποτροπής		F	Sig.
		1 υποτροπή κατά τη διάρκεια της μελέτης n=406	Πολλαπλές υποτροπές κατά τη διάρκεια της μελέτης n=76		
<i>MoCA 1: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Διαδοχική ένωση</i>	Mean	.5962	.6087		
	T		-.159		
	df		61.862	.111	.874
<i>MoCA 2: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Αντιγραφή κύβου</i>	Mean	.4962	.5435		
	T		-.588		
	df		61.805	1.855	.559
<i>MoCA 3: Οπτικοχωρική εκτέλεση: Ζωγράφισμα ρολογιού</i>	Mean	2.4385	2.6087		
	T		-1.443		
	df		70.025	5.207	.153
<i>MoCA 4: Κατονομασία</i>	Mean	2.7500	2.8913		
	T		-2.204		
	df		76.799	13.772	.031
<i>MoCA 5: Βραχυπρόθεσμη μνήμη</i>	Mean	1.6486	1.7391		
	T		-.974		
	df		64.571	2.452	.334
<i>MoCA 6: Διάσπαση προσοχής</i>	Mean	.9154	.8913		
	T		.486		
	df		58.175	1.079	.629
<i>MoCA 7: Σειριακή αφαίρεση του 7</i>	Mean	2.3346	2.2826		
	T		.344		
	df		64.837	.469	.732
<i>MoCA 8: Επανάληψη προτάσεων</i>	Mean	1.1197	1.0000	3.539	.351

	T		.939			
	df		64.410			
	Mean	.5000		.6087		
<i>MoCA 9: Λεκτική ευχέρεια</i>	T		-1.374		12.813	.174
	df		62.548			
	Mean	1.4865		1.5435		
<i>MoCA 10: Αφαιρετική σκέψη</i>	T		-.493		.242	.624
	df		62.395			
	Mean	2.1423		2.6957		
<i>MoCA 11: Καθυστερημένη ανάκληση μνήμης</i>	T		-1.915		.665	.060
	df		59.714			
	Mean	5.5000		5.6304		
<i>MoCA 12: Προσανατολισμός</i>	T		-.902		1.880	.370
	df		69.245			
	Mean	21.9300		23.0435		
<i>Συνολικό σκορ κλίμακας MoCA</i>	T		-1.387		.076	.170
	df		64.585			

Πίνακας 38. Σχέση συνολικής τιμής υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS και συνολικής τιμής εργαλείου MoCA (n=306)

		Συνολική τιμή υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Συνολική τιμή εργαλείου MoCa
Συνολική τιμή υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS	Pearson Correlation	1	-.161**
	Sig. (2-tailed)		.005
	N	482	303
Συνολική τιμή εργαλείου MoCa	Pearson Correlation	-.161**	1
	Sig. (2-tailed)	.005	
	N	303	303

Πίνακας 39. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου MoCA σε σχέση με το πρώτο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ και το θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ (n=306)

		<i>Ατομικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ</i>								
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
						Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Differenc e	95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df				Lower	Upper
<i>Συνολική τιμή</i>	Equal variances assumed	8.514	.004	2.390	301	.017	1.71158	.71610	.30237	3.12078
<i>εργαλείου MoCa</i>	Equal variances not assumed			2.630	127.077	.010	1.71158	.65081	.42375	2.99940

Πίνακας 40. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) εργαλείου MoCA σε σχέση με την πρώτη ακούσια εισαγωγή και το προηγούμενο ιστορικό ακούσιων εισαγωγών (n=306)

Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
						Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df				Lower	Upper
<i>Συνολική τιμή εργαλείου MoCa</i>	Equal variances assumed	3.418	.065	2.644	301	.009	1.62726	.61543	.41617	2.83835
	Equal variances not assumed			2.705	255.465	.007	1.62726	.60161	.44252	2.81201

Πίνακας 41. Έλεγχος εγκυρότητας δομής στη βάση γνωστών ομάδων (known-group construct validity) κλίμακας PANSS σε σχέση με το πρώτο γνωστό επεισόδιο ΝΝΔ/ΝΒΔ και το θετικό ιστορικό ΝΝΔ/ΝΒΔ (n=358)

		<i>Συχνότητα ακούσιων εισαγωγών</i>								
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
						Mean		95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Differenc e	Std. Error Difference	Lower	Upper
<i>Συνολική τιμή υποκλίμακας αρνητικών συμπτωμάτων PANSS</i>	Equal variances assumed	.174	.676	-1.961	480	.050	-1.92981	.98416	-3.86360	.00398
	Equal variances not assumed			-1.937	196.900	.054	-1.92981	.99650	-3.89499	.03537

10. Βιβλιογραφία

Abel, KM, Drake, R, & Goldstein, JM 2010. '*Sex differences in schizophrenia*'. International Review of Psychiatry(Abingdon, England). Vol. 22, no. 5, pp. 417–428. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.515205>.

Abdel-Baki, A, Ouellet-Plamondon, C & Malla, A 2012. '*Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis*'. Journal of affective disorders. vol. 138. pp. 3-14.

Addington, DE, Patten, SB, McKenzie, E & Addington, J 2013. '*Relationship between relapse and hospitalization in first-episode psychosis. Psychiatric Services*'. vol. 64. no. 8. pp. 796–799.

Adebiyi, MO, Mosaku, SK, Irinoye, OO & Oyelade, O 2018. '*Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness*'. International Journal of Africa Nursing Sciences. vol. 8. pp. 149-153.

Agugli, A, Moncalvo, M, Solia, F, Maina, G 2016. '*Involuntary admissions in Italy: the impact of seasonality*'. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. vol. 20. pp. 232-238.

Almeida, T & Molodynski, A 2016. '*Compulsory admission and involuntary treatment in Portugal*'. BJPsych International. vol. 13. pp. 17-19.

Alphs, L, Nasrallah, HA, Bossie, CA, Fu, DJ, Gopal, S, Hough, D & Turkoz, I 2016. '*Factors associated with relapse in schizophrenia despite adherence to long-acting injectable antipsychotic therapy*'. International Clinical Psychopharmacology. vol. 31. no. 4. pp. 202-209.

American Psychiatric Association 1987. '*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*'. 3rd edn. American Psychiatric Publications. Washington DC.

American Psychiatric Association 2014. '*Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5®*'. American Psychiatric Publications.

An, J, Wang, L, Li, K, Zeng, Y, Su, Y, Jin, Z, ... & Si, T 2017. '*Differential effects of antidepressant treatment on long-range and short-range functional connectivity*

strength in patients with major depressive disorder'. Scientific Reports. vol. 7. no. 1. pp. 1-9.

Agius, M, Shah, S, Ramkisson, R, Murphy, S & Zaman, R 2007. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team final results. *Psychiatria Danubina*.

Andreasen, NC & Olsen, S 1982. '*Negative v positive schizophrenia. Definition and validation*'. Archives of General Psychiatry. vol. 39. no. 7. pp. 789- 794.

Arevalo-Rodriguez, I, Smailagic, N, i Figuls, MR, Ciapponi, A, Sanchez-Perez, E, Giannakou, A & Cullum, S 2015. '*Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI)*'. Cochrane Database of Systematic Reviews. no. 3.

Arias-de la Torre, J, Vilagut, G, Martín, V, Molina, AJ, Alonso, J 2018. '*Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014–2015*'. Journal of Affective Disorders. no. 239. pp. 203-207.

Arndt, S, Allicer, RJ, Andreasen, NC 1991. '*The distinction of positive and negative symptoms: failure of a twodimensional model*'. British Journal of Psychiatry. no. 158. pp. 317-322.

Arnold, BD, Moeller, J, Hochstrasser, L, Schneeberger, AR, Borgwardt, S, Lang, UE & Huber, CG 2019. '*Compulsory admission to psychiatric wards—who is admitted. and who appeals against admission?*'. Frontiers in psychiatry. vol. 10. pp. 544.

Azizi, SAA, Omer, AA, Mufadel, AA 2018. '*Cannabis use among people with mental illness: clinical and socio-demographic characteristics*' Open Journal of Psychiatry. no. 8. pp. 244-252.

Baca-García, E, Blanco, C, Sáiz-Ruiz, J, Rico, F, Diaz-Sastre, C & Cicchetti, DV 2001. '*Assessment of reliability in the clinical evaluation of depressive symptoms among multiple investigators in a multicenter clinical trial*'. Psychiatry Research. vol. 102. no. 2. pp. 163–73.

- Bagby, RM, Rayder, AG, Schuller, DR & Marshall, MB 2004. '*The Hamilton depression rating scale: has the gold standard become a lead weight?*'. American Journal of Psychiatry vol. 161. no. 12. pp. 2163–77.
- Baker, J & Aebi, C 2018. '*Comparison of readmission data between different categories of antipsychotic drugs at a state psychiatric hospital in Oregon*'. Mental Health Clinician. no. 23. pp. 124-30.
- Balducci, PM, Bernardini, F, Pauselli, L, Tortorella, A & Compton, MT 2017. '*Correlates of involuntary admission: findings from an Italian inpatient psychiatric unit*'. Psychiatria Danubina. no. 29. pp. 490–96.
- Ballester, J, Goldstein, T, Goldstein, B, Obreja, M, Axelson, D, Monk, K ... & Birmaher, B 2012. '*Is bipolar disorder specifically associated with aggression?*' Bipolar Disorder. no. 14. pp. 283–290.
- Barbui, C, Nosè, M, Mazzi, MA, Thornicroft, G, Schene, A, Becker, T. ... & Tansella, M 2006. '*Persistence with polypharmacy and excessive dosing in patients with schizophrenia treated in four European countries*'. International Clinical Psychopharmacology. no. 21. pp. 355-62.
- Barkhof, E, Meijer, CJ, de Sonnevile, LM, Linszen, DH & de Haan, L 2012. '*Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—a review of the past decade*'. European Psychiatry. no. 27. pp. 9-18.
- Barnes. T & Paton. C 2011. '*Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: benefits and risks*'. CNS Drugs. vol. 25. pp. 383–399.
- Barnett, P, Mackay, E, Matthews, H, Gate, R, Greenwood, H, Ariyo, K, Bhui, K, Halvorsrudm, K, Pilling, S & Smith, S 2019. '*Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data*'. Lancet Psychiatry. vol. 6. no. 4. pp. 305-317.
- Bech, P 2006. '*Rating scales in depression: limitations and pitfalls*'. Dialogues in Clinical Neuroscience. vol. 8. no. 2. pp. 207–15
- Bech. P 2008. '*The use of rating scales in affective disorders*'. European Psychiatric Review. vol. 1. pp. 14–28.
- Bech, P 2009. '*Fifty years with the Hamilton scales for anxiety and depression*'. Psychotherapy and Psychosomatics. no. 78. pp. 202-211.

- Bech, P 2012. *'Clinical Psychometrics'*. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Bech, P 2018. *'Through measurement positive care in psychiatry is conquered'*. Nordic Journal of Psychiatry. vol. 1. pp. 1–2.
- Bech, P, Allerup, P, Gram, LF, Reisby, N, Rosenberg, R, Jacobsen, O & Nagy, A 1981. *'The Hamilton depression scale. Evaluation of objectivity using logistic models'* Acta Psychiatrica Scandinavica. vol.63. no. 3. 290–9.
- Bech, P, Bolwig, TG, Kramp, P & Rafaelsen, OJ 1979. *'The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale: evaluation of homogeneity and inter-observer reliability'*. Acta Psychiatrica Scandinavica. vol. 59. no. 4. pp. 420–30.
- Bech, P, Gram, LF, Dein, E, Jacobsen, O, Vitger, J & Bolwig, TG 1975. *'Quantitative rating of depressive states'*. Acta Psychiatrica Scandinavica. vol. 51. no. 3. pp. 161–70.
- Bech, P, Grosby, H & Rafaelsen, OJ 1984. *'Generalized anxiety or depression measured by the Hamilton Anxiety Scale and the Melancholia Scale in patients before and after cardiac surgery'*. Psychopathology. vol. 17. pp. 253–263
- Bech, P, Kastrup, M & Rafaelsen, OJ 1986. *'Mini-compendium of rating scales for states of anxiety depression mania schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes'*. Acta Psychiatrica Scandinavica. vol. 326. pp. 1–37
- Bech, P, Wilson, P, Wessel, T, Lunde, M & Fava, MA 2009. *'A validation analysis of two self-reported HAM-D6 versions'*. Acta Psychiatrica Scandinavica. vol. 119. no. 4. pp. 298–303.
- Beck, AT & Steer, RA 1991. *'Relationship between the Beck Anxiety inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients'*. Journal of Anxiety Disorders. vol. 5. pp. 213–223.
- Beck, AT, Epstein, N, Brown, G & Steer, RA 1988. *'An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties'*. Journal Consult Clinical Psychology 1988. vol. 56. pp. 893–897.
- Belvederi Murri, M, Folesani, F, Costa, S, Biancosino, B, Colla, C, Zerbinati, L ... & Grassi, L 2020. *'Screening for cognitive impairment in non-affective psychoses: a comparison between the SCIP and the MoCA'*. Schizophrenia Research. vol. 218. pp. 188–194. <<https://doi.org/10.1016/j>>.

Bertolote, JM, Fleischmann, A, De Leo, D, Bolhari, J, Botega, N, De Silva, D ... & Wasserman, D (2005). *'Suicide attempts. plans. and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey'*. Psychological Medicine. vol. 35. 1457-1465.

Bilder, R, Hurford, I, Keefe, R, Marder, S & Reise, SA 2011. *'A brief cognitive assessment tool for schizophrenia: construction of a tool for clinicians'*. Schizophrenia Bulletin. vol. 37. no. 3. pp. 538–45.

Bozikas, VP, Kosmidis, MH & Karavatos, A 2005. *'Disproportionate impairment in semantic verbal fluency in schizophrenia: differential deficit in clustering'*. Schizophrenia Research. vol. 74. no. 1. 51–9.

Bindman, J, Reid, Y, Szmukler, G, Tiller, J, Thornicroft, G & Leese, M 2005. *'Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up'*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. vol. 40. no. 2. pp. 160-166.

Bleuler, E 1950. *'Dementia praecox or the group of schizophrenias (ZINKIN J. transl.)'*. New York. International Universities Press.

Bobes, J, Bulbena, A, Luque, A, Dal-Re, R, Ballesteros, J, Ibarra, N & Bech, P 2007. *'The sufficiency of the HAM-D6 as an outcome instrument in the acute therapy of antidepressants in the outpatient setting'*. International journal of psychiatry in clinical practice. vol. 11. no. 2. pp. 146-150.

Bobo, WV, Angleró, GC, Jenkins, G, Hall-Flavin, DK, Weinshilboum, R & Biernacka, JM 2016. *'Validation of the 17-item Hamilton Depression Rating Scale definition of response for adults with major depressive disorder using equipercentile linking to Clinical Global Impression scale ratings: analysis of Pharmacogenomic Research Network Antidepressant Medication Pharmacogenomic Study (PGRN-AMPS) data'*. Human Psychopharmacology. vol. 31. no. 3. pp. 185–92.

Bogers, JPAM, Schulte, PFJ, Van Dijk, D, Bakker, B & Cohen, D 2016. *'Clozapine underutilization in the treatment of schizophrenia: how can clozapine prescription rates be improved?'*. Journal of Clinical Psychopharmacology. vol. 36. pp. 109–11.

- Bone, JK, McCloud, T, Scott, HR, Machin, K, Markham, S, Persaud, K ... & Lloyd-Evans, B 2019. '*Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a rapid evidence synthesis*'. E-Clinical Medicine. vol. 10. pp. 58-67.
- Bowers, L 2014. '*Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*'. Journal of psychiatric and mental health nursing. vol. 21. no. 6. pp. 499-508.
- Breton, A, Casey, D & Arnaoutoglou, NA 2019. '*Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI). the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies*'. International journal of geriatric psychiatry. vol. 34. no. 2. pp. 233-242.
- Brito, ES & Ventura, CAA 2019. '*Involuntary psychiatric admission: Comparative study of mental health legislation in Brazil and in England/Wales*'. International of Journal and Law Psychiatry. vol. 64. pp.184-197.
- Brown, HE & Roffman, JL 2016. '*Emerging treatments in schizophrenia: highlights from recent supplementation and prevention trials*'. Harvard review of psychiatry. vol. 24. no. 2. pp. 1-7.
- Bruss, GS, Gruenberg, AM, Goldstein, RD & Barber, JP 1994. '*Hamilton Anxiety Rating Scale Interview guide: joint interview and test-retest methods for interrater reliability*'. Psychiatry Research. vol. 53. pp. 191-202.
- Burness, C, Corbet, C, Beyene, K, Webby, C, Nankivell, C, Cabasag, P ... & Chan, AHY 2021. '*Factors predicting high-dose and combined antipsychotic prescribing in New Zealand: High-dose antipsychotic prescribing*'. Psychiatry Research. vol. 302. pp. 113996.
- Canova Mosele, PH, Chervenski Figueira, G, Antônio Bertuol Filho, A, Ferreira de Lima, JAR & Calegari, VC 2018. '*Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression*'. Psychiatry Research. vol. 265. pp. 13-18.
- Carmona-Huerta, J, Castiello-de Obeso, S, Ramírez-Palomino, J, Duran-Gutiérrez, R, Cardona-Muller, D, Grover-Paez, F, ... & Medina-Dávalos, R 2019. '*Polypharmacy in a hospitalized psychiatric population: risk estimation and damage quantification*'. BMC psychiatry. vol. 19. no. 1. 1-10.

- Carneiro, AM, Fernandes, F & Moreno, RA 2015. '*Hamilton depression rating scale and montgomery-asberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a Brazilian sample*'. Health Quality of Life Outcomes. vol. 13. no. 1. pp. 42
- Carpenter, WT Jr Heinrichs, DW & Alphas LD 1984. '*Treatment of negative symptoms*'. Schizophrenia Bulletin. vol. 11. no. 3. p. 440-52.
- Carpenter, WT, Sachs, MH, Strauss, JS, Bartko, JJ & Raynor J 1976. '*Evaluating signs and symptoms: a comparison of structured interview and clinical approaches*'. British Journal of Psychiatry. vol. 128. pp. 397-403.
- Carrozzino, D 2019. '*Clinimetric approach to rating scales for the assessment of apathy in Parkinson's disease: A systematic review*'. Progress in Neuropsychopharmacological Biological Psychiatry. vol. 94. pp.109641.
- Carson, N, Leach, L & Murphy, KJ 2018. '*A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores*'. International journal of geriatric psychiatry. vol. 33. no. 2. pp. 379-388.
- Casella, CB & Loch, AA 2014. '*Religious affiliation as a predictor of involuntary psychiatric admission: a brazilian 1-year follow-up study*'. Frontiers. vol. 2. pp. 102.
- Cecilia. RE & Mihaela. S 2020. '*Montreal cognitive assessment for evaluating cognitive impairment in Huntington's disease: a systematic review*'. CNS spectrums. pp. 1-55.
- Centorrino, F, Goren, J, Hennen, J, Salvatore, P, Kelleher, J & Baldessarini, R 2004. '*Multiple versus single antipsychotic agents for hospitalized psychiatric patients: case-control study of risks versus benefits*'. American Journal of Psychiatry. vol. 161. no. 4. pp. 700-706.
- Chakrabarti, A, Whicher, EV, Morrison, M & Douglas-Hall, P 2007. '*As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital*'. Cochrane Database of Systematic Reviews. vol. 3. pp. CD003441.
- Chang, HC, Tang, CH, Tsai, SJ, Yen, FC & Su, KP 2009. '*Long-acting injectable risperidone and hospital readmission: a mirror-image study using a national claim-based database in Taiwan*'. Journal of Clinical Psychiatry. vol. 70. no. 1. pp. 141.

- Chang, TM, Ferreira, LK, Ferreira, MP & Hirata, ES, 2013. '*Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil*'. *Cadernos de Saude Publica*. vol. 29. pp. 2347–52.
- Chichester, UK, Marshall, BD, Galea, S, Wood, E & Kerr, T 2011, '*Injection methamphetamine use is associated with an increased risk of attempted suicide: a prospective cohort study*', *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 119, pp. 134-137.
- Chipman, A & Paykel, ES 1974. '*How ill is the patient at this time? Cues determining clinician's global judgments*'. *Journal of Consult and Clinical Psychology*. vol. 42. no. 5. pp. 669–74.
- Clark, DB & Donovan, JE 1994. '*Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample*'. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. vol. 33. no. 3. pp. 354-360.
- Clausen, H, Landheim, A, Odden, S, Benth, JŠ, Heiervang, KS, Stuen, HK, ... & Ruud, T 2016. '*Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study*'. *International journal of mental health systems*. vol. 10. no. 1. pp. 14.
- Collins, AG, Brown, JK, Gold, JM, Waltz, JA & Frank, MJ 2014. '*Working memory contributions to reinforcement learning impairments in schizophrenia*'. *Journal of Neuroscience*. vol. 34. no. 41. pp. 13747–56.
- Connolly, A & Taylor, D 2014. '*Factors associated with non-evidence-based prescribing of antipsychotics*'. *Therapeutic Advances Psychopharmacology* 2014; 4;247-56.
- Connolly, A, Rogers, P & Taylor, D 2007. '*Antipsychotic prescribing quality and ethnicity—a study of hospitalized patients in south east London*'. *Journal of psychopharmacology*. vol. 21 no. 2. pp. 191-197.
- Connolly, A, Taylor, D, Sparshatt, A & Cornelius, V 2011 '*Antipsychotic prescribing in Black and White hospitalised patients*'. *Journal of psychopharmacology*. vol. 25. no. 5. pp. 704-709.
- Correll, CU & Gallego, JA 2012. '*Antipsychotic Polypharmacy. A comprehensive evaluation of relevant correlates of a long-standing clinical practice*' *Psychiatric Clinics of North America*. vol. 35. pp. 661–81.

- Correll, CU, Kishimoto, T, Nielsen, J & Kane JM 2011. '*Quantifying clinical relevance in the treatment of schizophrenia*'. Clinical Therapeutics. vol. 33. pp. 16-39
- Cougnard, A, Kalmi, E, Desage, A, Misdrahi, D, Abalan, F, Brun-Rousseau, H, ... & Verdoux, H 2004. '*Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis*'. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. vol. 39. no. 10. pp. 804-809.
- Craig, TJ, Richardson, MA, Pass, R & Bregman, Z 1985. '*Measurement of mood and affect in schizophrenic inpatients*'. American Journal Psychiatry. vol. 142. no. 11. pp. 1272-7.
- Craw, J & Compton, MT 2016. '*Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients*'. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. vol. 41. pp. 981-988.
- Crum, M, Anthony, JC, Bassett, SS & Folstein, MF 1993. '*Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level*'. Journal of American Medical Association vol. 269. no. 18. pp. 2386-239.
- Curley, A, Agada, E, Emechebe, A, Anamdi, C, Ng, XT, Duffy, R & Kelly, BD 2016. '*Exploring and explaining involuntary care: the relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables*'. International Journal of Law and Psychiatry. vol. 47. pp. 53-59.
- Cyprus ministry of health. Mental health services of Cyprus annual report 2010. Cyprus Ministry of Health. viewed 15 Dec 2018. <<https://www.moh.gov.cy/moh/mhs/mhs.nsf/All/5E39356FE0B58FBBC2257AFD003684D9?OpenDocument>>.
- Cyprus national service for statistics. National census of Cyprus population 2011. viewed 19 Feb 2020. <https://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_22main_gr/populationcondition_22main_gr?OpenForm&sub=2&sel=2>.
- Cyprus National Service for Statistics. *National Census of Cyprus Population*. 2018. viewed 19 February 2020

https://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_22main_gr/populationcondition_22main_gr?OpenForm&sub=2&sel=2.

Dalrymple-Alford, JC, MacAskill, MR, Nakas, CT, Livingston, L, Graham, C, Crucian, GP, ... & Anderson, TJ 2010. '*The MoCA: well-suited screen for cognitive impairment in Parkinson disease*'. *Neurology*. vol. 75. no. 19. 1717-1725.

Delayahu, Y, Y, Sagi A, Baruch, Y & Blass, DM DM 2014. '*Evaluating the clinical impact of involuntary admission to a specialized dual diagnosis ward*'. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*. vol. 51. pp. 290–95.

Deluty, BM, Deluty, RH & Carver, CS 1986. '*Concordance between clinicians' and patients' ratings of anxiety and depression as mediated by private self-consciousness*'. *Journal of Personality Assessment*. vol. 50. no. 1. pp. 93–106.

de Jong, G, Schout, G, & Abma, T 2014. Prevention of involuntary admission through family group conferencing: a qualitative case study in community mental health nursing. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2651-2662.

de Jong, MH, Wierdsma, AI, Zoeteman, J, van Boeijen, CA, Van Gool, AR & Mulder, CL 2021. '*Risk factors for repeated emergency compulsory psychiatric admissions*'. *BJPsych Open*. no. 7. vol. 1.

Dey, S, Menkes. DB, Obertova, Z, Chaudhuri, S & Mellsop, G 2016. '*Antipsychotic prescribing and its correlates in New Zealand*'. *Australasian psychiatry*. vol. 24. no. 4. pp. 360-364.

Di Lorenzo, R, Vecchi, L, Artoni, C, Mongelli, F & Ferri, P 2018. '*Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis*'. *Acta Biomedica Atenei Parmensis* vol. 89. pp. 17-28.

Dollfw, S, Petit, M, Lesieur, P & Menard, JF 1991. '*Principal component analysis of PANSS and SAPS-SANS in schizophrenia*'. *European Journal of Psychiatry* vol. 1. pp. 6251-259.

Dome, P, Rihnmer, Z & Gonda, X 2019. '*Suicide risk in bipolar disorder: a brief review*'. *Medicina*. vol. 55. p. 403. <doi: 10.3390/medicina55080403>.

- Donzuso, G, Cerasa, A, Gioia, MC, Caracciolo, M & Quattrone, A 2014. '*The neuroanatomical correlates of anxiety in a healthy population: differences between the State-Trait Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale*'. Brain Behavioral. vo. 4. pp. 504–514.
- Donisi, V, Tedeschi, F, Salazzari, D & Amaddeo, F 2016. '*Differences in the use of involuntary admission across the Veneto Region: which role for individual and contextual variables?*'. Epidemiology and psychiatric sciences. no. 25. vol. 1. pp. 49-57.
- Douglas-Hal, P & Whicher, EV 2015. '*As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital*'. Cochrane Database vol. 12. pp. CD003441.
- Douzenis, A, Michopoulos, I, Economou, M, Rizos, E, Christodoulou, C & Lykouras, L 2012. '*Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment*'. International Journal of Social Psychiatry. vol. 58. no. 2. pp. 172-177.
- Dowinc, AR, Frances, A & Brockington, IF 1980. '*A coniparison of information sources in the study of psychotic illness*'. British Journal Psychiatry. vol. 137. pp. 38-44.
- Dreger, S, Buck, C & Bolte, G 2014. '*Material. psychosocial and sociodemographic determinants are associated with positive mental health in Europe: a cross-sectional study*'. BMJ open. vol. 4. p. e005095.
- Ebrahimi, A, Kheyr, Z, Nasiri, H & Barnamanesh, A 2017. '*Reliability. validity. factor and discrimination power analysis of young mania rating scale among unipolar. bipolar depression and healthy people (Persian)*'. Jundishapur Scientifc Medical Journal. vol. 16. no. 3. pp. 333-44.
- El Abdellati, K, De Picker, L & Morrens, M 2020. '*Antipsychotic treatment failure: A systematic review on risk factors and interventions for treatment adherence in psychosis*'. Frontiers Neurology. vol. 14. pp. 1019.
- Elie, D, Poirier, M, Chianetta, JM, Durand, M, Grégoire, CA & Grignon, S 2010. '*Cognitive effects of antipsychotic dosage and polypharmacy: a study with the BACS in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder*'. Journal of Psychopharmacology. no. 24. vol. 7. 1037-1044.

- Embretson, SE & Reise, SP 2000. *Item Response Theory for Psychologists*. Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah. New Jersey.
- Emsley, RA, Niehaus, DJ, Mbanga, NI, Oosthuizen, PP, Stein, DJ, Maritz, JS ... & Mallet, J 2001. *The factor structure for positive and negative symptoms in South African Xhosa patients with schizophrenia*. Schizophrenia Research. vol. 47. no. 2-3. pp. 149-157.
- Emsley, RA, Rabinowitz, J & Torremans, M 2003. *The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis*. Schizophrenia Research. vol. 61. pp. 47–57.
- Essock, SM, Schooler, NR, Stroup, TS, McEvoy, JP, Rojas, I, Jackson, C ... & Schizophrenia Trials Network 2011. *Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy*. American Journal of Psychiatry. vol. 168. no. 7. pp. 702-708.
- Falkenburg, J & Tracy, DK 2014. *Sex and schizophrenia: A review of gender differences*. Psychosis, vol. 6, no. 1, pp. 61–69. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.733405>
- Feher, EP 1992. *Establishing the limits of the Minimental State examination of substensts*. Archives of Neurology. vol. 49. pp. 87-92.
- Feeney, A, Umama-Agada, E, Gilhooley, J, Asghar, M & Kelly, BD 2019. *Gender. diagnosis and involuntary psychiatry admission in Ireland: A report from the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS)*. International journal of law and psychiatry. vol. 66. pp. 101472.
- Feighner, JP, Robins, E, Guze, SB & Woodruff, RA 1972. *Winokur G. Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Archives of General Psychiatry vol. 26. pp. 57-63.
- Fiorillo, A, De Rosa, C, Del Vecchio, V, Jurjanz, L, Schnall, K, Onchev, G ... & Kallert, T 2011. *How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study*. European Psychiatry. vol. 26. no. 4. pp. 201-207.

- Fisekovic, S, Memic, A & Pasalic, A 2012. '*Correlation between MoCA and MMSE for the assessment of cognition in schizophrenia*'. Acta Informatica Medica. vol. 20. no. 3. pp. 186–9.
- Flammer, E & Steinert, T 2016. '*Association between restriction of involuntary medication and frequency of coercive measures and violent incidents*'. Psychological Services. vol. 67. no. 1315-1320.
- Flanagan, RJ, Lally, J, Gee, S, Lyon, R & Every-Palmer, S 2020. '*Clozapine in the treatment of refractory schizophrenia: a practical guide for healthcare professionals*'. British medical bulletin. vol. 135. no. 1. pp. 73.
- Fleischhacker, W 2016. '*The usefulness of rating scales in patients with schizophrenia*'. Acta Psychiatrica Scandinavica. vol. 133. pp. 435.
- Folstein, M, Folstein, S & McHugh, PR 1975. '*Minimental State: a practical method for grading cognitive state of the patients for the clinician*'. Journal of Psychiatry Research. vol. 12. pp. 189-198
- Franklin, JC, Ribeiro, JD, Fox, KR, Bentley, KH, Kleiman, EM, Huang, X ... & Nock, MK 2017. '*Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research*'. Psychological bulletin. vol. 143. no. 2. pp. 187.
- Fazel, S, Fimińska, Z, Cocks, C, Coid, J 2016. Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 208(1):17–25. doi: 10.1192/bjp.bp.114.149997.
- Freeman, M & Pathare, S 2005. '*WHO resource book on mental health. human rights and legislation*' World Health Organization.
- Fujiwara, Y, Suzuki, H, Yasunaga, M, Sugiyama, M, Ijuin, M, Sakuma, N ... & Shinkai, S 2010. '*Brief screening tool for mild cognitive impairment in older Japanese: validation of the Japanese version of the Montreal Cognitive Assessment*'. Geriatrics & gerontology international. vol. 10. no. 3. pp. 225-232.
- Furukawa, TA 2010. '*Assessment of mood: guides for clinicians*'. Journal of Psychosomatic Research. vol. 68. no. 6. pp. 581–9.
- Fusar-Poli, P, Diaz-Caneja, CM, Patel, R, Valmaggia, L, Byrne, M, Garety, P, ... & McGuire, P 2016. '*Services for people at high risk improve outcomes in patients with first episode psychosis*'. Acta Psychiatrica Scandinavica. vol. 133. no. 1. pp. 76-85.

- Gallego, J, Bonetti, J, Zhang, J, Kane, HM & Correll, CU 2012. *'Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: A systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009'*. Schizophrenia Research. vol. 138. pp. 18–28.
- Garay, RP, Citrome, L, Samalin, L, Liu, CC, Thomsen, MS, Correll, CU ... & Llorca, PM 2016. *'Therapeutic improvements expected in the near future for schizophrenia and schizoaffective disorder: an appraisal of phase III clinical trials of schizophrenia-targeted therapies as found in US and EU clinical trial registries'*. Expert opinion on pharmacotherapy. vol. 17. no. 7. pp. 921-936.
- Geniş, B, Coşar, B, Candansayar, S & Gürhan, N 2018. *'Voluntary/involuntary admissions/readmissions of psychiatric patients in a university hospital in Turkey from 2008 to 2016'*. Hospital Practices and Research. vol. 3. pp. 123-129.
- Gibbons, RD, Clark, DC & Kupfer, DJ 1993. *'Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure?'*. Journal of Psychiatry Research. vol. 27. no. 3. pp. 259–73.
- Gierus, J, Mosiołek, A, Koweszko, T, Wnukiewicz, P, Kozyra, O & Szulc, A 2015. *'The Montreal Cognitive Assessment as a preliminary assessment tool in general psychiatry: validity of MoCA in psychiatric patients'*. General Hospital of Psychiatry. vol. 37. no. 5. pp. 476–80.
- Gil-Berrozpe, GJ, Sánchez-Torres, AM, de Jalón, EG, Moreno-Izco, L, Fañanás, L, Peralta, V ... & Saiz, H 2020. *'Utility of the MoCA for cognitive impairment screening in long-term psychosis patients'*. Schizophrenia research. vol. 216. pp. 429-434.
- Gisev, N, Bell, JS & Chen, TF 2014. *'Factors associated with antipsychotic polypharmacy and high-dose antipsychotics among individuals receiving compulsory treatment in the community'*. Journal of clinical psychopharmacology. vol. 34. no. 3. pp. 307-312.
- Gjeris, A, Bech, P, Bøjholm, S, Bolwig, TG, Kramp, P, Clemmesen, L ... & Rafaelsen, OJ 1983. *'The Hamilton Anxiety Scale: evaluation of homogeneity and inter-observer reliability in patients with depressive disorders'*. Journal of Affective Disorders. vol. 5. no. 2. pp. 163-170.

- Glick, HA, Li, P & Harvey, PD 2015. '*The relationship between Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) schizophrenia severity scores and risk for hospitalization: an analysis of the CATIE Schizophrenia Trial*'. Schizophrenia research. vol. 166. no.1-3. pp. 110-114.
- Golna, C, Pashardes, P, Allin, S, Theodorou, M, Mossialos & E, Merkur, S 2004. '*World health organization: Health care systems in transition: Cyprus*'. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Gorsuch, RL 1993. '*Factor Analysis*'. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.
- Gottlieb, GL, Gur, RE & Gur, RC 1988. '*Reliability of psychiatric scales in patients with dementia of the Alzheimer type*'. American Journal of Psychiatry. vol. 145. no. 7. pp. 857–60.
- Godet, T & Niveau, G 2018. '*Psychiatric care without consent in France: Does the type of administrative measure chosen differ according to patients' clinical profile?*'. International journal of law and psychiatry. vol. 61. pp. 76-80.
- Gou, L, Zhou, JS, Xiang, YT, Zhu, XM, Correll, CU, Ungvari, GS ... & Wang, XP 2014. '*Frequency of involuntary admissions and its associations with demographic and clinical characteristics in China*'. Archives of psychiatric nursing. vol. 28. no. 4. pp. 272-276.
- Gray, R, Leese, M, Bindman, J, Becker, T, Burti, L, David, A ... & Tansella, M 2006. '*Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial*'. The British journal of psychiatry. vol. 189. no. 6. pp. 508-514.
- Grundy, CT, Lunnen, KM, Lambert, MJ, Ashton, JE & Tovey, DR 1994. '*The Hamilton Rating Scale for Depression: one scale or many?*'. Clinical Psychological Science Practice. vol. 1. no. 2. pp. 197–205.
- Guadagno, S, Balestrieri, M, Albert, U, Maso, E & Castelpietra, G 2020. '*Social and Clinical Determinants of Compulsory and Voluntary Admissions within the Framework of an Italian Community Mental Health System*'. Psychiatria Danubina. vol. 32. Suppl 4. pp. 491-495.

- Guidi, J, Fava, GA, Bech, P & Paykel, E 2011. 'The Clinical Interview for Depression: a comprehensive review of studies and clinimetric properties'. *Psychotherapy and Psychosomatics*. vol. 80. no. 1. pp. 10– 27
- Guzzetta, F, Miglio, R, Santone, G, Picardi, A, Norcio, B, Bracco, R & de Girolamo, G 2010. 'First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: clinical characteristics and reasons contributing to admission: findings from a national survey'. *Psychiatry research*. vol. 176. no. 1. pp. 62-68.
- Gültekin, BK, Çelik, S, Tihan, A, Beşkardeş, AF, Sezer, U 2013. 'Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric inpatients hospitalized involuntarily and voluntarily in a mental health hospital'. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. vol. 50. pp. 216-221.
- Hachtel, H, Vogel, T & Huber, CG 2019. Mandated treatment and its impact on therapeutic process and outcome factors. *Frontiers in psychiatry*, 10, 219.
- Haddad, PM, Brain, C & Scott, J 2014. '*Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies*'. Patient related outcome measures. vol. 5. pp. 43.
- Haddad, PM, Taylor, M & Niaz, OS 2009. 'First-generation antipsychotic long-acting injections v. oral antipsychotics in schizophrenia: systematic review of randomized controlled trials and observational studies' *British Journal Psychiatry*. vol. 52. pp. 20– 8.
- Hagström, B, Mattsson, B, Rost, IM & Gunnarsson, RK 2004. '*What happened to the prescriptions? A single. short. standardized telephone call may increase compliance*'. *Family Practice*. vol. 21. no. 1. pp. 46-50.
- Hakim, M, Airin, J, Naher, S, Ali, M, Ahmad, M & Al-Azad, M 2014. '*Socio-demographic characteristics of mentally ill patients admitted to different hospitals of Dhaka city*'. *JAFMC Bangladesh*. vol. 10. pp. 44-49.
- Hamilton, M 1967. '*Development of a rating scale for primary depressive illness*'. *British of Journal Social Clinical Psychological*. vol. 6. no. 4. pp. 278–96
- Hamilton, M 1959. '*The assessment of anxiety states by rating*'. *British Journal of Medical Psychological*. vol. 32. pp. 50–55.
- Hamilton, M 1960. 'A rating scale for depression'. *Journal of neurology. neurosurgery. and psychiatry*. vol. 23. no. 1. pp. 56.

- Harkavy-Friedman, JM, Restifo, K, Malaspina, D, Kaufmann, CA, Amador, XF, Yale, SA & Gorman, JM 1999. '*Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide*'. American Journal of Psychiatry. vol. 156. pp. 1276-1278.
- Harrington, M, Lelliott, P, Paton, C, Okocha, C, Duffett, R & Sensky, T 2002. '*The results of a multi-centre audit of the prescribing of antipsychotic drugs for in-patients in the UK*'. Psychiatric Bulletin. vol. 26. pp. 414–418.
- Hayashi, N, Igarashi, M, Imai, A, Osawa, Y, Utsumi, K, Ishikawa, Y, ... & Okazaki, Y, 2010, '*Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo*', BMC psychiatry, vol. 10, no. 1, pp. 1-8, <doi: 10.1186/1471-244X-10-109>.
- Helldin, L, Kane, JM, Karilampi, U, Norlander, T & Archer, T 2006, '*Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia*', Journal of Psychiatric research, vol. 40, no. 8, pp. 738-745.
- Henderson, C, Evans-Lacko, S & Thornicroft, G 2013. '*Mental illness stigma. help seeking. and public health programs*'. American journal of public health. vol. 103. no. 5. pp. 777-780.
- Hilton, MF & Whiteford, HA 2008. '*Pro re nata medication for psychiatric inpatients: Time to act*'. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. vol. 42. no. 7. pp. 555-64.
- Hinshaw, SP, Stier, A 2008. Stigma as related to mental disorders. Annu Rev Clin Psychol (4:367–93. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245 38.
- Hochstrasser, L, Borgwardt, S, Lambert, M, Schimmelmann, BG, Lang, UE, Stieglitz, RD & Huber, CG. '*Association of positive and negative syndrome scale short forms with global functioning and quality of life*'. Acta Psychiatrica Scandinavica. vol. 134. pp. 563–565.
- Hoffmann, K, Haussleiter, IS, Illes, F, Jendreyshak, J, Diehl, A, Emons, B ... & Juckel, G 2017. '*Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups*'. Annals of general psychiatry. no. 16. vol. 1. pp. 1-9.

- Horton, DK, Hyman, LS, Lacritz, LH, Rossetti, HC, Weiner, MF & Cullum, CM 2015. '*An abbreviated Montreal cognitive assessment (MoCA) for dementia screening*'. The Clinical Neuropsychologist. vol. 29. no. 4. pp. 413-425.
- Hotzy, F, Hengartner, MP, Hoff, Jaeger, M & Theodoridou, A 2016. '*Clinical and socio-demographic characteristics associated with involuntary admissions in Switzerland between 2008 and 2016: an observational cohort study before and after implementation of the new legislation*'. European Psychiatry. vol. 59. pp. 70-76.
- Hotzy, F, Moetteli, S, Theodoridou, A, Schneeberger, AR, Seifritz, E, Hoff, P & Jäger M 2018. '*Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients*'. Swiss medical weekly. vol. 148. pp. 14616.
- Hotzy, F, Hengartner, MP, Hoff, Jaeger, M & Theodoridou A 2016, '*Clinical and socio-demographic characteristics associated with involuntary admissions in Switzerland between 2008 and 2016: an observational cohort study before and after implementation of the new legislation*', European Psychiatry, vol. 59, pp. 70-76.
- Hung, YY, Chan, HY & Pan, YJ 2017, '*Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission*', PloS One, vol. 12, pp. e0186768.
- Hustoft, K, Larsen, TK, Auestad, B, Joa, I, Johannessen, JO & Ruud, T 2013, '*Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry*', International Journal of Law and Psychiatry, vol. 36, pp. 136-143.
- Ielmini, M, Caselli, I, Poloni, N, Gasparini, A, Pagani, R, Vender, S & Callegari, C 2018, '*Compulsory versus voluntary admission in psychiatry: an observational study*' Minerva Psichiatr, vol. 59, no. 3, pp. 124-134.
- Indu, NV, Vidhukumar, K & Sarma, PS 2018, '*Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital: case control study*', Asian Journal of Psychiatry, vol. 35, pp. 141-45.
- Ivanova, E, Renzik, A, Opler, M, Khan, A & Gao, L 2014, '*Validation and normalization of the Russian version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-RU) in schizophrenia: a preliminary findings*', European Psychiatry, vol. 29, pp. 1.

- Jaeger, S, Hüther, F & Steinert, T 2019, '*Refusing medication therapy in involuntary inpatient treatment-a multiperspective qualitative study*', *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, pp. 295-310.
- Jakobsen, KD, Frederiksen, JN, Hansen, T, Janson, LB, Parnas, J & Werge, T 2005, '*Reliability of clinical ICD-10 schizophrenia diagnoses*', *Nordic Journal Psychiatry*, vol. 59, pp. 209–212.
- Jeste, SD, Patterson, TL, Palmer, BW, Dolder, CR, Goldman, S & Jeste DV 2003, '*Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia*', *Schizophrenia Research*, vol. 63, pp. 49–58.
- Jiang, F, Zhou, H, Rakofsky, JJ, Hu, L, Liu, T, Liu, H ... & Tang, YL 2018. '*The implementation of China's mental health law-defined risk criteria for involuntary admission: a national cross-sectional study of involuntarily hospitalized patients*'. *Frontiers in psychiatry*. vol. 9. pp. 560.
- Jones, N, Gius, BK, Shields, M, Collings, S, Rosen, C & Munson, M 2021, '*Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care*', *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, pp. 1-11, <doi: 10.1007/s00127-021-02048-2>.
- Jamet, L, Neveux, P, Gohier, B & Orsat, M 2021. '*Evaluation of the use of care programs provided for under the law of 5 July 2011*' *L'encephale*
- Joukamaa, M, Heliövaara, M, Knekt, P, Aromaa, A, Raitasalo, R & Lehtinen, V 2006. '*Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality*', *British Journal Psychiatry*, vol. 188, no. 122–127.
- Julayanont, P, Brousseau, M, Chertkow, H, Phillips, N & Nasreddine, ZS 2014, '*Montreal Cognitive Assessment Memory Index Score (MoCA-MIS) as a Predictor of Conversion from Mild Cognitive Impairment to Alzheimer's Disease*', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 62, no. 4, pp. 679-684.
- Julius, RJ, Novitsky Jr, MA & Dubin, WR 2009, '*Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice*', *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 15, pp. 34-44.
- Guadagno, S, Balestrieri, M, Albert, U, Maso, E & Castelpietra, G 2020. '*Social and Clinical Determinants of Compulsory and Voluntary Admissions within the*

Framework of an Italian Community Mental Health System Psychiatria Danubina. vol. 32. Suppl 4. pp. 491-495.

Kadra, G, Stewart, R, Shetty, H MacCabe, JH, Chang, CK, Kesserwani, J, ... & Hayes, RD 2018, '*Antipsychotic polypharmacy prescribing and risk of hospital readmission*', Psychopharmacology, vol. 235, no. 1, pp. 281-289.

Kaite, CP, Karanikola, M, Merkouris, A & Papathanassoglou, ED 2015, '*An ongoing struggle with the self and illness: a meta-synthesis of the studies of the lived experience of severe mental illness*', Archives of Psychiatric Nursing, vol. 29, pp. 458-73.

Kallert, TW, Glockner, M & Schutzwohl, M 2008, '*Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity*', European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience, vol. 258, no. 4, pp. 195–209

Kannisto, KA, Koivunen, MH & Välimäki, MA 2014, 'Use of mobile phone text message reminders in health care services: a narrative literature review', Journal of medical Internet research, vol. 16, no. 10, pp. 222.

Kaplan, S 2000, 'Comprehensive Textbook of Psychiatry', seventh ed. Vol. 1, Philadelphia, USA: Sadock B, Sadock V.

Karanikola, M, Zisimou, P, Nystazaki, M & Koutrouba, A 2019, '*Association between illegal use of substances and suicidal behavior in school students: An integrative review of empirical data*', Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 2019, 32:80-101.

Karasch, O, Schmitz-Buhl, M, Mennicken, R, Zielasek, J & Gouzoulis-Mayfrank, E 2020, '*Identification of risk factors for involuntary psychiatric hospitalization: using environmental socioeconomic data and methods of machine learning to improve prediction*', BMC psychiatry, vol. 20, no. 1, pp. 1-14.

Karson, C, Duffy, RA, Eramo, A, Nylander, AG & Offord, SJ 2016, '*Long-term outcomes of antipsychotic treatment in patients with first-episode schizophrenia: a systematic review*', Neuropsychiatric Disease Treatment, vol. 12, pp. 57.

Kay, SR & Sevy, S 1990. '*Pyramidal model of schizophrenia*'. Schizophrenia Bulletin. vol. 16. pp. 537-545.

- Kay, SR, Fiszbein, A & Opler, LA 1987, '*The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 13, no. 2, pp. 261-76
- Kearns, M, Muldoon, OT, Msetfi, RM & Surgenor, PWG 2018, '*Identification Reduces Stigma of Mental Ill-Health: A Community-Based Study*', *American Journal of Community Psychology*, vol. 61, no. 1-2, pp. 229-239.
- Kelemen, O, Kiss, I, Benedek, G & Keri, S 2013, 'Perceptual and cognitive effects of antipsychotics in first-episode schizophrenia: the potential impact of GABA concentration in the visual cortex', *Progress of Neuropsychopharmacology Biology Psychiatry*, vol. 47, pp. 13-19.
- Kelly, BD, Clarke, M, Browne, S, McTigue, O, Kamali, M, Gervin, M, ... & O'Callaghan, E 2004, '*Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia*', *European Psychiatry*, vol. 19, no. 2, pp. 67-71.
- Kelly, BD, Duffy, RM & Curley A 2018, '*Which involuntary admissions are revoked by mental health tribunals? A report from the Dublin involuntary admission study (DIAS)*', *Psychiatric Research*, vol. 262, pp. 583-585.
- Kelly, BD, Umama-Agada, E, Curley, A, Duffy, RM, Asghar, M & Gilhooley, J 2018, '*Does Involuntary Admission With Bipolar Disorder Differ From Involuntary Admission With Schizophrenia and Related Disorders? A Report From the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS)*', *Journal of Psychiatric Practice®* vol. 24, pp. 209-216.
- Kern, RS, Zarate, R, Glynn, SM, Turner, LR, Smith, KM, Mitchell, SS ... & Liberman, RP 2013. 'A demonstration project involving peers as providers of evidence-based. supported employment services'. *Psychiatric rehabilitation journal*. vol. 36. no. 2. pp. 99.
- Keown, P, Murphy, H, McKenna, D & McKinnon, I 2018, '*Changes in the use of the Mental Health Act 1983 in England 1984/85 to 2015/16*', *British of Journal of Psychiatry*, vol. 213, pp. 595-99.
- Khan, A, Khan, SR, Shankles, EB & Polissar NL 2002, '*Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression rating scale and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials*', *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 17, no. 6, pp. 281-5.

- Khan, A, Yavorsky, C, Liechti, S, Opler, M, Rothman, B, DiClemente, G, ... & Yang, L 2013, '*A rasch model to test the cross-cultural validity in the positive and negative syndrome scale (PANSS) across six geo-cultural groups*', BMC psychology, vol. 1, no. 1, pp. 1-18.
- Kisely, S, Campbell, L & O'Reilly, R 2017, '*Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders*', Cochrane Database Systematic Review, vol. 3, pp. CD004408.
- Kieber-Ospelt, I, Theodoridou, A, Hoff, P, Kawohl, W, Seifritz, E & Jaeger, M 2016. '*Quality criteria of involuntary psychiatric admissions-before and after the revision of the civil code in Switzerland*'. BMC psychiatry. vol. 16. no. 1. pp.1 1-10.
- Krivoy, A, Fischel, T, Zahalka, H, Shoval, G, Weizman, A & Valevski, A 2012. '*Outcomes of compulsorily admitted schizophrenia patients who agreed or disagreed to prolong their hospitalization*'. Comprehensive psychiatry. vol. 53. no. 7. no. 995-999.
- Klerman, GL, Weissman, MM, Rounsaville, BJ & Chevron, ES 1984, '*Interview format for the Hamilton Rating Scale for Depression. In: Interpersonal Psychotherapy of Depression. A Brief, Focused, Specific Strategy*', Maryland: Rowman & Littlefield Publishers; pp. 223–33
- Knesevich, JW, Biggs, JT, Clayton PJ & Ziegler, VE 1977, '*Validity of the Hamilton Rating Scale for depression*', British Journal of Psychiatry, vol. 131, no. 1, pp. 49–52.
- Kontaxakis, VP, Ferentinos, PP, Havaki-Kontaxaki, BJ, Paplos, KG, Roukas, DK & Christodoulou, GN 2005, '*Case studies of adjunctive agents in clozapine-resistant schizophrenic patients*', Clinical Neuropharmacology, vol. 28, pp. 50–53.
- Kostakoğlu, AE, Batur, S & Tiryaki, A 1999, '*Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*', Türk Psikologlar Derneği, vol. 14, pp. 23–32.
- Kounti, F, Tsolaki, M, Eleftheriou, M, et al. 2007, '*Administration of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test in Greek healthy elderly patients with Mild Cognitive Impairment and patients with Dementia*', European Conference on Psychological Assessment and 2th International Conference of the Psychological Society of Northern Greece, 129, Thessaloniki, Greece.

- Kovacs, M, Rush, AJ, Beck, AT & Hollon, SD 1981, '*Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. A one-year follow-up*. Arch Gen Psychiatry', vol. 38, no. 1, pp. 33–9.
- Kraepelin, E 1986, '*Lehrbuch der Psychiatrie*', 5th edn. Leipzig: JA Barth.
- Kreyenbuhl, J, Buchanan, RW, Dickerson, FB & Dixon, LB 2009, '*The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2009*', Schizophrenia Bulletin, vol. 36, pp. 94–103.
- Lancon, C, Auquier, P, Llorca, PM, Martinez, JL, Bougekol, T & Scotto JC, 1997, '*Etude des proprietes psychometriques de la PANSS dans sa version en langue fraiqaise dans Line population de patients schizophrene*',. L'Encephale, vol. 23, pp. 1-9.
- Lancon, C, Reine, G, Llorca, PM & Auquier, P 1999, '*Validity and reliability of the French-language version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*', Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 100, no. 3, pp. 237-243.
- Larner, AJ 2017, '*Short Montreal Cognitive Assessment: validation and reproducibility*', Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, vol. 30, pp. 104–108.
- Larouche, E, Tremblay, MP, Potvin, O, Laforest, S, Bergeron, D, Laforce, R, ... & Hudon, C 2016, '*Normative data for the Montreal Cognitive Assessment in middle-aged and elderly Quebec-French people*', Archives of Clinical Neuropsychology, vol. 31, no. 7, pp. 819-826.
- Lasalvia, A, Zoppei S, Van Bortel, T, Bonetto, C, Cristofalo, D, Wahlbeck, K, et al 2013. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. Lancet 381(9860):55–62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8
- Lay, B, Kawohl, W & Rössler, W 2019. '*Predictors of compulsory re-admission to psychiatric inpatient care*'. Frontiers in psychiatry. vol. 10. pp. 120.
- Lebenbaum, M, Chiu, M, Vigod, S & Kurdyak, P 2018, '*Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study*', BJPsych Open, vol. 4, no. 2, pp. 31–38

- Leckning, BA, Li, SQ, Cunningham, T, Guthridge, S, Robinson, G, Nagel, T & Silburn, S 2016, '*Trends in hospital admissions involving suicidal behaviour in the Northern Territory, 2001–2013*', *Australasian Psychiatry* vol. 24, no. 3, pp. 300-304.
- Lelliott, P, Paton, C, Harrington, M, Konsolaki, M, Sensky, T & Okocha, C 2002, '*The influence of patient variables on polypharmacy and combined high dose of antipsychotic drugs prescribed for in-patients*', *Psychiatric Bulletin*, vol. 26, no. 11, pp. 411–24.
- Lepage, M, Bodnar, M & Bowie, CR 2014, '*Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia*', *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, no. 1, pp. 5-12.
- Leucht, S, Kane, JM, Kissling, W, Hamann, J, Etschel, E & Engel, RR 2005, '*What does the PANSS mean?*' *Schizophrenia research*, vol. 79, no. 2-3, pp. 231-238.
- Leung, CM, Wing, YK, Kwong, PK, Lo, A & Shum, K 1999, '*Validation of the Chinese-Cantonese version of the hospital anxiety and depression scale and comparison with the Hamilton Rating Scale of Depression*', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 100, no. 6, pp. 456–61.
- Li, X, Wang, Y, Zhao, J, Wang, H, Wang, B, Huang, J, ... & Yu, G 2015, '*Electro-peroxone treatment of the antidepressant venlafaxine: Operational parameters and mechanism*', *Journal of hazardous materials*, vol. 300, pp. 298-306.
- Licht, RW, Qvitzau, S, Allerup, P & Bech, P, 2005, '*Validation of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale and the Hamilton Depression Scale in patients with major depression; is the total score a valid measure of illness severity?*', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 111, no. 2, pp. 144–9.
- Lin, CE, Chung, CH, Chen, LF, Chen, PC, Cheng, HY & Chien, WC, 2019, '*Compulsory admission is associated with an increased risk of readmission in patients with schizophrenia: a 7-year, population-based, retrospective cohort study*,' *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 54, no. 2, pp. 243-253.
- Lin, CH, Lin, HS, Lin, SC, Kuo, CC, Wang, FC & Huang, YH 2018, '*Early improvement in PANSS-30, PANSS-8, and PANSS-6 scores predicts ultimate response and remission during acute treatment of schizophrenia*', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 137, no. 2, pp. 98-108.

- Liu, TY, Wu, CS & Hsieh, MH 2019. '*Clinical characteristics and outcomes associated with weekend admissions to psychiatric wards in Taiwan*'. *General hospital psychiatry*. vol. 60. pp. 20-26.
- Lincoln, TM Lüllmann, E & Rief, W 2007, '*Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia*', A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, vol. 33, no. 6, pp. 1324-1342.
- Lindenmayer, JP, Bernstein-Hyman, R & Grochowski S 1994, '*A new five factor model of schizophrenia*', *Psychiatry Quarterly*, vol. 65, vol. 4, pp. 299–322.
- Llorca, P, M, Abbar, M, Courtet, P, Guillaume, S, Lancrenon, S & Samalin, L 2013. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC psychiatry*. 13(1). 1-17.
- Loas, G, Noisette, C, Legrand, A & Delahousse, J 1997, '*Modèle quadridimensionnel des schizophrénies chroniques issu de la structure factorielle de l'échelle des syndromes positif et négatif (PANSS): Etude chez un groupe de 153 schizophrènes chroniques et comparaison avec la structure factorielle de la BPRS*', *L'Encéphale* (Paris), vol. 23, no. 1, pp. 10-18.
- López-Pina, JA, Sánchez-Meca, J & Rosa-Alcázar, AI 2009, '*The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study*', *International Journal of Clinical Health Psychology*, vol. 9, no. 1, pp. 143–59.
- Loas, G, Noisette, C, Legrand, A & Delahousse, J 1997, '*Modèle quadridimensionnel des schizophrénies chroniques issu de la structure factorielle de l'échelle des syndromes positif et négatif (PANSS): Etude chez un groupe de 153 schizophrènes chroniques et comparaison avec la structure factorielle de la BPRS*', *L'Encéphale* (Paris), vol. 23, no. 1, pp. 10-18.
- López-Pina, JA, Sánchez-Meca, J & Rosa-Alcázar, AI 2009, '*The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study*', *International Journal of Clinical Health Psychology*, vol. 9, no. 1, pp. 143–59.
- Lung, SLM, Lee, HME, Chen, YHE, Chan, KWS, Chang, WC & Hui, LMC 2018, '*Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy in Hong Kong*', *Asian J of Psychiatry* vol. 33, no. 1, pp. 113-20.

- Luo, C, Chen, H., Zhong, S, Guo, H., Li, Q, Cai, W, ... & Wang, X 2019, '*Manic episode, aggressive behavior and poor insight are significantly associated with involuntary admission in patients with bipolar disorders*', PeerJ, vol. 7, p. e7339.
- Lykouras, L, Oulis, P, Psarros, K, Daskalopoulou, E, Botsis, A, Christodoulou, GN & Stefanis, C 2000, '*Five-factor model of schizophrenic psychopathology: how valid is it?*', European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, vol. 250, no. 2, pp. 93–100.
- Lysaker, PH & Davis, LW, 2004 '*Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms and neurocognition*', Health Qual. Life Outcomes, vol. 153, no. 1-3, pp. 177-83)
- Ma, HJ, Xie, B, Shao, Y, Huang, JJ, Xiao, ZP 2019. '*Changing patterns and influencing factors of involuntary admissions following the implementation of China's mental health law: A 4-year longitudinal investigation*'. Scientific reports. vol. 9. no. 1. pp. 1-8.
- Mace, S & Taylor, D 2014, '*Reducing the rates of prescribing of antipsychotic high dose and polypharmacy on psychiatric inpatient and intensive care units: results of a 6-year quality improvement programme*', Therapeutic Advance in Psychopharmacology, vol. 5, no. 4, pp. 4-12.
- Maier, W 1990, '*The Hamilton Depression Scale and its alternatives: a comparison of their reliability and validity*', 1st ed. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; pp. 64–71.
- Maier, W, Buller, R, Philipp, M & Heuser, I 1988, '*The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders*', Journal of Affective Disorders, vol. 14, no. 1, pp. 61-68.
- Maina, G, Rosso, G, Carezana, C, Mehanović, E, Risso, F, Villari, V ... & Cardano, M 2021. '*Factors associated with involuntary admissions: a register-based cross-sectional multicenter study*'. Annals of General Psychiatry. vol. 20. 1. pp. 1-11.
- Malla, A, Norman, RM & Helmes, E 1987, '*Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland*', Canadian Medical Association Journal, vol. 136, no. 11, pp. 1166–71.

- Mandarelli, G, Tarsitani, L, Parmigiani, G, Polselli, GM, Frati, P, Biondi, M & Ferracuti, S 2014, '*Mental capacity in patients involuntarily or voluntarily receiving psychiatric treatment for an acute mental disorder*', Journal of forensic sciences, vol. 59, no. 4, pp. 1002-1007.
- Mann, F, Fisher, HL & Johnson, SA 2014, '*A systematic review of ethnic variations in hospital admission and compulsory detention in first-episode psychosis*', Journal of Mental Health, vol. 23, no. 4, pp. 205–11, <doi: 10.3109/09638237.2014.910641>.
- Martinho, S, Poças, A, Simões, M & Laureano, C 2020, '*Antipsychotic polypharmacy and high-dose antipsychotics in involuntary patients: A seven-year audit of discharge prescriptions in an acute care unit*', Psychiatric Quarterly, vol. 92, pp. 1-14.
- Marušič A, Tavčar R, Dernovšek M & Šteblaj T 2002, '*Comparison of psychiatric inpatient suicides with suicides completed in the surrounding community*', Nord J Psychiatry, vol.56, no. 5, pp. 335–338.
- Mass, R, Schoemig, T, Hitschfeld, K, Wall, E & Haasen, C 2000, '*Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale*', Schizophrenia Bulletin, vol. 26, no. 1, pp. 167–177.
- Matza, LS, Morlock, R, Sexton, C, Malley, K & Feltner, D 2010 '*Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder*', International Journal of Methods in Psychiatric Research, vol. 19, no. 4, pp. 223-232.
- Markiewicz, I, Gardyńska-Ziemba, E & Heitzman, J 2016. '*Involuntary psychiatric holds—the structure of admissions on the example of Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw*'. Psychiatria polska. vol. 50. no. 1. pp. 7-18.
- Masood, B, O'Ceallaigh, S, Thekiso, T, Nichol, M, Kowalska-Beda, P, Murphy, M ... & Kennedy, N 2017. '*Clinical predictors of involuntary detention among voluntary inpatients in St Patrick's University Hospital (SPUH)*'. Irish journal of psychological medicine. vol. 34. no. 1. pp. 13-18.
- McBride, O, Duncan, C, Twigg, L, Keown, P, Bhui, K, Scott, J ... & Weich, S 2021. '*Effects of ethnic density on the risk of compulsory psychiatric admission for individuals attending secondary care mental health services: evidence from a large-scale study in England*'. Psychological Medicine. pp. 1-10.

- McGorry, P, Killackey, E & Lambert, T 2005, '*Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*', Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 39, pp. 1–30.
- McMillan, SS, Jacobs, S, Wilson, L, Theodoros, T, Robinson, G, Anderson, C, ... & Wheeler, AJ 2017, '*Antipsychotic prescribing for vulnerable populations: a clinical audit at an acute Australian mental health unit at two-time points*' BMC psychiatry, vol. 17, no. 1, pp. 1-10.
- McManus, S, McDonnell, B & Whitty, P 2015. '*Rate of involuntary admission in Dublin South West: a 5-year retrospective review*'. Irish journal of psychological medicine. vol. 32. no. 4. pp. 341-345.
- Meehan, T, Stedman, T, Parker, S, Curtis, B & Jones, D 2017, '*Comparing clinical and demographic characteristics of people with mental illness in hospital – and community – based residential rehabilitation units in Queensland*, Australian Health Review, vol. 41, pp. 139-143.
- Merikangas, KR, Jin, R, He, J-P, Kessler, RC, Lee, S, Sampson, NA, ... Zarkov, Z 2011. '*Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative*'. Archives of General Psychiatry, vol. 68, no. 3, p. 241. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Mendes, JC, Azeredo-Lopes, S & Cardoso G 2016, '*Patterns of antipsychotics' prescription in Portuguese acute psychiatric wards: A cross-sectional study*', Psychiatric Research, vol. 246, pp. 142-8.
- Miller, IW, Bishop, S, Norman, WH & Maddever, H 1985, '*The Modified Hamilton Rating Scale for Depression: reliability and validity*', Psychiatry Research, vol. 14, no. 2, pp. 131–42.
- Mitsis, P 2019, '*Co-occurring mental illnesses and substance use disorders: evidence from Cyprus*, ' Archives of Psychiatric Nursing, vol. 33, pp. 77-84.
- Moberg, PJ, Lazarus, LW, Mesholam, RI, Bilker, W, Chuy, IL, Neyman, I & Markvart, V 2001, '*Comparison of the standard and structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale in depressed geriatric inpatients*', The American Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 9, no. 1, pp. 35-40.

- Mohammadi, Z, Pourshahbaz, A, Poshtmashhadi, M, Dolatshahi, B, Barati, F & Zarei, M 2018, '*Psychometric Properties of the Young Mania Rating Scale as a Mania Severity Measure in Patients With Bipolar I Disorder*', *Practice in Clinical Psychology*, vol. 6, no. 3, pp. 175-182.
- Möller, HJ 2001, '*Methodological aspects in the assessment of severity of depression by the Hamilton Depression Scale*', *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 251, (Suppl 2), pp.13– 20.
- Montemagni, C, Badà, A, Castagna, F, Frieri, T, Rocca, G, Scalese, M, ... & Rocca, P 2011, '*Predictors of compulsory admission in schizophrenia-spectrum patients: excitement, insight, emotion perception*', *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 35, pp. 1, pp. 137-145.
- Montemagni, C, Frieri, T, Villar,i V & Rocca, P 2012, '*Compulsory admissions of emergency psychiatric inpatients in Turin: the role of diagnosis*', *Progress in Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry*, vol. 39, no.2, pp. 288–94.
- Morgan, C, Mallett, R, Hutchinson, G & Leff, J 2004, '*Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry*', *Social science & medicine*, vol. 58, no. 4, pp. 739-752.
- Morken, G, Widen, JH & Grawe, RW 2008, '*Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia*', *BMC psychiatry*, vol. 8, no. 1, pp. 1-7.
- Morriss, R, Leese, M, Chatwin, J, Baldwin D & THREAD Study Group, 2008, '*Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care*', *Journal of Affective Disorder*, 2008, vol. 111, no. 2-3, pp. 204–213.
- Mosele, PHC, Figueira, GC, Bertuol Filho, AA, de Lima, JARF & Calegaro, VC 2018. '*Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression*' *Psychiatry research*. vol. 265. no. 13-18.
- Munirat, OA, Samuel, KM, Omolola, OI & Oyeyemi OO 2018, '*Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness*', *International Journal of Africa Nursing Sciences*, vol. 8, pp. 149-153.

- Muñoz-Negro, JE, Ibanez-Casas, I, de Portugal, E, Ochoa, S, Dolz, M, Haro, JM, ... & Cervilla, JA 2015, 'A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder', *Schizophrenia research*, vol. 169, no. 1-3, pp. 248-254.
- Murphy, R, McGuinness, D, Bainbridge, E, Brosnan, L, Felzmann, H, Keys, M, Murphy, K, Hallahan, B, McDonald, C, Higgins 2017, 'Service users' experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland', *Psychiatric Services*, vol. 68, no. 11, pp. 1127-1135, <doi: 10.1176/appi.ps.201700008>
- Myklebust, LH, Sorgaard, K, Rotvold, K & Wynn R 2012, 'Factors of importance to involuntary admission', *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 66, no. 3, pp. 178–82.
- Nasreddine, ZS, Phillips, NA, Bédirian, V, Charbonneau, S, Whitehead, V, Collin, I, ... & Chertkow, H 2005, 'The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, no. 4, pp. 695-699.
- Ndukuba, AC 2011, 'Socio-demographic and clinical profile of patients admitted into Ebonyi state university teaching hospital: a three-year retrospective study', *Ebonyi Medical Journal*. Vol. 10, no. 1, pp. 47-55.
- Ng, XT & Kelly, BD 2012. 'Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit' *International journal of law and psychiatry*. vol. 35. no. 4. pp. 317-326.
- Nock, MK, Borges, G, Bromet, EJ, Cha, CB, Kessler, RC & Lee, S 2008, 'Suicide and suicidal behavior', *Epidemiologic Reviews*, vol. 30, no. 1, pp. 133-154.
- Nunnally, J 1978, 'Psychometric Theory', New York, McGraw Hill.
- Nunnally, JC & Bernstein, IH 1978, 'Psychometric Theory', McGraw-Hill, London.
- Osborn, DP, Favarato, G, Lamb, D, Harper, T, Johnson, S, Lloyd-Evans, B ... & Weich, S 2021. 'Readmission after discharge from acute mental healthcare among 231 988 people in England: cohort study exploring predictors of readmission including availability of acute day units in local areas'. *BJPsych open*. vol. 7. no. 4.

- O'Hara, MW & Rehm, LP 1983, '*Hamilton Rating Scale for Depression: reliability and validity of judgments of novice raters*', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 51, no. 2, pp. 318–9.
- Okin, RL 186, '*The relationship between legal status and patient characteristics in state hospitals*', *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, no. 10, pp. 1233–37.
- Okasha, T, Zaki, N, Meguid, MAE, El-Missiry, M, Sabry, W, Ismaeil, MK & Fouad, SM 2016, 'Duration of untreated psychosis in an Egyptian sample: Sociodemographic and clinical variables'. *International Journal of Society Psychiatry*. vol. 62. no. 7. pp. 661-671.
- Olajide, K, Tyrer, P, Singh, SP, Burns, T, Rugkåsa, J, Thana, L, ... & Crawford, MJ 2016, '*Likelihood and predictors of detention in patients with personality disorder compared with other mental disorders: a retrospective, quantitative study of Mental Health Act assessments*', *Personality and mental health*, vol. 10, no. 3, pp. 191-204.
- Opjordsmoen, S, Friis, S, Melle, I, Haahr, U, Johannessen, JO, Larsen, TK, ... & McGlashan, TH 2010, '*A 2-year follow-up of involuntary admission's influence upon adherence and outcome in first-episode psychosis*', *Acta psychiatrica scandinavica*, vol. 121, no. 5, pp. 371-376.
- Opler, LA & Ramirez, PM 1998, '*Use of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in clinical practice*', *Journal Practice of Psychological and Behavioral Health*, vol. 4, pp. 157–162.
- Opsal, A, Kristensen, O, Ruud, T, Larsen, TK, Grawe, RW & Clausen T 2011, '*Substance abuse in patients admitted voluntarily and involuntarily to acute psychiatric wards: a national cross-sectional study*, *Norsk Epidemiology*, vol. 21, vol. 1, pp. 85–91
- Orellana, G, Slachevsky, A & Peña, M 2012, '*Executive attention impairment in first-episode schizophrenia*. *BMC Psychiatry*, vol. 12, no. 1, pp. 1-9.
- Ortiz-Orendain, J, Castiello-de Obeso, S, Colunga-Lozano, L, Hu, Y, Maayan, N & Adams, C 2018, '*Antipsychotic combinations for schizophrenia*', *Cochrane Database*, vol. 44, pp. 15-27.

Ostergaard, SD, Foldager, L, Mors, O, Beck, P & Correll, CU 2017, '*The validity and sensitivity of PANSS-6 in the clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) study*' Schizophrenia Bulletin, vol. 44, no. 2, pp. 453–462.

Ostergaard, SD, Opler, MGA & Correll, CU 2017b, '*Bridging the measurement gap between research and clinical care in schizophrenia: positive and negative syndrome scale-6 (PANSS-6) and other assessments based on the simplified negative and positive symptoms interview (SNAPSI)*'. Innovations in Clinical Neuroscience. vol. 14. no. 11-12. pp. 68–72.

Pae, CU, Han, C, Bahk, WM, Lee, SJ, Patkar, AA & Masand, PS 2020, '*Effectiveness and tolerability of switching to aripiprazole once monthly from antipsychotic polypharmacy and/or other long acting injectable antipsychotics for patients with schizophrenia in routine practice: a retrospective. observation study*'. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. vol. 18. no. 1. pp. 153.

Palazidou, E & Polyniki, A 2018, '*Mental health law in Cyprus*', BJ Psychiatry international, no. 15, vol. 4, 81-83.

Pancheri, P, Picardi, A, Pasquini, M, Gaetano, P & Biondi, M 2002, '*Psychopathological dimensions of depression: a factor study of the 17-item Hamilton depression rating scale in unipolar depressed outpatients*', Journal of Affective Disorders, vol. 68, no. 1, pp. 41–7.

Papageorgiou, A, King, M, Janmohamed, A, Davidson, O & Dawson, J 2002, '*Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: randomised controlled trial*', British Journal of Psychiatry, vol. 181, pp. 513-519.

Parhar KK, Wormith JS, Derkzen DM, Beauregard AM 2008. Offender coercion in treatment: a meta-analysis of effectiveness. Crim Justice Behav 35(9):1109–35. doi: 10.1177/0093854808320169

Pasareanu, AR, Vederhus, JK, Opsal, A, Kristensen, Ø & Clausen, T 2017, '*Mental distress following inpatient substance use treatment. modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions*'. BMC health services research. vol. 17. no. 1. pp. 1-9.

- Patel, R, Jayatilleke, N, Broadbent, M, Chang, CK, Foskett, N, Gorrell, G, Hayes, RD, Jackson, R, Johnston, C, Shetty, H, Roberts, A, McGuire, P & Stewart, R 2015, '*Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method*', *BMJ Open*, vol. 5, no. 9, pp. e007619.
- Paton, C, Barnes, TR, Cavanagh, MR, Taylor, D, Lelliott, P & POMH-UK project team 2008, '*High-dose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by p.r.n. prescribing*', *British Journal of Psychiatry*, vol. 192, pp. 435–439.
- Paton, F, Wright, K, Ayre, N, Dare, C, Johnson, S, Lloyd-Evans, B, ... & Meader, N 2016, '*Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care*', *Health Technology Assessment*, vol. 20, no. 3.
- Paul, F 2008, '*Early interventions in psychosis*', *Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 493.
- Paykel, ES 1985, '*The clinical interview for depression. Development, reliability and validity*', *Journal of Affective Disorders*, vol. 9, no. 1, pp. 85–96
- Paykel, ES, Klerman, GL & Prusoff, BA 1970, '*Treatment setting and clinical depression*', *Archives of General Psychiatry*, vol. 22, no. 1, pp. 11–21.
- Pendlebury, ST, Cuthbertson, FC, Welch, SJV & Mehta, Z 2020, '*Underestimation of cognitive impairment by Mini-Mental State Examination versus the Montreal Cognitive Assessment in patients with transient ischemic attack and stroke: a population-based study*', *Stroke*, vol. 41, pp. 1290–1293.
- Peralta, V & Cuesta, MJ 1994, '*Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia*', *Psychiatry Research*, vol. 53, no. 1, pp. 31-40.
- Peralta, V & Cuesta, MJ 1994b, '*Validation of Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients*', *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* vol. 22, pp. 171–177.
- Peusschers, E, Twine, J, Wheeler, A, Moudgil, V & Patterson S 2015, '*Documentation of medication changes in inpatient clinical notes: an audit to support quality improvement*'. *Australasian Psychiatry*. vol. 23. no. 2. pp. 142-146.

- Phillips, MR, Xiong, W, Wang, RW, Gao,YH, Wang, XQ & Zhang, NP 1991, '*Reliability and validity of the Chinese versions of the scales for assessment of positive and negative symptoms*, Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 84, vol. 4, pp. 364–370.
- Pilarinos, A, Barker, B, Nosova, E, Milloy, MJ, Hayashi, K, Wood, E, ... & DeBeck, K 2020, '*Coercion into addiction treatment and subsequent substance use patterns among people who use illicit drugs in Vancouver*', Canada Addiction, vol. 115, no. 1, pp. 97-106.
- Porter, E, Chambless, DL, McCarthy, KS, DeRubeis, RJ, Sharpless, BA, Barrett, MS, ... & Barber, JP 2017, '*Psychometric properties of the reconstructed Hamilton depression and anxiety scales*',. The Journal of nervous and mental disease, vol. 205, no. 8, pp. 656.
- Potkonjak, J & Karlović, D 2008, '*Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients-retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health*' Acta Clinica Croatica, vol. 47, no. 3, pp. 141-147.
- Potts, MK, Daniels, M, Burnam, MA & Wells KB 1990 '*A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration*', Journal of Psychiatry Research, vol. 24, no. 4, pp. 335–50.
- Prasad, MK, Udupa, K, Kishore, KR, Thirthalli, J, Sathyaprabha, TN & Gangadhar, BN 2009, '*Interrater reliability of Hamilton depression rating scale using video-recorded interviews - Focus on rater-blinding*', Indian Journal of Psychiatry, vol. 51, no. 3, pp. 191–4.
- Preston, NJ, Kisely, S & Xiao, J 2002, '*Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia*', BMJ Journals, vol. 324, no. 7348, pp. 1244-1249.
- Preti, A, Rucci, P, Santone, G, Picardi, A, Miglio, R, Bracco, R., ... & de Girolamo, G 2009, '*Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy*' Psychological medicine, vol. 39, no. 3, pp. 485.
- Priebe, S, Bremner, SA, Lauber, C, Henderson, C & Burns, T 2016, '*Financial incentives to improve adherence to antipsychotic maintenance medication in non-*

adherent patients: a cluster randomised controlled trial', Health Technology Assessment.

Priebe, S, Katsakou, C, Yeeles, K, Amos, T, Morriss, R, Wang, D & Wykes, T 2011. '*Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study*', European archives of psychiatry and clinical neuroscience, vol. 261, no. 5, pp. 377-386.

Psychiatric hospitalization act of 1997 (77 (I)/1997), Cyprus ministry of health, Medical and public services viewed 15 December 2018, <https://www.moh.gov.cy/moh/mhs/mhs.nsf/page37_gr/page37_gr?OpenDocument>.

Rabinowitz, J & Davidson, M 2001, '*Risperidone versus haloperidol in long-term hospitalized chronic patients in a double blind randomized trial: a post hoc analysis*', Schizophrenia research, vol. 50, no. 1-2, pp. 89-93.

Rabinowitz, J, Mehnert, A & Eerdeken, M 2006, '*To what extent do the PANSS and CGI-S overlap?*', Journal of clinical psychopharmacology, vol. 26 no. 3, pp. 303-307.

Raboch, J, Kališová, L, Nawka, A, Kitzlerová, E, Onchev, G, Karastergiou, A, ... & Kallert, TW, 2010, '*Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries*', Psychiatric services, vol. 61, no. 10, pp. 1012-1017.

Rains, LS, Zenina, T, Dias, MC, Jones, R, Jeffreys, S, Branthonne-Foster, S, ... & Johnson, S 2019, '*Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study*', The Lancet Psychiatry, vol. 6, no. 5, pp. 403-417

Ramdan, IM 2019, '*Reliability and Validity Test of the Indonesian Version of the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) to Measure Work-related Stress in Nursing*', Jurnal of Ners, vol. 14, no. 1, pp. 33-40.

Ramírez, LRB, Saracco-Álvarez, R, Escamilla-Orozco, R & Orellana, AF, 2014, '*Validity of the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) to detect cognitive impairment in schizophrenia*', Salud Mental, vol. 37, no. 6, pp. 517-522.

- Rammou, A, Fisher, HL, Johnson, S, Major, B, Rahaman, N, Chamberlain-Kent, N & Stone, JM 2017, '*Negative symptoms in first-episode psychosis: Clinical correlates and 1-year follow-up outcomes in London Early Intervention Services*', *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 13, no. 3, pp. 443-452.
- Ramos-Brieva, JA, & Cordero-Villafafila, A 1988, '*A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression*', *Journal of psychiatric research*, vol. 22, no. 1, pp. 21-28.
- Randall, JR, Chateau, D, Smith, M, Taylor, C, Bolton, J, Katz, L, ... & Brownell, M 2016, '*An early intervention for psychosis and its effect on criminal accusations and suicidal behaviour using a matched-cohort design*', *Schizophrenia research*, vol. 176, no. 2-3, pp. 307-311.
- Ratnayake, P & Hyde, C 2019, '*Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: Implications for practice*', *The Educational and Developmental Psychologist*, vol. 36, no. 1, pp. 16-21.
- Ray, W, Chung, CP, Murray, KT, Hall, K & Stein, CM 2009, '*Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death*', *New England Journal of Medicine*, vol. 360, no. 3, pp. 225-235.
- Razzouk, D, Kayo, M, Sousa, A, Gregorio, G, Cogo-Moreira, H, Cardoso, AA & Mari, JJ 2015, '*The impact of antipsychotic polytherapy costs in the public health care in Sao Paulo, Brazil*', *PloS One*, vol. 10, no. 4, pp. e0124791.
- Rehm, J & Shield, KD 2019, '*Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders*', *Current psychiatry reports*, vol. 21, no. 2, pp. 1-7.
- Rehm, LP & O'Hara, MW 1985, '*Item characteristics of the Hamilton rating scale for depression*', *Journal of Psychiatric Research*, vol. 19, no. 1, pp. 31-41.
- Remington, G, Addington, D, Honer, W, Ismail, Z, Raedler, T & Teehan, M 2017, '*Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults*', *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62, pp. 604-606.
- Riskind, J, Beck, A, Brown, G, Steer, R, 1987, '*Taking the measure of anxiety and depression. Validity of the reconstructed Hamilton scales*', *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, pp. 474-479.

- Ritsner, M, Kurs, R & Grinshpoon, A 2014, '*Short-term hospitalization underlies the similarity between involuntarily and voluntarily admitted patients: a one-year cohort study*', *International Journal of Mental Health*, vol. 43, no. 4, pp. 20-35.
- Roalf, DR, Moberg, PJ, Xie, SX, Wolk, DA, Moelter, ST & Arnold, SE 2013, '*Comparative accuracies of two common screening instruments for classification of Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and healthy aging*', *Alzheimer's & Dementia*, vol. 9, no. 5, pp. 529-537.
- Roalf, DR, Moore, TM, Wolk, DA, Arnold, SE, Mechanic-Hamilton, D, Rick, J, ... & Moberg, PJ 2016, '*Defining and validating a short form Montreal Cognitive Assessment (s-MoCA) for use in neurodegenerative disease*', *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, vol. 87, no.12, pp. 1303-1310.
- Robins, LN, Helzer, JE, Croughan, J & Ratcliff K 1981, '*National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity*', *Archives of General Psychiatry*, vol. 38, no. 4, pp. 381-9.
- Rodrigues, R, MacDougall, AG, Zou, G, Lebenbaum, M, Kurdyak, P, Li, L, ... & Anderson, KK 2019, '*Involuntary hospitalization among young people with early psychosis: a population-based study using health administrative data*', *Schizophrenia research*, vol. 208, pp. 276-284.
- Rohan, KJ, Rough, JN, Evans, M, Ho, SY, Meyerhoff, J, Roberts, LM & Vacek, PM 2016, '*A protocol for the Hamilton rating scale for depression: item scoring rules, rater training, and outcome accuracy with data on its application in a clinical trial*', *Journal of affective disorders*, vol. 200, pp. 111-118.
- Rooney, S, Murphy, KC, Mulvaney, F, O'Callaghan, E & Larkin, C 1996, '*A comparison of voluntary and involuntary patients admitted to hospital*', *Irish Journal of Psychological Medicine*, vol. 13, no. 4, pp. 132-138.
- Rosenthal, SH & Klerman, GL 1996, '*Endogenous features of depression in women*', *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 11, pp. 11-16
- Rossetti, HC, Lacritz, LH, Hynan, LS, Cullum, CM, Van Wright, A & Weiner, MF 2017, '*Montreal cognitive assessment performance among community-dwelling African Americans*', *Archives of Clinical Neuropsychology*, vol. 32, no. 2, pp. 238-244.

- Ruderfer, DM, Ripke, S, McQuillin, A, Boocock, J, Stahl, EA, Pavlides, JMW, ... & Freedman, R 2018, '*Genomic dissection of bipolar disorder and schizophrenia, including 28 subphenotypes*', *Cell*, vol. 173, no. 7, pp. 1705-1715.
- Ruhé, HG, Dekker, JJ, Peen, J, Holman R & de Jonghe, F 2005, '*Clinical use of the Hamilton Depression Rating Scale: is increased efficiency possible? A post hoc comparison of Hamilton Depression Rating Scale, Maier and Bech subscales, Clinical Global Impression, and Symptom Checklist-90 scores*', *Comprehensive Psychiatry*, vol. 46, no. 6, pp. 417–27.
- Rummel-Kluge, C, Komossa, K, Schwarz, S, Hunger, H, Schmid, F, Lobos, CA, ... & Leucht, S 2010, '*Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*', *Schizophrenia research*, vol. 123, no. 2-3, pp. 225-233.
- Rüsch, N, Müller, M, Lay, B, Corrigan, PW, Zahn, R, Schönenberger, T, ... & Rössler, W 2014, '*Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness*', *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, vol. 264, no. 1, pp. 35-43.
- Rush, AJ, Giles, DE, Schlessner, MA, Fulton, CL, Weissenburger, J & Burns, C 1986, '*The inventory for depressive symptomatology (IDS): preliminary findings*', *Psychiatry Research*, vol. 18, no. 1, pp. 65–87.
- Saito, E, Eng, S, Grosso, C, Ozinci, Z & Van Meter, A 2020, '*Pro Re Nata Medication Use in Acute Care Adolescent Psychiatric Unit*', *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, vol. 30, no. 4, pp. 250-260.
- Sajatovic, M, Gaur, R, Tatsuoaka, C, De Santi, S, Lee, N, Laredo, J & Tripathi, S 2011, '*Rater Training for a Multi-Site, International Clinical Trial: What Mood Symptoms may be most Difficult to Rate?*', *Psychopharmacology bulletin*, vol. 44, no. 3, pp. 5.
- Salize, HJ & Dressing, H 2004 '*Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union*', *The British Journal of Psychiatry*, vol. 184, no. 2, pp. 163-168.
- Santone, G, Bellantuono, C, Rucci, P, Picardi, A, Preti, A & de Girolamo, G 2011, '*Patient characteristics and process factors associated with antipsychotic*

polypharmacy in a nationwide sample of psychiatric inpatients in Italy, Pharmacoepidemiology and Drug Safety, vol. 20, no. 5, pp. 441-449.

Sarkhel, S 2009, '*Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*', 10 th edition, Indian Journal of Psychiatry, vol. 51, no. 4, pp. 331-331.

Schmitz-Buhl, M, Gairing, SK, Rietz, C, Haussermann, P, Zielasek, J & Gouzoulis-Mayfrank E 2019, '*A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment*', BMC Psychiatry, vol. 19, no. 1, pp. 1-15.

Schuepbach, D, Goetz, I, Boeker, H & Hell, D 2006, '*Voluntary vs. involuntary hospital admission in acute mania of bipolar disorder: results from the Swiss sample of the EMBLEM study*', Journal of Affective Disorders, vol. 90: vol. 1, pp. 57–61.

Schuepbach, D, Novick, D, Haro, JM, Reed, C, Boeker, H, Noda, S, ... & Hell, D 2008, '*Determinants of voluntary vs. involuntary admission in bipolar disorder and the impact of adherence*, Pharmacopsychiatry, vol. 41, vol. 1, pp. 29-36.

Schwebel, FJ & Larimer, ME 2018, '*Using text message reminders in health care services: a narrative literature review*', Internet interventions, vol. 13, pp. 82-104.

Seeman, MV 2010, '*Schizophrenia: Women Bear a Disproportionate Toll of Antipsychotic Side Effects*, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, vol. 16, no. 1, pp. 21–29

Sebergesen, K, Norberg, A & Talseth, AG 2014. '*Being in a process of transition to psychosis. as narrated by adults with psychotic illnesses acutely admitted to hospital*'. Journal of psychiatric and mental health nursing. vol. 21. no. 10. pp. 896-905.

Seedat, S, Scott, KM, Angermeyer, MC, Berglund, P, Bromet, EJ, Brugha, TS, ... Kessler, RC 2009. '*Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys*'. Archives of General Psychiatry, vol. 66, no. 7, p. 785–795. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>

Sendt, K.V, Tracy, DK & Bhattacharyya, S 2015, '*A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders*', Psychiatry research, vol. 225, no. 1-2, pp. 14-30.

- Seon-Cheol, P Joonjo, C 2016, 'Using the Young Mania Rating Scale for Identifying Manic Symptoms in Patients with Schizophrenia', *Yonsei medical Journal*, vol. 57, pp. 1298-1299.
- Serrano, E, Ezpeleta, L, Alda, J, Matalí, J & San, L 2011, 'Psychometric Properties of the Young Mania Rating Scale for the Identification of Mania Symptoms in Spanish Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder', *Psychopathology*, vol. 44, no. 2, pp. 125-132.
- Shafer, AB 2006, 'Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung', *Journal of Clinical Psychology*, vol. 62, no. 1, pp. 123-46.
- Shankman, SA & Klein, DN 2002, 'The impact of comorbid anxiety disorders on the course of dysthymic disorder: a 5-year prospective longitudinal study', *Journal of Affective Disorder*, vol. 70, no. 2, pp. 211-217.
- Sharp, R 2015, 'The Hamilton rating scale for depression', *Occupational Medicine*, vol. 65, no. 4, pp. 340.
- Shear, MK, Vander, Bilt, J, Rucci, P, Endicott, J, Lydiard, B, Otto, MW, ... & Frank, DM 2001, 'Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A)', *Depression and anxiety*, vol. 13, no. 4, pp. 166-178.
- Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatr Serv*. 2011;62:471-6.
- Shmukler, AB, Gurovich, IY & Kostyuk, GP 2016, 'Inpatient psychiatric care: deinstitutionalization and its consequences in North America and Europe', *Social and Clinical Psychiatry*, vol. 26, pp. 97-109.
- Silva, B, Golay, P & Morandi S 2018, 'Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: a retrospective study', *BMC psychiatry*, vol. 18, vol. 1, pp. 401-411.
- Sim, K, Su, HC, Fujii, S, Yang, SY, Chong, MY, Ungvari, G, ... & Sartorius, N 2009, 'High-dose antipsychotic use in schizophrenia: a comparison between the 2001 and 2004 Research on East Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies', *British journal of clinical pharmacology*, vol. 67, no. 1, pp. 110-117.

Sigrúnarson, V, Gråwe, R. W, & Morken, G 2013. Integrated treatment vs. treatment-as-usual for recent onset schizophrenia; 12 year follow-up on a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-8.

Skokou, M, Gouma, P & Gourzis, P 2017, '*Compulsory admissions in southwest Greece 2010-2011: a descriptive report*'. *Psychiatriki*, vol. 28, no. 3, pp. 265-273.

Snaith, RP 1996, '*Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observation on method of assessment in research of depressive disorders*', *British Journal of Psychiatry*, vol. 168, no. 5, pp. 594-7.

Snyder CM, Anderson SA 2009. An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *J Marit Fam Ther* 35(3):278-92. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00118.x

Sokratous, S, Merkouris, A, Middleton, N & Karanikola, M 2014, '*The prevalence and socio-demographic correlates of depressive symptoms among Cypriot university students: a cross-sectional descriptive co-relational study*', *BMC Psychiatry*, vol. 14, no. 1, pp. 1-15.

Sommers, AA 1985, '"Negative symptoms": conceptual and methodological problems', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 11, no. 3, pp. 364-79.

Sørli, T, Sørgaard, KW, Bogdanov, A, Bratlid, T & Rezvy, G 2015, '*Prevalence and characteristics of suicide attempters and ideators among acutely admitted psychiatric hospital patients in northwest Russia and northern Norway*', *BMC Psychiatry*, vol. 15, no. 1, pp. 187-196.

Spengler, A 1986, '*Factors influencing assignment of patients to compulsory admission*', *Social Psychiatry*, vol. 21, no. 3, pp. 113-22.

Sowislo JF, Lange C, Euler S, Hachtel H, Walter M, Borgwardt S, et al 2017. Stigmatization of psychiatric symptoms and psychiatric service use: a vignette-based representative population survey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 267(4):351-7. doi: 10.1007/s00406-016-0729-y

Spittal, MJ, Pirkis, J, Miller, M & Studdert, Dm, 2012, '*Declines in the lethality of suicide attempts explain the decline in suicide deaths in Australia*', *PLoS One*, vol. 7, no. 1, pp. e44565.

- Spengler. A 1986. '*Factors influencing assignment of patients to compulsory admission*'. *Social Psychiatry*. vol. 21. no. 3. pp. 113–22.
- Stefano. A & Ducci. G 2008. '*Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview*'. *International Journal of Mental Health*. vol. 37. no. 3. pp. 10-21
- Stefano, A & Ducci, G 2008, '*Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview*'. *International Journal of Mental Health*, vol. 37, no. 3, pp. 10-21
- Stevenson, JM, Reilly, JL, Harris, MSH, Patel, SR, Weiden, PJ, Prasad, KM, ... & Bishop, JR 2016, '*Antipsychotic pharmacogenomics in first episode psychosis: a role for glutamate genes*', *Translational psychiatry*, vol. 6, no. 2, pp. e739-e739.
- Stewart, D, Ross, J, Watson, C, James, K & Bowers, L 2012, '*Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards*', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, no. 7-8, pp. 1004-1013.
- Stovell, D, Morrison, AP, Panayiotou, M & Hutton, P 2016 '*Shared treatment decision-making and empowerment related outcomes in psychosis: Systematic review and meta-analysis*', *The British Journal of Psychiatry*, vol. 209, no. 1, pp. 23-28.
- Stylianidis, S & Souliotis, K 2018, '*The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece*', *BJPsych International*, vol. 16, no. 1, pp. 16-18.
- Stylianidis, S, Peppou, LE, Drakonakis, N, Douzenis, A, Panagou, A, Tsikou, K, ... & Saraceno, B 2017, '*Mental health care in Athens: are compulsory admissions in Greece a one-way road?*', *International journal of law and psychiatry*, vol. 52, pp. 28-34.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SASMHSA) 2011, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Sweileh, WM, Odeh, JB, Zyoud, SH, Sawalha, AF & Ihbeasheh, MS 2013, '*Conformance to schizophrenia treatment guidelines in North West-Bank, Palestine: focus on antipsychotic dosing and polytherapy*', *BMC Psychiatry*, vol. 13, no. 1, pp. 1-8.

- Tabuse, H, Kalali, A, Azuma, H, Ozaki, N, Iwata, N, Naitoh, H, ... & Furukawa, TA 2007, 'The new GRID Hamilton Rating Scale for Depression demonstrates excellent inter-rater reliability for inexperienced and experienced raters before and after training', *Psychiatry research*, vol. 153, no. 1, pp. 61-67.
- Taylor, D, Mir, S, Mace, S & Whiskey, E 2002, 'Co-prescribing of atypical and typical antipsychotics—prescribing sequence and documented outcome', *Psychiatric Bulletin*, vol. 26, no. 5, pp. 170–172.
- Taylor, D, Paton, C & Kapur, S 2012, 'The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry', 11th edition, Wiley-Blackwell, United Kingdom
- Taylor, DM, Barnes, TR & Young, AH 2018, 'The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry', John Wiley & Sons.
- Thal, LT, Grundmen, M & Golden R 1986, 'Alzheimer diseases: a correlational analyses of the Blessed information memory concentration test and the Minimental State', *Exam Neurology* vol. 36, pp. 262-264.
- Tedeschi, F, Donisi, V, Salazzari, D, Cresswell-Smith, J, Wahlbeck, K & Amaddeo, F 2020. 'Clinical and organizational factors predicting readmission for mental health patients across Italy'. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. vol. 55. no. 2. pp. 187-196.
- Thase, ME, Frank, E, Mallinger, AG, Hamer, T & Kupfer DJ 1992, 'Treatment of imipramine-resistant recurrent depression, III: efficacy of monoamine oxidase inhibitors', *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 53, no. 1, pp. 5–11.
- The world report on suicide and self-harm. Geneva, World Health Organization, 2018. Available at [https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide). Accessed January 20, 2019.
- Thompson, E 2015, 'Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A)', *Occupational Medicine*, vol. 65, no. 7, pp. 601.
- Thornicroft, G, Mehta, N, Clement, S, Evans-Lacko, S, Doherty, M, Rose, D ... & Henderson, C 2016. 'Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination'. *The Lancet*. vol. 387. no. 10023. pp. 1123-1132.
- Timmerby, N, Andersen, JH, Søndergaard, S, Østergaard, SD & Bech, P 2017, 'A systematic review of the clinimetric properties of the 6-item version of the Hamilton

Depression Rating Scale (HAM-D6), Psychotherapy and Psychosomatics, vol. 86, no. 3, pp. 141–149.

Tomba, E & Bech, P 2012, '*Clinimetrics and clinical psychometrics: macro- and micro-analysis*', Psychotherapy and Psychosomatics, vol. 81, no. 6, pp. 333–343.

Trajković, G, Starčević, V, Latas, M, Leštarević, M, Ille, T, Bukumirić, Z & Marinković, J 2011, '*Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years*', Psychiatry research, vol. 189, no. 1, pp. 1-9.

Tremblay, PF, King, PR & Baines, GR 1994, '*Clinical and demographic characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients*', The Canadian Journal of Psychiatry, vol. 39, no. 5, pp. 297-299.

Uggerby, P, Østergaard, SD, Røge, R, Correll, CU & Nielsen, J 2013, '*The validity of the schizophrenia diagnosis in the Danish Psychiatric Central Research Register is good*', Danish Medical Journal, vol. 60, no. 2, pp. A4578.

Umama-Agada, E, Asghar, M, Curley, A, Gilhooley, J, Duffy, RM & Kelly, BD 2018, '*Variations in involuntary admission rates at three psychiatry centres in the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS): Can the differences be explained?*', International Journal of Law and Psychiatry, vol. 57, pp. 17-23.

Vaismoradi, M, Vizcaya, Moreno, F, Sletvold, H & Jordan, S 2019, '*PRN medicines management for psychotropic medicines in long-term care settings: A systematic review*', Pharmacy, vol. 7, no. 4, pp. 157-71.

van Agt, HM, Essink-Bot, ML, Krabbe, PF & Bonsel, GJ 1994, '*Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire*. Social Science Medicine, vol. 39, no. 11, pp.1537–144.

Van den Oord, EJ, Rujescu, D, Robles, JR, Giegling, I, Birrell, C, Bukszár, J, ... & Muglia, P 2006, '*Factor structure and external validity of the PANSS revisited*', Schizophrenia research, vol. 82, no. 2-3, pp. 213-223..

van der Gaag, M, Cuijpers, A, Hoffman, T, Remijsen, M, Hijman, R, de Haan, L., ... & Wiersma, D 2006, '*The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale I: confirmatory factor analysis fails to confirm 25 published five-factor solutions*', Schizophrenia research, vol. 85, 1-3, vol. 273-279.

- van der Post, L, Mulder, CL, Bernardt, CM, Schoevers, RA, Beekman, AT & Dekker, J 2009, '*Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry*', *Psychiatric Services*, vol. 60, no. 11, pp. 1543–46
- van der Post, L, Visch, I, Mulder, C, Schoevers, R, Dekker, J & Beekman, A 2012, '*Factors associated with higherrisks of emergency compulsory admission for immigrants: a report from the ASAP study*', *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 58, no. 4, pp. 374–80.
- van der Post, LF, Peen, J, Visch, I, Mulder, CL, Beekman, AT & Dekker, JJ 2014, '*Patient perspectives and the risk of compulsory admission: the Amsterdam study of acute psychiatry V*', *Internal Journal of Social Psychiatry*, vol. 60, no. 2, pp.125-133.
- van Kranenburg, GD, van den Brink, RHS, Mulder, WG, Diekman, W, Pijnenborg, GHM & Mulder, CL 2019, '*Clinical effects and treatment outcomes of long-term compulsory in-patient treatment of treatment-resistant patients with severe mental illness and substance-use disorder*', *BMC Psychiatry*, vol. 19, no. 1, pp. 270-279.
- Velligan, DI, Weiden, PJ, Sajatovic, M, Scott, J, Carpenter, D, Ross, R & Docherty, JP 2009, '*The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness*', *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 70 ,Suppl. 4, pp.1–46.
- Verdoux, H, Lengronne, J, Liraud, F, Gonzales, B, Assens, F, Abalan, F & Os, JV 2000, '*Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects*', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 102, no. 3, pp. 203-210.
- Vilela, JAA, Crippa, JAS, Del-Ben, CM Loureiro, SR 2005, '*Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale*', *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, vol. 38, no. 9, pp. 1429-1439.
- Vindbjerg, E, Makransky, G, Mortensen, EL & Carlsson, J 2019, '*Cross-Cultural Psychometric Properties of the Hamilton Depression Rating Scale*', *Canadean Journal of Psychiatry*, vol. 64, no. 1, pp. 39–46.

- Von Knorring, L & Lindström, E 1992, '*The Swedish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Construct validity and inter-rater reliability*', Acta Psychiatrica Scandinavica, vol. 86, pp. 463–8.
- Wagner, S, Helmreich, I, Lieb, K & Tadić, A 2011, '*Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMDI7) and the Inventory of Depressive Symptoms (IDS(C30))*', Psychopathology, vol. 44, no. 1, pp. 68–70.
- Wang, JP, Chiu, CC, Yang, TH, Liu, TH, Wu, CY & Chou, P 2015, 'The low proportion and associated factors of involuntary admission in the psychiatric emergency service in Taiwan'. PLoS one. vol. 10. no. 6. pp. e0129204.
- Walker, S, Mackay, E, Barnett, P, Sheridan Rains, L, Leverton, M, Dalton-Locke, C, Trevillion, K, Lloyd-Evans, B & Johnson, S 2019, '*Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis*', Lancet Psychiatry, vol. 6, no. 12, pp. 1039-1053.
- Wan, GJ, Zhang, HF, Tedeschi, MA & Hackett, D 2006, '*Estimation of symptom-free days in generalized anxiety disorder*', Current Medical Research and Opinion, vol. 22, no. 3, pp. 587–591.
- Wang, JP, Chiu, CC, Yang, TH, Liu, TH, Wu, CY & Chou, P 2015, '*The low proportion and associated factors of involuntary admission in the psychiatric emergency service in Taiwan*', PLoS One, vol. 10, no. 6, pp.e0129204
- Warden, D, Sanchez, K, Greer, T, Carmody, T, Walker, R, dela Cruz, A, ... & Trivedi, MH 2016, '*Demographic and clinical characteristics of current comorbid psychiatric disorders in a randomized clinical trial for adults with stimulant use disorders*', Psychiatry research, vol. 246, 136-141.
- Wasserman, D, Apter, G, Baeken, C, Bailey, S, Balazs, J, Bec, C, ... & Vahip, SİMAVİ 2020, '*Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries*', European psychiatry, vol. 63, no. 1.
- Watts, BV, Young-Xu, Y, Mills, PD, DeRosier, JM, Kemp, J, Shiner, B & Duncan, WE 2012. '*Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of*

Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units'. Archives of general psychiatry. vol. 69. no. 6. pp. 588-592

Wciorka, J, Schaeffer, E, Switaj, P, Waszkiewicz, J, Krasuska, K, Wegrzyn, J & Woźniak, P 2011, '*Bech-Rafaelsen Mania Scale and Young Mania Rating Scale--comparison of psychometric properties of the two instruments for rating a manic syndrome*', Psychiatria Polska, vol. 45, no. 1, pp.61-78.

Webb, AJ, Pendlebury, ST, Li, L, Simoni, M, Lovett, N, Mehta, Z & Rothwell, PM 2014, '*Validation of the Montreal cognitive assessment versus mini-mental state examination against hypertension and hypertensive arteriopathy after transient ischemic attack or minor stroke*', Stroke, vol. 45, no. 11, pp. 3337-3342.

Weich, S, McBride, O, Twigg, L, Duncan, C, Keown, P, Crepaz-Keay, D, ... & Bhui, K 2017, '*Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis*', The Lancet Psychiatry, vol. 4, no. 8, pp. 619-626.

Weiser, M, Kapra, O, Werbeloff, N, Goldberg, S, Fenchel, D, Reichenberg, A, ... & Davidson, M 2015, '*A population-based longitudinal study of suicide risk in male schizophrenia patients: Proximity to hospital discharge and the moderating effect of premorbid IQ*', Schizophrenia research, vol. 169, no. 1-3, pp. 159-164.

Whisman, MA, Strosahl, K, Fruzzetti, AE, Schmaling, KB, Jacobson, NS & Miller, DM 1989, '*A structured interview version of the Hamilton Rating Scale for Depression: reliability and validity*', Psychological Assessment, vol. 1, no. 3, pp. 238-41.

Wheeler, AJ, Hu, J, Profitt, C, McMillan, SS & Theodoros, T 2020. '*Is higher psychotropic medication burden associated with involuntary treatment under the Mental Health Act? A four-year Australian cohort study*'. BMC psychiatry. vol. 20. no. 1. pp. 1-10.

Wierdsma, AI & Mulder, CL 2009, '*Does mental health service integration affect compulsory admissions?*', International Journal of Integrated Care, vol. 9, pp. 1-8.

Wilhelm, S, Schacht, A & Wagner, T 2008, '*Use of antipsychotics and benzodiazepines in patients with psychiatric emergencies: results of an observational trial*', BMC Psychiatry, vol. 8, pp. 1-10,

- Williams, JB 1988, 'A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale', Archives of General Psychiatry, vol. 45, no. 8, pp.742–747.
- Williams, JB 1990, 'Structured interview guides for the Hamilton Rating Scales, In: Bech P, Coppen A, editors. The Hamilton Scales. 1st ed. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; pp. 48–63.
- Williams, JB 2001, 'Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future', European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, vol. 251, Suppl 2, pp. 6–12.
- Williams, JB, Kobak, KA, Bech, P, Engelhardt, N, Evans, K, Lipsitz, J, ... & Kalali, A 2008, 'The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton depression rating scale', International clinical psychopharmacology, vol. 23 no. 3, pp. 120-129.
- Williams, JB, Link, MJ, Rosenthal, NE, Amira, L & Terman, M 1992, 'Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale-Seasonal Affective Disorder Version (SIGHSAD)', New York: New York State Psychiatric Institute.
- Wilson, C, Rouse, L, Rae, S & Kar RM 2018, 'Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: a qualitative study', Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, vol. 25, no. 3, pp. 188–200.
- Wolthaus, JED, Dingemans, PMAJ, Schene, AH, Linszen, DH, Kneegtering, H, Holthausen, EAE., ... & Hijman, R 2000, 'Component structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in patients with recent-onset schizophrenia and spectrum disorders', Psychopharmacology, vol. 150, no. 4, pp. 399-403.
- Worboys, M 2013, 'The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a "gold standard" and the unmaking of a chronic illness, 1960–1980', Chronic Illness, vol. 9, no. 3, pp. 202-219.
- World Health Organization (WHO), 2018, 'Mental health atlas 2017', Geneva: World Health Organization, assessed 20 December 2018, <http://www.who.int/mental_health/mindbank/en>.
- World Health Organization 2013, 'Mental health action plan 2013–2020' Geneva, Switzerland: WHO document production services, viewed 21 December 2018, <https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>.

- Wrigley, S, Jackson, H, Judd, F & Komiti, A 2005, '*Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town*', The Australian and New Zealand journal of psychiatry, vol. 39, pp. 514-521.
- Wu, C, Dagg, P & Molgat, C 2014, '*A pilot study to measure cognitive impairment in patients with severe schizophrenia with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*', Schizophrenia Research, vol. 158, no. 1–3, pp. 151–155.
- Xu, Z, Lay, B, Oexle, N, Drack, T, Bleiker, M, Lengler, S, Blank, C, Müller, M, Mayer, B, Rössler, W & Rüsch, N 2019, '*Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study*', Epidemiology of Psychiatry Sciences, vol. 28, no. 4, pp. 458-465.
- Yamada, H, Kikumoto, K, Masui, K & Mashiko, S 1993, '*Reliability of the Japanese version of the positive and negative syndrome scale (PANSS)*', Japanese Journal of Clinical Psychiatry, vol. 22, pp. 609–614.
- Yang, Y, Li, W, An, FR, Wang, YY, Ungvari, G. S, Balbuena, L & Xiang, YT 2020, '*Voluntary and involuntary admissions for severe mental illness in China: a systematic review and meta-analysis*', Psychiatric Services, vol. 71, no. 1, pp. 83-86.
- Yang, Z, Rashid, NAA, Quek, YF, Lam, M, See, YM, Maniam, Y., ... & Lee, J 2018, '*Montreal cognitive assessment as a screening instrument for cognitive impairments in schizophrenia*', Schizophrenia research, vol.199, pp. 58-63.
- Yehya, A, Ghuloum, S, Mahfoud, Z, Opler, M, Khan, A, Hammoudeh, S, ... & Al-Amin, H 2016, '*Validity and reliability of the Arabic version of the Positive and Negative Syndrome Scale*', Psychopathology, vol. 49, no. 3, pp. 181-187.
- Yesavage, JA, Brink, TL, Rose, TL, Lum, O, Huang, V, Adey, M & Leirer, VO 1982, '*Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*', Journal of psychiatric research, vol. 17, no. 1, pp. 37-49.
- Yi JS, Ahn YM, Shin HK, An SK, Joo YH, Kim SH, et al. Reliability and validity of the Korean version of the Positive and Negative Syndrome Scale. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2001;40:1090-1105.
- Yokomizo, JE, Simon, SS & De Campos Bottino, CM 2014, '*Cognitive screening for dementia in primary care: a systematic review*', International Journal of Psychogeriatric, vol. 15, pp. 1-22.

- Young, RC, Biggs, JT, Ziegler, VE & Meyer, DA 1978, 'A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity', *The British journal of psychiatry*, vol. 133, no. 5, pp. 429-435.
- Zhang, S, Mellsop, G, Brink, J & Wang, X 2015, 'Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder', *Neuroscience Bulletin*, vol. 3, pp. 99–112.
- Zhang, XY, Al, Jurdi, RK, Zoghbi, AW, Xiu, MH, Tan, YL, De Yang, F & Kosten, TR 2013, 'Prevalence, demographic and clinical correlates of suicide attempts in Chinese medicated chronic inpatients with schizophrenia', *Journal of Psychiatric Research*, vol. 47, no. 10, pp. 1370-1375.
- Zheng, YP, Zhao, JP, Phillips, M, Liu, JB, Cai, MF, Sun, S.Q & Huang, MF 1988, 'Validity and reliability of the Chinese Hamilton depression rating scale', *British Journal of Psychiatry*, vol. 152, no. 5, pp. 660-664.
- Zhou, JS, Xiang, YT, Zhu, XM, Liang, W, Li, H, Yi, J ... & Wang, X 2015. 'Voluntary and involuntary psychiatric admissions in China'. *Psychiatric Services*. vol. 66. pp. 12. pp. 1341-1346.
- Zielger, VE, Meyer, DA, Rosen, SH & Biggs, JT 1978, 'Reliability of video taped Hamilton ratings', *Biology of Psychiatry*, vol. 13, no. 1, pp. 119–122.
- Zimmerman, M, Chelminski, I & Posternak, M 2004, 'A review of studies of the Hamilton depression rating scale in healthy controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression', *Journal of Nervous and Mental Disorders*, vol. 192, no. 9, pp. 595–601.
- Zimmerman, M, Martin, J, Clark, H, McGonigal, P, Harris, L & Holst, CG 2017, 'Measuring anxiety in depressed patients: A comparison of the Hamilton anxiety rating scale and the DSM-5 Anxious Distress Specifier Interview', *Journal of psychiatric research*, vol. 93, pp. 59-63.
- Zimmerman, M, Martinez, JH, Chelminski, I & Dalrymple, K 2013, 'Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale', *Journal Affect Disorders*, vol. 150, no. 2, pp. 384-388.
- Zimmerman, M, Posternak, MA & Chelminski I 2005, 'Is it time to replace the Hamilton Depression Rating Scale as the primary outcome measure in treatment

studies of depression?’, Journal of Clinical Psychopharmacology, vol. 25, no. 2, pp. 105–110.

Zimmerman, M, Thompson, JS, Diehl, JM, Balling, C & Kiefer, R 2020, ‘*Is the DSM-5 anxious distress specifier interview a valid measure of anxiety in patients with generalized anxiety disorder: a comparison to the Hamilton anxiety scale*’, Psychiatry Research, vol. 286, pp. 112859.

Zitman, FG, Mennen, MF, Griez, E & Hooijer, C 1990, ‘*The different versions of the Hamilton Depression Rating Scale*, In: Bech P, Coppen A, editors, The Hamilton Scales, 1st ed. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, pp. 28–34.

Λύκουρας, Α, Μπότσης, Α & Ουλής, Π 1997, ‘*Η κλίμακα θετικού και αρνητικού συνδρόμου*’, Επιστημονικές εκδόσεις ΕΠΕ, Αθήνα.

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου 2015, ‘*Έρευνα για μακροχρόνια προβλήματα αναπηρίας ή ανικανότητας*’ Στατιστικές Υγείας, Σειρά II, Αριθμός Έκθεσης 6.

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Κύπρου 2010, Ετήσια Έκθεση 31.12.2010, viewed 2 Δεκεμβρίου 2018

<https://www.moh.gov.cy/moh/mhs/mhs.nsf/All/5E39356FE0B58FBBC2257AFD003684D9?OpenDocument>

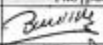
Υπουργείο Υγείας Κύπρου. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας 2021, viewed 08 Μαΐου 2021, <https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page17_gr/page17_gr?OpenDocument>.

Υπουργείο Υγείας, Ελληνική Δημοκρατία Ακούσια Ψυχιατρική περίθαλψη, Ν. 4509/17, άρθρο 1, παρ. 3γ 22 Μαΐου 2019, Άρθρο 2, viewed 29 Απριλίου 2020, <<http://www.opengov.gr/yyka/?p=2832>>.

Φιλίππου, Φ 2019. *Ιστορική διαδρομή της ψυχικής Νόσου στην Κύπρο*. Εκδόσεις Συμπαντικές Διαδρομές.

Παραρτήματα Α

Παράρτημα Ι: Επιστολή έγκρισης διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου

Τίτλος Προγράμματος			
«Διευρέωση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχιατρικού αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο»			
Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Βιοηθικής			
ΕΕΒΚ/ΕΠ/2014/08			
Απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής (Εγκρίνεται, Ζητούνται επιρόθετα στοιχεία, Απορρίπτεται)			
Εγκρίνεται.			
1. Νοείται ότι την νομική ευθύνη της επιστημονικής εγκυρότητας, αναγκαιότητας, πληρότητας και της συνολικής επιστημονικής αξίας της προτεινόμενης έρευνας έχουν οι επιστημονικοί υπεύθυνοι της έρευνας και ο Φορέας του επιστημονικού υψιθέτου. Όλοι οι πιο πάνω έχουν επίσης την νομική ευθύνη της διεξαγωγής της έρευνας με την δέουσα επιστημονική επιμέλεια και φροντίδα.			
2. Από 01/8/2012 η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου διενεργεί δομηματοληπτικό έλεγχο σε ερευνητικές προτάσεις που λαμβάνουν έγκριση. Περισσότερες λεπτομέρειες είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα της Επιτροπής σε σχετική ανακοίνωση.			
3. Το παρόν έντυπο απόφασης κοινοποιείται και στον χρηματοδότη της ερευνητικής πρότασης.			
4. Οι ερευνητές υποχρεούνται να υποβάλλουν προς την Επιτροπή ανά ελάμνο από σήμερα έκθεση για την εξέλιξη της έρευνας μέσω του εντύπου ΕΕΒΚ05.			
5. Με το πέρας της έρευνας, οι ερευνητές υποχρεούνται όπως υποβάλουν στην Επιτροπή αναφορά μέσω του Εντύπου ΕΕΒΚ06.			
6. Τονίζεται στους ερευνητές η υποχρέωσή τους να τηρούν τις εκάστοτε υποχρεώσεις τους με βάση την κείμενη νομοθεσία και κανονισμούς και ιδιαιτέρως η υποχρέωσή τους να ενημερώνουν άμεσα την Επιτροπή για οποιοδήποτε έκτακτο συμβάν ή οποιαδήποτε τροποποίηση στην πρόταση ως εγκρίθηκε, με την υποβολή των προνοουμένων εντύπων.			
Μέλη που ήταν παρόντα στην λήψη απόφασης/Αποτέλεσμα Ψηφοφορίας			
Ως αναφέρεται στην σελίδα 4 ανωτέρω και η απόφαση ήταν ομόφωνη.			
Ημερομηνία έκδοσης απόφασης			
Ημέρα: 27..... Μήνας: Μάρτιος..... Έτος: 2014.....			
Υπογράφει ο Πρόεδρος της Επιτροπής Βιοηθικής και ο Αναπληρωτής Πρόεδρος			
Αξίωμα	Όνομα	Επίθετο	Υπογραφή
Πρόεδρος	Δρ. Βάσος	Νεοκλέους	
Αντιπρόεδρος	Δρ. Βάσω	Παπαβασιλείου	

Παράρτημα II: Επιστολή έγκρισης από την επιτροπή προώθησης ερευνών του
Υπουργείο Υγείας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Αρ. φαξ: 22605529
Email: l.georgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0237 /2014

14 Απριλίου 2016

Κυρία Μαρία Καρανυκόλα
Βραγαδινού 15
3015 Λεμεσός

Θέμα: Ερευνητική πρόταση με θέμα : «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα οξείας φροντίδα στην Κύπρο (Μελέτη ΨΥΧΑΓΩΚ)»

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στα ηλεκτρονικά μηνύματά σας με ημερομηνίες 11 Σεπτεμβρίου 2015 και 9 Φεβρουαρίου 2016 σχετικά με το αίτημα σας για απάντηση του Υπουργείου Υγείας εάν η διεξαγωγή της πιο πάνω μελέτης εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον και μετά τις τροποποιήσεις που έγιναν στο ερευνητικό πρωτόκολλο σας, σας διαβιβάζω απάντηση του Διευθυντή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με ημερομηνία 4 Απριλίου 2016 και αρ. φακ. Υ.Ψ.Υ. 5.34.3 σχετικά με το θέμα.

Με εκτίμηση,

(Είρηνη Γεωργίου)
για Γενική Διευθύντρια

κ.κ. ΠΛΥ
Διευθυντή ΥΨΥ



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φαξ: 22605529 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

Παράρτημα II: Επιστολή έγκρισης από την επιτροπή προώθησης ερευνών του
Υπουργείου Υγείας

22/1/16


ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
1452 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. Υ.Ψ.Υ. 5.34.3

4 Απριλίου 2016

Πρόεδρο και μέλη
Επιστημονικής Επιτροπής Προώθησης Ερευνών
Υπόψη κας. Ευρήνης Γεωργίου

Θέμα: Μελέτη «ΨΥΧΑΙΩΚ»

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα και σε συνέχεια προηγούμενης μας επιστολής ημερομηνίας 16 Φεβρουαρίου 2016 επιθυμώ να σας αναφέρω ότι μετά από τις αλλαγές στις οποίες προχώρησε η ερευνητρια στο σχετικό ερευνητικό πρωτόκολλο, οι ενστάσεις μας που καταγράφονται στην πιο πάνω επιστολή μας, αίρονται.

Θεωρούμε ότι με την τελική διαμόρφωση της πρότασης, η έρευνα εξυπηρετεί το καλώς νοούμενο δημόσιο συμφέρον.


Δρ. Γιάννης Καλακούτας
Διευθυντής
Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, 1452 Λευκωσία
Τηλ. 22402100, Φαξ 22487941, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy/mhs>, E-mail: director.mhs@cytanet.com.cy

Παράρτημα ΙΙΙ: Επιστολή γνωστοποίησης έναρξης της μελέτης στον επίτροπο προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Αρ. Φακ.: 3.28.258
Αρ. Τηλ: 22818303
Αρ. Φαξ: 22304565

10 Απριλίου 2017

Κυρία Μαρία Καρανικόλα
Επίκουρη Καθηγήτρια
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Βραγαδίνου 15
3041 Λεμεσός



Θέμα: Γνωστοποίηση Σύστασης Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας της Δρ Μαρίας Καρανικόλα, Επίκουρης Καθηγήτριας ΤΕΠΑΚ, που αφορά επιστημονική έρευνα με τίτλο: «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο (Μελέτη «ΨΥΧΑΓΩΚ»)

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας που υποβάλατέ στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 31.8.2016, καθώς και στην επιστολή του Διευθυντή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας προς την Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με Αρ. Φακ.: Υ.Ψ.Υ.5.34.001/1 και ημερομηνία 4.4.2017, σχετικά με το πιο πάνω θέμα, και έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω τα εξής:

2.1. Αφού ελήφθη υπόψη η ιδιότητα σας ως Επίκουρης Καθηγήτριας στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ), καθώς και οι επιστολές του Διευθυντή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας προς τη Γενική Διευθύντρια Υπουργείου Υγείας με Αρ. Φακ.: Αν.Υ.Ψ.Υ.5.34.1 και ημερομηνία 8.2.2017, η επιστολή της Γενικής Διευθύντριας Υπουργείου Υγείας προς εσάς με Αρ. Φακ.: 5.34.01.7.3Ε και ημερομηνία 13.2.2017, η επιστολή του Διευθυντή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας προς την Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με Αρ. Φακ.: Υ.Ψ.Υ.5.34.001/1 και ημερομηνία 4.4.2017 στην οποία αναφέρει ότι η πιο πάνω έρευνα η οποία αφορά «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο» είναι σημαντική για τον τομέα ψυχικής υγείας γιατί (α) θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, (β) τα αποτελέσματα της θα συμβάλουν στη περαιτέρω συμμόρφωση των προσφερόμενων υπηρεσιών με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και (γ) η εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας μεταξύ άλλων, έχουν στόχο την εξατομίκευση της φαρμακοθεραπείας για καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών προς τη θεραπεία, κάτι που θα έχει όφελος όχι μόνο για τους ασθενείς και οικογένειες, αλλά γενικότερα για όλο το κοινωνικό σύνολο,

η Επίτροπος Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα αποφάσισε, βάσει της εξουσίας που της παρέχουν οι διατάξεις του άρθρου 6(2)(η) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», ότι κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η συλλογή και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, περιλαμβανομένων ευαίσθητων δεδομένων υγείας, για τους σκοπούς της πιο πάνω έρευνας, επειδή η επεξεργασία πραγματοποιείται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συντρέχουν σοβαροί λόγοι δημοσίου

220
συμφέροντος, και επειδή έλαβε υπόψη ότι λαμβάνονται τα ακόλουθα απαραίτητα μέτρα την προστασία των υποκειμένων των δεδομένων:

2.2. ότι η συμμετοχή στην έρευνα θα είναι εθελοντική και τα υποκείμενα των δεδομένων θα ενημερώνονται (δεν θα ληφθούν έντυπα συγκατάθεσης),

2.3. ότι η λήψη των δεδομένων με ερωτηματολόγια για τους σκοπούς της έρευνας θα είναι ανώνυμη (με κωδικοποιημένα/αριθμημένα ερωτηματολόγια) έτσι ώστε να είναι αδύνατος ή γενικά να είναι δύσκολος ο εντοπισμός/ταυτοποίηση των υποκειμένων των δεδομένων,

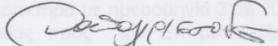
2.4. ότι στο σημείο «Θ» έχετε περιλάβει μέτρα ασφάλειας και προστασίας των δεδομένων,

2.5. υπό τον όρο ότι τα προσωπικά δεδομένα θα διαγραφούν/καταστραφούν στο τέλος μηνός Δεκεμβρίου του έτους 2017,

3. έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω ότι η Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) του Νόμου και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4), 23(1)(iv) και 24(1)(α) του Νόμου.

4. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

5. Να σημειωθεί ότι η καταχώρηση της Γνωστοποίησης στο εν λόγω μητρώο σε καμία περίπτωση δεν ισοδυναμεί με άδεια επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, ούτε απαλλάσσει τον εκάστοτε υπεύθυνο επεξεργασίας από ενδεχόμενη ευθύνη του σε σχέση με τα στοιχεία τα οποία έχουν δηλωθεί στο οικείο έντυπο (Γνωστοποίηση) ή σε σχέση με την εν γένει επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων ιδίως σε περίπτωση που υποβληθούν στο Γραφείο μας (αιτήσεις νομιμότητας, παράπονα, καταγγελίες ή ακόμη και σε περιπτώσεις αυτεπάγγελτης εξέτασης). Σε κάθε περίπτωση η καταχώρηση της Γνωστοποίησης στο εν λόγω Μητρώο δεν ισοδυναμεί με νομιμότητα της σχετικής επεξεργασίας.


(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

Κοινοποίηση: Γενική Διευθύντρια
Υπουργείου Υγείας
1448 Λευκωσία

Διευθυντή
Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
1452 Λευκωσία

ΜΠατ

Παράρτημα IV: Επιστολή γνωστοποίησης έναρξης διεξαγωγής της μελέτης προς το διευθυντή του Νοσοκομείου Αθαλάσσας και προς τη επιστημονική συντονίστρια του Νοσοκομείου Αθαλάσσας

Διευθυντή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
Υπουργείο Υγείας
Προδρόμου 1 & Χείλωνος 7
1448 Λευκωσία

Κοινοποίηση:

Επιστημονική Συντονίστρια Νοσοκομείου Αθαλάσσας Δρ. Μαρία Πίττα
Προισταμένη Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, κα Αργυρού

19
Οκτωβρίου 2015

Θέμα: Χορήγηση άδειας διεξαγωγής μελέτης στα κρατικά νοσηλευτήρια υπό τον τίτλο
«Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της
ψυχοτρόπου αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα οξείας φροντίδας στην
Κύπρο (Μελέτη ΨΥΧΑΓΩΚ)»

Αξιότιμε κύριε Καλακούτα,
σκοπός της παρούσας επιστολής είναι να αξιολογήσετε το ενδεχόμενο διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης με θέμα τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής και της ψυχοτρόπου αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο, στο πλαίσιο της εκπόνησης διδακτορικής διατριβής από της κας Καϊκούση Αικ, PhD (c), MSc, RMN, η οποία εργαδοτείται στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, και συγκεκριμένα στο τμήμα εισδοχής του Ν. Αθαλάσσας. Επισημαίνεται ότι η κ.Καϊκούση είναι κατόχους πανεπιστημιακού πτυχίου Νοσηλευτικής και μεταπτυχιακού τίτλου επιπέδου Μαστερς στην «Προηγμένη Φροντίδα και Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», από το Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου (ΤΕΠΑΚ). Η μελέτη θα διεκπεραιωθεί υπό την καθοδήγηση και εποπτεία της Δρ Μαρίας Καρανικόλα ως επιστημονικώς υπεύθυνης, Επίκουρης Καθηγήτριας Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας του ΤΕΠΑΚ και θα συνεπικουρείται

από το Δρ Γεώργιο Αρ. Αλεβιζόπουλο, Καθηγητή Ψυχιατρικής-Ψυχοφαρμακολογίας του ΕΚΠΑ.

Σκοπός της εν λόγω μελέτης είναι η διερεύνηση της έντασης των ψυχωτικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε όλα τα ενήλικα άτομα που προσέρχονται στις ψυχιατρικές κλινικές Λευκωσίας και Λεμεσού και στα τμήματα εισδοχής του νοσοκομείου Αθαλάσσας. Ειδικότερα πρόκειται να διερευνηθούν: α) η σχέση μεταξύ της έντασης των συμπτωμάτων αυτών και του είδους της αγωγής που χορηγείται στα άτομα, β) η σχέση μεταξύ της έντασης των συμπτωμάτων αυτών και κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, εθνική καταγωγή), και γ) η στάθμιση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών των εργαλείων HAM-D και PANSS στον Κυπριακό πληθυσμό, με τα οποία θα γίνεται η αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων κατάθλιψης και των ψυχωτικών συμπτωμάτων, αντίστοιχα.

Διευκρινίζεται ότι στις περιπτώσεις καταγραφής της φαρμακευτικής αγωγής θα γίνεται καταγραφή της δραστικής ουσίας και όχι της εμπορικής ονομασίας. Συνολικά, σε κανένα σημείο της μελέτης (καταγραφή δεδομένων, καταγραφή και ερμηνεία αποτελεσμάτων) δεν θα γίνεται καταγραφή εμπορικών ονομάτων φαρμακευτικών ουσιών.

Επίσης, διευκρινίζεται ότι δεν πρόκειται να καταγραφούν σε κανένα στάδιο της μελέτης δεδομένα αναφορικά με προηγούμενη/ες φαρμακευτική/ες αγωγή/ες των συμμετεχόντων στη μελέτη (στις περιπτώσεις επαν-εισαγωγών), δεδομένου ότι στους στόχους της μελέτης δεν περιλαμβάνεται η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής και οποιονδήποτε παραμέτρων.

Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης θα αποτελέσουν τα ενήλικα άτομα που θα προσέρχονται στα ψυχιατρικές κλινικές Λευκωσίας και Λεμεσού και στα τμήματα εισδοχής του νοσοκομείου Αθαλάσσας, με ψυχωτικά συμπτώματα και συμπτώματα κατάθλιψης. Για τη συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο που θα περιλαμβάνει δημογραφικά και κλινικά δεδομένα, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, στοιχεία από το ψυχιατρικό ιστορικό της οικογένειας, καθώς και την κύρια αιτία εισαγωγής στη μονάδα οξείας φροντίδας. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται δομημένα εργαλεία αξιολόγησης των ψυχωτικών συμπτωμάτων (κλίμακα PANSS) και των συμπτωμάτων κατάθλιψης (HAM-D). Αναφορικά με τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά των εργαλείων πρόκειται να διερευνηθούν η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και η αξιοπιστία δοκιμασίας- επαναδοκιμασίας, η εννοιολογική εγκυρότητα και θα τεθούν τα cut off points για τον κυπριακό πληθυσμό. Επισημαίνεται ότι τα εργαλεία αυτά είναι ευρέως χρησιμοποιούμενα στο διεθνή χώρο. Για την εφαρμογή τους δεν απαιτείται η χορήγηση

σχετικής άδειας από τους κατασκευαστές, δεδομένου ότι είναι ήδη δημοσιευμένα. Ωστόσο, για την ορθή εφαρμογή τους απαιτείται στάθμιση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών τους στον πληθυσμό στόχο.

Σας γνωστοποιούμε ότι, η μελέτη αυτή έχει εγκριθεί από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, καθώς και από την Επιτροπή Έρευνας του ΥΥ της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Για τη διεκπεραίωση και την επιτυχή ολοκλήρωση της μελέτης, θεωρούμε απαραίτητη τη συνεργασία με το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (νοσηλευτές, ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους), στο βαθμό που δεν επηρεάζεται η εύρυθμη λειτουργία κάθε υπηρεσίας, αλλά και η θεραπεία των πασχόντων. Το περιβάλλον μελέτης αφορά στο ΨΝ Αθαλάσσας (τμήματα εισδοχής) και δευτερευόντως στις Ψυχιατρικές Κλινικές Λεμεσού και Λευκωσίας.

Σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας δεν έχει καμία οικονομική δέσμευση για την διεκπεραίωση του παρόντος έργου. Η ερευνητική ομάδα δεσμεύεται πως ή μελέτη θα διεκπεραιωθεί χωρίς την παρεμπόδιση της ομαλής λειτουργίας των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

Το Υπουργείο Υγείας δύναται να αξιοποιήσει τα αποτελέσματα της έρευνας:

11. για την απόκτησης σαφούς εικόνα της έντασης της καταθλιπτικής και ψυχωτικής συμπτωματολογίας των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας στην Κύπρο,
12. προκειμένου να αναδειχτεί η αναγκαιότητα στοχευμένων παρεμβάσεων ή/και τροποποίησης των ήδη υπάρχουσών αναφορικά με την ύφεση της έντασης των συμπτωμάτων αυτών.
13. για την αναβάθμιση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας
14. για την κατανόηση των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης ή/και υποτροπής νόσων όπως η σχιζοφρένεια,
15. για την ταυτοποίηση ομάδων υψηλού κινδύνου/ ευάλωτων πληθυσμών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά,
16. για την καταγραφή της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής και την αξιολόγηση της με βάση διεθνείς πρακτικές,
17. για την απόκτηση δεδομένων αναφορικά με την κλινική πρακτική της συνταγογράφησης και ενδεχόμενη σύσταση ειδικής ομάδας εργασίας του ΥΥ για διαμόρφωση κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών.

Θεωρούμε ότι όλα τα παραπάνω συνιστούν βασικά ζητήματα αναφορικά με την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, και ως εκ τούτου η παρούσα προτεινόμενη μελέτη, εφόσον εγκριθεί και πραγματοποιηθεί, θα συνεισφέρει ουσιαστικά υπέρ του δημοσίου συμφέροντος της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Για όλους τους ανωτέρω λόγους, εκ μέρους της ερευνητικής ομάδας, παρακαλείστε να αξιολογήσετε το αίτημά μας για τη διεξαγωγή της προτεινόμενης μελέτης στα προαναφερθέντα κρατικά νοσηλευτήρια. Τονίζουμε για ακόμη μία φορά ότι η μελέτη θα διεκπεραιωθεί χωρίς την παρεμπόδιση της ομαλής λειτουργίας των δημόσιων νοσηλευτηρίων, και με σεβασμό στα δικαιώματα των θεραπευομένων και τις αρχές της ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

Με εκτίμηση



Δρ Μαρία Καρανικόλα
Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Τηλ: +35725002032/ +35799786069
Email: maria.karanikola@cut.ac.cy

Παραρτήματα Β

Παράρτημα Ι: Εργαλείο συλλογής κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών
χαρακτηριστικών

Κωδικός αριθμός συμμετέχοντα

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο:

Αντρας

☐

Γυναίκα

☐

Ηλικία:

>18

☐

18-24

☐

25-34

☐

35-44

☐

45-60

☐

<60

☐

Φυλή:

Καυκάσια

☐

Άλλη

☐

(.....)

Εθνικότητα:

Κυπριακή

☐

Άλλη

☐

(.....)

Γλώσσα Επικοινωνίας

Ελληνική

☐

Αγγλική

☐

Άλλη

☐

Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά:

Τόπος Διαμονής:

Λευκωσία

☐

Λεμεσός

☐

Λάρνακα

☐

Πάφος

☐

Αμμόχωστος

☐

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η

☐

Έγγαμος/η

☐

Διαζευγμένος/η

☐

Χήρος/α

☐☐

Εκπαιδευτικό επίπεδο (απόφοιτος):

Δημοτικού

☐

Γυμνασίου

☐

Λυκείου

☐

Πανεπιστημίου

☐

Επαγγελματική κατάσταση

Δημόσιος Υπάλληλος

☐

Ιδιωτικός Υπάλληλος

☐

Ελεύθερος Επαγγελματίας

☐

Επίδομα:

Λαμβάνει

☐

Δεν λαμβάνει

☐

Ατομικά Χαρακτηριστικά

Χρώμα μαλλιών

Καστανά

☐

Μαύρα

☐

Ξανθά

☐

Χρώμα ματιών

Μαύρα

☐

Καστανά

☐

Μπλε

☐

Πράσινα

☐

Χρήση ουσιών

Ναι

☐

Όχι

☐

Εαν ναι.

προσδιορίστε.....

Ιστορικό Πολυκυστικών Ωοθηκών

Ναι

☐

Όχι

☐

Ύψος (cm).....

Βάρος Σώματος (Kgr).....

Δείκτης Μάζας Σώματος.....

Κλινικά χαρακτηριστικά

Θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου για:

Σχιζοφρένεια ☐ Διπολική διαταραχή ☐ Κατάθλιψη ☐

Αγχώδης Διαταραχή ☐ Άλλο ☐) Αρνητικό ☐

Παρούσα Διάγνωση:

Σχιζοφρένεια ☐ Κατάθλιψη ☐ Διπολική Διαταραχή ☐ Αγχώδης Διαταραχή ☐
Άλλη ☐ (.....)

Παρόν σύμπτωμα (εισαγωγής):

Έλλειψη εναισθησίας ☐ Επιθετική συμπεριφορά ☐ Έλλειμμα Αυτοφροντίδας ☐

Αυτο/Ετερο-καταστροφική συμπεριφορά ☐ Άλλο ☐
(.....)

Παράρτημα II: Έντυπο συγκατάθεσης πάσχοντα για συμμετοχή στη μελέτη

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 4 σελίδες)

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. «Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές») θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή/και τι θα σας συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Θα σας περιγραφούν οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή παλαιωφία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας επεξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας δοθεί η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό που θα δώσετε. Θα σας επεξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοσδήποτε ενδοιασμό που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιεσδήποτε επιπτώσεις στην θεραπεία σας. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχετε, προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Συσχέτιση μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων νευρο-βιολογικών διαταραχών και της εφαρμοζόμενης φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα αξιολόγησης στην Κύπρο
Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Δρ. Καρανικόλα Μαρία

Επώνυμο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 4 σελίδες) Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε Διακτορικό πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας

Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο;	
Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώσετε λεπτομέρειες και το όνομα του.	

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Συμφωνείτε τα έντυπα συγκατάθεσης καις προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το Πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, όποτε θέλετε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιαδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;	
(Για ασθενείς) καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που παίρνετε ή που μπορεί να πάρετε μελλοντικά;	
Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;	
Με ποιόν υπεύθυνο μιλάσατε;	

Επίθετος:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 4 σελίδες)
Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Διδακτορικό πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας

ΠΑΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, στα πλαίσια του διδακτορικού προγράμματος της «Φροντίδας Ψυχικής Υγείας» ξεκινά μια έρευνα για να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων νευρο-βιολογικών διαταραχών και της εφαρμοζόμενης φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα που προσέρχονται στα τμήματα οξείας φροντίδας στην Κύπρο. Η έρευνα θα διεξαχθεί στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής διατριβής με επιβλέπων καθηγήτρια τη Δρ. Μαρία Καρανικόλα, PhD, MSc, RN, Επίκουρος Καθηγήτρια (ACFing) Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας και τον Δρ. Αλεβιζόπουλο Γεώργιο, PhD, MD, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ. Κύρια ερευνήτρια είναι η : Καϊκούση Αικατερίνη (εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας), η οποία είναι υποψήφια διδάκτορας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και τυχόν άρνηση ή διακοπή της συμμελέρωσης σε οποιοδήποτε στάδιο της μελέτης, δεν ενδέχεται οποιουδήποτε είδους επίπτωση στη θεραπεία ή στην αντιμετώπιση σας από τις υπηρεσίες υγείας ή να συζητηθεί με κάποιο από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που σας παρακολουθεί. Επίσης, δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος από την συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη.

Το άμεσο όφελος προς του συμμετέχοντες είναι πως θα αποδοθεί ο βαθμός έντασης των ψυχολογικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων αντίστοιχα σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου.

Σας ενημερώνουμε πως η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών θα προστατευθούν, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά το τέλος της ερευνητικής αυτής εργασίας. Για την τήρηση της ανωνυμίας, τα άτομα που θα συμμετάσχουν στην μελέτη θα παρουσιάζονται με ένα αύξοντα αριθμό π.χ. 1,2,3,4..50. Υπεύθυνο άτομο για την ενημέρωση των ατόμων που θα λάβουν συμμετοχή στην έρευνα και συλλογή της συμπληρωμένης φόρμας συγκατάθεσης θα είναι οι ερευνήτριες καθώς και ο θεράπων ιατρός. Για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις ζητηθούν από τα άτομα μπορούν να αποστέίνονται τις ερευνήτριες.

Επώνυμο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Παράρτημα III: Εργαλείο Positive and Negative Syndrome Scale

Κλίμακα θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων (PANSS)

Ο εξεταστής καλείται να κυκλώσει δεξιά από κάθε περιγραφή των συμπτωμάτων τον αριθμό που περιγράφει ακριβέστερα την ένταση των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ο εξεταζόμενος.

	ΑΠΟΥΣΙΑ	ΠΟΛΥ ΗΠΙΑ ΕΝΤΑΣΗ	ΗΠΙΑ ΕΝΤΑΣΗ	ΜΕΤΡΙΑ ΕΝΤΑΣΗ	ΣΟΒΑΡΗ ΕΝΤΑΣΗ	ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΗ ΕΝΤΑΣΗ	ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΗ ΕΝΤΑΣΗ
ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ							
1.Παραληρητικές ιδέες	1	2	3	4	5	6	7
2.Αποδιοργανωμένη σκέψη	1	2	3	4	5	6	7
3.Ψευδαισθήσεις	1	2	3	4	5	6	7
4.Υπερκινητικότητα/Ψυχοκινητική Διέγερση	1	2	3	4	5	6	7
5.Ιδέες Μεγαλείου	1	2	3	4	5	6	7
6.Επιθετικότητα	1	2	3	4	5	6	7
7.Καχυποψία/ Ιδέες δίωξης	1	2	3	4	5	6	7
ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ							
1.Αμβλύ Συναίσθημα	1	2	3	4	5	6	7
2.Συναισθηματική Απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
3. Πενία Λόγου	1	2	3	4	5	6	7
4. Κοινωνική απόσυρση	1	2	3	4	5	6	7
5.Απουσία αυθόρμητης ομιλίας/Συνέχιση Διαλόγου	1	2	3	4	5	6	7
6.Στερεότυπη σκέψη	1	2	3	4	5	6	7
7.Απουσία Αφαιρετικής Σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ							
1.Σωματικές ιδέες	1	2	3	4	5	6	7
2. Αγχώδης Συναίσθημα	1	2	3	4	5	6	7
3. Αισθήματα ενοχής	1	2	3	4	5	6	7
4.Ένταση	1	2	3	4	5	6	7
5.Στερεότυπες Κινήσεις/ Μανερισμοί	1	2	3	4	5	6	7
6. Καταθλιπτικό συναίσθημα	1	2	3	4	5	6	7
7.Ψυχοκινητική επιβράδυνση	1	2	3	4	5	6	7
8. Απουσία συνεργασίας	1	2	3	4	5	6	7
9.Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης	1	2	3	4	5	6	7
10.Αποπροσανατολισμό	1	2	3	4	5	6	7
11.Δυσκολία προσοχής	1	2	3	4	5	6	7
12.Απουσία κρίσης και εναισθησίας	1	2	3	4	5	6	7
13.Διαταραχή της βούλησης	1	2	3	4	5	6	7
14.Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας	1	2	3	4	5	6	7
15.Ψυχαναγκασμοί/ Εμμονές	1	2	3	4	5	6	7
16 Κοινωνική αποφυγή (ενεργώς)	1	2	3	4	5	6	7

Παράρτημα IV: Οδηγός συμπλήρωσης εργαλείου Positive and Negative Syndrome Scale

Οδηγός αξιολόγησης κλίμακας θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων

Υποκλίμακα Θετικών συμπτωμάτων

Θ1. Παραληρητικές Ιδέες

Πεποιθήσεις που είναι αβάσιμες, μη ρεαλιστικές, και ιδιοσυγκρασιακές. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι το περιεχόμενο της σκέψης όπως αυτό εκφράζεται στη συνέντευξη, και οι επιδράσεις του στις κοινωνικές σχέσεις και τη συμπεριφορά.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία, μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Παρουσία ενός ή δυο παραληρητικών ιδεών, ασαφών, μη κρυσταλλοποιημένων και μη επίμονων. Οι παραληρητικές ιδέες δεν επιδρούν στη σκέψη, τις κοινωνικές σχέσεις ή τη συμπεριφορά.

4. Μέτριος βαθμός: Παρουσία είτε ενός καλειδοσκοπικού εύρους ατελώς σχηματισμένων, ασταθών παραληρητικών ιδεών, είτε λίγων καλά δομημένων παραληρητικών ιδεών που περιστασιακά μόνο επιδρούν στη σκέψη, τις κοινωνικές σχέσεις ή τη συμπεριφορά.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Παρουσία πολλαπλών, καλά δομημένων παραληρητικών ιδεών, που ο πάσχων τις πιστεύει επίμονα και περιστασιακά μόνο επιδρούν στη σκέψη, τις κοινωνικές σχέσεις ή τη συμπεριφορά.

6. Σοβαρός βαθμός: Παρουσία ενός σταθερού συνόλου παραληρητικών ιδεών, που είναι κρυσταλλοποιημένες, πιθανόν συστηματοποιημένες, επίμονες και ξεκάθαρα επιδρούν στη σκέψη, τις κοινωνικές σχέσεις ή τη συμπεριφορά.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Παρουσία ενός σταθερού συνόλου παραληρητικών ιδεών οι οποίες είτε είναι εξαιρετικά συστηματοποιημένες, ή πάρα πολλές, και κυριαρχούν σε μείζονες απόψεις της ζωής του ατόμου. Αυτό συχνά οδηγεί σε ακατάλληλες και ανεύθυνες πράξεις, που μπορούν ακόμα και να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του πάσχοντα ή άλλων.

Θ2. Εννοιολογική Αποδιοργάνωση

Αποδιοργανωμένη διαδικασία της σκέψης που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της στοχοκατευθυνόμενης ακολουθίας, πχ. Υπερλεπτομεριακός λόγος, κατ' εφαπτομένη λόγος, χάλαση συνειρμών, εμφανής ασυναρτησία, ή ανακοπές σκέψης. Η βάση για την αξιολόγηση είναι οι γνωσιακές – λεκτικές διεργασίες, όπως αυτές παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία, μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3.Ήπιος βαθμός: Η σκέψη είναι υπερλεπτομερειακή, κατ' εφ'απτομένη ή παραλογική. Υπάρχει σχετική δυσκολία στην κατεύθυνση των σκέψεων προς ένα συγκεκριμένο στόχο, και ορισμένου βαθμού χάλαση συνειρμών μπορεί να παρατηρηθεί υπό πίεση.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχων είναι ικανός να εστιάσει τις σκέψεις του, όταν η επικοινωνία είναι σύντομη και δομημένη, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί χάλαση συνειρμών ή η σκέψη να γίνει ασύνδετη, όταν η επικοινωνία είναι πιο περίπλοκη ή υπό ελάχιστη πίεση.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Γενικά υπάρχει δυσκολία στην οργάνωση των σκέψεων, όπως αυτό γίνεται εμφανές από συχνές ασυνάφειες, αποσύνδεση ή χάλαση συνειρμών, που παρατηρείται ακόμα και χωρίς πίεση.

6. Σοβαρός βαθμός: Η σκέψη είναι σοβαρά εκτροχιασμένη, και εσωτερικά αντιφατική, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε σημαντικές ασυνάφειες και διαταραχή των διεργασιών της σκέψης, σχεδόν συνεχώς.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η σκέψη είναι διαταραγμένη σε σημείο που ο πάσχων είναι ακατάληπτος. Υπάρχει εξεσημασμένη χάλαση συνειρμών, που οδηγεί σε πλήρη αποτυχία της επικοινωνίας πχ. Σαλάτα λέξεων ή αλαλία.

Θ3. Ψευδαισθητική Συμπεριφορά

Λεκτική αναφορά ή συμπεριφορά ενδεικτική αντιλήψεων που δεν προκαλούνται από εξωτερικά ερεθίσματα. Αυτά μπορεί να αφορούν την ακουστική, οπτική, οσφρητική ή σωματική σφαίρα. Η βάση για την αξιολόγηση είναι η λεκτική αναφορά και οι φυσικές εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, καθώς και αναφορές στην αλλαγή συμπεριφοράς από επαγγελματίες υγείας ή το οικογενειακό περιβάλλον.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία, μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3.Ήπιος βαθμός: Μία ή δυο καλά δομημένες αλλά σπάνιες ψευδαισθήσεις, ή εναλλακτικά ένας αριθμός ασαφών, μη φυσιολογικών αντιλήψεων που δεν οδηγούν σε διαστρέβλωση της σκέψης ή της συμπεριφοράς.

4. Μέτριος βαθμός: Οι ψευδαισθήσεις παρατηρούνται συχνά αλλά όχι συνεχώς, και η σκέψη και η συμπεριφορά του ασθενή επηρεάζονται σε μικρό μόνο βαθμό.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Οι ψευδαισθήσεις είναι συχνές, μπορεί να αφορούν περισσότερες από μια αισθητηριακές οδούς και έχουν την τάση να διαστρεβλώνουν τη σκέψη ή/και τη συμπεριφορά. Ο πάσχων μπορεί να αναπτύξει μια παραληρητική ερμηνεία αυτών των εμπειριών, και να ανταποκρίνεται σε αυτές συναισθηματικά και, ενίοτε, λεκτικά.

6. Σοβαρός βαθμός: Οι ψευδαισθήσεις είναι παρούσες σχεδόν συνεχώς, προκαλώντας μείζονα διαταραχή της σκέψης και της συμπεριφοράς. Ο πάσχων τις αντιμετωπίζει σαν πραγματικές αντιλήψεις και η λειτουργικότητα παρεμποδίζεται από τις συχνές συναισθηματικές και λεκτικές αποκρίσεις προς αυτές.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι σχεδόν αποκλειστικά απασχολημένος με τις ψευδαισθήσεις. οι οποίες πρακτικά κυριαρχούν τη σκέψη και τη συμπεριφορά. Δίνεται μια άκαμπτη παραληρητική ερμηνεία των ψευδαισθήσεων (από τον πάσχοντα). και οι ψευδαισθήσεις προκαλούν λεκτικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις. συμπεριλαμβανομένης και της υπακοής σε εντέλλουσες ψευδαισθήσεις.

Θ4. Ψυχοκινητική Διέγερση

Υπερδραστηριότητα όπως αντικατοπτρίζεται σε αυξημένη κινητική συμπεριφορά. οξυμένη αντιδραστικότητα σε ερεθίσματα. υπερεγρήγορη. ή υπερβολική συναισθηματική ευμεταβλητότητα. Η βάση για την αξιολόγηση είναι οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. καθώς και αναφορές στην αλλαγή συμπεριφοράς από επαγγελματίες υγείας ή το οικογενειακό περιβάλλον.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3.Ηπιος βαθμός: Ο πάσχον τείνει να είναι ελαφρώς ανήσυχος. σε υπερεγρήγορη. ή ήπια διεγερμένος κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. αλλά χωρίς διακριτά επεισόδια διέγερσης ή εξεσημασμένη ευμεταβλητότητα της διάθεσης. Ο λόγος μπορεί να είναι ελαφρώς υπό πίεση.

4. Μέτριος βαθμός: Η διέγερση ή η ανησυχία είναι σαφώς εμφανής κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. επηρεάζοντας το λόγο και τη γενική κινητικότητα. ή ξεσπάσματα συμβαίνουν σποραδικά.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Παρατηρείται σοβαρή υπερδραστηριότητα ή συχνά ξεσπάσματα κινητικής δραστηριότητας. που δυσκολεύουν τον πάσχοντα να παραμείνει στην ίδια θέση για περισσότερα από μερικά λεπτά.

6. Σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένη διέγερση που κυριαρχεί στη συνέντευξη. περιορίζει την προσοχή. και ως ένα βαθμό επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες όπως τη λήψη τροφής και τον ύπνο.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένη διέγερση που παρεμβαίνει σε σοβαρό βαθμό στη λήψη τροφής και τον ύπνο. και κάνει τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις πρακτικά αδύνατες. Η επιτάχυνση του λόγου και της κινητικής δραστηριότητας μπορεί να οδηγήσει σε ασυναρτησία και εξάντληση.

Θ5.Ιδέες Μεγαλείου

Μεγαλοποιημένη αντίληψη για τον εαυτό και μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις ανωτερότητας συμπεριλαμβανομένων παραληρητικών ιδεών ασυνήθιστων ικανοτήτων. πλούτου. γνώσης. δόξας. δύναμης και ηθικής ορθότητας. Η βάση για την αξιολόγηση είναι το περιεχόμενο της σκέψης όπως αυτό εκφράζεται στη συνέντευξη και οι επιδράσεις του στη συμπεριφορά.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3.Ήπιος βαθμός: Μερικού βαθμού υπερβολή ή υπεροψία είναι εμφανής αλλά χωρίς ξεκάθαρες παραληρητικές ιδέες μεγαλείου.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον αισθάνεται ευκρινώς και μη ρεαλιστικά ανώτερος από τους άλλους. Ορισμένες ατελώς σχηματισμένες παραληρητικές ιδέες όσον αφορά ειδικό καθεστώς ή ικανότητες μπορεί να είναι παρούσες αλλά δεν επηρεάζουν τη συμπεριφορά.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Σαφείς παραληρητικές ιδέες που αφορούν εξαιρετικές ικανότητες, καθεστώς ή δύναμη εκφράζονται και επηρεάζουν τη στάση αλλά όχι τη συμπεριφορά.

6. Σοβαρός βαθμός: Σαφείς παραληρητικές ιδέες εξεσημασμένης υπεροχής που περιλαμβάνουν περισσότερες από μια παραμέτρους (πλούτος, γνώση, δόξα κτλ.) εκφράζονται, και επηρεάζουν σημαντικά τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και τη συμπεριφορά.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η σκέψη, οι διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και η συμπεριφορά κυριαρχούνται από πολλαπλές παραληρητικές ιδέες εκπληκτικών ικανοτήτων, πλούτου, γνώσης, δόξας, δύναμης, ή/και ηθικού εκτοπίσματος, που μπορεί να είναι παράδοξες.

Θ6. Παρανοϊκότητα / Ιδέες δίωξης

Μη ρεαλιστικές ή υπερβολικές ιδέες δίωξης όπως αυτές αντικατοπτρίζονται σε επιφυλακτικότητα, δυσπιστία, παρανοϊκή ετοιμότητα ή πραγματικές παραληρητικές ιδέες ότι οι άλλοι θέλουν να του/ της κάνουν κακό. Η βάση για την αξιολόγηση είναι το περιεχόμενο της σκέψης όπως αυτό εκφράζεται στη συνέντευξη και οι επιδράσεις του στη συμπεριφορά.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία, μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3.Ήπιος βαθμός: Ο πάσχον εμφανίζει επιφυλακτική ή ανοιχτά δύσπιστη στάση αλλά οι σκέψεις, οι αλληλεπιδράσεις και η συμπεριφορά επηρεάζονται σε ελάχιστο βαθμό.

4. Μέτριος βαθμός: Η δυσπιστία είναι σαφώς εμφανής και παρεμβαίνει στη συνέντευξη και/ή στη συμπεριφορά, αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις παραληρητικών ιδεών δίωξης. Εναλλακτικά, μπορεί να υπάρχουν ενδείξεις χαλαρά δομημένων ιδεών δίωξης αλλά αυτές δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά ή τις διαπροσωπικές σχέσεις του πάσχοντος.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον επιδεικνύει εξεσημασμένη δυσπιστία, που οδηγεί σε μείζονα διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων, ή αλλιώς υπάρχουν ξεκάθαρες ιδέες δίωξης που έχουν περιορισμένη επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις και τη συμπεριφορά.

6. Σοβαρός βαθμός: Ξεκάθαρες, επίμονες ιδέες δίωξης, που μπορεί να είναι συστηματοποιημένες, και παρεμβαίνουν σημαντικά στις διαπροσωπικές σχέσεις.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ένα δίκτυο συστηματοποιημένων ιδεών δίωξης κυριαρχεί στη σκέψη, τις κοινωνικές σχέσεις και τη συμπεριφορά του ασθενούς.

Θ7. Επιθετικότητα

Λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις θυμού και δυσaráσκείας που περιλαμβάνουν τον σαρκασμό, την παθητικο-επιθετική συμπεριφορά, την εξύβριση/ λεκτική προσβολή και την επιθετικότητα. Η βάση για την αξιολόγηση είναι η διαπροσωπική συμπεριφορά όπως παρατηρείται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και οι αναφορές των επαγγελματιών υγείας ή της οικογένειας.

- 1.Απουσία : Ο ορισμός δεν ισχύει
- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων.
- 3.Ήπιος βαθμός: Έμμεση ή περιορισμένη έκφραση θυμού όπως σαρκασμός, ασέβεια εχθρικές εκφράσεις και περιστασιακή ευερεθιστότητα.
4. Μέτριος βαθμός: Παρουσιάζει μια ανοιχτά εχθρική στάση δείχνοντας συχνά ευερεθιστότητα και άμεση έκφραση θυμού ή δυσaráσκείας.
- 5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι πολύ ευερέθιστος και ενίοτε λεκτικά επιθετικός ή απειλητικός.
6. Σοβαρός βαθμός: Μη συνεργάσιμη στάση και λεκτική επιθετικότητα ή απειλές που επηρεάζουν σημαντικά τη συνέντευξη και έχουν σοβαρό αντίκτυπο στις κοινωνικές σχέσεις. Ο πάσχον μπορεί να είναι βίαιος και καταστρεπτικός αλλά δεν είναι σωματικά επιθετικός προς άλλους.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένος θυμός που οδηγεί σε ακραία έλλειψη συνεργασίας, και αποκλείει άλλες (κοινωνικές) αλληλεπιδράσεις ή οδηγεί σε επεισόδιο/επεισόδια σωματικής βίας προς άλλους.

Υποκλίμακα αρνητικών συμπτωμάτων

A1. Αμβλύ Συναίσθημα

Μειωμένη συναισθηματική απαντητικότητα όπως αυτή χαρακτηρίζεται από μείωση στις εκφράσεις του προσώπου, στην εναρμόνιση των συναισθημάτων και στην εξωλεκτική επικοινωνία. Η βάση για την αξιολόγηση είναι η παρατήρηση των φυσικών εκδηλώσεων του συναισθηματικού τόνου και η συναισθηματική απαντητικότητα κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

- 1.Απουσία : Ο ορισμός δεν ισχύει
- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
- 3.Ήπιος βαθμός: Οι αλλαγές στις εκφράσεις του προσώπου και στην εξωλεκτική επικοινωνία φαίνεται να είναι επιτηδευμένες, βεβιασμένες, αφύσικες ή δεν είναι κατάλληλα προσαρμοσμένες.
4. Μέτριος βαθμός: Μειωμένο εύρος εκφράσεων προσώπου και μειωμένη εξωλεκτική έκφραση που οδηγούν σε αμβλύτητα.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Το συναίσθημα είναι γενικά επίπεδο με μόνο περιστασιακές αλλαγές στην έκφραση του προσώπου και παύση της εξωλεκτικής επικοινωνίας.

6. Σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένη επιπέδωση και έλλειψη συναισθηματικής ανταπόκρισης ως επί τω πλείστο. Μπορεί να υπάρχουν μη εναρμονισμένα συναισθηματικά ξεσπάσματα όπως διέγερση, οργή ή απρόσφορο/ ανεξέλεγκτο γέλιο.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Αλλαγές στην έκφραση του προσώπου και ενδείξεις εξωλεκτικής επικοινωνίας είναι πρακτικά απύσες. Ο πάσχον μοιάζει να έχει συνεχώς μια κενή «ξύλινη» έκφραση.

A2. Συναισθηματική Απόσυρση

Απώλεια ενδιαφέροντος, συμμετοχής και συναισθηματικής δέσμευσης στα γεγονότα ζωής. Η βάση για την αξιολόγηση είναι αναφορές λειτουργικότητας από επαγγελματίες υγείας ή τα μέλη της οικογένειας και παρατήρηση της διαπροσωπικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1.Απουσία : Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3.Ήπιος βαθμός: Συνήθης η έλλειψη πρωτοβουλίας και περιστασιακά ανεπαρκές ενδιαφέρον στα γεγονότα του περιβάλλοντος.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον είναι γενικά συναισθηματικά αποστασιοποιημένος από το περιβάλλον και τις προκλήσεις του. αλλά με παρότρυνση, μπορεί να εμπλακεί.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι ξεκάθαρα συναισθηματικά αποκομμένος από ανθρώπους και γεγονότα του περιβάλλοντος του και αντιστέκεται σε όλες τις προσπάθειες εμπλοκής. Ο πάσχον φαίνεται απόμακρος, πειθήνιος και χωρίς αίσθημα σκοπού. αλλά μπορεί να εμπλακεί σε επικοινωνία με άλλους, έστω και παροδικά, και φροντίζει τις προσωπικές του ανάγκες, κάποιες φορές με βοήθεια.

6. Σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένη έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθηματικής δέσμευσης, η οποία οδηγεί σε περιορισμένες συζητήσεις με άλλους και συχνή παραμέληση των προσωπικών αναγκών, για τις οποίες ο πάσχον χρειάζεται επίβλεψη.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι σχεδόν ολοκληρωτικά αποσυρμένος, χωρίς επικοινωνία και παραμελεί τις προσωπικές του ανάγκες ως αποτέλεσμα έντονης έλλειψης ενδιαφέροντος και συναισθηματικής δέσμευσης.

A3. Μειωμένη Επικοινωνιακή Ανταπόκριση (Πενία Λόγου)

Έλλειψη διαπροσωπικής ενσυναίσθησης. Δεκτικότητα στη συζήτηση και αίσθημα εγγύτητας, ενδιαφέροντος ή εμπλοκή με τον εξεταστή. Αυτό γίνεται εμφανές από τη διαπροσωπική αποστασιοποίηση και τη μειωμένη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Η βάση για την αξιολόγηση είναι η διαπροσωπική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

- 1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει
- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
- 3.Ήπιος βαθμός: Η συζήτηση χαρακτηρίζεται από επιτηδευμένο, τεταμένο ή αφύσικο τόνο. Μπορεί να είναι ελλιπής σε συναισθηματικό βάθος ή τείνει να παραμένει σε ένα απρόσωπο διανοητικό επίπεδο.
4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον τυπικά είναι απρόσιτος, με τη διαπροσωπική απόσταση να είναι αρκετά εμφανής. Ο πάσχον μπορεί να απαντά στις ερωτήσεις μηχανικά, βαριεστημένα ή να εκφράζει έλλειψη ενδιαφέροντος.
- 5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Η έλλειψη εμπλοκής είναι εμφανής και ξεκάθαρα εμποδίζει την αποδοτικότητα της συνέντευξης. Ο πάσχον ίσως τείνει να αποφεύγει τη βλεμματική επαφή.
6. Σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι εξαιρετικά αδιάφορος με εξεσημασμένη διαπροσωπική απόσταση. Οι απαντήσεις είναι επιπόλαιες και υπάρχουν ελάχιστες εξωλεκτικές ενδείξεις εμπλοκής. Η βλεμματική επαφή συχνά αποφεύγεται.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι πλήρως αμέτοχος στη συνέντευξη. Φαίνεται να είναι τελείως αδιάφορος και μονίμως αποφεύγει λεκτικές και εξωλεκτικές αλληλεπιδράσεις κατά τη συνέντευξη.

A4. Παθητική / απαθής Κοινωνική Απόσυρση

Μειωμένο ενδιαφέρον και πρωτοβουλία στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις λόγω παθητικότητας, απάθειας, αδράνειας, ή αβουλησίας. Αυτό οδηγεί σε μειωμένη διαπροσωπική εμπλοκή και παραμέληση των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας. Η βάση για την αξιολόγηση είναι αναφορές για την κοινωνική συμπεριφορά από επαγγελματίες υγείας ή από τα μέλη της οικογένειας.

- 1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει
- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
- 3.Ήπιος βαθμός: Ο πάσχον δείχνει περιστασιακά ενδιαφέρον σε κοινωνικές δραστηριότητες αλλά πτωχή πρωτοβουλία. Συνήθως εμπλέκεται με τους άλλους μόνο όταν προσεγγίζεται πρώτα από αυτούς.
4. Μέτριος βαθμός: Ακολουθεί παθητικά τις περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες αλλά με έναν αδιάφορο ή μηχανικό τρόπο. Τείνει να υποχωρεί στο περιθώριο.
- 5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Συμμετέχει παθητικά σε ελάχιστες δραστηριότητες και δεν δείχνει πρακτικά κανένα ενδιαφέρον ή πρωτοβουλία. Γενικά περνά ελάχιστο χρόνο με άλλους.
6. Σοβαρός βαθμός: Τείνει να είναι απαθής και απομονωμένος, συμμετέχοντας πολύ σπάνια σε κοινωνικές δραστηριότητες και παραμελώντας περιστασιακά τις προσωπικές του ανάγκες. Έχει πολύ λίγες αυθόρμητες κοινωνικές επαφές.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Εντελώς απαθής, κοινωνικά απομονωμένος και αμελής στις προσωπικές του ανάγκες.

A5. Δυσκολία στην Αφαιρετική Σκέψη

Δυσλειτουργία στη χρήση του αφαιρετικού – συμβολικού τρόπου σκέψης, όπως γίνεται εμφανής από δυσκολία στην ταξινόμηση, στη γενίκευση και στη μετάβαση πέρα από συγκεκριμένη ή εγωκεντρική σκέψη σε καθήκοντα επίλυσης προβλημάτων. Η βάση για την αξιολόγηση είναι απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν ομοιότητες και ερμηνεία παροιμιών και χρήση του συγκεκριμένου έναντι αφηρημένου τρόπου σκέψης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3.Ήπιος βαθμός: Τείνει να δίνει κυριολεκτικές ή εξατομικευμένες ερμηνείες στις πιο δύσκολες παροιμίες και μπορεί να έχει κάποιες δυσκολίες με έννοιες που είναι σχετικά αφηρημένες ή με απομακρυσμένη συσχέτιση.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχων συχνά χρησιμοποιεί συγκεκριμένο τρόπο σκέψης. Έχει δυσκολία με τις περισσότερες παροιμίες και κάποιες κατηγορίες. Τείνει να αποσπάται από λειτουργικές απόψεις και εξέχοντα χαρακτηριστικά.

5.Μετρίως σοβαρός βαθμός: Λειτουργεί κυρίως με συγκεκριμένο τρόπο σκέψης. έχοντας δυσκολία με τις περισσότερες παροιμίες και πολλές κατηγορίες.

6. Σοβαρός βαθμός: Ανίκανος να καταλάβει το αφηρημένο νόημα οποιασδήποτε παροιμίας ή μεταφορικών εκφράσεων. Μπορεί να κάνει ταξινόμηση μόνο για τις πιο απλές ομοιότητες. Η σκέψη είναι είτε κενή είτε περιορισμένη σε λειτουργικές απόψεις, εξέχοντα στοιχεία και ιδιοσυγκρασιακές ερμηνείες.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Μπορεί να χρησιμοποιήσει μόνο συγκεκριμένο τρόπο σκέψης. Δεν δείχνει καμία κατανόηση των παροιμιών, των συχνών μεταφορών ή ομοιοτήτων και των απλών κατηγοριών. Ακόμα και εξέχοντα και λειτουργικά γνωρίσματα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για κατηγοριοποίηση. Αυτή η βαθμολόγηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για εκείνους που δεν μπορούν να αλληλοεπιδράσουν ούτε κατά το ελάχιστο με τον εξεταστή λόγω εξεσημασμένης γνωσιακής δυσλειτουργίας.

A6. Απουσία αυθόρμητης επικοινωνίας και ροής της συζήτησης

Μείωση στη φυσιολογική ροή της επικοινωνίας σχετιζόμενη με απάθεια, αβουλησία, αμυντική στάση ή γνωσιακά ελλείμματα. Αυτό γίνεται εμφανές από τη μειωμένη ροή και αποδοτικότητα των λεκτικών-διαδραστικών διαδικασιών. Η βάση για την αξιολόγηση είναι οι γνωσιακές – λεκτικές διαδικασίες όπως παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Ελάχιστη πρωτοβουλία κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Οι απαντήσεις του πάσχοντος τείνουν να είναι σύντομες και λακωνικές («χωρίς στολίδια»), με αποτέλεσμα να απαιτούνται άμεσες και καθοδηγητικές ερωτήσεις από τον εξεταστή.
4. Μέτριος βαθμός: Δεν υπάρχει ελεύθερη ροή στη συζήτηση και έτσι μοιάζει ανομοιόμορφη ή διστακτική. Χρειάζονται συχνά καθοδηγητικές ερωτήσεις για να εκμαιεύσει κανείς επαρκείς απαντήσεις και να συνεχίσει με τη συνέντευξη.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχων δείχνει εξεσημασμένη έλλειψη αυθόρμητης επικοινωνίας και δεκτικότητας, απαντώντας στις ερωτήσεις του εξεταστή με μόνο μια ή δυο σύντομες προτάσεις.
6. Σοβαρός βαθμός: Οι απαντήσεις του πάσχοντος είναι περιορισμένες κυρίως σε λίγες λέξεις ή βραχείες φράσεις που σκοπό έχουν να αποφύγουν ή να συντομεύσουν την επικοινωνία (πχ. «Δεν ξέρω», «Δεν θέλω να πω»). Ως αποτέλεσμα, η συζήτηση είναι σοβαρά επηρεασμένη και η συνέντευξη είναι εξαιρετικά αναποτελεσματική.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η λεκτική παραγωγή είναι περιορισμένη το πολύ σε σποραδικές φωνητικές εκφράσεις κάνοντας τη συνέντευξη αδύνατη.

A7. Στερεότυπη Σκέψη

Μειωμένη ροή, αυθορμητισμός και ευελιξία στη σκέψη, όπως γίνεται εμφανές από το άκαμπτο, επαναλαμβανόμενο ή κενό περιεχόμενο σκέψης. Η βάση για την αξιολόγηση είναι οι γνωσιακές – λεκτικές διαδικασίες όπως παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει
2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία, μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Ενός βαθμού ακαμψία φαίνεται στη στάση και τις πεποιθήσεις. Ο πάσχων μπορεί να αρνείται να σκεφτεί εναλλακτικές θέσεις ή να έχει δυσκολία στην αλλαγή από τη μια ιδέα στην άλλη.
4. Μέτριος βαθμός: Η συζήτηση περιστρέφεται γύρω από ένα επαναλαμβανόμενο θέμα οδηγώντας σε δυσκολία στην αλλαγή σε ένα νέο θέμα.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Η σκέψη είναι άκαμπτη και επαναλαμβανόμενη σε σημείο που, παρά τις προσπάθειες του εξεταστή, η συζήτηση περιορίζεται σε μόνο δυο ή τρία κυρίαρχα θέματα.
6. Σοβαρός βαθμός: Ανεξέλεγκτη επανάληψη απαιτήσεων, δηλώσεων, ιδεών ή ερωτήσεων που δυσκολεύει σοβαρά τη συζήτηση.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η σκέψη, η συμπεριφορά και η συζήτηση κυριαρχούνται από συνεχή επανάληψη πάγιων ιδεών ή περιορισμένων φράσεων, γεγονόσ που οδηγεί σε σημαντική ακαμψία, ακαταλληλότητα και περιορισμό της επικοινωνίας του πάσχοντος.

Υποκλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας

Γ1. Σωματική ενασχόληση

Σωματικά ενοχλήματα ή ιδέες σωματικών ασθενειών ή δυσλειτουργιών. Αυτό μπορεί να κυμαίνεται από το αίσθημα μιας αόριστης αίσθησης κακής σωματικής κατάστασης έως και ξεκάθαρες παραληρητικές ιδέες καταστρεπτικών σωματικών ασθενειών. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι το περιεχόμενο σκέψης όπως αυτό εκφράζεται κατά τη συνέντευξη.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Σαφής ανησυχία για θέματα υγείας και σωματικής λειτουργίας. όπως γίνεται εμφανές από περιστασιακές ερωτήσεις και επιθυμία για καθησυχασμό.

4. Μέτριος βαθμός: Παράπονα για κακή υγεία ή σωματική δυσλειτουργία. αλλά δεν υπάρχουν παραληρητικές πεποιθήσεις και η υπερβολική ανησυχία μπορεί να μετριαστεί με καθησυχασμό.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον εκφράζει πολλαπλά ή συχνά παράπονα σε σχέση με φυσική νόσο ή σωματική δυσλειτουργία. ή αλλιώς ο πάσχον αποκαλύπτει μια ή δυο σαφείς παραληρητικές ιδέες σχετικές με τα θέματα αυτά. οι οποίες ωστόσο δεν τον προβληματίζουν ιδιαίτερα.

6. Σοβαρός βαθμός: Μια ή λίγες σαφείς παραληρητικές ιδέες σχετικά με σωματική νόσο ή οργανική δυσλειτουργία προβληματίζουν τον πάσχοντα. αλλά το συναίσθημα δεν είναι πλήρως βυθισμένο σε αυτά τα θέματα και οι σκέψεις μπορούν να εκτραπούν. με προσπάθεια εκ μέρους του εξεταστή.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Πολλαπλές και συχνά αναφερόμενες σωματικές παραληρητικές ιδέες. ή λίγες μόνο παραληρητικές ιδέες καταστροφικής φύσης. που κυριαρχούν πλήρως στο συναίσθημα ή τη σκέψη του πάσχοντα.

Γ2.Αγχώδες συναίσθημα

Υποκειμενική εμπειρία νευρικότητας. ανησυχίας. φόβου ή υπερκινητικότητας που κυμαίνεται από ένα αίσθημα υπερβολικής ανησυχίας για το παρόν ή το μέλλον έως και την εμφάνιση συμπτωμάτων πανικού. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η λεκτική αναφορά κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και οι αντίστοιχες φυσικές εκδηλώσεις.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Ο πάσχον εκφράζει κάποιου βαθμού ανησυχία. υπεραπασχόληση ή υποκειμενικό αίσθημα νευρικότητας. αλλά καμία σωματική ή συμπεριφορική συνέπεια δεν αναφέρεται ή παρατηρείται.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον αναφέρει σαφή συμπτώματα νευρικότητας. τα οποία αντανακλώνται σε ήπιες φυσικές εκδηλώσεις όπως τρόμο άκρας χείρας και υπερβολική εφίδρωση.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον αναφέρει σοβαρά συμπτώματα άγχους τα οποία έχουν σημαντικές σωματικές και συμπεριφορικές συνέπειες. όπως εξεσημασμένη ένταση. διαταραχές στη συγκέντρωση. αίσθημα παλμών και μειωμένο ύπνο.

6. Σοβαρός βαθμός: Υποκείμενη κατάσταση σχεδόν συνεχούς φόβου. που σχετίζεται με φοβίες, εξεσημασμένη υπερκινητικότητα ή πολλαπλές σωματικές εκδηλώσεις.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η ζωή του πάσχοντα διαταράσσεται σοβαρά εξαιτίας του άγχους. το οποίο υπάρχει σχεδόν συνεχώς και κατά καιρούς φτάνει σε επίπεδα πανικού ή εκδηλώνεται με αληθείς κρίσεις πανικού.

Γ3. Αίσθημα ενοχής

Αίσθημα τύψεων ή αυτό-κατηγορίας για πραγματικά ή φανταστικά σφάλματα στο παρελθόν. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η λεκτική αναφορά αισθημάτων ενοχής κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και η επιρροή στη στάση και τις σκέψεις του ατόμου.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Όταν ο πάσχον ερωτάται, αναφέρεται μια αόριστη αίσθηση ενοχής ή αυτό-κατηγορίας για ένα ασήμαντο περιστατικό, αλλά ο πάσχον δεν ανησυχεί ιδιαίτερα.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον εκφράζει σαφή ανησυχία για την ευθύνη του όσον αφορά ένα πραγματικό περιστατικό στη ζωή του, αλλά δεν είναι απορροφημένος από τη σκέψη αυτή και η στάση και η συμπεριφορά του είναι ουσιαστικά ανεπηρέαστες.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον εκφράζει μια έντονη αίσθηση ενοχής η οποία σχετίζεται με αποδοκιμασία προς τον εαυτό του ή με την πεποίθηση ότι αξίζει να τιμωρηθεί. Το αίσθημα ενοχής μπορεί να έχει παραληρητική βάση, μπορεί να το αναφέρει αυθόρμητα, μπορεί να αποτελεί πηγή επίμονης ενασχόλησης ή/και καταθλιπτικής διάθεσης, και δεν μπορεί να μετριαστεί εύκολα από τον εξεταστή.

6. Σοβαρός βαθμός: Ισχυρές ιδέες ενοχής που έχουν παραληρητική ποιότητα και οδηγούν σε μια στάση απελπισίας ή αναξιότητας. Ο πάσχον πιστεύει ότι πρέπει να του επιβληθούν αυστηρές κυρώσεις για τα λάθη του και ίσως ακόμη θεωρεί την παρούσα κατάσταση του σαν μια τέτοια τιμωρία.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η ζωή του πάσχοντα κυριαρχείται από ακλόνητες παραληρητικές ιδέες ενοχής, για τις οποίες αισθάνεται ότι αξίζει μια δραστική τιμωρία, όπως ισόβια κάθειρξη, βασανιστήρια ή ακόμα και θάνατο. Μπορεί να υπάρχουν σχετιζόμενες αυτοκτονικές σκέψεις ή απόδοση προβλημάτων άλλων ατόμων στα δικά του παρελθοντικά λάθη.

Γ4. Ένταση

Εμφανείς φυσικές εκδηλώσεις φόβου, άγχους και διέγερσης όπως δυσκαμψία, τρόμος, έντονη εφίδρωση και υπερκινητικότητα. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η λεκτική αναφορά που επιβεβαιώνει το άγχος και η σοβαρότητα των φυσικών εκδηλώσεων που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Η στάση του σώματος του ατόμου και οι κινήσεις του δείχνουν ήπια νευρικήτητα . για παράδειγμα ήπια δυσκαμψία. περιστασιακή υπερκινησία. συχνές αλλαγές θέσης. ή λεπτός τρόμος άκρων.
4. Μέτριος βαθμός: Σαφώς νευρική εμφάνιση η οποία προκύπτει από διάφορες εκδηλώσεις. όπως νευρικά τικ. εμφανή τρόμο άνω άκρων. υπερβολική εφίδρωση ή νευρικούς μανιερισμούς.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Αισθητή ένταση η οποία γίνεται αντιληπτή από πολλαπλές εκδηλώσεις όπως νευρικό τρόπο. έντονη εφίδρωση και υπερκινητικότητα . αλλά η διεξαγωγή της συνέντευξης δεν επηρεάζεται σημαντικά.
6. Σοβαρός βαθμός: Έντονα αισθητή ένταση σε σημείο που διαταράσσονται οι διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Ο πάσχων για παράδειγμα μπορεί να έχει συνεχώς νευρικά τικ. να μη μπορεί να καθίσει για πολύ ή να παρουσιάζει υπεραερισμό.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένη ένταση που εκδηλώνεται με σημεία πανικού ή σοβαρής κινητικής επιτάχυνσης όπως γρήγορος και ανήσυχος βηματισμός και αδυναμία να παραμείνει καθιστός για πάνω από ένα λεπτό. που κάνει τη διεξαγωγή της συνέντευξης. σε αυτή τη φάση. αδύνατη.

Γ5. Στερεότυπες κινήσεις και μανιερισμοί

Αφύσικες κινήσεις ή στάση του σώματος που χαρακτηρίζεται ως αδέξια. επιτηδευμένη. αποδιοργανωμένη ή αλλόκοτη. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η παρατήρηση φυσικών εκδηλώσεων κατά τη διάρκεια της συνέντευξης καθώς και αναφορές από το επαγγελματίες υγείας ή από τα μέλη της οικογένειας.

- 1.Απουσία Ο ορισμός δεν ισχύει
- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Αδέξιες ή άτσαλες κινήσεις ή ήπια δυσκαμψία στη στάση του σώματος.
4. Μέτριος βαθμός: Οι κινήσεις είναι ιδιαίτερα αδέξιες ή αποσυνδεδεμένες. ή μια αφύσικη στάση του σώματος διατηρείται για σύντομες χρονικές περιόδους.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Περιστασιακά. παρατηρούνται παράδοξα τελετουργικά ή στρεβλωμένη στάση του σώματος. ή μια αφύσικη θέση διατηρείται για παρατεταμένες χρονικές περιόδους.
6. Σοβαρός βαθμός: Συχνή επανάληψη αλλόκοτων τελετουργικών . ή στερεότυπων κινήσεων. ή μια στρεβλωμένη στάση σώματος διατηρείται για παρατεταμένες χρονικές περιόδους.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η λειτουργικότητα επιβαρύνεται σοβαρά από τη συνεχή εμπλοκή σε τελετουργικές. μανιεριστικές ή στερεότυπες κινήσεις. ή μια αφύσικη σταθερή στάση σώματος διατηρείται την περισσότερη ώρα.

Γ6. Καταθλιπτικό συναίσθημα

Αίσθημα θλίψης, αποθάρρυνσης, αβοηθητότητας και απαισιοδοξίας. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η λεκτική αναφορά καταθλιπτικής διάθεσης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και η παρατηρούμενη επίδραση της στη στάση και τη συμπεριφορά.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Ο πάσχον εκφράζει κάποια θλίψη ή απογοήτευση μόνο όταν ερωτηθεί. αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις κατάθλιψης στη γενική στάση ή τη συμπεριφορά.

4. Μέτριος βαθμός: Σαφή αισθήματα θλίψης ή αβοηθητότητας . τα οποία ο πάσχον πιθανόν να εκφράζει αυθόρμητα. αλλά η καταθλιπτική διάθεση δεν έχει μεγάλη επίδραση στη συμπεριφορά ή την κοινωνική λειτουργικότητα και θα μπορούσε κάποιος «να του φτιάξει το κέφι».

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Σαφής καταθλιπτική διάθεση που σχετίζεται με εμφανή θλίψη, απαισιοδοξία, απώλεια κοινωνικού ενδιαφέροντος, ψυχοκινητική επιβράδυνση και με ορισμένες επιπτώσεις στην όρεξη και τον ύπνο. Η διάθεση του πάσχοντος δεν βελτιώνεται εύκολα.

6. Σοβαρός βαθμός: Σοβαρής έντασης καταθλιπτική διάθεση, που σχετίζεται με συνεχές αίσθημα μελαγχολίας, περιστασιακό κλάμα, αβοηθητητότητα και αίσθημα αναξιότητας. Επιπρόσθετα, παρατηρείται σοβαρή επίπτωση στην όρεξη και/ή στον ύπνο, καθώς και στη ψυχοκινητικότητα και τις κοινωνικές δεξιότητες, με πιθανά σημάδια αυτό-παραμέλησης.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν σοβαρή επίπτωση στους μείζονες τομείς της λειτουργικότητας. Οι εκδηλώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν συχνό κλάμα, έντονα σωματικά συμπτώματα, μειωμένη συγκέντρωση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, κοινωνική αδιαφορία, πιθανόν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες και/ή πιθανό αυτοκτονικό ιδεασμό ή αυτοκτονική συμπεριφορά.

Γ7. Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Μείωση της κινητικής δραστηριότητας όπως αντικατοπτρίζεται στην επιβράδυνση ή τη μείωση των κινήσεων και του λόγου, στη μειωμένη ανταπόκριση στα ερεθίσματα και στον μειωμένο τόνο σώματος. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι οι εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης καθώς και αναφορές από επαγγελματίες υγείας και από τα μέλη της οικογένειας.

1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Ήπια αλλά αισθητά μειωμένος ρυθμός των κινήσεων ή της ομιλίας. Ο πάσχον μπορεί να παρουσιάζει κάπως μειωμένη παραγωγικότητα όσον αφορά τις κινήσεις και την ομιλία.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον παρουσιάζει εμφανή βραδυκίνησια και ο λόγος μπορεί να χαρακτηρίζεται από πτωχή παραγωγικότητα, περιλαμβάνοντας καθυστερημένη λεκτική ανταπόκριση, εκτεταμένες παύσεις ή αργό ρυθμό.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Παρατηρείται σημαντική μείωση της κινητικής δραστηριότητας η οποία καθιστά την επικοινωνία έντονα μη παραγωγική. ή μειώνει την λειτουργικότητα σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις. Ο πάσχον συχνά παραμένει καθισμένος ή ξαπλωμένος.
6. Σοβαρός βαθμός: Οι κινήσεις είναι εξαιρετικά αργές. με αποτέλεσμα να παρατηρείται ελάχιστη δραστηριότητα ή ομιλία. Ουσιαστικά ο πάσχον περνάει την ημέρα του αδρανής ή ξαπλωμένος.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι σχεδόν τελείως ακίνητος και πρακτικά δεν ανταποκρίνεται σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Γ8. Απουσία συνεργασίας

Ενεργή άρνηση συνεργασίας με τους σημαντικούς άλλους. συμπεριλαμβανομένου και του εξεταστή. των επαγγελματιών υγείας ή της οικογένειας. η οποία μπορεί να σχετίζεται με δυσπιστία. αμυντικότητα. ισχυρογνωμοσύνη. αρνητισμό. απόρριψη της εξουσίας. εχθρότητα ή εριστικότητα. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η διαπροσωπική συμπεριφορά που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης καθώς και οι αναφορές των επαγγελματιών υγείας ή της οικογένειας.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει
2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Ο πάσχον συνεργάζεται όμως με μια στάση δυσaráσκειας. ανυπομονησία ή σαρκασμού. Μπορεί να ενίσταται με μη προσβλητικό τρόπο σε ευαίσθητες ερωτήσεις κατά τη συνέντευξη.
4. Μέτριος βαθμός: Περιστασιακά. σαφή άρνηση συμμόρφωσης με τις συνήθειες κοινωνικές απαιτήσεις. όπως το στρώσιμο του κρεβατιού. η συμμετοχή σε προγραμματισμένες δραστηριότητες κτλ. Ο πάσχον μπορεί να παρουσιάζει εχθρική. αμυντική ή αρνητική στάση αλλά συνήθως μπορεί να δουλευτεί.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον συχνά. δεν συνεργάζεται με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του και μπορεί να χαρακτηρίζεται από τους άλλους ως «απόκληρος» (εκτός των κοινωνικών προτύπων) ή να θεωρείται ότι έχει «σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς». Η απουσία συνεργασίας αντικατοπτρίζεται στην εμφανώς αμυντική ή εριστική στάση προς τον εξεταστή. και πιθανώς σε απροθυμία να απαντήσει σε αρκετές ερωτήσεις.
6. Σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι εξαιρετικά μη συνεργάσιμος. αρνητικός και πιθανόν εριστικός. Αρνείται να συμμορφωθεί με τις περισσότερες κοινωνικές απαιτήσεις και μπορεί να είναι απρόθυμος να ξεκινήσει ή να ολοκληρώσει τη συνέντευξη.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ενεργή αντίσταση που επηρεάζει πρακτικά όλους τους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του πάσχοντος. Ο πάσχον πιθανόν να αρνείται να συμμετέχει σε οποιοδήποτε κοινωνική δραστηριότητα. να φροντίσει την προσωπική του υγιεινή. να συνδιαλλαγεί με την οικογένεια ή τους επαγγελματίες υγείας. και να συμμετέχει έστω και για λίγο σε μια συνέντευξη.

Γ9. Ασυνήθιστο περιεχόμενο σκέψης

Σκέψη που χαρακτηρίζεται από παράξενες ή φανταστικές ή αλλόκοτες ιδέες. που κυμαίνονται από αποκομμένες (από το πλαίσιο) ή άτυπες σκέψεις έως διαστρεβλωμένες, παράλογες και εμφανώς παράδοξες ιδέες. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι το περιεχόμενο σκέψης όπως αυτό εκφράζεται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει
2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Το περιεχόμενο σκέψης είναι κάπως περίεργο ή ιδιοσυγκρασιακό. ή οικείες ιδέες πλαισιώνονται σε ένα εκκεντρικό πλαίσιο.
4. Μέτριος βαθμός: Οι ιδέες συχνά διαστρεβλώνονται και περιστασιακά φαίνονται αρκετά αλλόκοτες.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον εκφράζει πολλές παράξενες και φανταστικές ιδέες (πχ. ότι είναι ο υιοθετημένος γιος ενός βασιλιά. ότι είναι δραπετής από θανατική ποινή). ή ορισμένες ιδέες που είναι εμφανώς παράλογες (πχ. ότι έχει εκατοντάδες παιδιά. ότι λαμβάνει ραδιοφωνικά μηνύματα από το διάστημα μέσω ενός σφραγίσματος στα δόντια).
6. Σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον εκφράζει πολλές παράλογες ή παράδοξες ιδέες οι οποίες έχουν σαφώς αλλόκοτη ποιότητα (πχ. Ότι έχει τρία κεφάλια. ότι είναι επισκέπτης από άλλο πλανήτη).
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η σκέψη είναι γεμάτη με παράλογες, παράξενες και αποκρουστικές ιδέες.

Γ10. Αποπροσανατολισμός

Έλλειψη επίγνωσης της σχέσης κάποιου με το περιβάλλον. συμπεριλαμβανομένων των προσώπων. του τόπου και του χρόνου που μπορεί να οφείλεται σε σύγχυση ή απόσυρση. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι οι απαντήσεις σε ερωτήσεις σχετικά με τον προσανατολισμό κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει
2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Ο γενικός προσανατολισμός είναι επαρκής. αλλά υπάρχει κάποια δυσκολία με τις λεπτομέρειες. Για παράδειγμα. ο πάσχον γνωρίζει την τοποθεσία του. αλλά όχι τη διεύθυνση. γνωρίζει τα ονόματα του προσωπικού αλλά όχι την ιδιότητά τους. ξέρει το μήνα αλλά μπερδεύει την ημέρα της εβδομάδας με μια παρακείμενη . ή κάνει λάθος στην ημερομηνία κατά περισσότερες από δυο ημέρες. Μπορεί να υπάρχει περιορισμός του ενδιαφέροντος που εκφράζεται ως οικειότητα με το άμεσο αλλά όχι με το εκτεταμένο περιβάλλον. όπως η ικανότητα αναγνώρισης του προσωπικού. αλλά όχι του δημάρχου. του κυβερνήτη ή του προέδρου.
4. Μέτριος βαθμός: Μόνο μερική επιτυχία στην αναγνώριση προσώπων. χώρου και χρόνου. Για παράδειγμα ο πάσχον γνωρίζει ότι βρίσκεται σε νοσοκομείο αλλά όχι το όνομα του. γνωρίζει το όνομα της

πόλης του αλλά όχι το δήμο ή την περιοχή. γνωρίζει το όνομα του βασικού θεραπευτή αλλά όχι των υπόλοιπων φροντιστών. γνωρίζει το έτος ή την εποχή αλλά δεν είναι σίγουρος για το μήνα.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Αξιοσημείωτη αποτυχία στην αναγνώριση προσώπων, τόπου και χρόνου. Ο πάσχον έχει μόνο μια αόριστη ιδέα για το που βρίσκεται και δεν φαίνεται να αναγνωρίζει τους περισσότερους ανθρώπους που βρίσκονται στο περιβάλλον του. Ίσως να μπορεί να ταυτοποιήσει το έτος σωστά ή σχεδόν σωστά, αλλά δε γνωρίζει τον τρέχοντα μήνα, την ημέρα της εβδομάδας ή ακόμα και την εποχή.

6. Σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένη αποτυχία αναγνώρισης προσώπων, τόπου και χρόνου. Για παράδειγμα ο πάσχον δεν έχει καμία γνώση της τοποθεσίας του, κάνει λάθος στην ημερομηνία κατά περισσότερο από ένα χρόνο, μπορεί να ονομάσει μόνο ένα ή δυο άτομα στο τρέχον πλαίσιο ζωής του.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον εμφανίζεται εντελώς αποπροσανατολισμένος όσον αφορά τα πρόσωπα, τον τόπο και το χρόνο. Υπάρχει μεγάλη σύγχυση ή απόλυτη άγνοια σχετικά με την τοποθεσία του, το τρέχον έτος ή ακόμα και σχετικά με τα πιο οικεία του άτομα όπως τους γονείς, τον/την σύζυγο, τους φίλους και τον βασικό θεραπευτή.

Γ10. Δυσκολία προσοχής

Αποτυχία στην εστιασμένη εγρήγορση, η οποία εκδηλώνεται με πτωχή συγκέντρωση, εύκολη απόσπαση προσοχής από εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, και δυσκολία στην εστίαση και διατήρηση της προσοχής ή αλλαγή της εστίασης σε νέα ερεθίσματα. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι οι εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία, μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Περιορισμένη συγκέντρωση εμφανής από περιστασιακή τάση για διάσπαση ή αστάθεια στην προσοχή, ιδίως προς το τέλος της συνέντευξης.

4. Μέτριος βαθμός: Η συζήτηση επηρεάζεται από την τάση να διασπάται εύκολα η προσοχή του πάσχοντος, από τη δυσκολία διατήρησης της συγκέντρωσης του σε ένα συγκεκριμένο θέμα για πολύ ώρα, ή από προβλήματα στην αλλαγή εστίασης σε νέα θέματα.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Η συζήτηση παρεμποδίζεται σημαντικά εξαιτίας της δυσκολίας συγκέντρωσης, της διάσπασης προσοχής και της δυσκολίας αλλαγής εστίασης καταλλήλως.

6. Σοβαρός βαθμός: Η προσοχή του πάσχοντος μπορεί να μείνει εστιασμένη μόνο για λίγες στιγμές ή με μεγάλη προσπάθεια, λόγω εξεσημασμένης απόσπασης προσοχής από εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Η προσοχή του πάσχοντος είναι τόσο διαταραγμένη που δεν είναι δυνατή ακόμη και μια πολύ σύντομη συνομιλία.

Γ11. Απουσία κρίσης και εναισθησίας

Μειωμένη επίγνωση ή κατανόηση της ψυχιατρικής κατάστασης και των συνθηκών ζωής του πάσχοντος. Αυτό είναι εμφανές από την αποτυχία αναγνώρισης παρελθοντικών ή παρόντων ψυχιατρικών νόσων ή συμπτωμάτων. την άρνηση ανάγκης για ψυχιατρική νοσηλεία ή θεραπεία. αποφάσεις που χαρακτηρίζονται από κακό υπολογισμό των συνεπειών και μη ρεαλιστικό βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο σχεδιασμό. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι το περιεχόμενο σκέψης όπως αυτό εκφράζεται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Το άτομο αναγνωρίζει ότι έχει κάποια ψυχική διαταραχή. αλλά σαφώς υποτιμά τη σοβαρότητά της. την συνεπακόλουθη ανάγκη για θεραπεία. ή την αναγκαιότητα λήψης μέτρων για αποφυγή υποτροπής. Ο σχεδιασμός για το μέλλον ίσως είναι πτωχός.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχων δείχνει μόνο ασαφή ή ρηχή αναγνώριση της ασθένειας. Μπορεί να υπάρχουν διακυμάνσεις στην αναγνώριση του ό.τι είναι άρρωστος ή ελλιπής επίγνωση των μείζονων συμπτωμάτων που είναι παρόντα. όπως παραληρητικές ιδέες. αποδιοργανωμένη σκέψη. παρανοϊκότητα και κοινωνική απόσυρση. Ο πάσχων πιθανόν εκλογικεύει την ανάγκη για θεραπεία με όρους ανακούφισης ή σσονων συμπτωμάτων όπως άγχος. ένταση και δυσκολία στον ύπνο.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχων αναγνωρίζει παρελθούσα αλλά όχι παρούσα ψυχιατρική διαταραχή. Εάν αμφισβητηθεί. το άτομο ίσως παραδεχτεί την ύπαρξη ορισμένων άσχετων ή ασήμαντων συμπτωμάτων. τα οποία τείνει να δικαιολογεί μέσω σημαντικών παρερμηνειών ή παραληρητικών σκέψεων. Η ανάγκη για θεραπεία παρομοίως δεν αναγνωρίζεται.

6. Σοβαρός βαθμός: Ο πάσχων αρνείται ότι είχε ποτέ κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Απορρίπτει την παρουσία οποιονδήποτε ψυχιατρικών συμπτωμάτων στο παρελθόν ή στο παρόν. ενώ. αν και συμμορφώνεται. αρνείται την ανάγκη για θεραπεία ή νοσηλεία.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Εμφατική άρνηση παρελθούσας ή παρούσας ψυχιατρικής νόσου. Η παρούσα νοσηλεία και θεραπεία ερμηνεύεται παραληρητικά (πχ. Ως τιμωρία για σφάλματα. ως δώξη από βασανιστές κτλ.) και συνεπώς αρνείται να συνεργαστεί με τους θεραπευτές. την αγωγή ή άλλες πτυχές τις θεραπείας.

Γ12. Διαταραχή βούλησης

Διαταραχή στην εκούσια έναρξη. διατήρηση και έλεγχο των σκέψεων. της συμπεριφοράς. των κινήσεων και του λόγου. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι το περιεχόμενο σκέψης και η συμπεριφορά όπως αυτά εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Υπάρχουν ενδείξεις ενός βαθμού αναποφασιστικότητας στη συζήτηση και τη σκέψη. κάτι που μπορεί να εμποδίζει τις λεκτικές και γνωστικές διαδικασίες σε μικρό βαθμό.
4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον είναι συχνά αμφιθυμικός και δείχνει σαφή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Η συνομιλία μπορεί να καταστεί δύσκολη εξαιτίας αλλαγών στη σκέψη (αμφιθυμία). και κατά συνέπεια. οι λεκτικές και γνωστικές λειτουργίες είναι σαφώς επηρεασμένες.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Η διαταραχή στη βούληση παρεμβαίνει στη σκέψη καθώς και τη συμπεριφορά. Ο πάσχον δείχνει έντονη αναποφασιστικότητα η οποία παρεμποδίζει την έναρξη και διατήρηση των κοινωνικών και κινητικών δραστηριοτήτων. και η οποία μπορεί επίσης να είναι εμφανής ως διακοπή του λόγου.
6. Σοβαρός βαθμός: Η διαταραχή της βούλησης παρεμβαίνει στην εκτέλεση απλών αυτόματων κινητικών λειτουργιών όπως το ντύσιμο. η προσωπική υγιεινή. και επηρεάζει σημαντικά το λόγο.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Σχεδόν πλήρης αποτυχία της βουλευτικής ικανότητας η οποία εκδηλώνεται με σοβαρή αναστολή της κίνησης και του λόγου που οδηγεί σε ακινησία και/ή αλαλία.

Γ13. Δυσκολία ελέγχου παρορμητικότητας

Διαταραχή στη ρύθμιση και τον έλεγχο πάνω στις εσωτερικές παρορμήσεις. με αποτέλεσμα ξαφνική. απροσάρμοστη. παρορμητική ή κατευθυνόμενη σε λάθος στόχο απελευθέρωση της έντασης και των συναισθημάτων χωρίς να υπολογίζονται οι συνέπειες. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η συμπεριφορά που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ή που αναφέρεται από τους επαγγελματίες υγείας και τα μέλη της οικογένειας.

- 1.Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει
- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Ο πάσχον τείνει να θυμώνει και να απογοητεύεται εύκολα όταν αντιμετωπίζει στρες ή ματαιώση. αλλά σπάνια αντιδρά παρορμητικά.
4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον θυμώνει και γίνεται λεκτικά επιθετικός ακόμα και με ελάχιστη πρόκληση. Πιθανόν να γίνεται περιστασιακά απειλητικός. καταστρεπτικός ή να παρουσιάζει ένα ή δυο επεισόδια που περιλαμβάνουν φυσική συμπλοκή ή διαπληκτισμό.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον εμφανίζει επαναλαμβανόμενα παρορμητικά επεισόδια που περιλαμβάνουν λεκτική επιθετικότητα. καταστροφή περιουσίας ή φυσικές απειλές. Ενδέχεται να υπάρχουν ένα ή δυο επεισόδια που περιλαμβάνουν σοβαρή επίθεση. για την οποία απαιτείται απομόνωση. φυσικό περιορισμό ή χορήγηση της κατ' επείγουσα (P.r.n.) φαρμακευτικής αγωγής.
6. Σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον είναι συχνά παρορμητικός. επιθετικός. απειλητικός. απαιτητικός και καταστροφικός. χωρίς αναλογισμό των συνεπειών. Δείχνει επιθετική συμπεριφορά και μπορεί επίσης να

είναι σεξουαλικά επιθετικός. Πιθανόν να ανταποκρίνεται συμπεριφορικά σε εντέλλουσες ακουστικές ψευδαισθήσεις.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον εμφανίζει ετεροκαταστροφική, σεξουαλικά επιθετική, επαναλαμβανόμενα βάνανση ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Χρήζει συνεχούς άμεσης επίβλεψης ή εξωτερικού περιορισμού εξαιτίας της αδυναμίας ελέγχου των επικίνδυνων παρορμήσεών του.

Γ15. Ψυχαναγκασμοί / Εμμονές

Απορρόφηση σε εσωτερικά παραγόμενες σκέψεις και συναισθήματα και σε αυτιστικές εμπειρίες εις βάρος του προσανατολισμού στην πραγματικότητα και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι η διαπροσωπική συμπεριφορά όπως παρατηρείται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

2. Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων

3. Ήπιος βαθμός: Υπερβολική εμπλοκή σε προσωπικές ανάγκες ή προβλήματα. έτσι ώστε η συζήτηση να επιστρέφει σε εγωκεντρικά θέματα και να υπάρχει μειωμένο ενδιαφέρον για τους άλλους.

4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον εμφανίζεται περιστασιακά απορροφημένος στον εαυτό του. σαν να ονειροπολεί ή να εμπλέκεται σε εσωτερικές εμπειρίες κάτι που παρεμβαίνει στην επικοινωνία σε μικρό βαθμό.

5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον συχνά φαίνεται να εμπλέκεται σε αυτιστικές εμπειρίες. όπως γίνεται εμφανές από συμπεριφορές που επεμβαίνουν σημαντικά στις κοινωνικές και επικοινωνιακές λειτουργίες. για παράδειγμα απλανές βλέμμα. το να μουρμουρίζει ή να μιλά στον εαυτό του ή εμπλοκή σε στερεότυπα κινητικά μοτίβα.

6. Σοβαρός βαθμός: Εξεσημασμένη ενασχόληση με αυτιστικές εμπειρίες. που περιορίζουν σημαντικά τη συγκέντρωση. την ικανότητα συνδιαλλαγής και τον προσανατολισμό στο περιβάλλον. Ο πάσχον μπορεί συχνά να παρατηρηθεί να χαμογελά. να γελά. να μονολογεί. να μιλά ή να φωνάζει μόνος του.

7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Σχεδόν πλήρης απορρόφηση σε αυτιστικές εμπειρίες. η οποία επηρεάζει βαθιά πολλαπλές πτυχές της συμπεριφοράς. Ο πάσχον είναι πιθανόν να ανταποκρίνεται συνεχώς λεκτικά ή συμπεριφορικά σε ψευδαισθήσεις και να δείχνει ελάχιστη επίγνωση των άλλων ανθρώπων και του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Γ16. Ενεργή κοινωνική αποφυγή

Μειωμένη κοινωνική εμπλοκή που σχετίζεται με αδικαιολόγητο φόβο. εχθρότητα ή δυσπιστία. Η βάση για τη βαθμολόγηση είναι οι αναφορές κοινωνικής λειτουργικότητας από επαγγελματίες υγείας ή τα μέλη της οικογένειας.

1. Απουσία: Ο ορισμός δεν ισχύει

- 2.Ελάχιστος βαθμός: Αμφίβολη παθολογία. μπορεί να είναι στο ανώτερο άκρο των φυσιολογικών ορίων
3. Ήπιος βαθμός: Ο πάσχον φαίνεται να νιώθει άβολα στην παρουσία άλλων και προτιμά να περνά χρόνο μόνος του. αν και συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες όταν απαιτείται.
4. Μέτριος βαθμός: Ο πάσχον συμμετέχει απρόθυμα σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά πιθανόν να χρειαστεί να ενθαρρυνθεί ή μπορεί να τερματίσει πρόωρα τη συμμετοχή εξαιτίας άγχους, παρανοϊκότητας ή εχθρότητας.
5. Μετρίως σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον λόγω φόβου ή οργής, αποφεύγει πολλές κοινωνικές συναναστροφές παρά τις προσπάθειες των άλλων να τον εμπλέξουν. Τείνει να περνά μη-δομημένο χρόνο μόνος του.
6. Σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον συμμετέχει σε πολύ περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες εξαιτίας φόβου, εχθρότητας ή δυσπιστίας. Όταν προσεγγίζεται, δείχνει μια ισχυρή τάση να διακόψει την αλληλεπίδραση και γενικά τείνει να απομονώνεται από τους άλλους.
7. Εξαιρετικά σοβαρός βαθμός: Ο πάσχον δεν μπορεί να εμπλακεί σε κοινωνικές δραστηριότητες εξαιτίας έντονου φόβου, εχθρότητας ή παραληρητικών ιδεών δίωξης. Στο μέτρο του δυνατού, αποφεύγει οποιαδήποτε αλληλεπίδραση, και παραμένει απομονωμένος από τους άλλους.

Παράρτημα V: Εργαλείο Hamilton Depression Rating Scale

Εργαλείο αξιολόγησης έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης (HDRS)

Ο εξεταστής καλείται να κυκλώσει αριστερά τον αριθμό που αντιστοιχεί στην καταγραφή που περιγράφει ακριβέστερα την ένταση των συμπτωμάτων που εκδηλώνει ο εξεταζόμενος.

1.	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ (Κατήφεια. απαισιοδοξία. λύπη. απελπισία. τάση για κλάμα)	
	0	Δεν αναφέρονται/ Δεν παρατηρούνται.
	1	Λύπη. απελπισία. απαισιοδοξία που αποκαλύπτονται. όμως, μόνο με σχετικές ερωτήσεις.
	2	Το άτομο αναφέρει καταθλιπτικά συναισθήματα χωρίς να ερωτηθεί. και κλαίει. περιοδικά.
	3	Το άτομο εκδηλώνει καταθλιπτικά συναισθήματα εξωλεκτικά. δηλ. με την έκφραση του προσώπου. τη στάση του. την ομιλία. κλπ. και κλαίει συχνά.
	4	Μεγάλης έντασης καταθλιπτικά συμπτώματα.
2.	ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΝΟΧΗΣ	
	0	Δεν υπάρχουν.
	1	Αυτομομφή. αναφορές ότι το άτομο έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους γύρω του.
	2	Ιδέες ενοχής.
	3	Αναφορές ότι η παρούσα κατάσταση είναι μία τιμωρία.
	4	Ψευδαισθήσεις ενοχής (Το άτομο ακούει φωνές που το κατηγορούν/ το καταγγέλλουν. ή έχει οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις με απειλητικό περιεχόμενο).
3.	ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	
	0	Απουσία.
	1	Αναφορές ότι η ζωή δεν αξίζει.
	2	Ευχές θανάτου.
	3	Ιδέες αυτοκτονίας.
	4	Απόπειρες αυτοκτονίας.
4.	ΑΡΧΙΚΗ ΑΥΪΠΝΙΑ	

	0	Απουσία δυσκολίας έλευσης ύπνου.
	1	Αναφορά σε περιστασιακή δυσκολία έλευσης ύπνου.
	2	Αναφορά σε σοβαρή δυσκολία έλευσης ύπνου.
5.	ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΑΥΠΝΙΑ	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Ανησυχία και ταραχή κατά τη διάρκεια της νύχτας.
	2.	Αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας.
6.	ΟΨΙΜΗ ΑΥΠΝΙΑ	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Αφύπνιση πολύ νωρίς το πρωί. αλλά επιτυχής προσπάθεια ύπνου στη συνέχεια.
	2.	Αφύπνιση πολύ νωρίς το πρωί. αλλά αποτυχία το άτομου να ξανακοιμηθεί.
7.	ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ	
	0	Πλήρης ικανότητα για εργασία και δραστηριοποίηση.
	1	Αντίληψη ανικανότητας. κόπωση ή αδυναμία διεκπεραίωσης δραστηριοτήτων. εργασίας ή χόμπυ.
	2	Απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητα. εργασία ή χόμπυ. ή της ευχαρίστησης. αναποφασιστικότητα και αμφιταλάντευση (το άτομο αναφέρει ότι πρέπει να πιέσει τον εαυτό του για την εργασία ή τις καθημερινές δραστηριότητες).
	3	Περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες. μειωμένη παραγωγικότητα. μείωση του πραγματικού χρόνου που δαπανάται σε δραστηριότητες. Στο νοσοκομείο βαθμολογήστε με 3 όταν το άτομο δεν δαπανά τουλάχιστον 3 ώρες την ημέρα σε δραστηριότητες του νοσοκομείου (π.χ εργοθεραπεία) ή σε χόμπυ. πέρα από τις δραστηριότητες ρουτίνας. π.χ σίτιση.
	4	Διακοπή εργασίας εξ' αιτίας της νόσου. (Στο νοσοκομείο βαθμολογήστε με 4 όταν ο θεραπευόμενος δεν απασχολείται με δραστηριότητες εκτός από τις δραστηριότητες ρουτίνας. ή όταν αυτές δεν εκτελούνται από τον πάσχοντα χωρίς βοήθεια).
8.	ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ (Βραδύτητα στη σκέψη. στην ομιλία και στην κινητική συμπεριφορά έως απάθεια και εμβροντησία).	
	0.	Φυσιολογικός ρυθμός ομιλίας και σκέψης.
	1.	Ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση.
	2.	Σαφής επιβράδυνση κατά την εξέταση.
	3.	Απάθεια κατά τη συνέντευξη.
	4.	Πλήρης εμβροντησία.
9.	ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ & ΑΝΗΣΥΧΙΑ(Ανησυχία συνοδευόμενη από άγχος).	
	0.	Φυσιολογικός ρυθμός ψυχοκινητικότητας και απουσία ανησυχίας.
	1.	Κινήσεις υπερέντασης. όπως «παίξιμο» δακτύλων. χεριών. μαλλιών. κτλ.
	2.	Συστροφή χεριών. δάγκωμα νυχιών/ χειλιών. τράβηγμα μαλλιών.

10.	ΝΕΥΡΟ-ΝΟΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΓΧΟΥΣ	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Ένταση και ευερεθιστότητα.
	2.	Στενοχώρια για ασήμαντα πράγματα.
	3.	Φοβισμένη στάση, έκδηλη στην όψη και στην ομιλία.
	4.	Φόβοι, οι οποίοι εκφράζονται χωρίς να ερωτηθεί το άτομο.
11.	ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΓΧΟΥΣ (Από το γαστρεντερικό σύστημα: ερυγές, δυσπεψία, διάρροια, σπασμοί, τάση για εμετό, ή από το καρδιαγγειακό:ό παλμοί, κεφαλόπονοι ή από το αναπνευστικό, όπως υπεραερισμός, αναστεναγμοί, από το ουρογεννητικό κλπ.).	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Ήπια ένταση συμπτωμάτων.
	2.	Μέτρια ένταση συμπτωμάτων.
	3.	Σοβαρή ένταση συμπτωμάτων.
	4.	Ανικανότητα για εργασία.
12.	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Απώλεια όρεξης, αίσθηση βάρους στο υπογάστριο, δυσκοιλιότητα κλπ	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Ελαφρά συμπτώματα που εμποδίζουν τη δραστηριότητα του ατόμου.
	2.	Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες.
13.	ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Αίσθηση βάρους στα άκρα, στη ράχη ή στο κεφάλι, Διάχυτη κεφαλαλγία ή απώλεια της ενεργητικότητας και εύκολη κόπωση).	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν επηρεάζουν τη δραστηριότητα του ατόμου.
	2.	Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες.
14.	ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Απώλεια της λίμπιντο ή διαταραχές της εμμηνορυσίας).	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν επηρεάζουν τη δραστηριότητά του ατόμου.
	2.	Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες.
15.	ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	
	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Σωματική ενασχόληση.
	2.	Υπερενασχόληση με τη σωματική υγεία.
	3.	Μεμψίμοιρη στάση γύρω από τη σωματική υγεία.
	4.	Υποχονδριακές ιδέες.

16.	ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ (Βαθμολογείστε κατά το «Α» στην πρώτη επίσκεψη και κατά το «Β» σε όλες τις άλλες επισκέψεις). Α. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
	0. Καμία απώλεια βάρους.
	1. Πιθανή απώλεια βάρους που συνδέεται με την παρούσα νόσο.
	2. Βέβαιη (κατά τον πάσχοντα) απώλεια βάρους.
	Β. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΖΥΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
	0. Απώλεια βάρους μικρότερη από 0.5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα.
	1. Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 0.5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα.
	2. Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 1 χιλιόγραμμα την εβδομάδα.
17.	ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΡΟΥ (ΕΝΑΙΣΘΗΣΙΑ) (Η εναισθησία πρέπει να εκτιμηθεί σύμφωνα με την αντίληψη και τη μόρφωση του αρρώστου).
	0. Ο πάσχων αναγνωρίζει ότι έχει συμπτώματα ψυχικής διαταραχής.
	1. Ο πάσχων αναγνωρίζει ότι έχει ψυχική διαταραχή, αλλά την αποδίδει σε κακή διατροφή/ κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, υπερκόπωση κ.ά.
	2. Ο πάσχων αρνείται εντελώς ότι έχει ψυχική διαταραχή.
18.	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Εάν τα συμπτώματα χειροτερεύουν το πρωί ή το βράδυ, σημειώστε τότε και εκτιμήστε το βαθμό διακύμανσης).
	0. Απουσία διακύμανσης.
	1. Ελαφρά διακύμανση.
	2. Σοβαρή διακύμανση.
19.	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΜΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ
	0. Απουσία αποπραγματοποίησης.
	1. Το άτομο αναφέρει ότι δεν είναι σε επαφή με τον κόσμο γύρω του.
	2. Το άτομο αναφέρει ότι κατά καιρούς αισθάνεται σαν σε όνειρο.
	3. Το άτομο αναφέρει ότι αισθάνεται ότι ο ίδιος και τα αντικείμενα δεν είναι πια μέρος της καθημερινής ζωής, και ότι είναι μη οικεία.
	4. Το άτομο αναφέρει ότι αισθάνεται σταθερά σαν σε ονειρική κατάσταση, και ότι τα πράγματα φαίνονται σαν μη πραγματικά. Μηδενιστικές ιδέες.
20.	ΠΑΡΑΝΟΪΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Με όχι καθαρά καταθλιπτικό χαρακτήρα).
	0. Απουσία συμπτωμάτων.
	1. Καχυποψία.
	2. Ιδέες συσχέτισεως.
	3. Παραληρητικές ιδέες συσχέτισεως και διώξεως.
	4. Ψευδαισθήσεις .
21.	ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμοί, τα οποία ο πάσχων προσπαθεί να ελέγξει).

	0.	Απουσία συμπτωμάτων.
	1.	Ιδεοληψίες και ψυχαναγκαστικές πράξεις ή φοβίες, τα οποία το άτομο μπορεί ακόμη να ελέγξει π.χ. ενώ αναρωτιέται όλη την ημέρα στη δουλειά του αν έχει κλείσει το γκάζι φεύγοντας από το σπίτι, μπορεί να αντισταθεί στον πειρασμό να πάει στο σπίτι να δει.
	2.	Ιδεοληψίες και ψυχαναγκαστικές πράξεις ή φοβίες, στα οποία το άτομο υπακούει.
22.	ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ. ΑΔΥΝΑΜΙΑ (Αντίληψη του ατόμου ότι εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες προκειμένου να βρει στήριξη για ζωτικούς τομείς της ζωής του.)	
	0.	Απουσία.
	1.	Υποκειμενική αντίληψη, η οποία έρχεται στην επιφάνεια μόνο με κατάλληλες ερωτήσεις.
	2.	Το άτομο εκφράζει αυθόρμητα την αντίληψη αδυναμίας.
	3.	Το άτομο χρειάζεται παρότρυνση, καθοδήγηση και διαβεβαίωση να εκτελέσει τις δραστηριότητες στο τμήμα ή να περιποιηθεί τον εαυτό του.
	4.	Το άτομο χρειάζεται κάποιον να το βοηθήσει για να ντυθεί, να περιποιηθεί τον εαυτό του, να φάει, να τακτοποιήσει το κρεβάτι του και να φροντίσει την ατομική του καθαριότητα.
23.	ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ (Αντίληψη του ατόμου ότι υπάρχουν περιορισμένες ή καθόλου εναλλακτικές λύσεις).	
	0.	Απουσία.
	1.	Το άτομο κατά διαστήματα αμφιβάλλει ότι «τα πράγματα θα καλυτερέψουν», αλλά δέχεται ενθάρρυνση.
	2.	Το άτομο νιώθει σταθερά απελπισμένο, αλλά αποδέχεται την ενθάρρυνση.
	3.	Το άτομο εκφράζει αισθήματα αποθάρρυνσης, απόγνωσης, απαισιοδοξίας που δεν μπορεί να διώξει.
	4.	Το άτομο αυτόματα και απρόσφορα επιμένει : «Ποτέ δεν θα γίνω καλά» ή εκφράζεται ανάλογα.

Παράρτημα VI: Εργαλείο Young Mania Rating Scale

Κλίμακα εκτίμησης της έντασης συμπτωμάτων της μανίας του Young (YMRS)

1.Ανεβασμένη διάθεση

0 Απουσία

1 Ήπια ή πιθανόν ανεβασμένη διάθεση όταν το άτομο ερωτάται

2 Σαφώς, υποκειμενικά ανεβασμένη διάθεση: αισιοδοξός/η, με αυτοπεποίθηση, ευδιάθετος/η, κατάλληλη ως προς το περιεχόμενο διάθεση

3 Ανεβασμένη Διάθεση: ακατάλληλη ως προς το περιεχόμενο, ευθυμός/η

4 Ευφορική Διάθεση: ανάρμοστοι γέλωτες, το άτομο τραγουδάει

2.Αυξημένη κινητική δραστηριότητα/ ενέργεια

0 Απουσία

1 Υποκειμενικά αυξημένη

2 Ζωηρός/η: αυξημένες χειρονομίες

3 Υπέρμετρη ενέργεια: υπερδραστήριος/α κατά διαστήματα, ανήσυχος/η (μπορεί να ηρεμίζει)

4 Κινητική Διέγερση: συνεχής υπερδραστηριότητα (δεν μπορεί να ηρεμίζει)

3.Σεξουαλικό ενδιαφέρον

0 Φυσιολογικό: όχι αυξημένο

1 Ήπια ή πιθανόν αυξημένο

2 Σαφής υποκειμενική αύξηση όταν το άτομο ερωτάται

3 Αυθόρμητο σεξουαλικό περιεχόμενο, υπερανάλυση σεξουαλικών ζητημάτων, υπερσεξουαλικότητα από αυτο-αναφορά

4 Εμφανής σεξουαλικές πράξεις (προς ασθενείς, προσωπικό, εξεταστή)

4.Ύπνος

0 Δεν αναφέρει μείωση στον ύπνο

1 Ύπνος λιγότερος από το φυσιολογικό κατά λιγότερο από μια ώρα

2 Ύπνος λιγότερος από το φυσιολογικό κατά μια ώρα ή περισσότερο

3 Αναφορά μειωμένης ανάγκης για ύπνο

4 Αρνείται ανάγκη για ύπνο

5.Ευερεθιστότητα

0 Απούσα

2 Υποκειμενικά αυξημένη

4 Ευερεθιστότητα κατά διαστήματα στη διάρκεια της συνέντευξης: πρόσφατα επεισόδια θυμού ή εκνευρισμού στο θάλαμο

6 Συχνά ευερεθιστότητα κατά τη διάρκεια της συνέντευξης: απότομος/η, αγενής κατά τη διάρκεια της συνέντευξης

8 Επιθετικός/η, μη συνεργάσιμος: συνέντευξη αδύνατη

6. Λόγος (Ρυθμός και Ποσότητα)

0 Καμία αύξηση

2 Αισθάνεται ομιλητικός

4 Αυξημένος ρυθμός ή ποσότητα κατά διαστήματα. υπερομιλητικότητα κατά διαστήματα

6 Λογόρροια: αυξημένος ρυθμός και ποσότητα. δύσκολο να διακοπεί

8 Λόγος υπό πίεση: αδύνατο να διακοπεί. συνεχής λόγος

7. Γλώσσα – Διαταραχές της σκέψης

0 Απουσία

1 Υπερλεπτομερικός Λόγος. ήπια διάσπαση προσοχής. γρήγορη εναλλαγή σκέψεων

2 Διάσπαση προσοχής. απουσία στοχοκατευθυνόμενης σκέψης. συχνή αλλαγή θεμάτων. καλπάζουσες σκέψεις

3 Ιδεοφυγή. κατ' εφ'απτομένη λόγος. δυσκολία κατανόησης του λόγου του ατόμου. το άτομο μιλάει με ομοιοκαταληξίες. ηχολαλία

4 Ακατάληπτος λόγος: αδύνατη επικοινωνία

8. Περιεχόμενο Σκέψης

0 Φυσιολογικό

2 Αμφίβολα σχέδια. νέα ενδιαφέροντα

4 Ειδική/ες αποστολή/ες. υπερθρησκευτικότητα

6 Ιδέες μεγαλείου ή παρανοϊκές ιδέες. ιδέες αναφοράς

8 Παραλληληρικές ιδέες/ Ψευδαισθήσεις

9. Επιθετική Συμπεριφορά

0 Απουσία. συνεργάσιμος

2 Σαρκαστικός/η. θορυβώδης κατά διαστήματα. επιφυλακτικός/η

4 Απαιτητικός/η. απειλές στο θάλαμο

6 Απειλητικός/η προς τον εξεταστή. φωνάζει. δύσκολη συνέντευξη

8 Επιθετικός/η. καταστρεπτικός/η. αδύνατη συνέντευξη

10. Εμφάνιση

0 Κατάλληλα ντυμένος/η και περιποιημένος/η

1 Ελάχιστα μειωμένη αυτοφροντίδα

2 Μετρίως μειωμένη αυτοφροντίδα ή ντυμένος υπερβολικά για την κατάσταση

3 Σοβαρά μειωμένη αυτοφροντίδα ή γυμνότητα ή φανταχτερό make – up

4 Πλήρης έλλειψη αυτοφροντίδας ή στολισμένος. περίεργη αμφίεση

11. Εναισθησία

0 Παρούσα. παραδέχεται νόσο. συμφωνεί με την ανάγκη για θεραπεία

1 Πιθανόν άρρωστος

2 Παραδέχεται αλλαγές στη συμπεριφορά αλλά αρνείται νόσο

- 3 Παραδέχεται πιθανή αλλαγή στη συμπεριφορά αλλά αρνείται νόσο
- 4 Αρνείται κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά

Παράρτημα VII: Εργαλείο Hamilton Anxiety Rating Scale

Κλίμακα αξιολόγησης της έντασης συμπτωμάτων άγχους (HARS)

Με αυτό το ερωτηματολόγιο σκοπός είναι να γίνει κατανοητός ο βαθμός της έντασης των νοσηλευτών που φροντίζουν πελάτες με ψυχικές διαταραχές. Αφού διαβάσετε προσεκτικά κάθε πρόταση, τοποθετήστε √ σε έναν αριθμό από το 1 ως το 4 ο οποίος εκφράζει τη ένταση με την οποία βιώνετε αυτή την κατάσταση. Αν δεν νιώθετε κάποια από την κατάσταση που περιγράφεται, τοποθετείστε √ στον αριθμό μηδέν (0) .

Ένταση					
	Απουσία Συμπτώματος 0	Ήπιος βαθμός 1	Μέτριος βαθμός 2	Έντονος βαθμός 3	Πολύ έντονος βαθμός 4
Έχετε κάποιο από τα παρακάτω:					
1. Αίσθημα ανησυχίας, αναμονή επικείμενης συμφοράς, ακαθόριστου φόβου, ευερεθιστότητα					
2. Αίσθημα υπερέντασης και αδυναμίας παραμονής στην ίδια θέση, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, ξάφνιασμα-τρόμος, εκρήξεις κλάματος					
3. Φόβος για το πλήθος, το σκοτάδι, τα μεγάλα ζώα, νοσοφοβία, τη μοναξιά, την πολυκοσμία					
4. Δυσκολία έλευσης ύπνου, διακεκομμένος-ανήσυχος ύπνος, εφιάλτες, ξάφνιασμα-τίναγμα στον ύπνο, έγερση με αίσθημα κόπωσης					
5. Δυσκολία συγκέντρωσης, κενά μνήμης					
6. Απώλεια ενδιαφερόντων, απουσία ευχαρίστησης στα χόμπι, μελαγχολική διάθεση, πρόωπη αφύπνιση					
7. Μυϊκοί πόνοι, δυσκαμψία, τινάγματα, τριγμός δοντιών, ασταθής φωνή					
8. Εμβοές ότων, θάμβος όρασης, μούδιασμα άκρων, κνησμός, δερμογραφισμός, εκζέματα, ερύθημα					
9. Ταχυκαρδίες, αίσθημα παλμών, προκάρδια άλγη, έκτακτες συστολές, τάση λιποθυμίας					
10. Δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού, αίσθημα πίεσης στο θώρακα					
11. Δυσκαταποσία, κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα, διαρροϊκά επεισόδια, ναυτίες, έμετοι, δυσπεψία, απώλεια βάρους, αίσθημα καύσου, αναγωγές					

12. Συχνουρία. έπειξη ούρησης. διαταραχές εμμήνου ρύσεως. δυσμηνόρροια. αμηνόρροια. πολυουρία. μειωμένη libido. πρόωμη εκσπερμάτωση. ανικανότητα. διαταραχές στύσης					
13. Ξηροστομία. εξάψεις. ίλιγγοι. ζαλάδες. κεφαλαλγία. εφιδρώσεις					
14. Αξιολόγηση ΕΨΥ για την ένταση των συμπτωμάτων συνολικά του εξεταζομένου κατά τη συνέντευξη.					

Παράρτημα VIII: Εργαλείο Montreal Cognitive Assessment

Κλίμακα αξιολόγησης γνωστικών λειτουργιών Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΟΝΤΡΕΑΛ

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA), Z. Nasreddine, MD, 2004

Επιμέλεια-Μετάφραση: Κουντή Φ., PhD & Τσολάκη Μ., MD., 2006.

ΟΝΟΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

ΦΥΛΟ:

ΟΠΤΙΚΟΧΩΡΙΚΕΣ/ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΕΣ		Κύβος αντιγραφή		ΣΧΕΔΙΟ ΡΟΛΟΓΙΟΥ (11 και 10) (3 βαθμοί)		ΒΑΘΜΟΙ	
[]		[]		[] [] [] Κύκλος Αριθμοί Δείκτες		/5	
ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ							
[]		[]		[]		/3	
ΜΝΗΜΗ Διαβάστε τη λίστα με τις λέξεις. Το υποκείμενο πρέπει να τις επαναλάβει. Κάντε 2 δοκιμές και μια καθυστερημένη ανάκληση μετά από 5 λεπτά		ΠΡΟΣΩΠΟ	ΒΕΛΟΥΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝΟ	όχι βαθμοί
ΔΟΚΙΜΗ 1							
ΔΟΚΙΜΗ 2							
ΠΡΟΣΟΧΗ Διαβάστε τη λίστα των ψηφίων(1 ψηφίο/δεντ) Το υποκείμενο θα επαναλάβει με την ίδια σειρά τα εξής: [] 2 1 8 5 4 Το υποκείμενο θα επαναλάβει με την ανάποδη σειρά τα εξής: [] 7 4 2							/2
Διαβάστε τον κατάλογο των γραμμάτων Το υποκείμενο θα χτυπά το χέρι στο τραπέζι κάθε φορά που ακούει το γράμμα Α. Δε δίνονται βαθμοί εάν >2 λάθη		[] Φ Β Α Γ Μ Ν Α Α Ξ Κ Δ Β Α Φ Α Κ Δ Ε Α Α Α Ξ Α Ν Ο Φ Α Α Β					/1
Διαδοχική αφαίρεση ανά 7, ξεκινώντας από το 100		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	/3
4-5 σωστές αφαιρέσεις: 3 βαθ., 2-3 σωστές: 2 βαθ., 1 σωστή: 1 βαθ., 0 σωστές: 0 βαθ.							
ΓΛΩΣΣΑ Επαναλάβετε: Το μόνο που ξέρω είναι ότι ο Γιάννης είναι αυτός που θα βοηθήσει σήμερα. Η γάτα κρυβόταν πάντα κάτω από τον καναπέ όταν βρίσκονταν σκυλιά μέσα στο δωμάτιο		[] []					/2
Ροή/ Πείτε όσες περισσότερες λέξεις μπορείτε, σε ένα λεπτό, που να αρχίζουν από Χ		[] _____ (N ≥ 11 λέξεις)					/1
ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ Ομοιότητα μεταξύ π.χ. μπανάνα- πορτοκάλι = φρούτο		[]	τρένο-ποδήλατο	[]	ρολόι- χάρακας		/2
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ	ανάκληση λέξεων ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΠΡΟΣΩΠΟ	ΒΕΛΟΥΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝΟ	βαθμοί μόνο για ανάκληση
		[]	[]	[]	[]	[]	
Προαιρετικό	βοήθεια κατηγορίας						ση χωρίς βοήθεια
	βοήθεια πολλαπλής επιλογής						α
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ [] ημ/μηνία [] μήνας [] έτος [] ημέρα [] τόπος [] πόλη							/6
Φυσιολογική επίδοση ≥ 26							
Προσθέστε έναν βαθμό αν ≤ 12 έτη εκπαίδευσης		ΣΥΝΟΛΟ					/30