

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών

Οι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και κάνουν συχνότερα κατάχρηση ουσιών σε σχέση με άλλους επαγγελματίες αλλά και συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Αντιθέτως, η κατάθλιψη δεν φαίνεται να πλήττει συχνότερα τους ιατρούς. Σχετικά με τους ιατρούς που εκδηλώνουν κατάθλιψη, μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ιατροί που βρίσκονται στο πρώτο μεταπτυχιακό έτος, οι γυναίκες ιατροί, ενώ, αναφορικά με τις ειδικότητες, οι αναισθησιολόγοι, οι γενικοί ιατροί και οι ψυχίατροι. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ελαφρά μεγαλύτερος για τους άνδρες ιατρούς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, για τις γυναίκες όμως είναι πολύ μεγαλύτερος. Οι ιατροί επιτυγχάνουν συχνότερα όταν επιχειρούν να αυτοκτονήσουν σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, πιθανότατα επειδή έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε δυνητικά θανατηφόρες ουσίες και γνωρίζουν καλύτερα την ανθρώπινη ανατομία και φυσιολογία. Ο αλκοολισμός πλήττει επίσης σοβαρά τους ιατρούς. Οι ιατροί είναι περισσότερο πιθανό να κάνουν κατάχρηση ουσιών, όπως βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή και αμφεταμίνες, κυρίως λόγω εύκολης πρόσβασης σε αυτές, ενώ ιατροί σπάνια αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματα της ψυχικής τους υγείας και όταν το κάνουν, καθυστερούν πολύ. Το στίγμα της ψυχικής νόσου και η επακόλουθη άρνησή της, η υπεραφοσίωση στο ιατρικό λειτούργημα, οι νοοτροπίες που έχουν διαμορφωθεί κατά τη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης, η ασυμβατότητα ανάμεσα στις ανάγκες ψυχιατρικής θεραπείας των ιατρών και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των φορέων εργασίας τους, η παράδοση αυτοδιάγνωσης και αυτοθεραπείας των ίδιων των ιατρών-ασθενών, αποτελούν τις κύριες αιτίες καθυστερημένης αναζήτησης βοήθειας. Δεν υπάρχει ανοσία στην ψυχική νόσο. Οι φορείς άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος οφείλουν να επιδείξουν μεγαλύτερη ενεργητικότητα σε αυτή την κατεύθυνση και να βοηθήσουν στην αποδοχή της ψυχικής ασθένειας ως σοβαρού προβλήματος υγείας, παρέχοντας εύκολα προσβάσιμες, εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες να εγγυώνται την εμπιστευτικότητα όσων προσφεύγουν σε αυτές. Το στίγμα της ψυχικής νόσου πρέπει να καταπολεμηθεί και από την κατηγορία των ανθρώπων που φαίνεται καταδικασμένη να το υπομένει μέχρι τέλους, τους ψυχικά ασθενείς ιατρούς.

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για τους περισσότερους ιατρούς, η επιλογή της Ιατρικής αντιπροσωπεύει μια επιτυχημένη καριέρα, όχι για όλους όμως. Για ορισμένους αντανακλά ένα ταξίδι στην απόγνωση. Σημαντικός αριθμός ιατρών υποφέρει από ψυχικά νοσήματα, ενίοτε πολύ σοβαρά. Σε έρευνα ανάμεσα στους τελειόφοιτους Ιατρικής του Πανεπιστημίου John Hopkins στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι ποσοστό 10% από αυτούς εμφάνιζε σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα.<sup>1</sup> Άλλες μελέτες έχουν προσδιορίσει την ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών στο 25%.<sup>2</sup> Σε πρόσφατη μελέτη σχετικά με την πρόωρη συνταξιοδότηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου

Βασιλείου, η συχνότερη αιτία συνταξιοδότησης ήταν τα ψυχικά νοσήματα.<sup>3</sup> Σαν επαγγελματική κατηγορία, οι ιατροί υπόκεινται σε υψηλό βαθμό ψυχολογικής πίεσης, η οποία σχετίζεται και με τις αυξημένες επαγγελματικές προσδοκίες που η κοινωνία διατηρεί απέναντί τους.

Σκοπός του άρθρου είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η γενικότερη εκτίμηση και συζήτηση του συγκεκριμένου θέματος.

Η ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε συγκεντρώνοντας σχετικά άρθρα ανατρέχοντας στη βάση δεδομένων PubMed, χρησιμοποιώντας τις λέξεις ευρετηρίου: ιατροί, ψυχιατρικές διαταραχές, κατάθλιψη, αυτοκτονία, αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών. Δεν τέθηκαν όρια (limits) στην αναζήτηση.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2009, 26(1):36-41  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2009, 26(1):36-41

**A. Παρασχάκης**

Ψυχίατρος

Psychiatric morbidity in physicians

*Abstract at the end of the article*

### Λέξεις ευρετηρίου

Αλκοολισμός  
Ιατροί  
Κατάθλιψη  
Κατάχρηση ουσιών  
Ψυχιατρικές διαταραχές

Υποβλήθηκε 18.12.2007  
Εγκρίθηκε 30.1.2008

## 2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό περίπου 30% των ιατρών κατά το πρώτο μεταπτυχιακό έτος παρουσιάζουν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης, ποσοστό που μειώνεται όσο βελτιώνεται η επαγγελματική αποκατάσταση.<sup>4,5</sup> Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών δεν τεκμηριώνει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στους ιατρούς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ή άλλες ομάδες επαγγελματιών.<sup>6,7</sup>

Οι γυναίκες ιατροί πλήττονται συχνότερα από κατάθλιψη απ' ό,τι οι άνδρες συνάδελφοί τους, εύρημα που αντικατοπτρίζει άλλωστε τη διαπιστωμένα υψηλότερη επίπτωση της κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό. Σύμφωνα με έρευνα των Hsu και Marshall, οι γυναίκες ιατροί ήταν 1,5 φορές πιθανότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη και 8 φορές πιθανότερο να παρουσιάσουν σοβαρή κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους.<sup>8</sup>

Αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών δείχνουν ότι ιδιαίτερα ψυχοπιεστική περίοδος για τους ιατρούς είναι και η μετάβαση από το στάδιο του ειδικευόμενου σε εκείνο του ειδικού, τόσο ως επιμελητή σε νοσοκομείο, όσο και ως ιδιώτη ειδικευμένου.<sup>5</sup> Άλλο ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η διαπίστωση ότι το κλινικό έργο των ιατρών που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες διατηρείται μέχρι τέλους σε σχετικά καλά επίπεδα, με καλή έως πολύ καλή λειτουργικότητα. Υποστηρίζεται η άποψη ότι οι ιατροί που αντιμετωπίζουν τέτοιες δυσκολίες διοχετεύουν όλη τους την ενέργεια στη διατήρηση του επαγγελματικού τους ρόλου, με την εξάντλησή τους να εκδηλώνεται όταν βρίσκονται εκτός εργασίας.<sup>2</sup>

Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε γυναίκες ιατρούς –και σε γυναίκες εργαζόμενες, γενικότερα– σε σχέση με τις μη εργαζόμενες.<sup>6,9</sup> Οι προδιαθεσικοί παράγοντες στην εκδήλωση κατάθλιψης σε γυναίκες ιατρούς λίγο αποκλίνουν από εκείνους στις υπόλοιπες γυναίκες. Μοναχική ζωή, ιστορικό διαταραχών πρόσληψης τροφής ή άλλων ψυχιατρικών παθήσεων, αλκοολισμός, σωματικά νοσήματα (περιλαμβάνεται το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, το κάπνισμα και η παχυσαρκία), ιστορικό σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης είναι κοινά παράγοντες. Στις γυναίκες ιατρούς –όπως και στις εργαζόμενες γυναίκες, γενικότερα– επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η επαγγελματική αποτυχία, η σύγχυση των ρόλων και η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο.<sup>5,6</sup>

Στην αιτιοπαθογένεια των ψυχιατρικών διαταραχών των ιατρών –και της κατάθλιψης ειδικότερα– αναφέρονται οι ακόλουθες θεωρίες. Η πρώτη πρεσβεύει ότι ο ρόλος του

ιατρού καθορίζεται από ορισμένες κοινωνικές επιταγές. Η επιτυχής εκπλήρωση του ρόλου αυτού απαιτεί ο ιατρός να λειτουργεί στο ανώτατο επίπεδο επάρκειας συνεχώς. Επειδή αυτό είναι αναπόφευκτα αδύνατο, ο ιατρός μπορεί να αρχίσει να εργάζεται πολύ περισσότερο απ' ό,τι προηγουμένως, προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου του. Με τον τρόπο αυτόν οι αποτυχίες πολλαπλασιάζονται σιγά-σιγά και ο ιατρός ή θα δεχθεί τα όριά του ή θα βυθιστεί σε μια σταδιακά επιδεινούμενη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.<sup>1</sup>

Σύμφωνα με την άλλη θεωρία, η Ιατρική προσελκύει ένα δυσανάλογο μεγάλο αριθμό ατόμων με προσωπικότητα πλούσια σε ιδεοψυχαναγκαστικά γνωρίσματα (ιδιαίτερη προσοχή στην ευταξία, την οργανωτικότητα, τη μεθοδικότητα, την τελειομανία, την ευθιξία, την αυτοκριτική). Τα άτομα αυτά, ενώ εμφανίζουν μεγάλη στοχοπροσήλωση και επιμονή, παρουσιάζουν σχετικά μικρή ευελιξία και αυθόρμητη δημιουργικότητα. Τα γνωρίσματα αυτά, ενώ είναι υπερεπαρκή για μια εξαιρετική πορεία στην Ιατρική Σχολή, μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στην προσαρμογή στον όχι τόσο αυστηρά δομημένο κόσμο της κλινικής Ιατρικής και της προσωπικής-οικογενειακής ζωής.<sup>5</sup> Επιπρόσθετα, είναι πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένη η ευαλωτότητα ατόμων με παρόμοια χαρακτηριστικά στην εκδήλωση κλινικής κατάθλιψης.<sup>1,6</sup>

Οι συνθήκες εργασίας των ιατρών, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η άσχημη ή η ελλιπής σχέση με τους εκπαιδευτές τους (όταν είναι εκπαιδευόμενοι) καθώς και η έλλειψη ύπνου επίσης συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.<sup>10</sup> Η έλλειψη ύπνου, ειδικά, έχει σχετιστεί με εκδήλωση νευρικής, θυμού, ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης.<sup>11</sup> Εάν η έλλειψη ύπνου συνδυαστεί με απομόνωση –όπως λ.χ. συμβαίνει με τον υπερβολικό αριθμό εφημεριών– ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας αυξάνεται.

Τα ανωτέρω ευρήματα αμφισβητούνται από μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι πίσω από την έμφαση στον υπερβολικό φόρτο εργασίας των ιατρών κρύβεται η δυσκολία διαχείρισης από μέρος τους του πόνου και της προοπτικής του θανάτου των ασθενών τους, καθώς και του φόβου επαγγελματικής αποτυχίας και ανεπάρκειας. Οι δυσκολίες αυτές μπορούν –κατά ένα μέρος– να εξηγήσουν τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στους ιατρούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Είναι όμως αρκετά πιθανό η διαχείριση τέτοιων συναισθημάτων να είναι ευχερέστερη από μη εξουθενωμένους ιατρούς.<sup>4,5</sup>

Άλλοι παράγοντες, όπως η σύγκρουση ανάμεσα στην καριέρα και την προσωπική ζωή, η ευθύνη του ρόλου, η

λήψη σημαντικών αποφάσεων, η διάπραξη σφαλμάτων και η απειλή δικαστικών μηνύσεων από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, μπορεί να προδιαθέσουν επίσης τους ιατρούς σε κατάθλιψη.<sup>2</sup>

### 3. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι ιατροί, αλλά και οι φοιτητές Ιατρικής, υπεραντιπροσωπεύονται ανάμεσα στους αυτόχειρες. Σε μελέτη στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας κατ' έτος για τους ιατρούς (79 ανά 100.000) ήταν πολύ υψηλότερος από τον αντίστοιχο των δικηγόρων (54 ανά 100.000) και των αρχιτεκτόνων (50 ανά 100.000).<sup>12</sup> Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Βρετανοί ιατροί αυτοκτονούν 1,5 φορά συχνότερα απ' ό,τι συνομήλικοί τους ανάλογης κοινωνικής τάξης.<sup>1</sup> Σε άλλη έρευνα στις ΗΠΑ, η συχνότητα των αυτοκτονιών ήταν 1,15 φορές υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό για τους άνδρες ιατρούς και 3 φορές υψηλότερη για τις γυναίκες ιατρούς.<sup>5</sup> Η διαπίστωση ότι οι άνδρες ιατροί αυτοκτονούν ελαφρώς περισσότερο από το γενικό πληθυσμό, ενώ οι γυναίκες πολύ παραπάνω, επιβεβαιώνεται και από παλαιότερες μελέτες. Σε Σουηδική μελέτη, 10% των Σουηδών ιατρών είχαν σκεφθεί σοβαρά να θέσουν τέλος στη ζωή τους και 1% είχε αποπειραθεί, περισσότερο γυναίκες απ' ό,τι άνδρες.<sup>13</sup> Αντίστοιχα στη Δανία, 10% των νέων ιατρών είχαν σκεφθεί την αυτοκτονία και 0,5% την είχαν επιχειρήσει, οι γυναίκες πολύ συχνότερα από τους άνδρες (αναλογία 3:1).<sup>14</sup> Ενδιαφέροντα είναι και τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης των άρθρων που μελετούν τη θνησιμότητα εξαιτίας αυτοκτονιών σε ιατρούς, ανάλογα με το φύλο τους.<sup>15</sup> Διαπιστώθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για τους άνδρες ιατρούς κυμαινόταν μεταξύ 1,1–3,4, ενώ για τις γυναίκες ιατρούς μεταξύ 2,5–5,7, όταν συγκρινόταν με το γενικό πληθυσμό. Όταν μέτρο σύγκρισης ήταν άλλοι επαγγελματίες, ο σχετικός κίνδυνος για τους άνδρες ιατρούς κυμαινόταν από 1,5–3,8, ενώ για τις γυναίκες ιατρούς μεταξύ 3,7–4,5.<sup>14</sup> Τα ευρήματα αυτά αναπαράγονται και από σειρά άλλων μελετών.<sup>16–18</sup>

Οι άνδρες ιατροί που αυτοκτονούν είναι συνήθως μεταξύ 45–65 ετών, ενώ οι γυναίκες αυτοκτονούν σε νεότερη ηλικία (40% όσων αυτοκτονούν είναι <40 ετών).<sup>1,19</sup> Ο κύριος τρόπος αυτοκτονίας είναι με υπερβολική λήψη φαρμάκων, αν και οι άνδρες, όχι σπάνια, χρησιμοποιούν πυροβόλα όπλα. Κατάθλιψη, εξάρτηση από ουσίες και οινόπνευμα, προηγούμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, σωματικά νοσήματα, διαπροσωπικές δυσκολίες, επαγγελματικές ματαιώσεις, μοναχική ζωή, αποτελούν σοβαρούς προδιαθεσικούς παράγοντες.<sup>6,14,18</sup> Νορβηγική έρευνα έδειξε ότι ποσοστό περίπου 90% των ανδρών

Νορβηγών ιατρών είναι παντρεμένοι ή συζούν, έναντι 78% των γυναικών ιατρών που βρίσκονται σε ανάλογη θέση.<sup>14,20</sup> Σε συνδυασμό με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, φαίνεται ότι εάν ο(η) ιατρός διατηρεί συγκροτημένη προσωπική ζωή, μπορεί να διαχειριστεί το εργασιακό stress αποτελεσματικότερα. Επομένως, μπορεί να υποστηριχθεί ότι προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα, καθώς και η απουσία σταθερού δεσμού, κατέχουν σημαίνοντα ρόλο σε όσους αυτοκτονούν μετέπειτα.

Αξιοσημείωτη είναι η θετική συσχέτιση με το διαζύγιο και τη συνταξιοδότηση για τους άνδρες ιατρούς αυτόχειρες, ενώ οι γυναίκες ιατροί αυτοκτονούν συχνότερα κατά τη διάρκεια της ειδικότητας ή λίγο μετά.<sup>1</sup> Σύμφωνα με μελέτες, οι ιατροί εμφανίζουν συχνότερα αυτοκτονικό ιδεασμό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, κάνουν λιγότερες απόπειρες και αυτοκτονούν συχνότερα.<sup>6,19</sup> Επομένως, είναι λογικό να συμπεράνουμε ότι επιτυγχάνουν περισσότερο στην εκπλήρωση της πρόθεσής τους. Μια αρκετά πιθανή εξήγηση είναι ότι χρησιμοποιούν τις επαγγελματικές τους γνώσεις για να ολοκληρώσουν επιτυχώς την ενέργειά τους, ενώ επιπρόσθετα έχουν εύκολη πρόσβαση σε δυνητικά θανατηφόρες ουσίες.

Αναφορικά με τις ιατρικές ειδικότητες, τα περισσότερα ευρήματα συνηγορούν στο γεγονός ότι οι αναισθησιολόγοι, οι γενικοί ιατροί και οι ψυχίατροι αυτοκτονούν συχνότερα σε σχέση με τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων.<sup>5,21,22</sup> Ευρήματα μελέτης στη Γερμανία δείχνουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών των γυναικών αναισθησιολόγων αλλά και ψυχιάτρων σε σχέση με τις γυναίκες ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.<sup>23</sup>

### 4. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Σοβαρή κατάχρηση οινόπνευματος πολύ συχνά σχετίζεται με κατάθλιψη. Φαίνεται ότι αποτελεί τον προγνωστικό παράγοντα-κλειδί για την κατάθλιψη των γυναικών-ιατρών.<sup>5</sup> Αποτελέσματα έρευνας στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι ένας στους 15 ιατρούς στη διάρκεια της ζωής του θα εξαρτηθεί από το οινόπνευμα.<sup>24</sup> Η κατάχρηση οινόπνευματος πολύ συχνά περιπλέκει την πορεία της κατάθλιψης, όχι σπάνια όμως είναι η αιτία της. Οι ιατροί παρουσιάζουν 2,5 φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσης του ήπατος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (αν και τα αίτια της θα μπορούσαν να αποδοθούν και σε άλλους παράγοντες).<sup>1</sup> Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι πάσχοντες από αλκοολισμό ιατροί δεν είναι απαραίτητα οι λιγότερο επαγγελματικά επιτυχημένοι. Αντίθετα, ποσοστό 54% αντιπροσώπευε ασθενείς ιατρούς από το ανώτερο 1/3 της επαγγελματικής κατηγορίας.<sup>25,26</sup>

Η κατάχρηση οινόπνευματος συνδυάζεται συχνά με κατάχρηση και άλλων ουσιών-φαρμάκων και με υψηλή συχνότητα αυτοκτονιών.

## 5. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι ιατροί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κατάχρηση ουσιών. Ήδη από τη δεκαετία του 1960 ήταν γνωστό ότι η κατάχρηση ουσιών αντιπροσωπεύει την κύρια διάγνωση σε περίπου έναν στους πέντε ιατρούς που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικές κλινικές.<sup>1,27</sup> Συγκριτικά με συνομηλίκους τους, οι ιατροί έχουν διπλάσια έως τριακονταπλάσια (ανάλογα με τις μελέτες) συχνότητα εμφάνισης κατάχρησης ουσιών.<sup>12</sup> Αρχικά, εμφανίζουν συμπτωματολογία κατάχρησης και στη συνέχεια εξάρτησης λίγο πριν ή λίγο μετά την ηλικία των 40 ετών. Συνηθέστερες ουσίες εξάρτησης είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, όπως η μορφίνη και η μεπεριδίνη, καθώς και οι αμφεταμίνες.<sup>1</sup>

Αρχικά, οι ιατροί ισχυρίζονται ότι ο λόγος που άρχισαν τη χρήση ουσιών είναι κάποια σωματική ασθένεια, συχνά όμως ο ισχυρισμός τους είναι αβάσιμος. Υπερβολικός φόρτος εργασίας και σοβαρά οικογενειακά προβλήματα προβάλλονται ως άλλοι λόγοι έναρξης της χρήσης. Αρκε­τά συχνά, οι ιατροί-ασθενείς αρνούνται το πρόβλημα και διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία.<sup>28</sup>

Διαχρονικά υποστηρίζεται ότι η αιτία της υψηλής επίπτωσης της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών από ιατρούς είναι η εύκολη πρόσβαση σε αυτές. Αν και η άποψη είναι σωστή, αξίζει να σημειωθεί ότι παρόμοιοι βαθμού κατάχρηση δεν διαπιστώνεται μεταξύ φαρμακοποιών ή οδοντιάτρων, επαγγελματικές κατηγορίες με επίσης εύκολη πρόσβαση σε αυτά τα φαρμακευτικά προϊόντα. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν φαρμακοποιοί ή οδοντίατροι αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, σπανιότερα το κάνουν, λαμβάνοντας υπερβολική ποσότητα φαρμάκων (σε σχέση πάντα με τους ιατρούς).<sup>19</sup>

Στις ΗΠΑ υπάρχουν εξειδικευμένα προγράμματα θεραπείας για ουσιοεξαρτημένους ιατρούς, με πολύ καλά αποτελέσματα. Περίπου 80–90% των ιατρών επιτυγχάνουν μακράς διάρκειας αποχή από ουσίες και οινόπνευμα και επιστρέφουν στην εργασία τους, συχνά με παράλληλη ψυχιατρική παρακολούθηση.<sup>29</sup>

## 6. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των ιατρών δεν αντιμετωπίζονται έγκαιρα ούτε με την ανάλογη αποτελεσματικότητα. Οι λόγοι σχετίζονται με το στίγμα της νόσησης

από ψυχική ασθένεια, την επακόλουθη άρνηση, την κακώς εννοούμενη επαγγελματική αλληλεγγύη, τη νοοτροπία της «ιατρικής παντοδυναμίας», η οποία συχνά διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, την απουσία εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τη διαχρονική τάση των ιατρών να αυτοδιαγνώσκουν και αυτοθεραπεύουν τα προβλήματα υγείας τους, ακόμα και όταν οι γνώσεις τους σε συγκεκριμένα θέματα είναι ελάχιστες έως ανύπαρκτες (άλλωστε, δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο οι ιατροί να μην έχουν δικό τους οικογενειακό ιατρό).<sup>12</sup> Προς επίρρωση των ανωτέρω, φινλανδική μελέτη, η οποία διεξήχθη με αποστολή ερωτηματολογίων σε τυχαίο αλλά αντιπροσωπευτικό δείγμα ιατρών, έδειξε ότι οι ιατροί προτιμούν να αυτοθεραπεύουν τις ασθένειές τους (οι άνδρες σε ποσοστό 80–84%, οι γυναίκες σε ποσοστό 72–74%), εύρημα που αφορά τόσο στις ψυχιατρικές όσο και στις μη ψυχιατρικές παθήσεις. Η ίδια μελέτη δείχνει ότι, σε σχέση με άλλες κατηγορίες επαγγελματιών, οι ιατροί (κυρίως άνδρες, >44 ετών, ιδιώτες) λαμβάνουν λιγότερες αναρρωτικές άδειες και συνεχίζουν να εργάζονται, όντας ασθενείς.<sup>30</sup> Επιπρόσθετα, η νοοτροπία αρκετών ιατρών να αυτοθεραπεύουν τις παθήσεις τους, να απευθύνονται σπάνια και αργά στους ειδικούς και να συνεχίζουν να εργάζονται παρά τις ασθένειές τους, δεν αποτελεί ένα θετικό πρότυπο για τους ασθενείς τους.<sup>30</sup>

Τα συγκεκριμένα θέματα μπορούν να διατηρηθούν στο προσκήνιο μέσα από δραστηριότητες των ιατρικών εταιρειών, των φορέων άσκησης υγειονομικής πολιτικής και των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μετά από την αποφοίτηση των νέων ιατρών. Οι τελευταίοι πρέπει να ενθαρρύνονται να παρακολουθούν τις συναισθηματικές τους διακυμάνσεις και να ευαισθητοποιούνται έγκαιρα σε απότομες ή μεγάλες μεταβολές, ώστε άμεσα να αναζητήσουν βοήθεια (έχει ενδιαφέρον η επισήμανση ότι όσο οι ιατροί αναγνωρίζουν την ευαλωτότητά τους, τόσο καλύτερα μπορούν να ανιχνεύουν παρόμοια συμπτώματα και στους ασθενείς τους). Παράλληλα, οι ιατροί έχουν καθήκον να παρατηρούν ανησυχητικά συμπτώματα σε συναδέλφους τους και να μην τα καλύπτουν ή αγνοούν. Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρουν οι εμπειρότεροι ιατροί, ακούγοντας τις ανησυχίες των νεότερων, αναλύοντας τα λάθη τους, και συζητώντας τα δύσκολα περιστατικά μαζί τους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ορισμένα νοσοκομεία έχουν λάβει ενθαρρυντικές πρωτοβουλίες, όπως ομάδες αλληλοϋποστήριξης μεταξύ ιατρών, με αποτελέσματα τα οποία όμως χρήζουν περαιτέρω αξιολόγησης.<sup>28</sup>

Όταν η πρόληψη αποτυγχάνει, ο ιατρός πρέπει να ενθαρρύνεται να αναζητήσει βοήθεια νωρίς στην πορεία της νόσου. Κατάλληλα εξειδικευμένες, εύκολα προσβάσιμες υπηρεσίες παροχής ψυχολογικής υποστήριξης και

ψυχιατρικής αρωγής για ιατρούς μπορούν αποτελεσματικά να προσφέρουν στη δευτεροβάθμια πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Ειδικές μονάδες παρέμβασης σε κρίση μπορούν να είναι επίσης πολύτιμες. Τηλεφωνική γραμμή παροχής ψυχολογικής βοήθειας σε ιατρούς μπορεί να παράσχει επιπρόσθετη στήριξη. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ανάλογη εξειδικευμένη υπηρεσία δεχόταν μία κλήση κάθε τρεις ημέρες –συντά από συγγενείς και συναδέλφους των ασθενών ιατρών– όπου σε ποσοστό 25% των περιπτώσεων ήταν οι ίδιοι οι ασθενείς που ζητούσαν βοήθεια.<sup>12</sup>

Παράγοντας κρίσιμης σημασίας είναι η εμπιστευτικότητα που οι υπηρεσίες αυτές οφείλουν να εγγυώνται, ώστε οι ιατροί να μην αποφεύγουν την προσέγγιση από φόβο μήπως εκτεθούν στα μάτια των ασθενών ή των εργοδοτών τους. Η ελλιπής εμπιστευτικότητα έχει διαπιστωθεί ότι είναι από τους κύριους λόγους αποτυχίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όταν αντιμετωπίζουν ιατρούς-ασθενείς.<sup>31,32</sup>

## 7. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το στίγμα της ψυχικής νόσου πρέπει με κάθε τρόπο να καταπολεμηθεί και στην περίπτωση των ανθρώπων που φαίνονται προορισμένοι να το υπομένουν μέχρι τέλους, οι οποίοι, κατά ειρωνικό τρόπο, είναι οι ιατροί-ψυχικά πάσχοντες. Η αντιμετώπιση της ψυχιατρικής νοσηρότητας των ιατρών στο μέλλον απαιτεί επίγνωση της δικής τους ευαλωτότητας, καθώς και των συναδέλφων τους. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχει διεξαχθεί έως σήμερα μελέτη επισήμανσης και τεκμηρίωσης του προβλήματος στην Ελλάδα. Η σοβαρότητα του θέματος επιβάλλει την προσέγγισή του και στη χώρα μας, ώστε να αναγνωρισθεί, καταγραφεί και ερευνηθεί. Σε τελική ανάλυση, η προστασία της υγείας των ιατρών, πέρα από τα οφέλη για τους ίδιους, είναι ουσιαστικής σημασίας για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασθενείς τους.

## ABSTRACT

### Psychiatric morbidity in physicians

A. PARASCHAKIS

Psychiatrist

*Archives of Hellenic Medicine 2009, 26(1):36–41*

A considerable number of studies have demonstrated that physicians have higher suicide rates, and may abuse drugs more frequently than control groups. Physicians do not seem to suffer from depression more frequently than the general population, if compared with certain categories of doctors at risk for depression are those in their first post-graduate year, female physicians, and certain specialists, specifically anesthetists, general practitioners and psychiatrists. The suicide rate of male physicians is slightly higher than that of the general population, and that of female physicians is clearly higher. Physicians have higher rates of completion of suicide attempts than the general population, presumably because they have easier access to lethal methods and a better understanding of human anatomy and physiology. Alcoholism is another major psychiatric disorder among doctors, who are also more likely to abuse drugs, such as benzodiazepines, opiates and amphetamines, possibly because they have easy access to these substances. Doctors rarely seek help for their problems, and when they do so, they delay in arranging a consultation. The main reasons for this are the stigmatizing nature of mental illness (and consequent denial); misguided professional loyalty; attitudes formed during medical training; their perception of irrelevance of occupational health services and a tradition of self diagnosis and self treatment. There is no immunity to mental illness. Physicians need to be acutely aware of their own vulnerability and that of their colleagues. A more proactive stand on the part of the profession is required, to promote acceptance of psychiatric illness and to make confidential help-seeking as easy as possible for doctors. An overall change in attitude is needed for the stigma of psychiatric illness to be removed from the last people who should have to endure it, namely the mentally ill doctors.

**Key words:** Alcoholism, Depression, Doctors, Drug abuse, Physicians, Psychiatric disorders

## Βιβλιογραφία

1. SHORTT SED. Psychiatric illness in physicians. *CMAJ* 1979, 121:283–288
2. GARELICK AI, GROSS SR, RICHARDSON I, VON DER TANN M, BLAND J, HALE R. Which doctors and with what problems contact a

- specialist service for doctors? A cross-sectional investigation. *BMC Med* 2007, 5:26
3. PATTANI A, CONSTANTINOVICI N, WILLIAMS S. Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross-sectional study. *Br Med J* 2001, 322:208–209
  4. REUBEN D. Psychologic effects of residency. *South Med J* 1983, 76:380–383
  5. FIRTH-COZENS J. Depression in doctors. In: Robertson MM, Cationa CLE (eds) *Depression and physical illness*. J Wiley & Sons Ltd, Cichester, 1997:95–111
  6. FRANK E, DINGLE AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1887–1894
  7. CENTER C, DAVIS M, DETRE T, FORD DE, HANSBROUGH W, HENDIN H ET AL. Confronting depression and suicide in physicians; a consensus statement. *JAMA* 2003, 289:3161–3166
  8. HSU K, MARSHALL V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Am J Psychiatry* 1987, 144:1561–1566
  9. NORTH CS, RYALL JE. Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard? *Postgrad Med J* 1997, 101:233–236
  10. REUBEN DB. Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med* 1985, 145:286–288
  11. PARTHASARATHY S. Sleep and medical profession. *Curr Opin Pulm Med* 2005, 11:507–512
  12. PILOWSKI L, O'SULLIVAN G. Mental illness in doctors. *Br Med J* 1989, 298:269–270
  13. HEM E, GRONVOLD NT, AASLAND OG, EKEBERG O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry* 2000, 15:183–189
  14. TYSSSEN R, HEM E, VAGLUM P, GRONVOLD NT, EKEBERG O. The process of suicidal planning among medical doctors: Predictors in a longitudinal Norwegian sample. *J Affect Disord* 2004, 80:191–198
  15. LINDEMAN S, LAARA E, HAKKO H, LONNQVIST J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996, 168:274–279
  16. CARLSON GA, MILLER DC. Suicide, affective disorder, and women physicians. *Am J Psychiatry* 1981, 138:1330–1335
  17. STEPPACHER RC, MAUSNER JS. Suicide in male and female physicians. *JAMA* 1974, 228:323–328
  18. PUSCHEL K, SCHALINSKI S. Not enough help for themselves – the risk of physicians to commit suicide. *Arch Kriminol* 2006, 218:89–99
  19. PETERSEN MR, BURNETT CA. The suicide mortality of working physicians and dentists. *J Soc Occup Med* 2008, 58:25–29
  20. TYSSSEN R, VAGLUM P, GRONVOLD NT, OIVIND E. Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001, 64:69–79
  21. CAPLAN RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *Br Med J* 1994, 309:1261–1263
  22. REIMER C, TRINKAUS S, JURKAT HB. Suicidal tendencies of physicians: An overview. *Psychiatr Prax* 2005, 32:381–385
  23. WOLFERSDORF M. Suicide and suicide prevention for female and male physicians. *MMW Fortschr Med* 2007, 149:34–36
  24. STANTON J, CAAN W. How many doctors are sick? *Br Med J* 2003, 326:S97
  25. BISSELL L, JONES RW. The alcoholic physician: A survey. *Am J Psychiatry* 1976, 133:1142–1146
  26. RICHMAN JA. Occupational stress, psychological vulnerability and alcohol related problems over time in future physicians. *Alcoholism* 1992, 16:166–171
  27. STRANG J, WILKS M, WELLS M, MARSHALL J. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *Br Med J* 1998, 316:405–406
  28. GRASKE J. Improving the mental health of doctors. *Br Med J* 2003, 327:s188
  29. TALBOTT GD, GALLEGOS KV, WILSON PO, PORTER TL. The medical association of Georgia's impaired physicians program: Review of the first 1,000 physicians, analysis of specialty. *JAMA* 1987, 257:2927–2930
  30. TOYRY S, RASANEN K, KUJALA S, AARIMAA M, JUNTUNEN J, KALIMO R ET AL. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians. *Arch Fam Med* 2000, 9:1079–1085
  31. COURT C. British study highlights stigma of sick doctors. *Br Med J* 1994, 309:561–562
  32. DONALDSON L. Sick doctors: A responsibility to act. *Br Med J* 1994, 309:557–558
- Corresponding author:*
- A. Paraschakis, 95 Ioanninon street, GR-166 74 Glyfada, Greece  
e-mail: antparaschakis@yahoo.gr