

Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 7, No 2 (2000)



Personality characteristics and audiologic findings in tinnitus patients

Νιόνια Γ. Βαλλιανάτου, Παναγιώτης Χριστοδούλου, Ιωάννης Ν. Νέστορος, Εμμανουήλ Χελιδόνης

doi: [10.12681/psy_hps.24263](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24263)

Copyright © 2020, Νιόνια Γ. Βαλλιανάτου, Παναγιώτης Χριστοδούλου, Ιωάννης Ν. Νέστορος, Εμμανουήλ Χελιδόνης



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Γ. Βαλλιανάτου Ν., Χριστοδούλου Π., Ν. Νέστορος Ι., & Χελιδόνης Ε. (2020). Personality characteristics and audiologic findings in tinnitus patients. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 7(2), 161–176. https://doi.org/10.12681/psy_hps.24263

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ακοολογικά ευρήματα σε ασθενείς με εμβοές ώτων

ΝΙΟΝΙΑ Γ. ΒΑΛΛΙΑΝΑΤΟΥ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ,
ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΝΕΣΤΟΡΟΣ, & ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΧΕΛΙΔΟΝΗΣ

Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι εμβοές ώτων αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων που έχουν πρόβλημα ακοής. Η αντίδραση και η προσαρμογή του ατόμου στο συγκεκριμένο σύμπτωμα αποτελούν πάντα τον κύριο στόχο της θεραπευτικής παρέμβασης και των τεχνικών καταστολής που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς με εμβοές ώτων. Στη συγκεκριμένη μελέτη διερευνήσαμε: α) τη σχέση της υποκειμενικής αξιολόγησης της έντασης των εμβοών με παράγοντες όπως το φύλο του ατόμου, η ηλικία, η χρονική διάρκεια των εμβοών και το ποσοστό βαρηκοίας και β) την ενδεχόμενη επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου στη στάση του απέναντι στις εμβοές. Στην έρευνα συμμετείχαν 100 ασθενείς του Εργαστηρίου Ακοολογίας-Νευρωτολογίας της ΩΡΛ Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και των δύο φύλων, οι οποίοι προσήλθαν με κύριο ενόχλημα τις εμβοές. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 18-65 ετών και σε όλους ακολουθήθηκε η διαδικασία που είχε οριστεί από το ερευνητικό πρωτόκολλο και που περιλάμβανε πλήρη ακοολογικό έλεγχο, ψυχολογική κλινική αξιολόγηση μέσω συνέντευξης και χορήγηση του Πολυδιάστατου Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας της Μινεσότα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσίαζε εμβοές για χρονικό διάστημα από δύο μήνες έως 5 έτη, αλλά η χρονική διάρκεια των εμβοών δεν επηρεάζει σημαντικά την υποκειμενική αξιολόγηση της έντασης των εμβοών. Οι παράγοντες φύλο και ηλικία διαπιστώθηκε ότι επηρεάζουν την υποκειμενική αξιολόγηση του ατόμου για την ένταση των εμβοών του. Τέλος, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με εμβοές δε βρέθηκαν να είναι διαφορετικά από αυτά του μέσου πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: Ακοολογικά ευρήματα, Εμβοές ώτων, Χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Εισαγωγή

Με τον όρο "εμβοές ώτων" χαρακτηρίζουμε τους υποκειμενικά ακουστούς ήχους στο αυτί ή στο κεφάλι, οι οποίοι δεν προέρχονται από το

περιβάλλον και οι οποίοι γίνονται αντιληπτοί μόνο από τον ασθενή, σε αντιδιαστολή με τις αντικειμενικές εμβοές που μπορεί να γίνουν αντιληπτές και από τον εξεταστή. Οι αντικειμενικές εμ-

βοές είναι σπάνιες και προκαλούνται από ορισμένες παθολογικές καταστάσεις όπως, αγγειακές βλάβες του πτερυγίου του ωτός, απόφραξη, ξένα σώματα ή έντομα στον έξω ακουστικό πόρο, διάτρηση του τυμπανικού υμένα, κ.λπ. Οι αντικειμενικές εμβοές μπορεί να γίνουν αντιληπτές από το γιατρό με τη βοήθεια στηθοσκοπίου που τοποθετείται σε διάφορα σημεία της κεφαλής και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση συνδέεται με τον αιτιολογικό παράγοντα (Shulman, 1991). Οι υποκειμενικές εμβοές αποτελούν ένα ιδιαίτερα σύνθετο σύμπτωμα. Έχει διαπιστωθεί ότι σχεδόν οποιαδήποτε παθολογία του ακουστικού συστήματος, αλλά και διαταραχές άλλων οργανικών συστημάτων (αρτηριακή υπέρταση, υπόταση, αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερθυρεοειδισμός, καρδιακές παθήσεις, αρτηριοσκλήρυνση, διαταραχές νεφρικής λειτουργίας, αλλεργία, κατά πλάκας σκλήρυνση, ημικρανία, αγγειακά προβλήματα ιδιαίτερα της περιοχής κεφαλής και τραχήλου) είναι δυνατόν να προκαλέσουν εμβοές. Όμως, η απουσία τεκμηριωμένης γνώσης πάνω στους μηχανισμούς γένεσης των εμβοών καθώς και η πληθώρα των τύπων των εμβοών, δεν επιτρέπουν την εφαρμογή κάποιας συγκεκριμένης αιτιολογικής θεραπείας. Οι εμβοές, με την αυστηρή έννοια του όρου, είναι ένα σύμπτωμα ή μια εκδήλωση κάποιας διαταραχής του μηχανισμού αγωγής του ακουστικού ερεθίσματος ή του αισθητηρίου οργάνου της ακοής ή των κεντρικών οδών και διασυνδέσεων του ακουστικού συστήματος. Στο συγκεκριμένο ερευνητικό πρόγραμμα ασχοληθήκαμε μόνο με τις υποκειμενικές ή ιδιοπαθείς εμβοές.

Στη βιβλιογραφία η εμφάνιση του συμπτώματος των εμβοών ποικίλλει ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες που έχουν ερευνηθεί (Coles, 1992. Parving, Hein, Suadicani, Ostri, & Gyntelberg, 1993. Shulman, 1991. Χριστοδούλου, 1989). Το 1981, το Ερευνητικό Ίδρυμα για την Ακοή (Institute of Hearing Research) στη Μεγάλη Βρετανία δημοσίευσε ότι το 0.5 έως 1% του πληθυσμού υπέφερε από εμβοές που δημιουργούσαν πρόβλημα στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Στις Η.Π.Α, από τα 36 εκατομμύρια ενή-

λικες Αμερικανούς που έχουν βιώσει την εμπειρία των εμβοών περισσότερο από 5 λεπτά της ώρας, τα 7.2 εκατομμύρια ασθενών έχει διαπιστωθεί ότι υποφέρουν από εμβοές που παρεμβαίνουν και διαταράσσουν τον καθημερινό ρυθμό της ζωής τους, το φυσιολογικό ύπνο τους, την ικανότητα συγκέντρωσης, τις κοινωνικές σχέσεις (Parving et al., 1993. Shulman, 1991). Γενικά θα μπορούσε να λεχθεί ότι το σύμπτωμα των εμβοών είναι τόσο σύνθετο, που όλοι οι άνθρωποι έχουν μια εμπειρία, έστω και παροδική, αυτού του συμπτώματος. Περισσότερο έκδηλο είναι το πρόβλημα μεταξύ των ενηλίκων και ιδιαίτερα αυτών που έχουν πρόβλημα ακοής. Αλλά ακόμα και ένα άτομο με φυσιολογική ακοή όταν βρεθεί σε ένα πολύ καλά ηχομονωμένο χώρο και συγκεντρώσει την προσοχή στην ακοή του, συνήθως αντιλαμβάνεται άλλοτε άλλης έντασης εμβοές. Στον ελληνικό χώρο, η πρώτη εκτεταμένη ερευνητική μελέτη και ανάλυση των παραμέτρων του συμπτώματος των εμβοών, με παράλληλη εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου, έγινε στο Εργαστήριο Ακουστικής - Νευρωτολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (Χριστοδούλου, 1989. Χριστοδούλου, Σέγγας, Μπιζάκης, & Χελιδόνης, 1990).

Οι πιο γνωστές παθολογικές καταστάσεις που συνήθως συνοδεύονται από εμβοές ώτων είναι αυτές που εμφανίζονται στον Πίνακα 1.

Εκτός όμως από τα παραπάνω, διεθνείς έρευνες έχουν δείξει ότι καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση, τη βαρύτητα ή σε άλλες παραμέτρους των εμβοών έχουν και άλλοι παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, το ποσοστό βαρνηκότητας, το κάπνισμα, η έκθεση του ατόμου σε υψηλό επίπεδο θορύβου, κ.λπ. (Coles, 1992. Coles, Baskill, & Sheldrake, 1984. Guth, Risey, Amedee, & Norris, 1992. Hazell, 1981. Lindberg, Lyttkens, Melin, & Scott, 1984. Lyttkens, Lindberg, Scott, & Melin, 1986. Melin, Scott, Lindberg, & Lyttkens, 1987. Parving et al., 1993).

Αν και οι πραγματικές εμβοές, που αποτελούν μια συνειδητή ακουστική εμπειρία, θα πρέπει να διαχωρίζονται από τις ακουστικές ψευδαισθήσεις και από τα φανταστικά γεγονότα

Πίνακας 1
Διαταραχές ακουστικού συστήματος και γενικά παθολογικά αίτια
που μπορεί να προκαλέσουν εμβοές

Διαταραχές ακουστικού συστήματος	Γενικά αίτια
Εξωτερική ωτίτιδα	Υπέρταση (αρτηριακή)
Βύσμα κυψέλης	Υπόταση
Ξένα σώματα στον έξω ακουστικό πόρο	Αναιμία
Μυρηγγίτις	Σακχαρώδης διαβήτης
Διάτρηση τυμπανικού υμένα	Υπερθυρεοειδισμός
Μέση ωτίτιδα	Υπερλιπιδαιμία
Δυσλειτουργία ευσταχιακής σάλπιγγας	Ανεπάρκεια βιταμινών
Όγκοι μέσου ωτός	Αρτηριοσκλήρυνση
Ωτοσκλήρυνση	Ηπατίτιδα
Διαταραχές της λειτουργίας των μυών του μέσου ωτός	Καρδιακές παθήσεις
Νόσος Meniere	Διαταραχές νεφρικής λειτουργίας
Ακουστικός τραυματισμός	Μηνιγγίτις
Πρεσβυακουσία	Αλλεργία
Ωτοτοξικότητα φαρμάκων	Προεπιληπτικές φάσεις
Τραυματισμοί κεφαλής	Συστηματικές νόσοι
Λαβυρινθίτις	Κατά πλάκας σκλήρυνση
Ακουστικό νευρίνωμα και όγκοι	Γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας
	Αγγειακά προβλήματα ιδίως περιοχής κεφαλής και τραχήλου
	Λευχαιμία
	Σύφιλη
	Ημικρανία
	Ψυχογενείς παράγοντες

(“ακουστικές φαντασιώσεις”) (Brix, 1995), υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις σχιζοφρενών ασθενών οι οποίοι κατά το αρχικό στάδιο, και πριν εμφανιστούν οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, είχαν την εμπειρία των εμβοών (Jastreboff, 1995). Σε ένα ποσοστό 15-20% αυτών των περιπτώσεων οι εμβοές ελαττώθηκαν και εμφανίστηκαν οι ακουστικές ψευδαισθήσεις με τη μορφή “μιας φωνής που μιλάει στον ασθενή έξω από το κεφάλι”. Μετά από τη σχετική θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή οι ακουστικές ψευδαισθήσεις εξαφανίστηκαν και οι εμβοές εμφανίστηκαν και πάλι. Σύμφωνα με κάποιους άλλους ερευνητές (Melzack, 1992. Tonndorf, 1987) οι εμβοές περιλαμβάνονται στις “φανταστικές αισθήσεις”, όπως ο “ανίατος πόνος” και η “αντίληψη του φανταστικού μέλους”, αφού σε όλες αυτές τις περι-

πτώσεις, η απομειλίωση των νευρικών ινών αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνισή τους.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας ασθενών με εμβοές

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με εμβοές ώτων αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο σύμπτωμα ως απειλή είτε για τη ζωή τους είτε για την ποιότητα της ζωής τους (Briner, 1995. Budd & Pugh, 1996. Hallam, Jakes, & Hinchcliffe, 1988). Υπάρχει όμως και μια άλλη ομάδα ασθενών που αντιμετωπίζουν τις εμβοές τους ως ένα θόρυβο που προέρχεται από το φυσικό περιβάλλον χωρίς κάποια ιδιαίτερη σημασία, που δεν παρεμβαίνει

στην καθημερινή τους ζωή, άρα δεν είναι απαραίτητο να εστιάζουν την προσοχή τους στο συγκεκριμένο αυτό σύμπτωμα (Hazell, 1995). Αποτελέσματα κλινικών ερευνών δείχνουν ότι χαρακτηριστικά προσωπικότητας (π.χ., ύπαρξη υψηλού επιπέδου άγχους, καταθλιπτική διάθεση, παθολογική ενασχόληση με την υγεία, κ.λπ.) του ατόμου επηρεάζουν και τον τρόπο αντίδρασης και προσαρμογής του στις εμβοές (Berrios, & Rose, 1992. Briner, 1995. Budd, & Pugh, 1995. Collet, Moussu, Dubreuil, Disant, Chanal, & Morgon, 1987. House, 1981. Kirsch, Blanchard, & Parnes, 1989. Lewis, Stephens, & McKenna, 1994. Lindberg, Scott, Melin, & Lyttkens, 1987, 1988, 1989. Sullivan, Dobie, Sakai, & Katon, 1989. Sullivan, Katon, Dobie, Sakai, Russo, & Harrop-Griffiths, 1988. Swerdlow, Fillion, Geyer, & Braff, 1995). Οι ασθενείς που θεωρούν ότι οι εμβοές αποτελούν πρώτο σύμπτωμα κάποιου όγκου στον εγκέφαλο ή μιας επερχόμενης ψυχικής ασθένειας έχουν την τάση να "αντιλαμβάνονται" τις εμβοές τους πιο έντονα, να τις θεωρούν ενοχλητικές και να τους αποδίδουν χαρακτηρισμούς όπως "θόρυβος από μηχανουργείο", "κομπρεσέρ", ή "γεωτρύπανο σε λειτουργία". Πιστεύουν ότι "αυτός ο δυνατός θόρυβος" θα υπάρχει μόνιμα, καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους, θα παρεμβαίνει στην ικανότητα συγκέντρωσής τους, θα διαταράσσει τον ύπνο τους και καμιά θεραπευτική αγωγή δε θα είναι επιτυχής, ώστε να τους απαλλάξει από το ενοχλητικό σύμπτωμα. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς συχνά είναι βέβαιοι ότι οι εμβοές τους τελικά θα τους προκαλέσουν κώφωση. Αντίθετα, οι ασθενείς που τις αποδέχονται ως ένα θόρυβο του φυσικού περιβάλλοντος, τις περιγράφουν ως: "ήχος από βροχή", "καμπάνες εκκλησίας", "κυματισμός της θάλασσας". Η στάση τους απέναντι στις εμβοές χαρακτηρίζεται ως ανεκτική, οι ίδιοι είναι ήρεμοι με πολύ χαμηλά επίπεδα άγχους, αισιόδοξοι και πολύ συχνά συνδέουν τις εμβοές τους ακόμα και με ευχάριστες αναμνήσεις (Hazell, 1995). Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι αυτοί οι ασθενείς συνήθως έχουν ενημερωθεί σχετικά με τη φύση των εμβοών τους, την παθογένεια, ή τη

δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης (Coles, 1992, 1995).

Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι "ενοχλητικές" εμβοές προκαλούν εναλλαγές στη διάθεση, συνήθως άγχος και κατάθλιψη, ιδιαίτερα στα άτομα που και πριν από την έναρξη του συμπτώματος έχουν την τάση να εμφανίζουν τις συγκεκριμένες διαταραχές (Halford & Anderson, 1991. Hallam et al., 1988. Harrop-Griffiths, Katon, Dobie, Sakai, & Russo, 1987. Hazell, 1990b. House, 1981. Kirsch et al., 1989. Lindberg et al., 1987. Stephens, & Hallam, 1985. Sullivan et al., 1989. Χριστοδούλου, 1989. Χριστοδούλου et al., 1990). Η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται με επιτυχία σε νέα ερεθίσματα και καταστάσεις, η έλλειψη παθολογικής ενασχόλησης με τη σωματική και ψυχική του υγεία, η ύπαρξη αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής είναι παράγοντες που επηρεάζουν όχι μόνο τον τρόπο προσαρμογής του στις εμβοές αλλά και την αντίδρασή του στη θεραπευτική αγωγή. Ασθενείς με στοιχεία σχιζοειδούς προσωπικότητας, διαταραχές μετατροπής ή υποχονδρίασης παρουσιάζουν την τάση να μην αναγνωρίζουν τα θετικά σημεία της θεραπευτικής αγωγής, με συνέπεια να μην μπορούν να ωφεληθούν και από αυτή (Collet et al., 1987). Αυτός είναι ο λόγος που θεωρείται ότι μια "επιτυχής" θεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς με εμβοές ώτων πρέπει να περιλαμβάνει και την ανάλογη ψυχολογική υποστήριξη (Coles, 1995), προκειμένου το άτομο να αναγνωρίσει τους αγωγόνους παράγοντες που επιδεινώνουν την κατάστασή του και να μπορέσει έτσι να τους τροποποιήσει.

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που πραγματοποιείται στον ελληνικό χώρο και αρχικός μας στόχος ήταν η διερεύνηση, σε ελληνικό πληθυσμό, των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών προσωπικότητας στους ασθενείς με εμβοές ώτων. Από τις βιβλιογραφικές αναφορές γνωρίζαμε ότι οι ασθενείς με υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης αξιολογούν τις εμβοές τους ως ιδιαίτερα έντονες και χαρακτηρίζουν το σύμπτωμα ενοχλητικό (Budd et al., 1996. Collet et al., 1987. House, 1981. Lindberg et al., 1988). Ως ιδιαίτερα

έντονες επίσης αξιολογούν τις εμβοές τους όσοι υποφέρουν λιγότερο από 5 έτη, όσοι παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό βαρηκοΐας, τα άτομα νεότερης ηλικίας και οι γυναίκες. Γνωρίζοντας τα παραπάνω, η πρώτη μας υπόθεση ήταν ότι, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, οι ασθενείς με εμβοές θα παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους στην κλίμακα "Ψυχασθένειας" και υψηλότερο μέσο όρο στην κλίμακα "Κατάθλιψης" του Πολυδιάστατου Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας της Μινεσότα (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI). Η δεύτερη υπόθεσή μας αναφερόταν στους παράγοντες χρονική διάρκεια εμβοών, ποσοστό βαρηκοΐας, ηλικία και φύλο. Υποθέσαμε ότι όσο αυξανόταν το ποσοστό βαρηκοΐας και η χρονική διάρκεια των εμβοών τόσο περισσότερο έντονο θα χαρακτηριζόταν το σύμπτωμα από τον ασθενή. Επίσης, υποθέσαμε ότι οι γυναίκες θα έδιναν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα υποκειμενικής αξιολόγησης της έντασης των εμβοών. Τέλος, οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας λόγω της μακρόχρονης προσαρμογής τους στο σύμπτωμα θα χαρακτήριζαν τις εμβοές τους ως λιγότερο έντονες σε σχέση με τους ασθενείς νεότερης ηλικίας.

Μέθοδος

Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Εργαστήριο Ακουστικής-Νευροωτολογίας της ΩΡΛ Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, από τον Οκτώβριο του 1995 έως το Φεβρουάριο του 1997.

Συμμετέχοντες

Το δείγμα μας στη συγκεκριμένη μελέτη αποτελούσαν 100 άτομα (54 άνδρες και 46 γυναίκες), ηλικίας 18-65 ετών, τα οποία συμμετείχαν εθελοντικά και τα οποία επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Ένας ασθενής για να συμμετάσχει στην έρευνα θα έπρεπε να πληροί τα κριτήρια επιλογής τα οποία

ήταν: α) η ηλικία, 18-65 ετών, β) απουσία σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, γ) να μην έχει αναζητηθεί κατά το παρελθόν ή στην παρούσα φάση ψυχολογική υποστήριξη για τις εμβοές, δ) γραμματικές γνώσεις τουλάχιστον του δημοτικού, προκειμένου να μπορεί να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο MMPI. Με τον τρόπο αυτό έγινε προσπάθεια να εξασφαλιστεί η ομοιογένεια μεταξύ του δείγματος. Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που συμμετείχαν ήταν 38.50 έτη (Τυπική Απόκλιση = 12.54 έτη).

Όργανα

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη και λεπτομερή ωτορινολαρυγγολογικό, νευρολογικό και οφθαλμολογικό έλεγχο, που συμπεριλάμβανε επίσης και την ακρόαση κεφαλής και τραχήλου, προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα ενός όγκου στο κεφάλι ή στον τράχηλο ή οποιαδήποτε άλλη παθολογική κατάσταση που θα μπορούσε να εκδηλώνεται με εμβοές. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ένας πλήρης και λεπτομερής ακοολογικός έλεγχος. Ο συγκεκριμένος έλεγχος περιλάμβανε πρωταρχικά την όσο δυνατόν ακριβέστερη ακοομετρικά εκτίμηση του ασθενή. Ο χρησιμοποιούμενος ακοομετρητής ήταν κλινικοδιαγνωστικός δύο καναλιών τύπου Amplaid 400 με ακουστικά TDH-49 και προσκέφαλο ακουστικών MX-41/AR. Το ακοόγραμμα λαμβανόταν με τον εξεταζόμενο κλεισμένο μέσα σε καλά ηχομονωμένο ακοομετρικό θάλαμο. Οι χρησιμοποιούμενες συχνότητες στη λήψη του ακοογράμματος ήταν 0.125 ΚHz έως 8 ΚHz κατά διαστήματα μιας οκτάβας, καθώς και μιας ημιοκτάβας όπου ήταν δυνατή η παροχή της από τη γεννήτρια του ακοομετρητή. Τα πλεονεκτήματα της χρήσης της ημιοκτάβας ήταν προφανή για την πληρέστερη και λεπτομερέστερη εκτίμηση της ακοομετρικής καμπύλης του εξεταζομένου. Ανάλογα με τα ακοομετρικά ευρήματα, όπου ήταν εφικτό και απαραίτητο, ακολουθούσαν διάφορες εξετάσεις υπερουδικής ακοομετρίας σε μια προσπάθεια εντοπισμού της περιοχής της βλάβης της ακουστικής οδού ή της

τεκμηρίωσης των δεδομένων από το ιστορικό του ασθενή.

Στη συνέχεια, σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τον εντοπισμό των εμβοών, γινόταν αμφοτερόπλευρα τυμπανόγραμμα καθώς και έλεγχος της λειτουργικότητας της ευσταχιανής σάλπιγγας. Η χρησιμοποιούμενη για το σκοπό αυτό συσκευή ήταν τύπου Amplaaid 702 με αυτόματο καταγραφέα (X-Y recorder) και ακουστικό TDH-39. Ακολουθούσε η εκτίμηση του ουδού έκλυσης των ακουστικών αντανάκλαστικών, ομόπλευρα και ετερόπλευρα, σε καθαρούς τόνους ακουστικών συχνοτήτων 0.5, 1.2, και 4 KHz.

Η δομή της προσωπικότητας και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά διερευνήθηκαν με το MMPI. Στους ασθενείς χορηγήθηκε η ολοκληρωμένη μορφή του ερωτηματολογίου, 566 ερωτήσεις, (Hathaway & McKinley, 1978) που έχει μεταφραστεί από την Κοκκέβη και έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (Κοκκέβη, Τυπάλδου, Ρεπαπή, Αδάμου, & Στεφανής, 1981). Το MMPI έχει σχεδιαστεί προκειμένου να αξιολογεί αντικειμενικά ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας τα οποία επηρεάζουν την ατομική και κοινωνική προσαρμογή και τα οποία

συνδέονται συνήθως με διάφορες ψυχολογικές διαταραχές. Οι 566 ερωτήσεις κατανέμονται σε 14 κλίμακες, 10 κλινικές κλίμακες και 4 κλίμακες εγκυρότητας-αξιοπιστίας, οι οποίες είναι δομημένες έτσι ώστε να δίνουν τη δυνατότητα να εκτιμούνται τόσο τα στοιχεία προσωπικότητας εφήβων, από 16 ετών και πάνω, και ενηλίκων με γραμματικές γνώσεις τουλάχιστον δημοτικού, όσο και η αξιοπιστία των απαντήσεων των ατόμων. Η ονομασία των κλιμάκων καθορίστηκε από την παθολογική κατάσταση την οποία διερευνούν ή τον τύπο εγκυρότητας που ελέγχουν¹. Στον Πίνακα 2, παρατίθεται η συντετηγμένη ονομασία των κλιμάκων και η παθολογική κατάσταση ή δείκτης εγκυρότητας-αξιοπιστίας που διερευνάται.

Οι ερωτήσεις των κλιμάκων καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, από τη σωματική κατάσταση και τις ψυχολογικές διαταραχές έως τις ηθικές αξίες και τις κοινωνικές στάσεις του ερωτώμενου ατόμου. Ο εξεταζόμενος καλείται να ταξινομήσει τις φράσεις-προτάσεις σε τρεις κατηγορίες: *Αλήθεια*, *Λάθος*, *Δεν ξέρω*. Ο χρόνος που απαιτείται για να απαντήσει το άτομο δεν υπερβαίνει τα 60 λεπτά της ώρας, ενώ ο μέσος

Πίνακας 2
Οι κλίμακες του MMPI

Κλινικές κλίμακες	Παθολογική κατάσταση	Κλίμακες Αξιοπιστίας - Εγκυρότητας
Hs	Υποχονδρία	L Ψεύδος
D	Κατάθλιψη	F Εγκυρότητα
Hy	Υστερία	K Διόρθωση
Pd	Ψυχοπαθητική Απόκλιση	? Δεν ξέρω / Δεν μπορώ να απαντήσω
Mf	Αρρενωπότητα - Θηλυκότητα	
Pa	Παράνοια	
Pt	Ψυχασθένεια	
Sc	Σχιζοφρένεια	
Ma	Υπομανία	
Si	Κοινωνική Εσωστρέφεια	

1. Οι συντομογραφίες των κλιμάκων του MMPI έχουν καθιερωθεί και στην ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου (Hathaway & McKinley, 1978. Κοκκέβη et al., 1981).

όρος χρονικής διάρκειας είναι περίπου 45 λεπτά της ώρας. Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον ασθενή, ο εξεταστής στο φύλλο απαντήσεων καταγράφει τις ερωτήσεις στις οποίες απάντησε το άτομο και τις ερωτήσεις στις οποίες έδωσε δύο απαντήσεις ή δεν απάντησε καθόλου. Οι αριθμοί που προκύπτουν ονομάζονται "απόλυτες τιμές" και σημειώνονται στο κάτω μέρος του ανδρικού ή γυναικείου διαγράμματος, σε πλήρη αντιστοιχία με την κλίμακα στην οποία αφορούν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα. Κάτω από τη σειρά των απόλυτων τιμών σε πέντε κλινικές κλίμακες, Hs (Υποχονδρία), Pd (Ψυχοπαθητική Απόκλιση), Pt (Ψυχοσθένεια), Sc (Σχιζοφρένεια) και Ma (Υπομανία) υπάρχει μια σειρά με κενά διαστήματα με τον τίτλο "πρόσθετη τιμή Κ". Σ' αυτά τα κενά διαστήματα προστίθεται το κατάλληλο ποσοστό του παράγοντα Κ, το οποίο δίνεται σε ειδικό πίνακα στο διάγραμμα, με σκοπό να αυξηθεί η διακριτική ικανότητα των συγκεκριμένων μεταβλητών. Αφού καταγραφούν όλες οι τιμές, μαζί με την προσθήκη του παράγοντα Κ, για τις κλινικές κλίμακες και τις κλίμακες εγκυρότητας, σημειώνονται τα αποτελέσματα, με μορφή κουκίδας ή κύκλου, πάνω στο διάγραμμα σε αντιστοιχία με τις κλίμακες. Αφού ενώσουμε με μια συνεχή γραμμή αυτά τα σημεία βρίσκουμε την αντιστοιχία τους με τις Τιμές Συνόλου (Τ) ή Συνολικές Τιμές (Τc), που δίνονται στις στήλες δεξιά και αριστερά του γυναικείου και του ανδρικού διαγράμματος. Η αξιολόγηση των κλιμάκων και οι κλινικές υποθέσεις που διατυπώνονται προκύπτουν πάντοτε από τις τιμές Τ.

Διαδικασία

Μετά την ολοκλήρωση του ιατρικού ελέγχου ακολουθούσε η λήψη ενός πλήρους και λεπτομερούς ιστορικού που αφορούσε τόσο τη γενική κατάσταση του ασθενούς, τις συνθήκες διαβίωσης, την εκτίμηση των εμβών από το ίδιο το άτομο, αλλά και την αξιολόγηση της δομής της προσωπικότητας και της ψυχολογικής κατάστασης. Η διαδικασία που ακολουθήσαμε ήταν η

ίδια για όλα τα άτομα. Το γενικό ιστορικό του ασθενούς περιλάμβανε ενότητες όπως:

- * Αιτία προσέλευσης

- * Ηλικία και χρόνος έναρξης εμβών

- * Νόσοι κατά το παρελθόν και χειρουργικές επεμβάσεις, κακώσεις κεφαλής και τραχήλου, πιθανές επιπτώσεις που εμφανίστηκαν, θεραπευτική αγωγή που ακολούθησε το άτομο και τα αποτελέσματά της.

- * Προηγούμενες θεραπευτικές προσπάθειες (ιατρικές ή πρακτικές) που ακολούθησε το άτομο για τις εμβόες του και πιθανά αποτελέσματα.

- * Έκθεση του ατόμου σε υψηλό επίπεδο θορύβου.

- * Πιθανές αλλεργικές εκδηλώσεις.

- * Χρόνια χρήση φαρμάκων.

- * Γενικά προβλήματα υγείας.

- * Κληρονομικό και οικογενειακό ιστορικό ακοολογικών διαταραχών.

- * Χρήση καφέ, καπνού και οιοπνευματωδών και σε ποιες ποσότητες.

- * Συνθήκες εργασίας και πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο εξαιτίας των εμβών του.

- * Εντόπιση των εμβών: Ο/η ασθενής έπρεπε να προσδιορίσει αν αντιλαμβανόταν τις εμβόες εντός ή εκτός κεφαλής, στο δεξιά ή στο αριστερό αυτί ή και στα δύο αυτιά. Αν ο ασθενής εντόπιζε τις εμβόες και στα δύο αυτιά θα έπρεπε να προσδιορίσει σε ποιο από τα δύο αυτιά η ένταση ήταν μεγαλύτερη.

- * Εκτίμηση της έντασης των εμβών: Σε μια υποκειμενική κλίμακα οπτικού αναλόγου από το 1 έως το 10, όπου το 1 αντιπροσώπευε τις μόλις ακουστές και όχι ενοχλητικές εμβόες και το 10 την υψηλότερη ένταση και ενόχληση από το σύμπτωμα, ο ασθενής έπρεπε να δώσει ένα βαθμό της δικής του αξιολόγησης.

- * Τύπος των εμβών: Ο ήχος αποτελούνταν από ένα μόνο συνθετικό ή ήταν σύνθετος; Ποιος ήχος κυριαρχούσε και σε ποιες περιπτώσεις; Στον ασθενή δόθηκε ένα σύνολο από 10 ήχους/συνθετικά, όπως, σφύριγμα, γρύλος - τριζόνι - τζιτζικι, σφύριγμα ατμομηχανής, κουδούνισμα, καμπάνες, ατμομηχανή, βράσιμο, θόρυβος

κυμάτων θάλασσας, βόμβος, αίσθημα σφίξεων, και μια ελεύθερη επιλογή για κάποιο ήχο που δεν περιλάμβανε το παραπάνω σύνολο. Μ' αυτό τον τρόπο προστέθηκαν πέντε νέοι ήχοι/συνθετικά, οι οποίοι ήταν: θόρυβος μηχανής, συναγερμός αυτοκινήτου, κομπρεσέρ, χτύπημα, θρόισμα φύλλων.

* Χαρακτήρας των εμβωών: Ήταν συνεχής ή παρουσίαζε αυξομειώσεις και αν παρουσίαζε αυξομειώσεις πόσο συχνά και κάτω από ποιες συνθήκες. Στις πιθανές συνθήκες αυξομειώσεων υπήρχε η συσχέτιση με υψηλό θόρυβο, χρήση αλκοόλ, καπνού ή καφέ, χρήση ασπιρίνης ή άλλου φαρμάκου, ή κάποια άλλη συνθήκη που είχε παρατηρήσει το ίδιο το άτομο.

* Πιθανά επεισόδια λιγγυ, κεφαλαλγίας ή αστάθειας στην ισορροπία, τα οποία μπορεί να εμφανίζει το άτομο και τα οποία πιθανόν να σχετίζονται με τις εμβοές του.

Μετά τη λήψη αυτού του γενικού ιστορικού χορηγήσαμε στον ασθενή το MMPI, φροντίζοντας να διευκρινίσουμε τις οδηγίες που υπάρχουν στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου και τις πιθανές απορίες που είχε το άτομο. Στην συνέχεια προτείναμε στο άτομο να καθίσει στο χώρο αναμονής και να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) και έγινε χρήση του κριτηρίου χ^2 και απλής ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA). Οι μεταβλητές στις οποίες θα αναφερθούμε στην συνέχεια είναι: ακοολογικά ευρήματα των ασθενών, χρονική διάρκεια των εμβωών, υποκειμενική αξιολόγηση της έντασης των εμβωών, τύπος των εμβωών, και αποτελέσματα MMPI.

Ακοολογικά ευρήματα

Από τον έλεγχο που έγινε στους 100 ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι οι 10 από αυτούς παρουσίαζαν πρόβλημα μονόπλευρα, οι 78 αμφοτερόπλευρα, ενώ οι υπόλοιποι 12 είχαν φυσιολογικό διάγραμμα. Στον Πίνακα 3 απεικονίζεται η σχετική κατανομή συχνοτήτων.

Ένας αριθμός 58 ασθενών (58%) ήταν ενήμεροι για κάποιο πρόβλημα του ενός ή και των δύο ώτων, πέρα φυσικά από τις εμβοές τους. Από αυτούς οι 54 ασθενείς ανέφεραν γνωστή και στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστωμένη ακοομετρικά βαρηκοΐα, ενώ οι υπόλοιποι 4 περιέγραψαν συμπτωματολογία συμβατή με δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας ή αι-

Πίνακας 3
Ακοολογικά ευρήματα των 100 ασθενών

Βαρηκοΐα (ουδός ≥ 25 dB nHL)	Αριθμός ατόμων
1. Μονόπλευρα δεξιά (υψηλές συχνότητες)	6
2. Μονόπλευρα αριστερά (υψηλές συχνότητες)	2
3. Μονόπλευρα (χαμηλές, μεσαίες και υψηλές)	2
4. Αμφοτερόπλευρα (χαμηλές, μεσαίες και υψηλές)	33
5. Αμφοτερόπλευρα (χαμηλές)	1
6. Αμφοτερόπλευρα (υψηλές)	14
7. Αμφοτερόπλευρα (χαμηλές και υψηλές)	5
8. Αμφοτερόπλευρα (μεσαίες και υψηλές)	25
9. <25 dB και στα δύο αυτιά (χαμηλές, μεσαίες και υψηλές)	12
Σύνολο	100

σθημα πληρότητας του ωτός ή ωταλγία. Το υπόλοιπο 42% των ασθενών δεν ανέφερε οποιοδήποτε πρόβλημα σχετικό με το ακουστικό σύστημα, πλην των εμβοών. Ένας μικρός αριθμός από αυτούς αποκάλυψαν στο ιστορικό τους τραυματισμούς της κεφαλής, ωτίτιδες κατά την παιδική ηλικία ή άλλα παροδικά προβλήματα του ακουστικού συστήματος, χωρίς όμως να παρέχονται περισσότερα στοιχεία για τη φύση ή την έκταση της βλάβης.

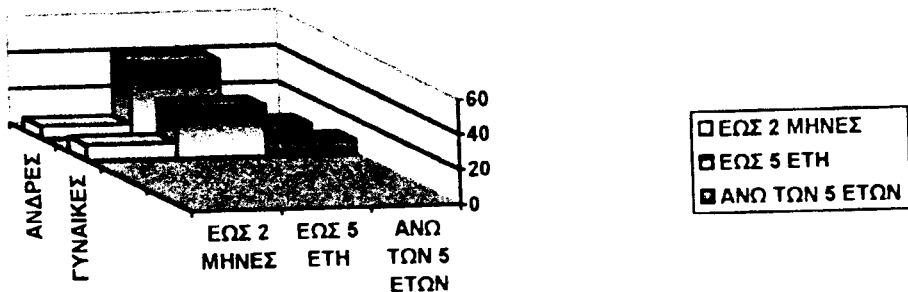
Χρονική διάρκεια εμβοών

Στην συγκεκριμένη μεταβλητή ορίσαμε τρεις κατηγορίες: (α) χρονική διάρκεια έως 2 μήνες, (β) χρονική διάρκεια έως 5 έτη και (γ) χρονική διάρκεια άνω των 5 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων, 42 άνδρες και 29 γυναίκες, ποσοστό 71% υπέφερε από εμβοές για χρονική περίοδο έως 5 έτη (Σχήμα 1).

Από την εφαρμογή του χ^2 για την εκτίμηση της συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών χρονική διάρκεια εμβοών και υποκειμενική αξιολόγηση του συμπτώματος δε βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ($\chi^2 = 3.05$, $B.E = 4$, $p = 0.55$). Στον Πίνακα 4 δίνονται τα ποσοστά εμφάνισης των επιπέδων της υποκειμενικής αξιολόγησης των εμβοών για κάθε επίπεδο χρονικής διάρκειας.

Υποκειμενική αξιολόγηση της έντασης των εμβοών

Η συγκεκριμένη μεταβλητή ορίστηκε σε τρία επίπεδα: (α) χαμηλό επίπεδο έντασης εμβοών (περιλαμβάνει τις τιμές 1 έως 3 της υποκειμενικής κλίμακας), (β) μεσαίο επίπεδο έντασης εμβοών (περιλαμβάνει τις τιμές 4 έως 7 της υποκειμενικής κλίμακας) και (γ) υψηλό επίπεδο έντασης εμβοών (περιλαμβάνει τις τιμές 8 έως 10 της υποκειμενικής κλίμακας). Από την εφαρμογή του χ^2 για τον καθορισμό της σχέσης της υποκειμενικής αξιολόγησης της έντασης των εμβοών με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ υποκειμενικής αξιολόγησης της έντασης των εμβοών και του φύλου ($\chi^2 = 10.49$, $B.E. = 2$, $p = 0.005$). Για τον καθορισμό της σχέσης μεταξύ ηλικίας και υποκειμενικής αξιολόγησης των εμβοών, εφαρμόστηκε απλή ανάλυση διακύμανσης προκειμένου να διερευνηθεί αν οι μέσες τιμές των ηλικιών στα τρία επίπεδα της υποκειμενικής αξιολόγησης είναι ίδιες. Βρέθηκε ότι ήταν διαφορετικές, $F(3, 96) = 3.02$, $p = 0.05$. Συνάφεια μεταξύ υποκειμενικής αντίληψης στην ένταση των εμβοών και των ακοολογικών ευρημάτων δε βρέθηκε, ($\chi^2 = 5.47$, $B.E. = 4$, $p = 0.24$). Γίνεται φανερό από τα παραπάνω αποτελέσματα ότι η υποκειμενική αντίληψη εμβοών είναι διαφορετική στα δύο φύλα με τους άνδρες



Σχήμα 1:

Σχηματικό διάγραμμα των κατηγοριών της χρονικής διάρκειας των εμβοών σε σχέση με το φύλο

Πίνακας 4
Συχνότητες* και ποσοστά επί τοις % ανάλογα με την υποκειμενική αξιολόγηση των εμβοών και τη χρονική διάρκεια του συμπτώματος

	Χαμηλό επίπεδο	Μεσαίο επίπεδο	Υψηλό επίπεδο
Χρονική διάρκεια έως 2 μήνες	1 (1)	8 (8)	7 (7)
Χρονική διάρκεια έως 5 έτη	7 (7)	38 (38)	26 (26)
Χρονική διάρκεια άνω των 5 ετών	1 (1)	4 (4)	8 (8)

* Η συχνότητα δίνεται εντός της παρενθέσεως.

Πίνακας 5
Συχνότητες* και ποσοστά επί τοις % προς τα επίπεδα υποκειμενικής αντίληψης των εμβοών και το φύλο

	Χαμηλό επίπεδο	Μεσαίο επίπεδο	Υψηλό επίπεδο
Άνδρες	4 (4)	35 (35)	15 (15)
Γυναίκες	5 (5)	15 (15)	26 (26)

* Η συχνότητα δίνεται εντός της παρενθέσεως.

να δίνουν τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης στις μέτριες εμβοές και τις γυναίκες στις υψηλές εμβοές. Οι νεότερες ηλικίες εντάσσονται στις μέτριες και υψηλές εμβοές, ενώ μέσες ηλικίες στις χαμηλές εμβοές. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα ποσοστά υποκειμενικής αντίληψης της έντασης των εμβοών ανά φύλο.

Τύπος των εμβοών

Από τους 100 ασθενείς το 68% απάντησε ότι ο ήχος που αντιλαμβάνονται αποτελείται από ένα συνθετικό, ενώ το 32%, ανέφερε ότι ο ήχος είναι σύνθετος. Τα άτομα που προσδιόρισαν δύο συνθετικά, ανέφεραν ότι οι εναλλαγές σχετίζονται, είτε με την ψυχολογική τους διάθεση είτε με την εντόπιση πιο ισχυρών σε ένταση εμβοών

στο ένα αυτί απ' ό,τι στο άλλο. Όταν το άτομο βίωνε έντονη ανησυχία, σωματική κόπωση ή στενοχώρια αντιλαμβάνονταν τις εμβοές ως "θόρυβο μηχανής", "σφύριγμα", ή "γρύλο". Αντίθετα, σε περιόδους ψυχικής ηρεμίας και έλλειψης σωματικής κόπωσης οι εμβοές εμφανίζονται ως "θρόισμα φύλλων", "καμπάνες", ή "θόρυβος κυμάτων της θάλασσας". Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι διάφοροι τύποι εμβοών και ο ανάλογος αριθμός ασθενών για κάθε τύπο εμβοών.

Αποτελέσματα MMPI

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για κάθε κλίμακα του MMPI, όπως προέκυψαν από την αξιολόγηση των 100 ερωτηματολογίων.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, οι μεγαλύτερες τιμές (που κυμαίνονται πάντα μέσα στα φυσιολογικά όρια 50 έως 70 T), παρουσιάζονται στις κλίμακες Pd (Ψυχοπαθητική Απόκλιση), Sc (Σχιζοφρένεια), Pt (Ψυχασθένεια) και Hy (Υστερία). Είναι σαφές όμως ότι το "προφίλ προσωπικότητας" για το "μέσο ασθενή" δε διαφέρει από το γενικό πληθυσμό. Αν προσπαθούσαμε να δημιουργήσουμε ένα διάγραμμα προσωπικότητας με βάση τα αποτελέσματα των κλιμάκων που παρουσιάζονται στον προηγούμενο πίνακα θα παρατηρούσαμε τα ακόλουθα: Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν αξιόπιστοι στις απαντήσεις τους, κατανόησαν το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και δεν έδειξαν να χρησιμοποιούν υπερβολικούς μηχανισμούς άμυνας απέναντι στο ερωτηματολόγιο. Είχαν την τάση να παρουσιάζουν τον εαυτό τους ως ιδιαίτερα ηθικό και με αυστηρούς κοινωνικούς κανόνες και αρχές, δεν προσπάθησαν όμως να βελτιώσουν ή να χειροτερεύσουν την κατάστασή τους προς όφελός τους. Το υπερβολικό ενδιαφέρον για τη σωματική τους υγεία και τα διάφορα οργανικά συμπτώματα που αντιμετωπίζουν είναι

ένα φυσιολογικό εύρημα που συναντάμε σε όλα τα άτομα με χρόνια οργανικά προβλήματα. Οι άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, παρουσίασαν έναν υψηλό μέσο όρο στην κλίμακα της υποχονδρίας, γεγονός που ίσως εξηγείται από την ανασφάλεια που ένιωθαν ότι οι εμβοές θα επηρεάσουν καθοριστικά την επαγγελματική τους ζωή. Κανένας από τους ασθενείς μας δεν εμφάνισε σοβαρή ψυχοπαθολογία και δε χρειάστηκε να παραπέμψουμε κάποιον για περαιτέρω ψυχολογική υποστήριξη.

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιώντας το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα, προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας στους ασθενείς με εμβοές ώτων. Επίσης, την επίδραση παραγόντων όπως ποσοστό βαρηκοΐας, χρονική διάρκεια εμβοών, ηλικία και φύλο στην υποκειμενική αξιολόγηση της έντασης των εμβοών.

Αντίθετα από την πρόβλεψή μας σε ό,τι αφο-

Πίνακας 6
Συχνότητα ατόμων ανά τύπο εμβοών

Τύπος εμβοών	Αριθμός ατόμων
Γρύλος, Τριζόνι, Τζιτζίκι	30
Σφύριγμα	26
Σφύριγμα ατμομηχανής	9
Ατμομηχανή	6
Κουδούνισμα	5
Θόρυβος κυμάτων θάλασσας	4
Θόρυβος μηχανής	4
Καμπάνες	3
Βόμβος	3
Βράσιμο	3
Αίσθημα σφίξεων (παλμών)	2
Συναγερμός αυτοκινήτου	2
Χτύπημα	1
Κομπρεσέρ	1
Θρόισμα φύλλων	1
Σύνολο	100

Πίνακας 7
Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων στις κλίμακες του MMPI

Κλίμακα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
?	46.32	7.82
L	45.54	11.24
F	55.49	12.93
K	51.39	11.07
Hs	55.00	12.24
D	55.04	14.18
Hy	57.57	12.47
Pd	59.90	12.67
Mf	51.10	12.16
Pa	55.06	12.03
Pt	57.59	13.58
Sc	58.75	14.18
Ma	53.24	12.02
Si	49.94	13.12

ρούσε στην πρώτη μας υπόθεση, οι ασθενείς μας, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, δεν παρουσίασαν υψηλό μέσο όρο στην κλίμακα της D (Κατάθλιψη). Δεν παρουσίασαν επίσης υψηλά επίπεδα άγχους αφού η τιμή στην κλίμακα Pt (κλίμακα Ψυχασθένειας, η οποία αξιολογεί τις φοβίες, την καταναγκαστική συμπεριφορά και το επίπεδο άγχους του ατόμου) (Lachar, 1978) κυμαίνεται μέσα στις φυσιολογικές τιμές. Το συγκεκριμένο εύρημα δε συμφωνεί με αποτελέσματα άλλων ερευνητικών ομάδων (Coles, 1992. Halford & Anderson, 1991. Harrop-Griffiths et al., 1987), γεγονός που ίσως εξηγείται από τις διαφορετικές πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν στους δύο πληθυσμούς. Είναι γνωστό (Konner, 1995. Rahe, 1995), ότι το άτομο αντιδρά και προσαρμόζεται διαφορετικά σε ένα οργανικό σύμπτωμα ανάλογα με τις πολιτισμικές συνθήκες και την επίδραση του περιβάλλοντος. Επιπλέον, οι Έλληνες ασθενείς, σε σχέση με τους Βρετανούς, Σουηδούς και Αμερικανούς, δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (κλίμακα D-Κατάθλιψη) και αγχώδεις διαταραχές (κλίμακα Pt-Ψυχασθένεια), ανεξάρτητα με

τη χρονική διάρκεια των εμβών τους και την υποκειμενική αντίληψη για την ένταση του συμπτώματος. Από την κλινική συνέντευξη παρατηρήθηκε μια τάση καχυποψίας και υποχονδρίασης στοιχεία που αιτιολογούνται ίσως από το ποσοστό βαρηκοΐας που έχουν οι ασθενείς αυτοί και από την ανασφάλεια που τους χαρακτηρίζει ότι θα χάσουν ένα μέρος των ακουστικών πληροφοριών που προέρχονται από το περιβάλλον. Από την αξιολόγηση όμως των κλιμάκων του MMPI, που αξιολογούν στοιχεία όπως η καχυποψία (κλίμακα Pd-Ψυχοπαθητική Απόκλιση) και η υποχονδρίαση (κλίμακα Hs-Υποχονδρία), δε φάνηκε μια ανάλογη τάση αφού ο μέσος όρος και στις δύο κλίμακες δεν ήταν ανώτερος από τις φυσιολογικές τιμές.

Η χρονική διάρκεια που υπέφερε το άτομο από εμβόες δε φάνηκε στη μελέτη μας να επηρεάζει την αξιολόγηση του επιπέδου έντασης του συμπτώματος. Παρόμοια και το ποσοστό βαρηκοΐας του ασθενή δεν έδειξε να επηρεάζει την αντίληψή του για την ένταση των εμβών. Τα συγκεκριμένα ευρήματα είναι αντίθετα μ' αυτά άλλων ερευνητικών ομάδων (Coles, 1992.

Parving et al., 1993), παρατήρηση που εξηγείται ίσως από τις διαφορετικές ερευνητικές συνθήκες που υπήρχαν. Στις προηγούμενες έρευνες στη Μ. Βρετανία (Coles, 1992) και Σουηδία (Parving et al., 1993) είχαν μελετήσει μεγαλύτερο δείγμα ασθενών, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, οι οποίοι κατά πλειοψηφία υπέφεραν από χρόνια ακοολογικά προβλήματα και παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό βαρηκοΐας. Είναι σαφές, λοιπόν, ότι το οργανικό πρόβλημα που αντιμετώπιζαν επηρέαζε και την αντίληψη της έντασης του συμπτώματος.

Οι παράγοντες ηλικία και φύλο φάνηκαν να επηρεάζουν την υποκειμενική αξιολόγηση της έντασης των εμβοών. Σε ό,τι αφορά στον παράγοντα φύλο οι γυναίκες απέδωσαν υψηλό επίπεδο έντασης στις εμβοές τους, δε χαρακτηρίζονταν όμως το σύμπτωμα ως εξαιρετικά ενοχλητικό. Αντίθετα, οι άνδρες, αν και απέδιδαν στις εμβοές τους χαμηλό ή μεσαίο επίπεδο έντασης, δήλωναν ότι το σύμπτωμα είναι εξαιρετικά ενοχλητικό και χαρακτηρίζονταν από μια παθολογική ενσχόληση με το σύμπτωμα. Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων μελετών (Hallam et al., 1988. Hazell, 1981. Kirsch et al., 1989. Shulman, 1991). Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες αν και χαρακτηρίζουν το σύμπτωμα ως περισσότερο έντονο, αναπτύσσουν πιο εύκολα μηχανισμούς προσαρμογής, ενώ οι άνδρες δείχνουν να ενοχλούνται λιγότερο είναι όμως αρκετά αρνητικοί σε ό,τι αφορά στην εξέλιξη της κατάστασής τους (Sullivan et al., 1989). Οι ασθενείς που ανήκαν στις μέσες ηλικίες έδειξαν να έχουν αναπτύξει κάποιο μηχανισμό προσαρμογής απέναντι στο σύμπτωμα, αφού, περισσότερο από τους ασθενείς νεότερων ηλικιών, αξιολογούσαν την ένταση του συμπτώματος ως χαμηλού ή μεσαίου επιπέδου. Οι ασθενείς νεότερης ηλικίας έδειξαν να ενοχλούνται περισσότερο, γι' αυτό και έδιναν υψηλότερο επίπεδο έντασης στις εμβοές. Οι ίδιοι ασθενείς άλλωστε και κλινικά έδειχναν περισσότερο νευρικοί και ανυπόμονοι για την εξέλιξη της κατάστασής τους. Και αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με άλλες μελέτες (Budd et al., 1996. Hallam, et al., 1988) και

δηλώνουν ίσως την ύπαρξη ενός μηχανισμού προσαρμογής απέναντι στο σύμπτωμα που αναπτύσσουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία υποφέρουν για μεγάλη χρονική διάρκεια. Είναι άλλωστε γνωστό (Rahe, 1995) ότι ασθενείς που υποφέρουν από κάποιο χρόνιο οργανικό πρόβλημα αναπτύσσουν κατάλληλους μηχανισμούς προσαρμογής που τους επιτρέπουν να συνεχίζουν τη ζωή τους και να αντιμετωπίζουν κατάλληλα το σύμπτωμα.

Συμπερασματικά, δεν εντοπίσαμε υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης ή κάποιες άλλης ψυχικής διαταραχής στους ασθενείς με εμβοές ώτων. Τα δεδομένα μας επιτρέπουν να συμπεράνουμε ότι η ψυχολογική διάθεση του ατόμου επηρεάζει το χαρακτήρα που δίνει ο ίδιος στις εμβοές του καθώς και τον τύπο του συμπτώματος. Τέλος, είναι φανερό ότι η στάση του ατόμου απέναντι στο συγκεκριμένο σύμπτωμα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ενημέρωση που θα έχει κατά την έναρξη των εμβοών.

Βιβλιογραφία

- Berrios, G. E., & Rose, G. S. (1992). Psychiatry of subjective tinnitus: Conceptual, historical and clinical aspects. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 1, 76-82.
- Briner, W. (1995). A behavioral nosology for tinnitus. *Psychological Reports*, 77, 27-34.
- Brix, R. (1995). Psychophysiological mechanisms of tinnitus. In J. A. Vernon & A. R. Moller (Eds.), *Mechanisms of tinnitus* (pp. 1-7). Boston: Allyn & Bacon.
- Budd, R. J., & Pugh, R. (1995). The relationship between locus of control, tinnitus severity, and emotional distress in a group of tinnitus sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 1015-1018.
- Budd, R. J., & Pugh, R. (1996). The relationship between coping style, tinnitus severity and emotional distress in a group of tinnitus sufferers. *British Journal of Health Psychology*, 1, 219-229.

- Coles, R. R. A. (1992). A survey of tinnitus management in National Health Service hospitals. *Clinical Otolaryngology*, 17, 313-316.
- Coles, R. R. A. (1995). Classification of causes, mechanisms of patient disturbance, and associated counseling. In J. A. Vernon & A. R. Moller (Eds.), *Mechanisms of tinnitus* (pp. 11-21). Boston: Allyn & Bacon.
- Coles, R. R. A., Baskill, J. L., & Sheldrake, J. B. (1984). Measurement and management of tinnitus. Part I. Measurement. *The Journal of Laryngology and Otology*, 98, 1171-1176.
- Collet, L., Moussu, M. F., Dubreuil, C., Disant, F., Chanal, J. M., & Morgon, A. (1987). Psychological factors affecting outcome of treatment after transcutaneous electrotherapy for persistent tinnitus. *Archives of Otorhinolaryngology*, 244, 20-22.
- Guth, P. S., Risey, J., Amedee, R., & Norris, C. H. (1992). A pharmacological approach to the treatment of tinnitus. In J-M. Aran & R. Dauman (Eds.), *Proceedings of the fourth international tinnitus seminar* (pp.115-118). Bordeaux, France: Kugler.
- Halford, J. B., & Anderson, S. D. (1991). Anxiety and depression in tinnitus sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 383-390.
- Hallam, R. S., Jakes, S. C., & Hinchcliffe, R. (1988). Cognitive variables in tinnitus annoyance. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 213-222.
- Harrop-Griffiths, J., Katon, W., Dobie, R., Sakai, C., & Russo, J. (1987). Chronic tinnitus: Association with psychiatric diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 613-621.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1978). Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (M.M.P.I) (Α. Κοκκέβη, Μετάφ.). Αθήνα: Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Hazell, J. W. (1981). Measurement of tinnitus in humans. *Ciba Foundation Symposium*, 85, 35-53.
- Hazell, J. W. (1990). Tinnitus. III: The practical management of sensorineural tinnitus. *Journal of Otolaryngology*, 19, 11-18.
- Hazell, J. W. (1995). Models of tinnitus: Generation, perception, clinical implications. In J. A. Vernon, & A. R. Moller (Eds.), *Mechanisms of tinnitus* (pp. 57-72). Boston: Allyn & Bacon.
- House, P. R. (1981). Personality of the tinnitus patient. *Ciba Foundation Symposium*, 85, 193-203.
- Jastreboff, P. J. (1995). Tinnitus as a phantom perception: Theories and clinical implications. In J. A. Vernon, & A. R. Moller (Eds.), *Mechanisms of tinnitus* (pp. 73-93). Boston: Allyn & Bacon.
- Kirsch, C. A., Blanchard, E. B., & Parnes, S. M. (1989). Psychological characteristics of individuals high and low in their ability to cope with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 51, 209-217.
- Κοκκέβη, Α., Τυπάλδου, Μ., Ρεπαπή, Μ., Αδάμου, Ν., & Στεφανής, Κ. (1981). Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας MMPI σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού ενηλίκων και εφήβων. *Materia Medica Greca*, 5, 515-521.
- Konner, M. D. (1995). Anthropology and psychiatry. In H. I. Kaplan, & B. G. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. 1, 6th ed., pp. 337-356). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lachar, D. (1978). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation*. Detroit, MI: Western Psychological Services.
- Lewis, J. E., Stephens, S. D. G., & McKenna, L. (1994). Tinnitus and suicide. *Clinical Otolaryngology*, 19, 50-54.
- Linberg, P., Lyttkens, L., Melin, L., & Scott, B. (1984). Tinnitus-incidence and handicap. *Scandinavica Audiology*, 13, 287-291.
- Lindberg, P., Scott, B., Melin, L., & Lyttkens, L. (1987). Long-term effects of psychological treatment of tinnitus. *Scandinavica Audiology*, 16, 167-172.
- Lindberg, P., Scott, B., Melin, L., & Lyttkens, L.

- (1988). Behavioural therapy in the clinical management of tinnitus. *British Journal of Audiology*, 22, 265-272.
- Lindberg, P., Scott, B., Melin, L., & Lyttkens, L. (1989). The psychological treatment of tinnitus: An experimental evaluation. *Behavioural Research and Therapy*, 27, 593-603.
- Lyttkens, L., Linberg, P., Scott, B., & Melin, L. (1986). Treatment of tinnitus by external electrical stimulation. *Scandinavica Audiology*, 15, 157-164.
- Melin, L., Scott, B., Linberg, P., & Lyttkens, L. (1987). Hearing aids and tinnitus: An experimental group study. *British Journal of Audiology*, 21, 91-97.
- Melzack, R. (1992). Phantom limbs. *Scientific American*, 266, 120-126.
- Parving, A., Hein, H. O., Suadicani, P., Ostri, B., & Gyntelberg, F. (1993). Epidemiology of hearing disorders. *Scandinavica Audiology*, 22, 101-107.
- Rahe, R. H. (1995). Stress and psychiatry. In H. I. Kaplan & B. G. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. II, 6th ed., pp. 1545-1559). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Shulman, A. (1991). Epidemiology of tinnitus. In A. Shulman, J.-M. Aran, J. Tonndorf, & J. A. Vernon (Eds.), *Tinnitus: Diagnosis/treatment* (pp. 237-247). Malvern, PA: Lea & Febiger.
- Stephens, S. D. G., & Hallam, R. S. (1985). The Crown-Crisp Experiential Index in patients complaining of tinnitus. *British Journal of Audiology*, 19, 151-158.
- Sullivan, M. D., Katon, W. J., Dobie, R. A., Sakai, C. S., Russo, J., & Harrop-Griffiths, J. (1988). Disabling tinnitus. Association with affective disorder. *General Hospital Psychiatry*, 10, 285-291.
- Sullivan, M. D., Dobie, R. A., Sakai, C. S., & Katon, W. J. (1989). Treatment of depressed tinnitus patients with nortriptyline. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 98, 867-872.
- Swerdlow, N. R., Filion, D., Geyer, M. A., & Braff, D. L. (1995). "Normal" personality correlates of sensorimotor, cognitive, and visuospatial gating. *Society of Biological Psychiatry*, 37, 286-299.
- Tonndorf, J. (1987). The analogy between tinnitus and pain: A suggestion for a physiological basis of chronic tinnitus. *Hearing Research*, 28, 271-275.
- Χριστοδούλου, Π. (1989). Συμβολή στην αντιμετώπιση των εμβοών ώτων. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Χριστοδούλου, Π., Σέγγας, Ι., Μπιζάκης, Ι., & Χελιδόνης, Ε. (1990). Επίδραση της ιοντοφόρησης της υδροχλωρικής λιδοκαΐνης 2% στις εμβοές του ετερόπλευρου αυτιού. *Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία*, 11, 15-20.

Personality characteristics and audiological findings in tinnitus patients

NIONIA G. VALLIANATOU, PANAGIOTIS CHRISTODOULOU, IOANNIS N. NESTOROS,
& EMMANUEL HELIDONIS
University of Crete, Greece

ABSTRACT

Tinnitus is a common complaint, especially among individuals who suffer from hearing impairment. The response of the patient to tinnitus and his coping ability with this symptom are the essential goals of the therapeutic intervention and suppression techniques, which are applied in the tinnitus patients. In our study we evaluated: a) the relation between the subjective assessment of tinnitus intensity with factors such as sex, age, duration of tinnitus and hearing impairment, and b) the possible influence of personality characteristics of the patients on their attitude towards tinnitus. One hundred patients, men and women, participated in this study. Their age ranged between 18-65 years. All of them came to the Laboratory of Audiology-Neurotology of the University Hospital, at Heraclion, Crete, Greece, complaining of tinnitus. The same research protocol, which included audiological-neurotological tests, clinical interview, and the administration of Minnesota Multiphasic Personality Inventory, was followed in all patients. The duration of tinnitus in the greater proportion of patients was in the time period from two months to 5 years but the duration of tinnitus did not prove to be significant for the subjective assessment of tinnitus intensity. Gender and age were both found to influence the patients' subjective assessment of tinnitus intensity. Finally, the patients' psychological profile and their personality characteristics did not influence their attitude towards tinnitus.

Key Words: Audiological findings, Personality characteristics, Tinnitus.

Address: Nionia G. Vallianatou, Laboratory of Audiology-Neurotology, ENT Clinic, University Hospital of Heraclion, 712 01 Heraclion, Crete, Greece. Tel: *30-81-392467, Fax: *30-81-285371, E-mail: valliand@danae.med.uoc.gr