





Καταχωρείται και περιλαμβάνεται στα MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, GFMER, CIRRIE, SCIRUS for Scientific Inf., EBSCOhost™, PsychINFO και στο Iatrotek (Scimago Journal Rank 2016=0.203)

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

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

**Εκδότης:**  
Βασίλης Κονταξάκης – E-mail: editor@psych.gr

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

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Επίτιμος Πρόεδρος:**  
Γ.Ν. Χριστοδούλου

**Πρόεδρος:**  
Β. Κονταξάκης

**Αναπληρωτής Πρόεδρος:**  
Γ. Κωνσταντακόπουλος

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

**Συνεργάτης:**  
Ι. Ζέρβας

**Γραμματεία περιοδικού:** Μ. Λουκίδη

Indexed and included in MEDLINE/PubMed, Index Copernicus, Google Scholar, EMBASE/Excerpta Medica, GFMER, CIRRIE, SCIRUS for Scientific Inf., EBSCOhost™, PsychINFO and in Iatrotek (Scimago Journal Rank 2016=0.203)

## PSYCHIATRIKI

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

**Publisher:**  
Vassilis Kontaxakis – E-mail: editor@psych.gr

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

### EDITORIAL BOARD

**Emeritus Editor:**  
G.N. Christodoulou

**Editor-in-Chief:**  
V. Kontaxakis

**Associate Editor:**  
G. Konstantakopoulos

**Members:**  
S. Theodoropoulou, D. Karaïskos, M. Margariti,  
D. Ploumpidis, P. Ferentinos

**Collaborator:**  
J. Zervas

**Journal's secretariat:** M. Loukidi

### INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

M. Abou-Saleh (UK)  
H. Akiskal (USA)  
G. Alexopoulos (USA)  
N. Andreasen (USA)  
S. Bloch (Australia)  
M. Botbol (France)  
N. Bouras (UK)  
C. Höschl (Czech Rep.)

†H. Ghodse (UK)  
P. Gökalp (Turkey)  
G. Ikkos (UK)  
R.A. Kallivayalil (India)  
M. Kastrup (Denmark)  
K. Kirby (Australia)  
V. Krasnov (Russia)

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

### Γραμματεία Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας:

Υπεύθυνη: Ε. Γκρέτσα  
Τηλ.: 210-72 14 184, Fax: 210-72 42 032  
E-mail: psych@psych.gr, Ιστοσελίδα: www.psych.gr  
FB: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

**Εργασίες για δημοσίευση, επιστολές, βιβλία για παρουσίαση να απευθύνονται στον Πρόεδρο της Συντακτικής Επιτροπής:**  
Διονυσίου Αιγινήτου 17, 115 28 Αθήνα

### Ετήσιες συνδρομές του Περιοδικού:

Εσωτερικού € 40,00  
Εξωτερικού \$ 80,00 + ταχυδρομικά  
Μεμονωμένα τεύχη € 10,00  
Καταβάλλονται με επιταγή στον ταμία της ΕΨΕ:  
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

**Τα ταμειακώς εντάξει μέλη της Εταιρείας δεν υποχρεούνται σε καταβολή συνδρομής**

### ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ EN ISO 9001:2000

Αδριανείου 3 και Κατεχάκη, 115 25 Αθήνα (Ν. Ψυχικό)  
Τηλ.: 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: 210-67 15 015  
e-mail: betamedarts@otenet.gr  
e-shop: www.betamedarts.gr  
EN ISO 9001:2000

**Υπεύθυνος τυπογραφείου**  
Α. Βασιλάκου, Αδριανείου 3 – 115 25 Αθήνα  
Τηλ. 210-67 14 340



### EDITING EN ISO 9001:2000

3, Adrianiou str., GR-115 25 Athens-Greece  
Tel.: (+30) 210-67 14 371 – (+30) 210-67 14 340,  
Fax: (+30) 210-67 15 015  
e-mail: betamedarts@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr  
EN ISO 9001:2000

**Printing supervision**  
Α. Βασιλάκου, 3 Adrianiou str. – GR-115 25 Athens  
Tel. (+30)-210-67 14 340





# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

## ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**Πρόεδρος:** Δ. Πλουμπίδης  
**Αντιπρόεδρος:** Γ. Αλεβιζόπουλος  
**Γεν. Γραμματέας:** Χρ. Τσόπελας  
**Ταμίας:** Λ. Μαρκάκη  
**Σύμβουλοι:** Στ. Κρασανάκης  
Β.Π. Μποζίκας  
Χ. Τουλούμης

## ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**Μέλη:** Β. Αλεβίζος  
Ι. Γκιουζέπας  
Α. Σπυροπούλου

## ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Μέλη:** Β. Κονταξάκης  
Ε. Σιούτη  
Ν. Τζαβάρας

## ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ

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

## ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ

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

## ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

### ΑΘΗΝΩΝ

**Πρόεδρος:** Κ. Κόντης  
**Γραμματέας:** Σ. Θεοδωροπούλου  
**Ταμίας:** Η. Τζαβέλλας

### ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

**Πρόεδρος:** Ι. Νηματούδης  
**Γραμματέας:** Ι. Διακογιάννης  
**Ταμίας:** Π. Φωτιάδης

### ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

**Πρόεδρος:** Π. Στοφόρος  
**Γραμματέας:** Α. Θωμάς  
**Ταμίας:** Α. Οικονόμου

### ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ

**Πρόεδρος:** Α. Φωτιάδου  
**Γραμματέας:** Λ. Ηλιοπούλου  
**Ταμίας:** Π. Πετρικής

### ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

**Πρόεδρος:** Κ. Σωτηριάδου  
**Γραμματέας:** Μ. Σκώκου  
**Ταμίας:** Α. Κατριβάνου

### ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΤΑΝΙΑΣ

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

## ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

**Πρόεδρος:** Α. Οικονόμου  
**Α' Γραμματέας:** Γ. Πάγκαλος  
**Β' Γραμματέας:** Α. Διακουμοπούλου

## ΕΝΩΣΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ

**Πρόεδρος:** Δ. Μπάλαρης  
**Γραμματέας:** Κ. Μπούτσικος  
**Ταμίας:** Α. Αιβατιδής

# HELLENIC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

## EXECUTIVE COUNCIL

**Chairman:** D. Ploumpidis  
**Vice-Chairman:** G. Alevizopoulos  
**Secretary General:** Ch. Tsopelas  
**Treasurer:** L. Markaki  
**Consultants:** St. Krasanakis  
V.P. Bozikas  
Ch. Touloumis

## DISCIPLINARY COUNCIL

**Members:** V. Alevizos  
J. Giouzepas  
A. Spyropoulou

## FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

**Members:** V. Kontaxakis  
Ir. Siouti  
N. Tzavaras

## HONORARY PRESIDENTS

G.N. Christodoulou, †A. Paraschos,  
N. Tzavaras, J. Giouzepas

## HONORARY MEMBERS

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

## DIVISIONS

### ATHENS

**Chairman:** C. Kontis  
**Secretary:** S. Theodoropoulou  
**Treasurer:** E. Tzavellas

### MACEDONIA

**Chairman:** J. Nimatoudis  
**Secretary:** J. Diakoyiannis  
**Treasurer:** P. Fotiadis

### CENTRAL GREECE

**Chairman:** P. Stoforos  
**Secretary:** A. Thomas  
**Treasurer:** A. Oikonomou

### NORTHWESTERN GREECE

**Chairman:** A. Fotiadou  
**Secretary:** L. Iliopoulou  
**Treasurer:** P. Petrikis

### PELOPONNESE

**Chairman:** K. Sotiriadou  
**Secretary:** M. Skokou  
**Treasurer:** A. Katrivanou

### GREAT BRITAIN

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

## SECTOR OF YOUNG PSYCHIATRISTS

**Chairman:** A. Economou  
**Secretary A':** G. Pagkalos  
**Secretary B':** A. Diakoumopoulou

## UNION OF GREEK PSYCHIATRIC TRAINEES

**Chairman:** D. Balaris  
**Secretary:** K. Boutsikos  
**Treasurer:** A. Aivatidis



## ΚΛΑΔΟΙ

### ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Κ. Παπλός  
Γραμματείς: Θ. Παπασλάνης, Δ. Καραϊσκος

### ΒΙΩΙΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Πρόεδρος: Χ. Τσόπελας  
Γραμματείς: Μ. Δημητράκα, Δ. Πέτσας

### ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

### ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΔΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Πρόεδρος: Ε. Βάρσου  
Γραμματείς: Γ. Μιχόπουλος, Φ. Γονιδάκης

### ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Λ. Μαρκάκη  
Γραμματείς: Φ. Μωρόγιαννης, Π. Γκίκας

### ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Πλουμπιδής  
Γραμματείς: Αθ. Καραβάτος, Ι. Πολυχρονίδης

### ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Β. Αλεβίζος  
Γραμματείς: Χ. Τουλούμης, Ειρ. Σιούτη

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Α. Μιχοπούλου  
Γραμματείς: Γ. Γαρυφαλλός, Μ. Οικονόμου

### ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ

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

### ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Δ. Αναστασόπουλος  
Γραμματείς: Δ. Αναγνωστόπουλος, Κ. Κανελλέα

### ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Β. Κονταζάκης  
Γραμματείς: Δ. Κόντης, Η. Τζαβέλλας

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Λ. Αθανασιάδης  
Γραμματείς: Κ. Παπασταμάτης, Η. Μουρίκης

### ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

### ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ - ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ  
Πρόεδρος: Θ. Υφαντής  
Γραμματείς: Α. Καρκανιάς, Μ. Διαλλινά

### ΤΕΧΝΗΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Σ. Κρασανάκης  
Γραμματείς: Η. Βλάχος, Χ. Γιαννουλάκη

### ΤΗΛΕΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Κ. Κατσαδώρος  
Γραμματείς: Ι. Χατζιδάκης, Ι. Αποστολόπουλος

### ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

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

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Γ. Χριστοδούλου  
Γραμματείς: Ι. Γκιουζέπας, Α. Δουζένης

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ

Πρόεδρος: π. Α. Αυγουστήδης  
Γραμματείς: Στ. Κούλης, Κ. Εμμανουηλίδης

### ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ &

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ  
Πρόεδρος: Ι. Ζέρβας  
Γραμματείς: Ε. Λαζαράτου, Α. Λεονάρδου

### ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Γ. Τζεφεράκος  
Γραμματείς: Δ. Τσακλακίδου, Ι. Γιαννοπούλου

### ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πρόεδρος: Α. Πεχλιβανίδης  
Γραμματείς: Σ. Τουρνής, Ρ. Γουρνέλλης

### ΨΥΧΟΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πρόεδρος: Ν. Δέγλερης  
Γραμματείς: Α. Κώνστα, Θ. Βορβολάκος

### ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ & ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

Πρόεδρος: Β.Π. Μποζίκας  
Γραμματείς: Ι. Νηματούδης, Κ. Κόλλιας

### ΨΥΧΟΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Αθ. Καρκανιάς  
Γραμματείς: Κ. Παπλός, Μ. Συγγελάκης

### ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Πρόεδρος: Ν. Τζαβάρας  
Γραμματείς: Γ. Καπρίνης, Μ. Διαλλινά

### ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

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

## SECTIONS

### SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS

Chairman: K. Paplos  
Secretaries: Th. Papanlanis, D. Karaiskos

### VIOLENT BEHAVIORS

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

### BIOLOGICAL PSYCHIATRY

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

### CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY

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

### EATING DISORDERS

Chairman: E. Varsou  
Secretaries: J. Michopoulos, F. Gonidakis

### PRIVATE PRACTICE PSYCHIATRY

Chairman: L. Markaki  
Secretaries: F. Morogiannis, P. Gkikas

### HISTORY OF PSYCHIATRY

Chairman: D. Ploumpidis  
Secretaries: Ath. Karavatos, J. Polyhronidis

### PSYCHOPHARMACOLOGY

Chairman: V. Alevizos  
Secretaries: C. Touloumis, I. Siouti

### SOCIAL PSYCHIATRY

Chairman: A. Michopoulos  
Secretaries: G. Garyfallos, M. Economou

### SUBSTANCE ABUSE

Chairman: J. Diakoyiannis  
Secretaries: Th. Paparrigopoulos, El. Mellos

### CHILD PSYCHIATRY

Chairman: D. Anastasopoulos  
Secretaries: D. Anastasopoulos, K. Kanellea

### PREVENTIVE PSYCHIATRY

Chairman: V. Kontaxakis  
Secretaries: D. Kontis, E. Tzavellas

### SEXUALITY AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Chairman: L. Athanasiadis  
Secretaries: K. Papastamatis, H. Mourikis

### MILITARY PSYCHIATRY

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

### CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY

& PSYCHOSOMATICS  
Chairman: T. Hyphantis  
Secretaries: A. Karkanias, M. Diallina

### ART & PSYCHIATRY

Chairman: S. Krasanakis  
Secretaries: E. Vlachos, C. Giannoulaki

### TELEPSYCHIATRY

Chairman: K. Katsadoros  
Secretaries: J. Chatzidakis, J. Apostolopoulos

### PHILOSOPHY & PSYCHIATRY

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

### PSYCHIATRY & ETHICS

Chairman: G. Christodoulou  
Secretaries: J. Giouzevas, A. Douzenis

### PSYCHIATRY & RELIGION

Chairman: r. A. Avgoustidis  
Secretaries: S. Koulis, K. Emmanouilidis

### WOMEN'S MENTAL HEALTH &

REPRODUCTIVE PSYCHIATRY  
Chairman: J. Zervas  
Secretaries: H. Lazaratou, A. Leonardou

### FORENSIC PSYCHIATRY

Chairman: G. Tzeferakos  
Secretaries: D. Tsaklakidou, J. Giannopoulou

### PSYCHOTHERAPY

Chairman: A. Pechlivanidis  
Secretaries: S. Tournis, R. Gournellis

### PSYCHOGERIATRICS

Chairman: N. Degleris  
Secretaries: A. Konsta, Th. Vorvolakos

### PSYCHOMETRIC & NEUROPSYCHOLOGICAL MEASUREMENTS

Chairman: V.P. Bozikas  
Secretaries: J. Nimatoudis, K. Kollias

### PSYCHO-ONCOLOGY

Chairman: A. Karkanias  
Secretaries: K. Paplos, M. Syngelakis

### PSYCHOPATHOLOGY

Chairman: N. Tzavaras  
Secretaries: Γ. Kaprinis, M. Diallina

### PSYCHOPHYSIOLOGY

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



## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

### Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

#### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

##### Ερευνητική εργασία

**Αντιλήψεις των ατόμων με διπολική διαταραχή για τη φαρμακοθεραπεία και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου τους**

*Α. Χατζηγιάννου, Μ. Καρανικόλα, Ελ. Παπαθανάσογλου,*

*Αικ. Καϊκούσιη, Μ. Νυσταζάκη, Γ. Αλεβιζόπουλος..... 291*

##### Ειδικά άρθρα

**Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας:**

**Στόχοι και περιορισμοί (I)**

*Μ. Μαργαρίτη, Μ. Χατζούλης, Μ. Λαζαρίδου, Γ.Φ. Αγγελίδης,*

*Β. Φωτόπουλος, Λ. Μαρκάκη, Φ. Κουλούρη..... 301*

**Περιορισμός ασθενών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα:**

**Δεοντολογία, πρακτική και κόστος**

*Γ. Αλεβιζόπουλος, Β. Μποζίκας, Χ. Τουλούμης..... 306*

**Η μεταψυχολογική προσέγγιση του S. Freud για την έννοια του «ορίου»**

*Ν. Τσιπά, F. Houssier..... 314*

**Η γυναικεία σεξουαλική λειτουργία μέσα από τα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης:**

**Από το DSM-IV στο DSM-5**

*Φ. Φερενίδου, Π.Σ. Κυράνα, Λ. Αθανασιάδης..... 322*

##### Ανασκόπηση

**Πτωχή εναισθησία και ψύχωση**

*Ο. Γιωτάκος..... 332*

##### Γενικά άρθρα

**Η έννοια της αστικής ανθεκτικότητας και η σχέση της με την ανθεκτικότητα στην ψυχική υγεία: Προοπτικές ερευνών στη σχιζοφρένεια**

*Ν.Γ. Χριστοδούλου, Μ.Λ. Βασενχόβεν, Σ.Θ. Ρασσιά..... 342*

**Οι σχέσεις της συγχωρητικότητας με την ψυχική υγεία και την ψυχοθεραπεία**

*Κ.Θ. Κιούλος, Ζ.Χ. Αλεξανδρή, Α.Θ. Κιούλου, Ι.Δ. Μπεργιαννάκη..... 349*

**Υπερρεαλισμός και τρέλα**

*Κ. Φλωρά..... 360*



## PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

### CONTENTS

#### Research article

##### Perceptions regarding pharmacotherapy and effective treatment disease in people diagnosed with bipolar disorder

*A. Hatzioannou, M. Karanikola, E. Papathanasoglou, Aik. Kaikoushi, M. Nystazaki, G. Alevizopoulos* ..... 291

#### Special articles

##### Clinical guidelines for the management of schizophrenia:

###### Aims and limitations (I)

*M. Margariti, M. Hadjulis, M. Lazaridou, G.F. Angelidis, V. Fotopoulos, L. Markaki, F. Koulouri*..... 301

##### Restraints in Greek mental health services:

###### Ethics, practice and costs

*G. Alevizopoulos, V. Bozikas, C. Touloumis*..... 306

##### The concept of the "limit": A metapsychological approach of the Freudian theory

*N. Tsipa, F. Houssier* ..... 314

##### Women's sexual function through sexual response models:

###### From DSM-IV to DSM-5

*F. Ferenidou, P.S. Kirana, L. Athanasiadis* ..... 322

#### Review article

##### Poor insight and psychosis

*O. Giotakos* ..... 332

#### General articles

##### The concept of urban resilience and its relation to resilience in mental health:

###### Prospects for research in schizophrenia

*N.G. Christodoulou, M.L. Wassenhoven, S.T. Rassia* ..... 342

##### The relationship between forgiveness, mental health and psychotherapy

*K.T. Kioulos, Z.H. Alexandri, A.T. Kioulou, I.D. Bergiannaki* ..... 349

##### Surrealism and madness

*K. Flora*..... 360



## Ερευνητική εργασία Research article

# Αντιλήψεις των ατόμων με διπολική διαταραχή για τη φαρμακοθεραπεία και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου τους\*

Α. Χατζηγιάννου,<sup>1,2</sup> Μ. Καρανικόλα,<sup>2</sup> Ελ. Παπαθανάσογλου,<sup>3</sup>  
Αικ. Καϊκούσιη,<sup>2,6</sup> Μ. Νυσταζάκη,<sup>4</sup> Γ. Αλεβιζόπουλος<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Λευκωσία, Κύπρος,

<sup>2</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός, Κύπρος,

<sup>3</sup>Νοσηλευτική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αλμπέρτα, Έντμοντον, Καναδάς,

<sup>4</sup>Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς-ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα,

<sup>5</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα,

<sup>6</sup>Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Αμμόχωστος, Κύπρος

Ψυχιατρική 2017, 28:291–300

**Η** διπολική διαταραχή (ΔΔ) αποτελεί μια νευροβιολογική διαταραχή με ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες, η οποία επηρεάζει την ποιότητα ζωής των πασχόντων. Ωστόσο, οι μελέτες σχετικά με τις αντιλήψεις των πασχόντων για την εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι περιορισμένες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας των ατόμων με ΔΔ, με έμφαση στις αντιλήψεις και στα νοήματά τους για την εφαρμοζόμενη θεραπεία αντιμετώπισης της νόσου τους. Εφαρμόστηκε ποιοτική, φαινομενολογική μεθοδολογία. Συμμετείχαν 13 άτομα κατόπιν συναίνεσης μετά από πληροφόρηση, τα οποία είχαν επιλεγεί με σκόπιμη δειγματοληψία και βάσει θεματικού κορεσμού. Η συλλογή δεδομένων έγινε με ατομικές συνεντεύξεις βάσει ημι-δομημένου οδηγού, διάρκειας 30 λεπτών έως μίας ώρας. Η ακρίβεια της ανάλυσης ελέγχθηκε βάσει των κριτηρίων Munhall και vanManen. Πλήθος κύριων θεμάτων αναδύθηκαν, τα οποία αφορούσαν κυρίως στη φαρμακοθεραπεία. Αρχικά, τονίστηκε ο κοινωνικός στιγματισμός που ακολουθεί τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων. Από την άλλη, περιγράφηκαν συναισθήματα αγωνίας, φόβου και ανασφάλειας σχετικά με την ανεξέλεγκτη πορεία της νόσου, κατάσταση που φάνηκε να επιδεινώνεται κυρίως λόγω διακοπής ή αλλαγής της φαρμακοθεραπείας. Μάλιστα, κάποιοι συμμετέχοντες περιέγραψαν τη φαρμακοθεραπεία σαν ένα θρεπτικό συστατικό, το οποίο θεωρούσαν ότι τους διατηρούσε στη ζωή, αποκαλύπτοντας με τον τρόπο αυτόν τη

\*Η εργασία βραβεύτηκε στο 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 14–17 Απριλίου 2016, Αλεξανδρούπολη

σπουδαιότητα που της απέδιδαν. Αναφορικά με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, αυτή φάνηκε να είναι απότοκος συνδυασμού φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας και προσωπικής προσπάθειας, ενώ από το σύνολο των συμμετεχόντων περιγράφηκε και η καθοριστική επίδραση της εκπαίδευσης σε θέματα παθοφυσιολογίας και θεραπείας της νόσου, προς τον στόχο αυτόν. Η απόκτηση ελέγχου στην κλινική πορεία της ΔΔ και κατ' επέκταση η ικανότητα αυτοδιαχείρισης της νόσου φαίνεται να είναι κυρίαρχη ανάγκη των πασχόντων από ΔΔ, και φαίνεται να συνδέεται με τη φαρμακευτική αγωγή και την εκπαίδευσή τους σε δεξιότητες αποτελεσματικής αυτοδιαχείρισης της νόσου. Επομένως, αναδεικνύεται η σπουδαιότητα σχετικών ατομικών παρεμβάσεων. Ακολούθως, προτείνονται παρεμβάσεις εκπαίδευσης της κοινότητας στην παθοφυσιολογία των ψυχικών διαταραχών, στοχεύοντας στον περιορισμό του κοινωνικού στιγματισμού, τόσο της ίδιας της νόσου όσο και της λήψης ψυχοτρόπου αγωγής.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Διαταραχές διάθεσης, βιωματική εμπειρία, φαινομενολογία, φαρμακοθεραπεία, ακούσια νοσηλεία, στίγμα, αυτοδιαχείριση νόσου.

## Εισαγωγή

Οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας γνωρίζοντας την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας στην αντιμετώπιση της ΔΔ, και δεδομένου του μικρού αριθμού τυχαίοποιημένων κλινικών δοκιμών αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, εφαρμόζουν σε περιορισμένο βαθμό μη φαρμακολογικές θεραπείες.<sup>1-3</sup> Το γεγονός αυτό ενισχύεται από τα ερευνητικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η φαρμακοθεραπεία αποτελεί μια από τις κύριες συνιστώσες βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των πασχόντων από ΔΔ.<sup>4</sup>

Ταυτόχρονα, έχει φανεί ότι οι πάσχοντες από νευρο-βιολογικές διαταραχές αντιμετωπίζουν διλήμματα αναφορικά με τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων της αποτελεσματικότητας της αγωγής ως προς τον έλεγχο των συμπτωμάτων, από τη μία, και του τρόπου που οι παρενέργειές της επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους, από την άλλη, συμπεριλαμβανομένων του προσωπικού και κοινωνικού κόστους.<sup>4-7</sup> Επίσης, τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να εκφράσουν με σαφήνεια τις ανάγκες τους σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία<sup>7</sup> και συχνά δεν συμμετέχουν στον σχεδιασμό των θεραπευτικών σχημάτων και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.<sup>8</sup> Όλα τα ανωτέρω έχουν σχετιστεί με πρώιμη διακοπή της θεραπείας, μη ορθή εφαρμογή της, καθώς και με απόκρυψη σημαντικών δεδομένων που αφορούν στη θεραπεία και στην πορεία της νόσου.<sup>9</sup> Περαιτέρω, οι στάσεις αυτές σχετίζονται με αύξηση του αριθμού των υποτροπών και των επανεισαγωγών και τελικά τη χρονιότητα της νόσου.<sup>9,10</sup>

Συνολικά, η κατανόηση των αναγκών των ατόμων με ΔΔ από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη δόμηση θεραπευτικής σχέσης, και επομένως για την εκδήλωση εμπιστοσύνης από τους χρήστες των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΧΥΨΥ) προς τη θεραπευτική ομάδα, και ακολούθως για την ορθή εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας.<sup>11-17</sup>

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας των ατόμων με ΔΔ από την εφαρμοζόμενη θεραπεία, συνολικά, και τη φαρμακοθεραπεία, ειδικότερα.

## Υλικό και μέθοδος

Εφαρμόστηκε ποιοτική φαινομενολογική μεθοδολογία κατά Munhall.<sup>18-20</sup> Ο πληθυσμός στόχος ήταν τα ενήλικα άτομα με ΔΔ, τα οποία χρησιμοποιούσαν εκούσια κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Αθήνα. Το δείγμα επιλέχθηκε με σκόπιμη δειγματοληψία και βάσει του κανόνα του θεματικού κορσμού<sup>18</sup> από την Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου της Αθήνας «Άγιοι Ανάργυροι» και από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ζωγράφου.

Τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ήταν: (α) ηλικία 18 ετών και άνω, (β) διάγνωση ΔΔ από επίσημο φορέα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, (γ) ικανότητα πλήρους κατανόησης και άριστης γνώσης της ελληνικής γλώσσας (μητρική), (δ) ικανότητα αφήγησης και περιγραφής του «βάθους και του πλάτους» της εμπειρίας, (ε) δυνατότητα πλήρους κατανόησης των σκοπών της μελέτης, (στ) εξασφάλιση γραπτής συναίνεσης



μετά από πληροφόρηση για συμμετοχή στη μελέτη, (ζ) μακροχρόνια εμπειρία της νόσου, βάσει μεγαλύτερης των δύο ετών χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, (η) ακέραιες γνωστικές λειτουργίες, και (θ) ικανοποιητικού βαθμού εναισθησία.

Στη μελέτη δεν συμμετείχαν άτομα: (α) τα οποία ήταν σε κατάσταση οξείας φάσης, υποτροπής ή ακούσιας νοσηλείας, (β) με πενία λόγου.

### **Συλλογή δεδομένων**

Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω ατομικών ημιδομημένων συνεντεύξεων διάρκειας 30–60 λεπτών, οι οποίες μαγνητοφωνήθηκαν μετά από συγκατάθεση των συμμετεχόντων τον Μάρτιο του 2015. Συνολικά, κλήθηκαν τηλεφωνικά 25 άτομα και τελικά προσήλθαν τα 15. Από αυτά, δύο αρνήθηκαν να μαγνητοφωνηθούν οι συνεντεύξεις τους, και επομένως αυτές δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα, το οποίο αποτέλεσαν 13 άτομα. Ο αριθμός αυτός θεωρείται ικανοποιητικός δεδομένου ότι μετά τον 8ο συμμετέχοντα η εισδοχή επιπλέον ατόμων δεν οδηγούσε στην ανάδειξη νέων κύριων θεμάτων κατά την ταυτόχρονη συλλογή και ανάλυση δεδομένων βάσει του κανόνα του θεωρητικού κορεσμού.<sup>18</sup> Ο οδηγός της συνέντευξης, σχεδιασμένος από τους ερευνητές βάσει βιβλιογραφίας<sup>12,14</sup> και της φαινομενολογικής μεθόδου<sup>22</sup> περιελάμβανε ερωτήσεις όπως: «Μιλήστε μου για το πώς είναι να έχει κανείς διπολική διαταραχή και να λαμβάνει σχετική θεραπεία» ή «Έχει επηρεάσει η νόσος και η θεραπεία της τη ζωή σας με κάποιον τρόπο;»

### **Ηθική και δεοντολογία**

Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής του Νοσοκομείου από όπου έγινε η συλλογή των δεδομένων.

### **Ανάλυση δεδομένων**

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε από τρία άτομα με εμπειρία στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στόχος της ανάλυσης ήταν η ταυτοποίηση της δομής του φαινομένου μέσω σύγκρισης των περιγραφών των συμμετεχόντων και αντιπαράβολής των δεδομένων κάθε μίας βιωματικής εμπειρίας, προκειμένου να εντοπιστούν τα επαναλαμβανόμενα στοιχεία και να ταυτοποιηθούν επομένως τα κύρια δομικά χαρακτηριστικά του φαινομένου (κύρια θέματα). Η ταυτοποίηση του

τρόπου σύνδεσης των κύριων θεμάτων μεταξύ τους προσδιόρισε το πυρηνικό θέμα του φαινομένου.<sup>18</sup> Για τον έλεγχο της ακρίβειας της ανάλυσης εφαρμόστηκαν τα κριτήρια κατά van Manen<sup>20,21</sup> και Munhall.<sup>18</sup>

### **Αποτελέσματα**

Ως πυρηνικό θέμα της βιωματικής εμπειρίας της θεραπείας της ΔΔ αναδύθηκε η αντίληψη των συμμετεχόντων για τη νόσο τους «ως μια πορεία χωρίς έλεγχο», καθώς οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την κλινική εξέλιξη της νόσου ως μία διαδρομή, η οποία θα πρέπει να διανυθεί από τον πάσχοντα, και η οποία προσδιορίζεται από πολλαπλά σημεία διαφορετικών επιπέδων υγείας, στα οποία ενδέχεται κανείς να βρεθεί. Η περιγραφή της εξέλιξης της νόσου ως πορείας φάνηκε να σχετίζεται με τη χρονιότητά της.

Μαρία: «[...] Στην πορεία [...] πρέπει να διανύω αυτήν την κατάσταση σε σημείο [...] έχω φτάσει στο σημείο [...]».

Το στοιχείο της «απουσίας ελέγχου» φάνηκε να απορρέει από το γεγονός ότι η πορεία αυτή βιωνόταν με συνεχείς αλλαγές και χωρίς όρια λόγω της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Περιγράφηκαν απρόβλεπτες άνοδοι και κάθοδοι, απουσία προστατευτικών κιγκλιδωμάτων και μια μάλλον επικίνδυνη διαδρομή. Παράλληλα, δόθηκε έμφαση και στις σωματικές αισθήσεις που βιώνονταν κατά την πορεία αυτή, όπως εξάντληση από τις «συνεχείς ανηφόρες και κατηφόρες».

Καραφλός: «[...] (τώρα βρίσκομαι σε) μια πορεία πιο νορμάλ. Δεν έχω αυτό το *ανέβασμα*, το *κατέβασμα* [...]».

Νεφέλη: «[...] Είναι σαν το *τρενάκι* του λούνα-παρκ [...] Είναι λίγο *απρόβλεπτες* οι αλλαγές που γίνονται [...] εξαντλείς τις δυνάμεις σου».

Τα συναισθήματα, τα οποία είχαν συνδέσει οι συμμετέχοντες με τον απρόβλεπτο χαρακτήρα της πορείας ήταν η αγωνία, η οδύνη και η απόγνωση.

Γιάννης: «[...] μπορεί να φτάσεις και μέχρι την αυτοκτονία [...]».

Ξεκάθαρα, φάνηκε ότι εκείνο που κατεύθυνε την πορεία αυτή ήταν η ίδια η διάθεση, ενώ το άτομο φάνηκε να είναι ανίσχυρο απέναντι στη δύναμη της ορμής της.

Νεφέλη: «[...] ο οργανισμός μου οδηγήθηκε σε μανία [...] δεν νιώθω ότι είμαι αυτοδύναμη, και αυτό γιατί είμαι έρμαιο της διάθεσης ακόμα».

### **Κύρια θέματα της εμπειρίας της θεραπείας της Διπολικής Διαταραχής.**

#### ***Η φαρμακοθεραπεία***

##### *Η σπουδαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής*

Κάποιοι συμμετέχοντες περιέγραψαν τη φαρμακοθεραπεία σαν ένα συστατικό που τους έθρεφε και τους διατηρούσε στη ζωή, αποδίδοντας της ιδιότητες νερού και τροφής, αποκαλύπτοντας τη σπουδαιότητα που της απέδιδαν.

Εύα: «[...] Θα με συντηρήσει η θεραπεία [...]».

Κάποιοι άλλοι φάνηκε να αναγνωρίζουν τη φαρμακοθεραπεία ως απαραίτητη προκειμένου να επιτύχουν την επιθυμητή σταθεροποίηση της διάθεσης που θα τους βοηθήσει να επιτύχουν τους στόχους τους, περιγράφοντάς την σαν ένα ρυθμιστικό σύστημα.

Νεφέλη: «[...] Με ένα φάρμακο το ρυθμίζεις κάπως [...] ήρθα σε μια ισορροπία και συνέχισα τη σχολή μου [...]».

Άλλοι συμμετέχοντες περιέγραψαν τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, καθώς θεωρούσαν ότι η φαρμακοθεραπεία επιδρούσε σε ζωτικές ψυχικές λειτουργίες, όπως ο ύπνος.

Βεντουζάκι: «[...] Το βράδυ για να κοιμάμαι καλά και να έχω ποιοτικό ύπνο».

##### *Η καταλληλότητα της φαρμακοθεραπείας*

Η καταλληλότητα της φαρμακοθεραπείας βάσει των αναγκών και της ιδιοσυστασίας του ατόμου απασχολούσε τους συμμετέχοντες, καθώς περιέγραφαν συγκεκριμένους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την επιλογή της φαρμακοθεραπείας, όπως το «ταίριασμα» με τα προσωπικά χαρακτηριστικά.

Γιάνα: «[...] Εάν πω κάποιο φάρμακο [...] και είναι της ιδιοσυγκρασίας μου, μπορεί να είμαι καλά».

##### *Η αναγκαία αναπροσαρμογή της φαρμακοθεραπείας και τα συνεπακόλουθα συναισθήματα*

Περαιτέρω περιγράφηκαν συναισθήματα αγωνίας, φόβου και ανασφάλειας σχετικά με την πορεία της

νόσου λόγω διακοπής ή αλλαγής της φαρμακοθεραπείας, ενώ οι επιπτώσεις φάνηκε να αφορούν σε διάφορους τομείς της ζωής, όπως επαγγελματική πορεία και εκπαίδευση.

Μαρία: « [...] Δεν σημαίνει ότι το πρώτο που θα πάρεις θα είναι το κατάλληλο. Μπορεί να χρειαστεί να αλλάξεις (φάρμακο). Φοβάμαι μην αυτό έχει κακά αποτελέσματα και πάλι στη συγκέντρωση, και με δυσκολέψει ακόμα περισσότερο».

##### *Το κοινωνικό στίγμα της λήψης φαρμακοθεραπείας*

Αναφορές έγιναν και για τον κοινωνικό στιγματισμό της λήψης φαρμακοθεραπείας. Ειδικότερα, περιγράφηκε η πρόθεση των συμμετεχόντων να αποκρύψουν τη λήψη αγωγής, προκειμένου να αποφύγουν φαινόμενα ετικετοποίησης και κοινωνικής περιθωριοποίησης.

Βεντουζάκι: «[...] Κάποια φάρμακα [...] απλώς δεν ανοίγομαι. ΔΕΝ κρύβομαι δηλαδή, [...] Αυτό το στίγμα [...] "πώς θα πω αυτό πώς θα πω αυτό". Δηλαδή, αυτό το πράγμα πρέπει να το αποτινάξουμε λίγο από πάνω μας [...]».

#### ***Η εσωτερική νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο***

##### *Χώρος προστασίας*

Η εσωτερική νοσηλεία για κάποιους συμμετέχοντες φάνηκε να είναι αναγκαία, και μάλιστα η ψυχιατρική κλινική περιγράφηκε ως χώρος προστασίας ή σαν ένα καβούκι, το οποίο αποτελεί χώρο απομόνωσης και ασφαλούς παραμονής.

Ιωάννα: «[...] Ήταν κάτι που εγώ η ίδια το επέλεξα (τη νοσηλεία). Φοβόμουν, επειδή ήταν κάτι καινούργιο [...] αισθανόμουν απροστάτευτη [...] γιατί δεν μπορούσα να καταλάβω τι ακριβώς είναι η διπολική διαταραχή [...] ευτυχώς που υπάρχουν κλινικές που φροντίζουν κόσμο[...]. [...] γιατί καμιά φορά είναι αναγκαίο[...].».

Από κάποιους άλλους η νοσηλεία περιγράφηκε ως χώρος αφετηρίας μιας νέας πορείας.

Καραφλός: «[...] Ήταν η αρχή του τέλους. Εκεί έγινε η αρχή να θεραπευτώ από τη διπολική διαταραχή, με βοήθησε πάρα πολύ [...]».

*Χώρος παραβίασης δικαιωμάτων*

Ωστόσο, για κάποιους άλλους η εσωτερική νοσηλεία υπήρξε μια εμπειρία παραβίασης των βασικών τους δικαιωμάτων και κυρίως της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.

Νεφέλη: «[...] Το μετανιώνω που ξαναπήγα [...]. Όχι γιατί δεν έχεις την κατάλληλη φροντίδα [...] [...] μου έβαλαν και άλλο φάρμακο, και ήθελα να μάθω γιατί. Δικαίωμά μου δεν είναι; η ουσία μπαίνει μέσα μου, δεν πρέπει να ξέρω; [...] και μου λέει (η γιατρός): "φαρμακολόγος θα γίνεις;" με αντιμετώπισε με έναν τρόπο "τι θες τώρα; παρ' τα φάρμακά σου και σταμάτα να μιλάς" [...].»

*Χώρος στιγματισμού*

Ένα άλλο σχετικό με τη νοσηλεία φαινόμενο ήταν ο κοινωνικός στιγματισμός, ο οποίος αποτέλεσε για κάποιους συμμετέχοντες καθοριστικό παράγοντα της επιλογής τους να μη νοσηλευτούν, ακόμη και όταν αυτό κρινόταν αναγκαίο. Επίσης, η νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα περιγράφηκε και ως εμπόδιο επαγγελματικής ανέλιξης.

Νίνα: «[...] Δεν ήθελα να νοσηλευτώ [...] ο μεγάλος γιος μου λέει θα το μάθαινε όλο το Περιστερί [...] μέσα στον φάκελο μια νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική δεν είναι ό,τι καλύτερο [...].»

**Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου**

*Η αναγκαιότητα συνδυασμού παρεμβάσεων και η σπουδαιότητα της εκπαίδευσης σε θέματα νόσου*

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου φάνηκε να απορρέει από τον συνδυασμό φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας και προσωπικής προσπάθειας, ενώ περιγράφηκε και η καθοριστική επίδραση της εκπαίδευσης στην ψυχοπαθολογία και θεραπεία της νόσου.

Νεφέλη: «[...] Πάω έξω για ψυχοθεραπεία, έχω κάνει και ψυχοεκπαίδευση εκτός [...].»

*Η ποιότητα της συνεργασίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας*

Επιπρόσθετα, ως σημαντικός παράγοντας αποτελεσματικής αντιμετώπισης της νόσου περιγράφηκε η ποιότητα της συνεργασίας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Άννα: «[...] Με βοηθάνε πολύ οι νοσηλεύτριες κάθε μήνα που έρχομαι εδώ [...] ήρθα εδώ στον κύριο Χ (ψυχίατρο). [...] με βοήθησε πάρα πολύ [...].»

Επίσης φάνηκε ότι η ενίσχυση της αυτονομίας των συμμετεχόντων και της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων ήταν κεντρικές παράμετροι για την αξιολόγηση της ποιότητας της συνεργασίας τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όλων των ειδικοτήτων.

Βεντουζάκι: « [...] Με βοηθάει, γιατί κάποια πράγματα τα έχουμε μπερδεμένα στο μυαλό μας [...] θέλω να παίρνω απόψεις για τα προβλήματα που έχω, με στόχο να πάρω την καλύτερη δυνατή απόφαση».

*Ο πάσχω στο επίκεντρο της θεραπείας*

Η τάση των συμμετεχόντων να μιλάνε στον πληθυντικό αριθμό όταν αναφέρονταν στη θεραπευτική διαδικασία φάνηκε να υποδηλώνει τον ενεργό ρόλο τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στην επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων βάσει των αναγκών τους, αλλά και την αμοιβαιότητα ως πυρηνικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης.

Κώστας: «[...] Βρήκα τον συνδυασμό που με βοήθησε να στρώσω λιγάκι [...] ψάχνουμε να βρούμε μια φαρμακευτική αγωγή».

*Η σπουδαιότητα των οικογενειακών υποστηρικτικών σχέσεων*

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες μίλησαν για τη στήριξη από τα κοντινά τους πρόσωπα σε σχέση με τη δύσκολη πορεία της νόσου και την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.

Ιωάννα: «[...] Θεωρώ τον εαυτό μου πάρα πολύ τυχερό άνθρωπο γιατί είχα στήριξη από κοντινούς μου ανθρώπους [...].»

**Η επίδραση της φαρμακοθεραπείας στην απόκτηση επίγνωσης των φάσεων της νόσου**

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν με ακρίβεια διακριτές χρονικές φάσεις της νόσου, με ειδοποιό διαφορά τον βαθμό στον οποίον το άτομο είχε συνειδητή επίγνωση της παρουσίας συμπτωμάτων ενεργού ψυχοπαθολογίας. Η πρώτη φάση της

νόσου αφορούσε στην περίοδο της πυροδότησης των κλινικών συμπτωμάτων, στο πλαίσιο της οποίας περιγράφηκαν συγκεκριμένοι στρεσογόνοι εκλυτικοί παράγοντες. Σε αυτούς περιλαμβάνονταν εξωτερικοί προς το άτομο παράγοντες, ιδιαίτερα πιεστικοί έως και συντριπτικοί για έναν ευάλωτο, λόγω κληρονομικής προδιάθεσης οργανισμό, όπως οικογενειακές συγκρούσεις ή πίεση εκπλήρωσης κοινωνικών ρόλων. Επισημαίνεται ότι το στοιχείο της κληρονομικής προδιάθεσης αναφέρθηκε από όλους τους συμμετέχοντες αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου.

Νίνα: «[...] αυτό έχει κάποια δείγματα κληρονομικότητας, αρκεί να βρεθείς σε στρεσογόνες καταστάσεις [...]».

Ως επόμενη φάση της νόσου περιγράφηκε η οξεία φάση, η οποία αφορούσε στην παρουσία της ενεργού ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία το άτομο δεν είχε συνειδητή επίγνωση της διαταραχής, όπως προσδιορίζεται από απουσία γνωστικών ικανοτήτων όπως «κατανόησης», «σκέψης», «συνειδητοποίησης» βάσει των αντίστοιχων περιγραφών.

Νίκος: «[...] νόμιζα ότι ήταν φυσιολογικό όλο αυτό. Δεν σκέφτηκα ποτέ ότι δεν λειτουργούν έτσι όλοι οι άλλοι άνθρωποι».

Η επόμενη φάση φάνηκε να αφορά στη φάση της φαρμακοθεραπείας, μέσω της οποίας το άτομο προσέγγιζε μια κατάσταση ισορροπίας. Εκτός, όμως, από τη φαρμακοθεραπεία μια σημαντική διεργασία της φάσης αυτής ήταν η γνωστική επεξεργασία της προηγούμενης εμπειρίας της οξείας φάσης μέσω της οποίας το άτομο φάνηκε να αποκτά γνώση αναφορικά με τη νόσο. Μάλιστα, η γνώση αυτή θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες ως καθοριστική προϋπόθεση για την πρόληψη των υποτροπών.

Νεφέλη: «Δεν είχα υπομανιακά στοιχεία για να καταλάβω τι θα γίνει (υποτροπή) [...] εκεί ήταν απaráδεκτο. Ξέραμε ότι είχα διπολική διαταραχή. Δεν ήταν όπως το πρώτο και το δεύτερο επεισόδιο που δεν ήξερα».

Η τελευταία φάση της νόσου αφορούσε στην περίοδο όπου έχει επιτευχθεί η προσαρμογή στη νόσο, η οποία περιγράφηκε ως μια εσωτερική διεργασία αποδοχής που περιελάμβανε το στοιχείο της πρόκλησης, από τη μία, και της διευρυμένης

γνώσης και μάθησης από την άλλη. Στη νέα αυτή κατάσταση, η νόσος αναγνωριζόταν πλέον ως μέσο εξέλιξης της προσωπικότητας και της συνειδητής αυτεπίγνωσης.

Η σπουδαιότητα του ρόλου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της φαρμακοθεραπείας για την επίτευξη της προσαρμογής αυτής περιγράφηκε με σαφήνεια. Κεντρικό σημείο φάνηκε να είναι η αντίληψη ελέγχου της πορείας της νόσου, η οποία επιπλέον φάνηκε να συνδέεται εκτός από την αποτελεσματική φαρμακοθεραπεία και με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Μαίρη: «[...] η αγωγή σε βοηθάει λίγο. Θεωρώ ότι όλο αυτό, όλη αυτή η ασθένεια, εάν γύριζα τον χρόνο πίσω δεν θα το άλλαζα. Δηλαδή, έχω αποδεχτεί το πρόβλημα και από τη στιγμή που το αποδέχεσαι το θέμα μετά είναι να συμφιλωθείς [...] είμαστε πολύ τυχεροί που έχουν βγει όλα αυτά τα φάρμακα και μπορούμε να διαχειριζόμαστε όλες αυτές τις ασθένειες [...] αν ήμουν στη δεκαετία του '60 ή του '80 το πιο πιθανό θα είχα αυτοκτονήσει [...] πολύ τυχερή που έπεσα σε πολύ καλά χέρια, στον κύριο Χ. [...] και θα μάθω να ζω με αυτό».

Νίνα: «[...] το φάρμακο, ναι. Προσπαθούμε να εξισορροπήσουμε κάπως όλο αυτό [...] είναι λίγο υποστηρικτική (η αγωγή) και πιο πολύ είναι η θέληση [...]».

Παρόλο που οι συμμετέχοντες περιέγραφαν με σαφή τρόπο την αναγκαιότητα της φαρμακοθεραπείας αναφορικά με την αποτελεσματική προσαρμογή στη νόσο, ωστόσο, φάνηκε ότι είχαν και μια σαφή τάση να ανυψώσουν τον ρόλο της προσωπικής προσπάθειας για ανάρρωση.

## Συζήτηση

Το κύριο εύρημα της μελέτης αφορά στην περιγραφή της νόσου ως μιας πορείας με απρόβλεπτες ανόδους και καθόδους, η οποία δημιουργεί αντίληψη απουσίας ελέγχου, ενώ τα κύρια ρυθμιστικά συστήματά της φαίνεται να είναι η αποτελεσματική φαρμακοθεραπεία και οι υποστηρικτικές οικογενειακές σχέσεις. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν προηγούμενα δεδομένα, βάσει των οποίων η απουσία ελέγχου της κλινικής πορείας της ΔΔ συνιστά κεντρικό βίωμα της εμπειρίας της νόσου.<sup>30</sup> Επίσης, επιβεβαιώνεται η διαδικασία προσαρμογής στη νό-



σο ως μια εσωτερική διεργασία αποδοχής, η οποία εκτός από το στοιχείο της πρόκλησης βασίζεται σε μια γνωστική διαδικασία που οδηγεί στη νέα γνώση, στο πλαίσιο της οποίας η νόσος αναγνωρίζεται ως μέσο εξέλιξης της προσωπικότητας και της συνειδητής αυτεπίγνωσης.<sup>23</sup>

Ωστόσο, για πρώτη φορά περιγράφεται στη βιβλιογραφία, στον βαθμό που γνωρίζουμε, η σπουδαιότητα της γνωστικής επεξεργασίας της προηγηθείσας εμπειρίας της υποτροπής και των παραγόντων που την πυροδοτούν, προκειμένου να ενδυναμωθεί η γνώση του ατόμου για τη νόσο ως προς την πρόληψη υποτροπών και την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση της νόσου. Η γνωστική επεξεργασία προηγούμενων εμπειριών υποτροπής και η σπουδαιότητά της για την αποτελεσματική προσαρμογή στη νόσο ενδεχομένως να ήταν χρήσιμο για τη διαμόρφωση παρεμβάσεων εκπαίδευσης στη νόσο, και φάνηκε μέσα από το γεγονός ότι όταν οι συμμετέχοντες περιέγραφαν δυσκολία στην κατανόηση της πολυπλοκότητας της νόσου και των αιτιών της υποτροπής περιέγραφαν συναισθήματα αβεβαιότητας και έντασης.

Παρόλο που το ζήτημα της εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση των χρόνιων νοσημάτων έχει μελετηθεί,<sup>22</sup> η συμβολή της γνωστικής επεξεργασίας προηγούμενων εμπειριών υποτροπής, και ειδικότερα του αναστοχασμού στη σοβαρή ψυχική νόσο δεν έχει μελετηθεί.<sup>18,19</sup> Γενικά, η αναστοχαστική σκέψη αφορά σε μια δομημένη διανοητική διαδικασία, με στόχο την εκπαίδευση και τη μάθηση.<sup>24</sup> Ειδικότερα, η αναστοχαστική μάθηση αναφέρεται στο σύνολο των ψυχονοητικών και συναισθηματικών διαδικασιών που μπορεί να ενεργοποιήσει το άτομο, προκειμένου να διερευνήσει σε βάθος τις εμπειρίες του, ώστε να οδηγηθεί σε μια νέα κατάσταση όπου κατανοεί και αξιολογεί τα γεγονότα με έναν καινούργιο τρόπο, ο οποίος διευκολύνει την προσαρμογή του.<sup>25,26</sup>

Βέβαια, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι σύμφωνα με τα κριτήρια εισδοχής στη μελέτη, τα αποτελέσματά της αφορούν στα ενήλικα άτομα που χρησιμοποιούσαν τις συγκεκριμένες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Πανεπιστημιακής δομής στην Ελλάδα, και επομένως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν.

Ειδικότερα, αρχικά τονίστηκε από τους συμμετέχοντες ο κοινωνικός στιγματισμός λόγω λήψης ψυχοτρόπων φαρμάκων, όπως περιγράφεται και στη διεθνή βιβλιογραφία.<sup>27-29</sup> Η λήψη φαρμακοθεραπείας και η γνωστοποίηση της νόσου φάνηκε να έχουν επιπτώσεις, οι οποίες επηρέαζαν την επαγγελματική απόδοση των πασχόντων, ενώ σχετίζονται και με οικογενειακή απόρριψη, οδηγώντας τους στη μη ορθή τήρηση της φαρμακοθεραπείας.<sup>27</sup> Παρόλο που οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης αναφέρθηκαν στον κοινωνικό στιγματισμό λόγω λήψης φαρμακοθεραπείας, ωστόσο περιέγραψαν ως κύρια μέθοδο περιορισμού των κοινωνικών επιπτώσεων όχι τη διακοπή της αγωγής αλλά την απόκρυψη της διάγνωσης και της λήψης αγωγής, ακόμη και την άρνηση για εσωτερική νοσηλεία. Συνολικά, ο κοινωνικός στιγματισμός της ψυχικής νόσου έχει συνδεθεί με υποτίμηση της προσωπικής αξίας και συμπεριφορές διάκρισης από το κοινωνικό σύνολο.<sup>28</sup> Ως αποτέλεσμα αυτών, τα άτομα με νευρονοητικά νοσήματα αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως μυστικότητα σχετικά με την ασθένειά τους ή απόσυρση από το κοινωνικό σύνολο σε μια προσπάθεια αποφυγής της απόρριψης και του στίγματος.<sup>28</sup> Οι Perlick et al,<sup>30</sup> όμως, επισημαίνουν ότι η αγνία και η ανασφάλεια λόγω κοινωνικού στιγματισμού αποτελούν εμπόδιο για την ουσιαστική κοινωνική αλληλεπίδραση, επιδεινώνοντας την κοινωνική απομόνωση των ψυχικά πασχόντων.

Από την άλλη, περιγράφηκε η σπουδαιότητα της φαρμακοθεραπείας αναφορικά με τον περιορισμό των συναισθημάτων αγωνίας, φόβου και ανασφάλειας λόγω της ανεξέλεγκτης πορείας της νόσου, κατάσταση που φάνηκε μάλιστα να επιδεινώνεται κυρίως λόγω διακοπής ή αλλαγής της φαρμακοθεραπείας. Τα αμφιθυμικά συναισθήματα των ψυχικά πασχόντων για τη φαρμακοθεραπεία έχουν περιγραφεί αρκετές φορές με τους δύο πόλους αυτών των συναισθημάτων να αποτελούν ο κοινωνικός στιγματισμός από τη μία και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής από την άλλη.<sup>14,28,29</sup>

Στην παρούσα μελέτη, στο πλαίσιο της αμφιθυμίας αυτής περιγράφηκε μια έντονη διεργασία διαπραγμάτευσης αναφορικά με τη βαρύτητα της φαρμακοθεραπείας έναντι της προσωπικής προσπάθειας για

ανάρρωση. Μάλιστα φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες είχαν μια σαφή τάση να ανυψώσουν τον ρόλο της προσωπικής προσπάθειας για ανάρρωση έναντι της αγωγής. Με δεδομένο ότι η φαρμακοθεραπεία συνιστά εξωτερικό παράγοντα, ενδεχομένως αυτό να υποδηλώνει το μέγεθος της ανάγκης για απόκτηση ελέγχου από τον πάσχοντα, και μάλιστα ο έλεγχος αυτός να προέρχεται εσωτερικά και από το άτομο και όχι από εξωτερικό παράγοντα, όπως είναι η φαρμακοθεραπεία. Επομένως, προτείνονται παρεμβάσεις ενδυνάμωσης χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που προάγουν την αντίληψη ελέγχου, όπως αυτοπεποίθηση, αυτοεκτίμηση και αντίληψη αποτελεσματικών προσωπικών ικανοτήτων, αποφασιστικότητα και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.<sup>14</sup> Επίσης, προτείνεται η ενίσχυση της συμμετοχής των πασχόντων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Επίσης, από το σύνολο των συμμετεχόντων περιγράφηκε η καθοριστική επίδραση της εκπαίδευσης σχετικά με την παθοφυσιολογία και τη θεραπεία της νόσου, και συνολικά η αναγκαιότητα συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας, εκτός από εκπαίδευση, και με παρεμβάσεις ψυχοθεραπείας και προσωπική προσπάθεια. Μάλιστα, φάνηκε ότι όσοι από τους συμμετέχοντες μετείχαν σε εκπαιδευτικά προγράμματα για τη νόσο και τη διαχείρισή της, περιέγραφαν με θετικότερο τρόπο την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τα συμπτώματά τους. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από τα ευρήματα άλλων μελετών,<sup>22,32</sup> τα οποία δείχνουν ότι για τη θεραπεία της ΔΔ είναι αναγκαίος ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων προσανατολισμένων στην ενίσχυση της ικανότητας αυτόνομης διαχείρισης των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων της νόσου.<sup>22,33</sup> Επιπλέον, οι Koch et al<sup>31</sup> περιγράφουν ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση του τρόπου ζωής του πάσχοντα βάσει των ιδιομορφιών του, στην προαγωγή της ορθής εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας και στην ανάπτυξη στρατηγικών αποτελεσματικής διαχείρισης διαπροσωπικών και κοινωνικών παραγόντων πίεσης.<sup>31</sup>

Συνολικά, προτείνονται μελέτες παρέμβασης που να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα δομημένων προγραμμάτων εκπαίδευσης που θα συμπεριλαμβάνουν την τεχνική της αναστοχαστικής σκέψης, καθώς

και γνωσιακών συμπεριφορικών παρεμβάσεων ενδυνάμωσης της αντίληψης ελέγχου με απώτερο στόχο την ενίσχυση της ικανότητας αυτοδιαχείρισης των συμπτωμάτων της νόσου και ορθής εφαρμογής της φαρμακοθεραπείας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα της πιο πάνω μελέτης δημοσιεύονται υπό συγκεκριμένους περιορισμούς. Σημειώνεται πως στη μελέτη δεν συμπεριλήφθηκαν άτομα που δεν μιλούσαν Ελληνικά, καθώς και άτομα ειδικών ηλικιακών ομάδων όπως παιδιά ή ηλικιωμένοι, με αποτέλεσμα να έχει περιοριστεί το εύρος της εμπειρίας που περιγράφηκε. Ο βαθμός ακρίβειας της ανακλιθείσας εμπειρίας,<sup>18</sup> και ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων αποτέλεσαν περιορισμό για τη μελέτη αυτή. Παράλληλα, η ικανότητα αφήγησης και περιγραφής του «βάθους και του πλάτους» της εμπειρίας, δεδομένου ότι αποτέλεσε απαραίτητο κριτήριο για την άντληση των δεδομένων, ωστόσο είχε ως αποτέλεσμα να αποκλειστούν άτομα τα οποία αν και νοσούσαν από ΔΔ δεν είχαν αυτή τη γνωστική ικανότητα. Όμοια, το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες παρουσίαζαν εναισθησία, βάσει των κριτηρίων εισόδου, είχε ως αποτέλεσμα να αποκλειστούν άτομα τα οποία κατά τη χρονική περίοδο της μελέτης είχαν πτωχή ή περιορισμένη εναισθησία. Ως εκ τούτου, η βιωματική εμπειρία κατά την οξεία φάση ή οι αντιλήψεις και τα βιώματα αναφορικά με τη μη ορθή εφαρμογή της φαρμακοθεραπείας να έχουν υποεκτιμηθεί στην παρούσα μελέτη.

### Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει την οδύνη της απρόβλεπτης και χρόνιας εναλλαγής της διάθεσης λόγω διπολικής διαταραχής και τη σημαντικότητα της ορθής λήψης της φαρμακοθεραπείας, καθώς επίσης και το κοινωνικό στίγμα της λήψης ψυχοτρόπου αγωγής και της νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική. Επιπλέον, αναδεικνύεται η σπουδαιότητα του συνδυασμού παρεμβάσεων φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικής φροντίδας για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου. Συνολικά, προτείνονται παρεμβάσεις ενδυνάμωσης της αντίληψης ελέγχου της κλινικής πορείας της νόσου και του τρόπου που επηρεάζει τις αντιδράσεις των πασχόντων στο πλαίσιο των καθημερινών απαιτήσεων.



# Perceptions regarding pharmacotherapy and effective treatment disease in people diagnosed with bipolar disorder

A. Hatzioannou,<sup>1,2</sup> M. Karanikola,<sup>2</sup> E. Papathanasoglou,<sup>3</sup>  
Aik. Kaikoushi,<sup>2,6</sup> M. Nystazaki,<sup>4</sup> G. Alevizopoulos<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Cyprus Mental Health Services, Nicosia, Cyprus,

<sup>2</sup>Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus,

<sup>3</sup>Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada,

<sup>4</sup>Department of Psychiatry, University of Athens, "Agiou Anargyroi" Hospital, Athens,

<sup>5</sup>Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece,

<sup>6</sup>Mental Health Services, Famagusta, Cyprus

Psychiatriki 2017, 28:291–300

Bipolar disorder (BD) encompasses neuro-cognitive disturbances leading to psychological and social consequences affecting the quality of life of those suffering from it. However, the number of studies on the lived experience of people with BD about the treatment provided is relatively scant. The aim of this study is to investigate the lived experience of people with BD, focused on their perceptions and meanings about the treatment provided for their disorder. A qualitative, phenomenological design was applied. Following informed consent, thirteen people agreed to participate in the study, according to purposeful sampling and thematic saturation. Data collection was achieved through individual, semi-structural interviews with open-ended questions, of a 30 minutes to an hour. The rigor of the analysis was validated according to Munhall's and van Manen's criteria. With regard to the main themes emerged, those revolved mainly around the social stigmatization following psychotropic medication. Further, the participants described anguish, fear and insecurity about the winding road nature of the disease, a condition that seemed to be worsened mainly due to discontinuation of medication, or alterations of the therapeutic schema. Interestingly, some of the participants described medication as a nutrient ingredient that kept them alive, thus revealing the importance they attached to psychotropic medication. Participants highlighted the importance of psychotropic medication, along with psychotherapy and personal effort, as well as education on topics related to psychopathology and treatment interventions for BD. Control over the clinical outcome of the disorder and self-management of the symptoms seem to be the ultimate need of people suffering from BD, with a core association to the effective medication and psycho-education. Based on that, interventions aiming to patients' education in self-management skills are suggested. Furthermore, interventions towards the sensitization of the community on the biological aspects of mental disorders are proposed, tackling issues as stigma and medication concerns.

**Key words:** Mood disorders, lived experience, phenomenology, psychopharmacology, involuntary hospitalization, stigma, self-management.

## Βιβλιογραφία

1. Μαδιανός ΓΜ. Κλινική ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη 2006, 259-262, ISBN: 978-960-03-4243-7 Top of Form Bottom of Form
2. Department of Health: Self care: a national view, 2007 Available from: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090120141703/dh.gov.uk/en/healthcare/selfcare/index.htm>
3. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:402–407, doi:10.1001/archpsyc.60.4.402

4. Thompson ML, Mental Illness: Health and Medical Issues Today, 2006 Conn, Greenwood Press, ISBN-10: 0313335656, ISBN-13: 978-0313335655
5. Deegan PE. The Lived Experience of Using Psychiatric Medication in the Recovery Process and a Shared Decision-Making Program to Support It. *Psychiatr Rehabil J* 2007, 31 62–69, PMID:17694717
6. Καϊτέ Χ. Φαινομενολογική διερεύνηση της βιωμένης εμπειρίας των ψυχικά πασχόντων από τη νόσο τους στην Κύπρο. «Έρευνα κοντά στον Άνθρωπο» Διδακτορικό Πρόγραμμα, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2014, [http://www.cut.ac.cy/digitalAssets/119/119054\\_booklet.pdf](http://www.cut.ac.cy/digitalAssets/119/119054_booklet.pdf)
7. Russell L, Moss D. High and happy? Exploring the experience of positive states of mind in people who have been given a diagnosis of bipolar disorder. *Psychol Psychother* 2012, 86:431–446, doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02064.x
8. Warne T, Andrew S. "Re-searching for therapy: The ethics of using what we are skilled in". *J Psychiatr Ment Hlth Nurs* 2010, 17503–509
9. Haddad PM, Brain C, Scott J. Non adherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 2014, 23:43–62, doi: 10.2147/PROM.S42735
10. Piat M, Sabetti J, Couture A, Sylvestre J, Provencher H, Botschner J et al. What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatr Rehabil* 2009, 32:199–207, doi:10.2975/32.3.2009.199.207
11. Shattell MM, Starr S, Thomas SP. "Take my hand, help me out". Mental health service experience of the therapeutic relationship. *Intern J Ment Hlth Nurs* 2007, 16: 274–284, doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x
12. Kaite C, Karanikola M, Merkouris A, Papathanassoglou EDE. "An Ongoing Struggle With the Self and Illness": A Meta-Synthesis of the Studies of the Lived Experience of Severe Mental Illness. *Arch Psychiatr Nurs* 2015, 29:458–473
13. Henderson C, Hales H, Ruggeri M. Cross-cultural differences in the conceptualization of patients satisfaction with psychiatric services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003, 38:142–148, doi: 10.1007/s00127-003-0606-7
14. Καϊτέ Χ. Καρανικόλα Μ. Συστηματική ανασκόπηση ποιοτικών μελετών της βιωμένης εμπειρίας της ψυχικής νόσου. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2015, 32:451–460
15. George T. Defining care in the culture of the chronically mentally ill living in the community. *J Transcult Nurs* 2000, 11:102–110, doi: <https://doi.org/10.1177/104365960001100204>
16. Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ, Νικηταρά Μ, Τσαγκάρη Χ, Μερκούρης Α, Κάρλου Χ και συν. Η έννοια της φροντίδας: αποτελέσματα από μια πιλοτική εργασία. *Νοσηλευτική* 2010, 49:406–417
17. Panayiotopoulos C, Kerfoot, M. Evaluative Survey of Service Users and Professional Experiences of a Vocational Rehabilitation Unit for the Mentally Ill in Cyprus. *Intern J Ment Hlth* 2013, 42:2–3
18. Munhall P. *Revisioning Phenomenology. Nursing and Health Science Research*. National League of Nursing, New York, 1994, <http://trove.nla.gov.au/version/45499092>
19. Ponty MM. The Primacy of Perception. Northwestern University Press 1964, [http://www.hass.rpi.edu/public\\_html/ruiz/AdvancedIntegratedArts/ReadingsAIA/Merleau-Ponty\\_The%20Primacy%20of%20Perception.pdf](http://www.hass.rpi.edu/public_html/ruiz/AdvancedIntegratedArts/ReadingsAIA/Merleau-Ponty_The%20Primacy%20of%20Perception.pdf)
20. Manen MV. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Series in the philosophy of education*, 1990, SBN10: 0-7914-0425-0, ISBN13: 978-0-7914-0425-6
21. Burns N. Standards for qualitative research. *Nurs Sci* 1989, 2:44–52, doi: 10.1177/089431848900200112
22. Crowe M, Inder D, Carlyle L, Wilson L, Whitehead A, Panckhurst A et al. Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *J Psychiatr Ment Hlth Nurs* 2012, 19:294–302, doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01786.x
23. Hatfield AB, Lefley HP. *Surviving Mental Illness: Stress, Coping, and Adaptation*. The Guilford Press 1993, Hash File: e9b7b-97526fc375399468cff7d52b088.pdf
24. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriu Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders. *Schizophr Research* 2007, 96:232–245, doi:10.1016/j.schres.2007.07.022
25. Dewey J. *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educational process*. D.C. Heath and Company, 1933
26. Boud D. Reflection: Turning Experience into Learning Published in USA by Nichols Publication Data, 1985
27. Boyd EM, Fales AW. Reflective learning: the key to learning from experience. *J Humanist Psychol* 1983, 23:99–117
28. Lee S, Marcus Y, Chiub L, Tsang A, Chua H, Kleinmand A. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2006, 62:1685–1696
29. Link GB, Phelan, JC. Conceptualising stigma. *Ann Rev Sociol* 2001, 27 363–385
30. Corrigan P, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Hlth Serv* 2008, 46:42–48, PMID:18251351
31. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv* 2001, 52:1627–1632, doi:10.1176/appi.ps.52.12.1627
32. Koch T, Jenkin P, Kralik D Chronic illness self-management: locating the 'self'. *J Advanc Nurs* 2004, 4:484–492, [http://www.rima.org/web/medline\\_pdf/JAdvNurs\\_484-92.pdf](http://www.rima.org/web/medline_pdf/JAdvNurs_484-92.pdf)
33. Candini V, Buizza C, Ferrari C, Caldera MT, Ermentini R, Ghilardi A et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J Affect Disord* 2013, 151:149–155, doi: 10.1016/j.jad.2013.05.069

Αλληλογραφία: Α. Χατζηωάννου, Τριπτολέμου 10, 2044 Κύπρος  
 Τηλ: (+357) 99896983  
 e-mail: Hatzioannou.a@hotmail.com

## Ειδικό άρθρο Special article

### Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας: Στόχοι και περιορισμοί (I)

Μ. Μαργαρίτη,<sup>1</sup> Μ. Χατζούλης,<sup>2</sup> Μ. Λαζαρίδου,<sup>3</sup> Γ.Φ. Αγγελίδης,<sup>4</sup>  
Β. Φωτόπουλος,<sup>5</sup> Λ. Μαρκάκη,<sup>6</sup> Φ. Κουλούρη<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,

<sup>2</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ, Αθήνα,

<sup>3</sup>Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας, Αθήνα,

<sup>4</sup>Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, Κατερίνη,

<sup>5</sup>Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο, <sup>6</sup>Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας,

<sup>7</sup>Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Αθήνα

Ψυχιατρική 2017, 28:301–305

Οι πρωτοβουλίες για τη διαμόρφωση εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών, διεθνώς, ανάγονται από τις αρχές σχεδόν της δεκαετίας του '90. Στην Ελλάδα όμως, οι κλινικές οδηγίες για τη σχιζοφρένεια διαμορφώθηκαν για πρώτη φορά το 2014 οπότε και συστάθηκε από το Υπουργείο Υγείας ομάδα εργασίας που προσέφερε εθελοντικά τις υπηρεσίες της, για τη διαμόρφωση των Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών για τη διαχείριση της Σχιζοφρένειας. Ο σκοπός της Ομάδας Εργασίας ήταν η παροχή τεκμηριωμένων προτάσεων που να καλύπτουν τις φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και την ανάπτυξη των κατάλληλων υπηρεσιών. Για τη διαμόρφωση των κλινικών οδηγιών, χρησιμοποιήθηκε ως κύριος οδηγός, ο οδηγός για τις βασικές παρεμβάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας στους ενήλικες, του National Institute of Clinical Excellence (NICE, 2010, 2014), όπως επίσης οι κλινικές οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) (American Psychiatric Association 2004), οι κλινικές οδηγίες του Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005), καθώς και άλλες εμπειριστατωμένες πηγές. Η Ομάδα Εργασίας έλαβε υπόψη και τη διαθέσιμη ελληνική βιβλιογραφία αλλά και τις εξωτερικές αξιολογήσεις των ελληνικών προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και καταβλήθηκε ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να προσαρμοσθεί η διεθνής εμπειρία στο σημερινό ελληνικό τοπίο, με τους περιορισμούς που προκύπτουν από την άνιση διασπορά των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στις υπηρεσίες, την ανολοκλήρωτη τομεοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το υπό διαμόρφωση Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και

τη δύσκολη οικονομική συγκυρία στην οποία βρίσκεται η χώρα. Την επεξεργασία των κλινικών οδηγιών ακολούθησε ενδελεχής διαβούλευση με τους αρμόδιους φορείς, επαγγελματίες υγείας, συλλόγους χρηστών και εκπροσώπους του Συνηγόρου του Πολίτη. Επιπρόσθετα, η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ), με τη σύσταση επιτροπής εμπειρογνομόνων την Άνοιξη του 2016, συνέβαλε με τις παρατηρήσεις της στο τελικό εγχείρημα. Το άρθρο της παρουσίασης των οδηγιών θα ακολουθήσουν οι δημοσιεύσεις της συνοπτικής παρουσίασης των οδηγιών με ενσωματωμένες τις παρατηρήσεις της ΕΨΕ που περιλαμβάνουν: (1) Τις συμπερασματικές, συνοπτικές προτάσεις για τη φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας και τις ψυχολογικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, και (2) τις συνοπτικές προτάσεις που αφορούν: (α) στον ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, (β) στις προτάσεις για τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα και (γ) στις συμπερασματικές προτάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, σε επίπεδο κοινοτικών υπηρεσιών.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικές οδηγίες, σχιζοφρένεια.

## Εισαγωγή

Οι πρωτοβουλίες για τη διαμόρφωση εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών, διεθνώς, ανάγονται από τις αρχές σχεδόν της δεκαετίας του '90.<sup>1</sup> Στη χώρα μας, όμως, οι κλινικές οδηγίες για τη σχιζοφρένεια διαμορφώθηκαν για πρώτη φορά το 2014 ως προαπαιτούμενο στο πλαίσιο των ευρωπαϊκών υποχρεώσεων που έπρεπε να εκπληρωθούν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που έπληξε τη χώρα (Σύμφωνο συνεργασίας Ador-Likouretzou). Για τον σκοπό αυτόν, συστάθηκε από το Υπουργείο Υγείας (ΔΥ1δ/Γ.Π.οικ.22550/13.03.2014) ομάδα εργασίας, βλ. συγγραφείς, που προσέφερε εθελοντικά τις υπηρεσίες της, για τη διαμόρφωση των Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών για τη διαχείριση της Σχιζοφρένειας. Ακολούθησε δημόσια διαβούλευση υπό μορφή θεματικών εργαστηρίων με πρόσκληση όλων των αρμόδιων φορέων από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του ΥΥ και η ανάρτηση των βιντεοσκοπημένων εργαστηρίων στο διαδίκτυο. Η διαδικασία αυτή ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2016 με την έγκριση από το ΚΕΣΥ και το ΥΥ (αρ. 19/252ης Ολομ./15-12-2015).

## Στόχοι και περιορισμοί

Ο πρωταρχικός σκοπός που υπαγορεύει τη δημιουργία κλινικών οδηγιών για τη σχιζοφρένεια είναι η παροχή τεκμηριωμένων προτάσεων για τις διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις και η ελαχιστοποίηση της χρήσης μη τεκμηριωμένων θεραπευτικών πρακτικών σε τοπικό και υπερτοπικό επίπεδο. Οι οδηγίες σκοπεύουν να συνδράμουν τους λειτουργούς υγείας, τους παρόχους υγείας και τους αποδέκτες των υπηρεσιών

υγείας, στη λήψη των καταλληλότερων αποφάσεων αναφορικά με τις διαθέσιμες σήμερα παρεμβάσεις.

Εξ ορισμού, οι παρεμβάσεις στην υγεία δεν περιλαμβάνουν μόνο κλινικές παρεμβάσεις, αλλά και δράσεις δημόσιας υγείας.<sup>2</sup> Ειδικά όμως για τη σχιζοφρένεια, οι παρεμβάσεις καλύπτουν ένα ευρύτερο φάσμα το οποίο, εκτός από τις φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, περιλαμβάνει τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, που καθορίζονται από τη διαθεσιμότητα εκπαιδευμένων θεραπευτών και την ανάπτυξη των κατάλληλων υπηρεσιών.

Κατά τη διαδικασία της ανάθεσης από το Υπουργείο Υγείας αυτού του έργου, δύο στόχοι καθόρισαν εξαρχής την προσέγγιση του αντικειμένου: (α) η παροχή σύγχρονων και διεθνώς τεκμηριωμένων προτάσεων για τις παρεμβάσεις στη σχιζοφρένεια και, (β) η προσαρμογή τους στα ελληνικά δεδομένα με προτάσεις βασισμένες στη διεθνή τεκμηριωμένη πρακτική.

Αναφορικά με τον πρώτο στόχο, ο χρονικός περιορισμός και ο επείγων χαρακτήρας του εγχειρήματος επέβαλε έναν συγκεκριμένο τρόπο διαχείρισης του θέματος. Ειδικά για τα θέματα που άπτονται της διεθνώς τεκμηριωμένης γνώσης και εμπειρίας κρίθηκε σκόπιμη η αναγωγή στα αποτελέσματα διεθνώς αναγνωρισμένων κλινικών οδηγιών. Όπου υπήρχε διαπιστωμένη διάσταση διεθνώς, στις προτάσεις ανάμεσα στις βασικές κατευθυντήριες οδηγίες, έγινε παράθεση ειδικών αναφορών. Έτσι, για τη διαμόρφωση των κλινικών οδηγιών, χρησιμοποιήθηκε ως κύριος οδηγός, ο οδηγός για τις βασικές παρεμβάσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση της σχιζοφρένειας στους ενήλικους, του National Institute of Clinical Excellence,<sup>3,4</sup> όπως επίσης οι κλινικές οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA),<sup>5</sup> οι κλινικές οδηγίες του Royal



Australian and New Zealand College of Psychiatrists),<sup>6</sup> οι κλινικές οδηγίες για τη σχιζοφρένεια της Καναδικής Ψυχιατρικής Εταιρείας,<sup>7</sup> καθώς και άλλες πηγές όπως οι οδηγίες για τη σχιζοφρένεια που εκδόθηκαν από το PORT (Patient Outcomes Research Team).<sup>8-10</sup>

Αναφορικά όμως με τον δεύτερο στόχο, ιδιαίτερη προσπάθεια καταβλήθηκε να προσαρμοσθεί η διεθνής εμπειρία στο σημερινό ελληνικό τοπίο, με τους περιορισμούς που προκύπτουν από την άνηση διασπορά των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στις υπηρεσίες, την ανολοκλήρωτη τομεοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και το υπό διαμόρφωση Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η Ομάδα Εργασίας, προκειμένου να ανταποκριθεί σε αυτήν την πρόκληση, βασίστηκε τόσο στη διαθέσιμη ελληνική βιβλιογραφία και στις εξωτερικές αξιολογήσεις των ελληνικών προγραμμάτων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τις τεκμηριωμένα «καλές πρακτικές» για τον τρόπο διαχείρισης αυτών των θεμάτων.

Επιπλέον, δεν ήταν δυνατόν να μη ληφθεί υπόψη, η ιδιαίτερα δύσκολη οικονομική συγκυρία στην οποία βρίσκεται η χώρα. Ως εκ τούτου, οι προτάσεις που διατυπώθηκαν βασίστηκαν πρωτίστως στην ορθολογική χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών και την ενδυνάμωσή τους, καθώς και στις προτάσεις εκείνες που συνεπικουρούμενες τόσο από τη διεθνή όσο και από την εθνική εμπειρία θεωρήθηκε ότι μπορούν να συμβάλουν στη βέλτιστη διαχείριση της σχιζοφρένειας διατηρώντας τον αποδοτικότερο λόγο κόστους/οφέλους.

Ο κεντρικός άξονας που ακολουθήθηκε κατά την επεξεργασία των παρόντων κλινικών οδηγιών ήταν η βασική παραδοχή ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες κάθε χώρας, εκτός από τη μεταφορά και την απλή διαπίστωση των τεκμηριωμένων γνώσεων για τις εκάστοτε θεραπευτικές παρεμβάσεις, ιεραρχούν αναγκαστικά τις προτεραιότητες σύμφωνα με τις ανάγκες της κάθε εποχής και των ξεχωριστών δυνατοτήτων και αναγκών που έχει η κάθε χώρα. Ως εκ τούτου, η ομάδα εργασίας, οριοθέτησε εξαρχής τους στόχους της ως εξής:

1. Αδρή περιγραφή των θεραπευτικών, φαρμακευτικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τη σχιζοφρένεια, για τις οποίες υπάρχουν ενδείξεις τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας διεθνώς, καθώς και περιγραφή παρεμβάσεων σε επίπεδο κοινοτι-

κών υπηρεσιών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας με θετικό ισοζύγιο κόστους/οφέλους.

2. Διατύπωση συγκεκριμένων και συστηματοποιημένων προτάσεων αναφορικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που διεθνώς έχουν δείξει τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, περιλαμβανομένων προτάσεων που θεωρείται ότι θα διευκολύνουν την εφαρμογή τους, δεδομένων των ειδικών χαρακτηριστικών που έχει η χώρα μας.
3. Διατύπωση προτάσεων βασισμένων στις σύγχρονες τάσεις και τις τεκμηριωμένες ανάγκες, αναφορικά με τον ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια.
4. Διατύπωση προτάσεων ειδικά επεξεργασμένων για τον ελληνικό χώρο που στοχεύουν στη συνεργασία και στον συντονισμό ανάμεσα στις υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχεια στη φροντίδα, η πρόσβαση περισσότερων ατόμων με σχιζοφρένεια στην κατάλληλη φροντίδα και η αποτελεσματικότερη διαχείριση των υφιστάμενων πόρων.

Οι έκτακτες συνθήκες που αναφέρθηκαν παραπάνω και καθόρισαν την πρώτη εκπόνηση των κλινικών οδηγιών, περιγράφουν συγχρόνως και την πρόκληση που προσφέρει αυτό το εγχείρημα για την ψυχιατρική φροντίδα σήμερα στη χώρα μας. Οι κλινικές οδηγίες για τη σχιζοφρένεια καθώς εμπεριέχουν οδηγίες και προτάσεις, βασισμένες στην τεκμηριωμένη ιατρική και στις «καλές πρακτικές» για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και τη διασύνδεσή τους με το υπό διαμόρφωση Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας, μπορούν να αποτελέσουν τον απαραίτητο οδηγό για τις επερχόμενες μεταρρυθμίσεις στον χώρο της ψυχικής υγείας. Το πλήρες κείμενο αυτών των οδηγιών ευρίσκεται αναρτημένο στη διεύθυνση <http://www.psychargos.gov.gr>

Η σημασία αυτού του εγχειρήματος οδήγησε την Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, την Άνοιξη του 2016, στη σύσταση επιτροπής εμπειρογνομόνων προκειμένου να συμβάλουν με τις παρατηρήσεις τους στην περαιτέρω βελτίωση των κλινικών οδηγιών και στις απαραίτητες προτάσεις και ενέργειες για την εφαρμογή τους στην Ελλάδα. Οι επόμενες δύο δημοσιεύσεις που προαναγγέλλονται εδώ, θα περιλαμβάνουν και τα συμπεράσματα αυτής της συνεργασίας.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες απευθύνονται τόσο σε κλινικούς ιατρούς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όσο και σε υπηρεσίες και αρμόδιους πολιτειακούς φορείς. Οι ανάγκες οικονομίας του χώρου φιλοξενίας του περιοδικού «Ψυχιατρική» υπαγορεύουν την περιληπτική παρουσίαση των οδηγιών σε δύο επιπλέον ενότητες που περιλαμβάνουν: (1) τις συνοπτικές προτάσεις που αφορούν: (α) στον ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, (β) στις προτάσεις για τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα και (γ) στις συμπερασματικές προτάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, σε επίπεδο κοινοτικών υπηρεσιών και (2) τις συμπερασματικές, συνοπτικές προτάσεις για τη φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας και τις ψυχολογικές θεραπείες και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Συνιστούμε συνεπώς στον αναγνώστη να ανατρέξει στο πλήρες κείμενο των κλινικών οδηγιών προκειμέ-

νου να παρακολουθήσει την τεκμηρίωση των συγκεκριμένων προτάσεων.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι οι προτάσεις για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, αλλά και για τις ψυχοκοινωνικές εν γένει παρεμβάσεις δεν αποτελούν υποκατάστατο της επαγγελματικής γνώσης και της κρίσης του κλινικού ιατρού. Η χρήση τους και η δυνατότητα εφαρμογής τους περιορίζονται από παράγοντες που σχετίζονται με την αξιοπιστία των ερευνητικών δεδομένων, τη διαθεσιμότητά τους, τη δυνατότητα ή μη της γενίκευσης των ερευνητικών δεδομένων και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς με σχιζοφρένεια. Επιπλέον, η χρήση τους συναρτάται άμεσα τόσο από την πρόοδο των ερευνητικών δεδομένων αναφορικά με τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, όσο και από την ανάπτυξη και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα.

Ως εκ τούτου, κρίνεται απαραίτητη η επικαιροποίηση των κλινικών οδηγιών σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως εξάλλου ισχύει σε κάθε χώρα.

## **Clinical guidelines for the management of schizophrenia: Aims and limitations (I)**

**M. Margariti,<sup>1</sup> M. Hadjulis,<sup>2</sup> M. Lazaridou,<sup>3</sup> G.F. Angelidis,<sup>4</sup>  
V. Fotopoulos,<sup>5</sup> L. Markaki,<sup>6</sup> F. Koulouri<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>*1st Department of Psychiatry, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens,*

<sup>2</sup>*Department of Psychiatry, "Agioi Anargyroi" Hospital, Faculty of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens,*

<sup>3</sup>*Society of Social Psychiatry & Mental Health, Athens,*

<sup>4</sup>*Department of Psychiatry, General Hospital of Katerini, Katerini*

<sup>5</sup>*Dromokaiteio Mental Hospital, Athens,* <sup>6</sup>*Executive Council, Hellenic Psychiatric Association, Athens,*

<sup>7</sup>*Directorate of Mental Health, Ministry of Health, Athens, Greece*

Psychiatriki 2017, 28:301–305

The initiative for the development of national treatment guidelines, dates back to the '90s. In Greece, however, National Clinical Guidelines for the management of schizophrenia were first formulated in 2014 when a Working Group was set up for this purpose by the Greek Ministry of Health. The objective of this Working Group was to provide evidence-based recommendations covering the pharmacological and psychosocial treatment of schizophrenia as well as the development of appropriate treatment services. The Working Group utilized the NICE Guideline (National Institute of Clinical Excellence,



2010, 2014) for the management of Psychosis & Schizophrenia as the main guide to develop the Greek National Guidelines, and in addition the American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (APA 2004), the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2005), as well as other relevant sources. The Working Group also took into consideration the available Greek bibliography as well as the external evaluations of the Greek psychiatric reform programs. A special effort was made to adapt the international experience to the current Greek landscape with the constraints resulting from the uneven dispersion of mental health services, the lack of coordination between services, the incomplete sectorization of mental health services provided as part of the National Health System, the still underdeveloped Primary Care Health Service, and last but not least the difficult economic situation in Greece. After the preparation of the draft guidelines, a thorough consultation followed with the relevant stakeholders, including mental health professionals, user associations and representatives of the Greek Ombudsman. Additionally, the Hellenic Psychiatric Association established an Expert Committee in Spring 2016, that contributed with its observations to the final exercise. This article will be followed by two further publications (incorporating the Hellenic Psychiatric Association comments) which include: (1) the summary recommendations regarding the pharmacological, psychological and psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia, and (2) the summary recommendations regarding: (a) the role of primary health care service and the role of the family physician in the treatment of schizophrenia (b) the summary recommendations regarding continuity of care and c) the summary recommendations regarding community interventions with documented effectiveness in the treatment of schizophrenia.

**Key words:** Guidelines, clinical guidelines, schizophrenia.

## Βιβλιογραφία

1. Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W, McIntyre J. Schizophrenia practice guidelines: International survey and comparison. *B J Psychiatry* 2005, 187:248–255, doi: 10.1192/bjp.187.3.248
2. Guidelines for WHO guidelines. WHO Practice Guidelines: Recommended Processes (Version 10 March 2003). Global Programme on Evidence for Health Policy World Health Organization Geneva, Switzerland, 2003
3. The NICE Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition): The British Psychological Society, London 2010
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management Clinical guideline (CG 178), 2014
5. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. American Psychiatric Association, 2004, Washington, DC. Available from: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf) (accessed 6 June 2014).
6. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 2005, 39:1–30, doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01516.x
7. Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guidelines treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005, 50(Suppl 1):13
8. Lehman AF, Steinwachs DM. the co-investigators of the PORT Project. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schiz Bull* 1998, 24:1–10, PMID: 9502542
9. Lehman AF, Steinwachs DM, PORT Co-investigators. Patterns of usual care for schizophrenia: initial survey results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) survey. *Schizophrenia Bulletin* 1998, 24:11–20, doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033303
10. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schiz Bull* 2010, 36:94–103, doi: 10.1093/schbul/sbp130

Αλληλογραφία: Μ. Μαργαρίτη, Επικ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, 1η Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Λεωφ. Βασιλίσσης Σοφίας 74, 115 28 Αθήνα  
Τηλ.:/Fax: 6945 294 300  
e-mail: marimargariti@gmail.com, mmarg@med.uoa.gr

## Ειδικό άρθρο Special article

# Περιορισμός ασθενών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Δεοντολογία, πρακτική και κόστος

Γ. Αλεβιζόπουλος,<sup>1</sup> Β. Μποζίκας,<sup>2</sup> Χ. Τουλούμης<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΚΠΑ

<sup>2</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», ΑΠΘ,

<sup>3</sup>5ο ΨΤΕ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

Ψυχιατρική 2017, 28:306–313

**Η** χρήση των φυσικών και μηχανικών περιορισμών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα συνεπάγεται πολλά ηθικά και πρακτικά ζητήματα. Η αιτιολόγηση της χρήσης αυτών των διαδικασιών είναι μάλλον αμφιλεγόμενη και υποκείμενη σε επιστημονική κριτική και αμφισβήτηση. Οι περιοριστικές μέθοδοι θέτουν τόσο τους ασθενείς όσο και το προσωπικό σε κίνδυνο για τραυματισμό ή και θάνατο. Επιπλέον, η εμπειρία του περιορισμού, μπορεί να είναι τραυματική ακόμα και όταν δεν έχει ως αποτέλεσμα τον φυσικό τραυματισμό του ασθενούς. Οι τύποι της φυσικής βλάβης περιλαμβάνουν αφυδάτωση, πνιγμό, κυκλοφορικές διαταραχές, δερματικά προβλήματα, απώλεια δύναμης, κινητικότητα, και διαταραχών των σφιγκτήρων. Μελέτες που σχετίζονται με τη χρήση αυτών των μεθόδων είναι διεθνώς εξαιρετικά περιορισμένες αν και οι ατομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους πάσχοντες, το εμπλεκόμενο προσωπικό, τους οικείους και τις οργανώσεις για τα δικαιώματα των ασθενών είναι εξαιρετικά εκτεταμένες. Παρόλ' αυτά, οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούνται για εξαιρετικά ταραγμένους και βίαιους ασθενείς σε δομές ψυχικής υγείας με σκοπό την προστασία των ασθενών και τρίτων προσώπων από σωματική βλάβη. Στρατηγικές λεκτικής αποκλιμάκωσης θα πρέπει να επιχειρούνται πριν από τη χρήση οποιασδήποτε μορφής περιορισμού. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν αυστηρές κατευθυντήριες γραμμές για τη χρήση λιγότερο περιοριστικών και αποτελεσματικών παρεμβάσεων στη διέγερση ή/και βίαιη συμπεριφορά ώστε να μπορούν να αποφευχθούν οι περιορισμοί. Φυσικοί, χημικοί και μηχανικοί περιορισμοί δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για λόγους ευκολίας ή τιμωρίας. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να κατανοούν και να ακολουθούν τις κατάλληλες διαδικασίες κατά τον περιορισμό ενός ασθενούς ώστε να εξασφαλισθεί η ασφάλεια και η αξιοπρέπεια του ατόμου. Η μη τήρηση των σχετικών οδηγιών είναι

δυνατόν να οδηγήσουν σε νομικές ενέργειες από τον ασθενή, την οικογένεια και τις ανεξάρτητες αρχές για την ψυχική υγεία. Ο περιορισμός έχει σε πολλές μορφές, όπως τη χημική, φυσική και μηχανική. Η κλινική κρίση πρέπει να διέπεται από σύνεση ως προς τον προσδιορισμό της ανάγκης εφαρμογής κάθε σχετικής απόφασης. Οι ψυχίατροι, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό που εμπλέκονται στην αρχική αξιολόγηση, το επίπεδο του περιορισμού, και την ίδια τη διαδικασία των περιορισμών, στην παρακολούθηση και την εκ νέου αξιολόγηση του επιπέδου ασφαλείας, θα πρέπει να είναι ενήμεροι σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες αλλά και το ευρύ φάσμα των ενδεχομένων επιπλοκών. Πέρα από τις σαφείς ανησυχίες του κοινού και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τους περιορισμούς, οι διαδικασίες αυτές είναι επί πλέον δαπανηρές για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στη μελέτη μας υπολογίσθηκε το κόστος των διαδικασιών ανά ασθενή, με εξαίρεση τις δαπάνες φαρμακευτικής αγωγής. Σύμφωνα με τα στοιχεία μας κάθε μηχανική καθήλωση κοστίζει τουλάχιστον 57,28 € και κάθε απομόνωση 47,16 € αντίστοιχα όταν η διάρκειά τους είναι έως 2 ώρες και αυξάνεται ανάλογα με την παράταση των διαδικασιών περιορισμού.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Μέθοδοι περιορισμού, απομόνωση, καθήλωση, κόστος.

## Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση των διεγερτικών και βιαίων ψυχικά πασχόντων ασθενών, με αυτο- ή ετερο-καταστροφική συμπεριφορά αποτελεί πυρηνικό πρόβλημα στην ψυχιατρική. Τόσο η πρόβλεψη όσο και ο έλεγχος της βίαιης συμπεριφοράς συχνά είναι επισφαλείς και αποτυγχάνουν με δραματικές συνήθως συνέπειες.<sup>1,2</sup> Σε περιπτώσεις εμφάνισης τέτοιου είδους επικινδυνότητας, είναι απολύτως σαφές ότι όλοι οι ειδικοί συμφωνούν ότι οι συμπεριφορικές τεχνικές αποκλιμάκωσης, με τελικό στόχο να ηρεμήσει ο διεγερτικός ασθενής και να αποκτηθεί ένας βαθμός εμπιστοσύνης και συνεργασίας αποτελούν τον στόχο των παρεμβάσεων.<sup>3</sup> Συχνά πολλοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας θεωρούν, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, παρά τη θέληση του ασθενούς, καθώς και τις περιοριστικές μεθόδους ως την ασφαλέστερη και πιο αποτελεσματική ομάδα παρεμβάσεων για τον διεγερτικό και επικίνδυνο ασθενή. Οι περιοριστικές τεχνικές, όπως η απομόνωση και η μηχανική καθήλωση ασθενών με ψυχική νόσο, συνεχίζουν να αποτελούν πεδίο ανησυχίας και αντιπαράθεσης μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα σχετίζονται με υψηλά ποσοστά σωματικού και ψυχικού τραύματος τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Παρά τα πολλαπλά προβλήματα που συνεπάγονται αυτές οι πρακτικές, συνεχίζουν να εφαρμόζονται σε τμήματα επειγόντων, ψυχιατρικές κλινικές και ειδικά τμήματα οξέων σε ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων.<sup>3</sup> Εξαιτίας αυτών των

προβλημάτων, τόσο οι ρυθμιστικές αρχές όσο και ομάδες χρηστών και φροντιστών ψυχικά πασχόντων, πιέζουν προς την κατεύθυνση της μείωσης και εξάλειψης των μέτρων περιορισμού.<sup>4,5</sup>

## Μεθοδολογία

Θέλοντας να μελετήσουμε το πλαίσιο χρήσης, μεθόδου εφαρμογής και κόστους των περιοριστικών τεχνικών στην ελληνική πραγματικότητα, έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline, Scopus και Google Scholar και στις ελληνικές βάσεις δεδομένων Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, Ιατρική Βιβλιογραφία Ιπποκράτης και Επιστημονικές Δημοσιεύσεις για την Ελληνική Οικονομία-Hellenicon του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης, αλλά και των υπαρχουσών οδηγιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με τις παρακάτω λέξεις κλειδιά: "Coercive measures" ή "containment" ή "seclusion" ή "restraint" ή "mechanical restraint" ή "physical restraint" και "agitation" ή "agitated patient" ή "aggressive patients" ή "violence" ή "involuntary admission" ή "psychiatry" ή "psychiatric ward" και "time and motion analysis" ή "resources" ή "cost" και "Greece" καθώς και οι αντίστοιχες ελληνικές. Στην αναζήτηση αυτή βρέθηκαν έξι δημοσιευμένα άρθρα στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία και πέντε άρθρα από την ελληνική βιβλιογραφία που πραγματεύονται τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης. Σε κανένα από τα άρθρα δεν υπήρχαν πληροφορίες που να αφορούν στο κόστος των περιοριστικών μέτρων στην Ελλάδα.

Επίσης καταγράφηκε η συνήθης πρακτική περιορισμού, όπως εφαρμόζεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, ως το μεγαλύτερο ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο.

### **Πρωτόκολλα τεχνικών καθήλωσης στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν υποχρεωτικές οδηγίες, οι οποίες εφαρμόζονται από όλες τις δομές ψυχικής υγείας.<sup>6</sup> Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έχει εκδώσει οδηγίες αναφορικά με τα «Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία».

Σύμφωνα με τις συστάσεις της επιτροπής:<sup>9</sup>

- Ο ψυχίατρος παρίσταται στην πράξη της καθήλωσης
- Νοσηλευτής ανά 15 min επισκέπτεται τον καθηλωμένο ασθενή και ελέγχει τα ζωτικά σημεία, λήψη υγρών, διούρηση κ.ά.
- Ψυχίατρος επισκέπτεται ανά ώρα τον ασθενή και επανεκτιμά τη σκοπιμότητα της παράτασης ή μη της καθήλωσης
- Εκτός από την ενημέρωση του φακέλου του καθηλωμένου ασθενούς τηρείται στο κάθε τμήμα τετράδιο περιορισμού το οποίο ενημερώνεται σε κάθε περίπτωση καθήλωσης:

Ανά ημίωρο από τον νοσηλευτή.

Ανά ώρα από τον ψυχίατρο.

Στο τετράδιο καθήλωσης καταγράφεται το σκεπτικό της καθώς και η ώρα έναρξης και τερματισμού της.

- Η καθήλωση επιτρέπεται σε ειδικό μονόκλινο ή δι-κλινο δωμάτιο που πληροί ειδικές προδιαγραφές (είναι όσο το δυνατόν εγγύτερα στο γραφείο νοσηλευτών –έχει επαρκή φωτισμό, κλιματισμό, πυρανίχνευση-πυρασφάλεια, ασφαλή παράθυρα– οι επισκέπτες και τα τυχόν εισερχόμενα αντικείμενα πρέπει να ελέγχονται από το προσωπικό – τοποθέτηση κάμερας για διαρκή επιτήρηση από το γραφείο νοσηλευτών)
- Η απομόνωση του ασθενούς σε «ήσυχο δωμάτιο» αποφασίζεται μόνον από τον διευθυντή ψυχίατρο του τμήματος. Διαρκεί λιγότερο από μία ώρα ή έως και ώρες και όχι ημέρες.

Σε παιδιά και εφήβους απαιτείται η συνεχής παρουσία νοσηλευτή ή άλλου μέλους του θεραπευτικού προσωπικού στο πλάι του απομονωμένου ασθενούς, στον ίδιο χώρο.

Η μηχανική καθήλωση απαιτεί την παρουσία και συμμετοχή, στα διάφορα στάδια της, ψυχιάτρων, ειδικευομένων ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών.

### **Ψυχοκινητική διέγερση στο ΤΣΠ του ΨΝΑ: Εμπειρία περιορισμού**

Οι διεγέρσεις στον χώρο του ΨΝΑ αφορούν σε δύο κατηγορίες ασθενών

1. Ασθενείς εκούσια προσερχόμενους στον χώρο του εφημερείου

- Η κατηγορία αυτή των ασθενών αφορά σε ψυχωτικούς ασθενείς (προφανώς σε υποτροπή), οι οποίοι αντιδρούν βίαια όταν τους ανακοινώνεται η πρόθεση των ιατρών για νοσηλεία, ή ασθενείς (συνήθως χρήστες ουσιών – αλκοόλ ή άλλων τοξικών ουσιών-) οι οποίοι με τη βουλητική πρόκληση διέγερσης προσπαθούν να εξασφαλίσουν την εισαγωγή τους. Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι άτομα με προέχουσα την εξάρτηση/κατάχρηση ουσιών και εξ αυτής απορρέουσες διαταραχές συμπεριφοράς, δεν νοσηλεύονται στο ΨΝΑ
- Για την αντιμετώπιση των ασθενών της κατηγορίας αυτής συνήθως χρησιμοποιούνται οι νοσηλευτές βάρδιας, σχεδόν όμως πάντα καλούνται και ενισχύσεις από τον κλάδο των τραυματιοφορέων (ο χώρος παραμονής των γειτνιάζει με το εφημερείο, άρα η διαθεσιμότητά των είναι σχεδόν πάντα εφικτή και άμεση). Σπάνια καλείται ενίσχυση από νοσηλευτές βάρδιας τμημάτων νοσηλείας ή η Άμεση Δράση. Για τους ασθενείς αυτούς η διαδικασία η οποία διέπει τις συνθήκες επιβολής περιοριστικών μέτρων προβλέπεται από σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας<sup>7</sup>
- Συνήθως απαιτούνται (για τις σοβαρές διεγέρσεις) 4–6 άτομα και η απασχόλησή των στο περιστατικό συχνά υπερβαίνει τα 30 min (εφαρμογή ενέσιμης αγωγής και συνοδεία του ασθενούς στο τμήμα εισαγωγής, όπου και γίνεται επί κλίνης προστατευτικός περιορισμός – τηρουμένου αυστηρά του αντίστοιχου πρωτοκόλλου προστατευτικού κλινοστατισμού, ενώ σε κάποιες περι-

πτώσεις η ενέσιμη αγωγή εφαρμόζεται στο τμήμα εισαγωγής και όχι στον χώρο του εφημερείου, κυρίως σε μικρότερης έντασης διεγέρσεις)

2. Ασθενείς που προσάγονται από αστυνομικά όργανα σε εκτέλεση εισαγγελικής παραγγελίας για εξέταση

- Η κατηγορία αυτή των ασθενών χαρακτηρίζεται από τη συνοδεία αστυνομικών οργάνων, τα οποία συνήθως συνδράμουν στην αντιμετώπιση της διέγερσης. Άρα, κατά κανόνα δεν απαιτούνται ενισχύσεις από προσωπικό πέραν του εφημερείου, ο αριθμός όμως των ατόμων που συνολικά χρησιμοποιούνται δεν διαφοροποιείται από αυτόν για τους ασθενείς της προηγούμενης κατηγορίας. Οι ασθενείς της κατηγορίας αυτής συχνά είναι δέσμιοι, και οι χειροπέδες δεν αφαιρούνται πριν ο ειδικός ιατρός συστήσει κάτι σχετικό (συνήθως αφού διαμορφώσει άποψη για την ενδεχόμενη επιθετικότητα/επικινδυνότητα του ασθενούς –όσο αυτό είναι εφικτό–) ή ο ασθενής οδηγηθεί στο τμήμα νοσηλείας και εφαρμοσθεί η ενέσιμη ειδική αγωγή.

Συχνότητα διεγέρσεων:

- Τουλάχιστον 1 ανά εφημερία
- Το Νοσοκομείο εφημερεύει 2 φορές την εβδομάδα (ΤΕ & ΠΑ).

Συνήθως εφαρμοζόμενη αγωγή (IM) με συνηθέστερες επιλογές τα αντιψυχωτικά: Haloperidol, Aripiprazole, Ziprasidone, Olanzapine.

### **Προβλεπόμενες ελάχιστες απαιτήσεις στις περιοριστικές πρακτικές**

Στην Ελλάδα, όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν υπάρχουν υποχρεωτικές, επίσημες εθνικές οδηγίες οι οποίες να καθορίζουν τη χρήση της μηχανικής καθήλωσης και της απομόνωσης σε ψυχιατρικές μονάδες και η εφαρμογή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις πρακτικές και τους εσωτερικούς κανονισμούς κάθε μονάδας, ενώ σε μια μελέτη που διενεργήθηκε στην ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου, τα ποσοστά καθήλωσης ανήλθαν σε 1,76% (ποσοστό απομόνωσης 9,55%) με μέση διάρκεια καθήλωσης και απομόνωσης 64,9 ώρες.<sup>6</sup> Σύμφωνα με τα ισχύοντα διεθνώς επιστημονικά δεδομένα, σε κάθε περίπτωση μηχανικής καθήλωσης ασθενούς απαιτείται η παρουσία πέντε ατόμων για την εφαρμογή της μηχανικής

καθήλωσης,<sup>8</sup> ενώ όπως αναφέρουν οι σχετικές συστάσεις<sup>9</sup> απαιτείται η περιοδική παρακολούθηση και επανεκτίμηση των συνθηκών και της ανάγκης διατήρησης της μηχανικής καθήλωσης (πίνακας 1).

### **Οικονομικό κόστος περιοριστικών μέτρων**

Το οικονομικό κόστος, των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων, έχει εκτιμηθεί ελάχιστα, με τις περισσότερες μελέτες να καταδεικνύουν ότι οι περιορισμένοι ασθενείς αυξάνουν σημαντικά το κόστος νοσηλείας.<sup>10</sup> Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ποσοτικοποιημένες μελέτες για το κόστος ανάλογων παρεμβάσεων. Για τον σκοπό αυτόν, εκτιμήθηκε, προσεγγιστικά, σύμφωνα με τον χρόνο απασχόλησης και σε συνάρτηση με την ωριαία αποζημίωση κάθε επαγγελματία υγείας το ελάχιστο κόστος επιβολής ενός περιοριστικού μέσου. Για τον προσδιορισμό του κόστους λάβαμε ως βάση τη μικτή εισαγωγική ωριαία αμοιβή των διαφόρων κατηγοριών των επαγγελματιών υγείας (πίνακας 2). Λαμβανομένων υπ' όψιν των χρόνων απασχόλησης, για κάθε εμπλεκόμενο μέλος του προσωπικού για μηχανική καθήλωση (διαγνωστική εκτίμηση και αξιολόγηση, διαδικασία καθήλωσης και παρακολούθηση καθηλωμένου) η οποία θα διαρκέσει έως 2 ώρες το συνολικό ελάχιστο οικονομικό κόστος διαμορφώνεται ως εξής: ειδικευμένος ψυχίατρος: 1 ώρα και 30 λεπτά=19,47 €, ειδικευόμενος ψυχίατρος: 1 ώρα=6,60 €, νοσηλευτές (το κόστος νοσηλευτού πολλαπλασιάστηκε επί 5 κατά τη διαδικασία και σε αυτό προστέθηκε το κόστος των νοσηλευτικών παρακολουθήσεων): 4 ώρες=27,28 € και λοιπό προσωπικό: 1 ώρα=3,93 €. Αθροιστικά, το συνολικό κόστος ανέρχεται σε 57,28 € για μηχανική καθήλωση έως 2 ωρών και ανέρχεται αναλογικά με την παράταση του χρόνου περιορισμού και τις απαιτούμενες ανάγκες παρακολούθησης του ασθενούς που βρίσκεται υπό περιορισμό. Το αντίστοιχο κόστος της απομόνωσης για διάστημα έως 2 ωρών ανέρχεται σε 47,16 €. Το κόστος αυτό έχει υπολογισθεί σύμφωνα με τις αμοιβές του εισαγωγικού μισθολογίου του εμπλεκόμενου προσωπικού.

### **Συζήτηση**

Η απουσία βιβλιογραφικών στοιχείων για την ελληνική πραγματικότητα ως προς τα περιοριστικά μέτρα σε ψυχικά πάσχοντες, επιβεβαιώνει τα ευρήματα άλ-



**Πίνακας 1.** Περιγραφή των ενεργειών και του εμπλεκόμενου προσωπικού σε περιπτώσεις μηχανικής καθήλωσης ή απομόνωσης σε ψυχιατρικές δομές.

Στάδια	Περιγραφή δραστηριοτήτων	Χρόνοι απασχόλησης και παρακολούθηση σε λεπτά της ώρας	Προσωπικό
Περιοριστικές τεχνικές	<p><b>Μηχανική καθήλωση</b>  <b>Ελάχιστες απαιτήσεις:</b>            – Υπεύθυνος Ψυχίατρος για την αξιολόγηση και τη σύνταξη γραπτής εντολής            – Νοσηλευτές/βοηθοί για την εφαρμογή του περιορισμού</p> <p><b>Απομόνωση</b>            – Υπεύθυνος Ψυχίατρος            – Νοσηλευτικό/βοηθητικό προσωπικό</p>	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>  <b>Χρόνοι διαδικασίας:</b>            – Διάρκεια: 15–30 λεπτά</p> <p><b>Απομόνωση</b>            – Μέγιστη διάρκεια 24 ώρες (μέση 12)</p>	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>            Αριθμός:            Υπεύθυνος Ψυχίατρος 1            Ειδικευόμενος ιατρός 1            Νοσηλευτές 5            Βοηθοί</p> <p><b>Απομόνωση:</b>            Αριθμός:            Υπεύθυνος Ψυχίατρος 1            Ειδικευόμενος ιατρός 1            Νοσηλευτές            Βοηθοί            Συνολικά 5 άτομα εκ των οποίων 1 ψυχίατρος</p>
Παρακολούθηση καθηλωμένου ασθενούς	– Νοσηλευτής ελέγχει ζωτικά σημεία και ενυδάτωση	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>            Νοσηλευτής ανά 15΄ επισκέπτεται τον καθηλωμένο ασθενή και ελέγχει τα ζωτικά σημεία, λήψη υγρών, διούρηση, κ.ά. Ο ψυχίατρος επισκέπτεται ανά 1 ώρα τον ασθενή και επανεκτιμά τη σκοπιμότητα της παράτασης ή μη της καθήλωσης. Η παράλληλη χορήγηση ηρεμιστικών ταχείας δράσης έχει συνήθως ως αποτέλεσμα άρση του περιορισμού. Απαιτείται γραπτή νοσηλευτική αξιολόγηση ανά 1ώρα και γραπτή ψυχιατρική αξιολόγηση ανά 2 ώρες</p> <p><b>Απομόνωση:</b>            Η πιθανή θεραπευτική της ένδειξη θα πρέπει να εκτιμηθεί από τον διευθυντή ψυχίατρο του τμήματος νοσηλείας. Αυτός, και μόνον, θα αποφασίζει την εφαρμογή της. Στην τελευταία περίπτωση θα πρέπει να είναι σαφές ότι η απομόνωση διαρκεί λιγότερο από μία ώρα ή έως και ώρες και όχι ημέρες. Για παιδιά και εφήβους και για όσο διάστημα αυτή ισχύσει, νοσηλευτής ή άλλο μέλος του θεραπευτικού προσωπικού θα βρίσκεται πλάι στον απομονωμένο ασθενή, επικοινωνώντας με αυτόν, στον ίδιο χώρο. Ίδια διαδικασία παρακολούθησης με τη μηχανική καθήλωση</p>	<p><b>Μηχανική καθήλωση:</b>            Ψυχίατρος 1            Νοσηλευτής 1</p>

(Συνεχίζεται)



**Πίνακας 1.** (συνέχεια).

Στάδια	Περιγραφή δραστηριοτήτων	Χρόνοι απασχόλησης και παρακολούθηση σε λεπτά της ώρας	Προσωπικό
<b>Τερματισμός περιορισμού</b>	Ο υπεύθυνος ψυχίατρος αποφασίζει για τη διακοπή του περιορισμού με έγγραφη εντολή. Η διακοπή διενεργείται από το νοσηλευτικό προσωπικό		Διευθυντής Ψυχίατρος Προϊσταμένη

**Πίνακας 2.** Αναγωγή ωριαίας αμοιβής προσωπικού εμπλεκόμενου στα περιοριστικά μέτρα

Προσωπικό	Κόστος σε ευρώ ανά ώρα	Έτος αναφοράς
Ειδικευμένος Ψυχίατρος	12,98 €	2012
Ειδικεύομενος Ψυχίατρος	6,60 €	2012
Νοσηλεύτης (ΤΕ/ΠΕ)	6,82 €	2012
Νοσηλεύτης ΔΕ	4,21 €	2012
Βοηθητικό προσωπικό	3,93 €	2012

λων συγγραφέων σχετικά με την απουσία σαφών και λεπτομερών οδηγιών οι οποίες να ακολουθούνται από όλες τις μονάδες ψυχικής υγείας.<sup>6,11</sup> Αντίστοιχες αποκλίσεις διαπιστώνονται και μεταξύ των πρακτικών που ακολουθούνται σε δομές ψυχικής υγείας σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.<sup>12</sup> Η απουσία σαφών οδηγιών έχει ως συνέπεια τα ανεπιθύμητα συμβάντα, κατά τη διάρκεια των περιοριστικών τεχνικών να είναι σχετικά συχνά, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις έχουν ως συνέπεια τον θάνατο των περιορισμένων ασθενών.<sup>13-15</sup>

Σε κάθε περίπτωση οι περιοριστικές μέθοδοι αποτελούν τραυματική εμπειρία τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα εμπλεκόμενα μέλη του προσωπικού, ενώ παράλληλα η εκπαίδευση του προσωπικού σε τεχνικές αποκλιμάκωσης και διαχείρισης της διέγερσης είναι εξαιρετικά περιορισμένες.<sup>16</sup> Οι ψυχολογικές συνέπειες των περιοριστικών μέτρων και η ανάπτυξη μεθόδων περιορισμού της χρήσης τους, έχουν ευρύτατα μελετηθεί σε πολλές προηγούμενες δημοσιεύσεις.<sup>3,17</sup>

Τα περιοριστικά μέτρα οφείλουν να χρησιμοποιούνται ως έσχατο μέσο στην αντιμετώπιση της δι-

έγερσης και της επικινδυνότητας που συνεπάγεται, κάποιες φορές, η ψυχική νόσος.<sup>18</sup> Η πραγματικότητα, όμως, είναι ότι διεθνώς συχνά χρησιμοποιούνται ως μέθοδοι ελέγχου και επιβολής, εξασφάλισης της συμμόρφωσης, της αποδοχής της νόσου και του ελέγχου της νοσηλείας.<sup>17</sup> Παρότι αμφισβητείται ισχυρά η έκταση της χρήσης τους αυτή παραμένει διαδεδομένη και σε δομές πέραν των ψυχιατρικών.<sup>19</sup>

Ένας παράγοντας ο οποίος έχει εξαιρετικά υποβαθμισθεί σχετικά με τη χρήση των περιοριστικών μέτρων είναι το άμεσο οικονομικό κόστος αυτών. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε το ελάχιστο κόστος που συνεπάγεται η μηχανική καθήλωση και η απομόνωση όταν αυτές διαρκέσουν από 30 λεπτά έως 2 ώρες. Όπως προκύπτει από την αναγωγή του ωριαίου κόστους, κάθε μηχανική καθήλωση κοστίζει κατ' ελάχιστον 57,28 €, ενώ κάθε απομόνωση κοστίζει κατ' ελάχιστον 47,16 € όταν διαρκέσει από 0-2 ώρες και αυξάνονται αναλογικά με τον χρόνο διατήρησής τους. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το ετήσιο κόστος για μηχανικές καθηλώσεις μόνο στα ΤΕΠ του ΨΝΑ, οι οποίες διαρκούν το μέγιστο έως 2 ώρες, ανέρχεται σε 5.957 €. Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι περιοριστικές μέθοδοι στην ψυχιατρική, για τον έλεγχο της διέγερσης είναι συχνά επικίνδυνες για τους ασθενείς, τραυματικές για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη ενώ έχουν υψηλό άμεσο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας. Είναι σαφές ότι απαιτείται η ανάπτυξη νέων μεθόδων, οι οποίες δεν θα προσβάλουν την προσωπικότητα των ασθενών, θα είναι ασφαλέστερες και συγκριτικά οικονομικές, για τον έλεγχο των διεγέρσεων, όταν τα συνήθη μέτρα, όπως οι τεχνικές αποκλιμάκωσης και η χορήγηση των συνήθως χρησιμοποιούμενων φαρμάκων αποτυγχάνουν.

# Restraints in Greek mental health services: Ethics, practice and costs

G. Alevizopoulos,<sup>1</sup> V. Bozikas,<sup>2</sup> C. Touloumis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, "Agioli Anargyroi" Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

<sup>2</sup>1st Department of Psychiatry, "Papageorgiou" Hospital, Aristotelian University of Thessaloniki, Thessaloniki,

<sup>3</sup>5th Department of Psychiatry, Mental Hospital of Attica, Athens, Greece

Psychiatriki 2017, 28:306–313

The use of physical and mechanical restraints in mental health services in Greece arise many ethical and practical issues. The justification of the use of such procedures is rather controversial and subjective to scientific debate. The practice of restraint puts both patients and staff at risk for injury and death. Moreover, restraints can be traumatic even when they do not result in any physical injury to the patient. The types of the physical adverse events include dehydration, suffocation, circulation disturbances, skin problems, loss of strength and mobility, incontinence, etc. Research studies regarding the use of restraints are limited, although individual, professional, and social impact is extensive. Worldwide many associations involving patients, care givers and patient rights authorities have disapproved such techniques as inhumane and against recent scientific evidence. Nevertheless, the methods are being used for highly agitated and violent patients in mental health hospitals in order to protect the patients and others towards physical harms. Verbal de-escalation strategies should be attempted prior to the use of any form of restraint. Although there are no strict guidelines in Greece for the use of the least restrictive and effective treatment for an agitated and/or violent patient there are certain occasions that restraints cannot be avoided. Physical, chemical and mechanical restraints should never be used for the sake of convenience or punishment. The healthcare professionals understand and follow proper procedures when restraining a patient to ensure safety and dignity of the person. Failure to follow guidelines is subjective to legal actions by the patient, the family and the independent mental health authorities. Restraining comes in many forms, like chemical, physical and mechanical. Clinical judgment must be applied to determine the necessity of any restrictive decision. Consultant psychiatrists, mental health nurses and ward staff are involved to the initial assessment, the level of restriction, the procedure of restraints, the follow-up and the re-assessment of the level of safety, due to the guidelines and the wide range of complication concerns. Further to the clear public, medical and operational concerns for the restraints, these procedures are expensive for the mental health services. In our study we estimated the costs of the procedures per patient, excluding the medication costs. According to our data each mechanical restraint costs at least € 57.28 and each seclusion € 47.16 respectively for up to 2 hours of duration and increase according to the prolongation of the restraint procedures.

**Key words:** Restraints, mechanical restraint, seclusion, cost.

## Βιβλιογραφία

1. Hughes DH, Kleespies PM. Treating aggression in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2003, 64(Suppl 4):10–15, PMID:12672260
2. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2011, 17:170–185, doi:10.1097/01.pra.0000398410.21374.7d
3. Knox DK, Holloman GH. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emergency Med* 2012, 13:35–40, doi:10.5811/westjem.2011.9.6867
4. Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons

- and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care*. 2012, 48:95–107, doi:10.1111/j.1744-6163.2011.00308.x
5. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psychiatr* 2013, 48:10–22, doi:10.1708/1228.13611
  6. Bilanakis N, Kalampokis G, Christou K, Peritogiannis V. Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2010, 56:402–411, doi:10.1177/0020764009106620
  7. Τομαράς Β. Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές για εφαρμογή περιοριστικών μέτρων κατά την εκούσια εξέταση ή/και νοσηλεία. Υπουργείο Υγείας 23-10-2012
  8. Βαγγελή Β και συν. Οδηγός βραχείας αντιμετώπισης ασθενών με βίαιη ή και επικίνδυνη συμπεριφορά σε ψυχιατρικές δομές. *Τετρ Ψυχιατρ* 2007, 97α, 1–28
  9. Τομαράς Β. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 30-01-2008
  10. Rubio-Valera M, Luciano J, Ortiz JM, Salvador-Carulla J, Gracia A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry* 2015, 15:35, doi:10.1186/s12888-015-0417-x
  11. Ουζούνη Χ, Νακάκης Κ. Η χρήση του σωματικού περιορισμού, και της απομόνωσης στην ψυχιατρική κλινική. *Βήμα Ασκληπιού* 2013, 12:303–323
  12. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrötter R, Conca A, Hatling T, Janssen W et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010, 45:889–897, doi:10.1007/s00127-009-0132-3
  13. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003;48:330–337, doi:10.1177/070674370304800509
  14. Cheney PR, Gossett L, Fullerton-Gleason L, Weiss SJ, Ernst AA, Sklar D. Relationship of restraint use, patient injury, and assaults on EMS personnel. *Prehosp Emerg Care* 2006, 10:207–12, doi:10.1080/10903120500541050
  15. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int* 2012, 109:27–32, doi:10.3238/arztebl.2012.0027
  16. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P, Nicholls T. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs* 2010, 6:15–28, doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01061.x
  17. Αναστασόπουλος Ο. *Εθνογραφική μελέτη της μηχανικής καθήλωσης σε ψυχιατρική Κλινική*. Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη, 2012
  18. Huckshorn KA. Re-designing state mental health policy to prevent the use of seclusion and restraint. *Adm Policy Ment Health* 2006, 33:482–491, doi:10.1007/s10488-005-0011-5
  19. Chan J, LeBel J, Webber L. The dollars and sense of restraints and seclusion. *J Law Med* 2012, 20:73–81, PMID:23156649
- 
- Αλληλογραφία: Γ. Αλεβιζόπουλος, Τιμίου Σταυρού και Νουφάρων 1, 145 64 Ν. Κηφισιά  
Τηλ.: 210-35 01 459, 567, Fax: 210-35 01 543  
e-mail: psychiatry@nurs.uoa.gr, giorgosalevizopoulos@gmail.com

## Ειδικό άρθρο Special article

# Η μεταψυχολογική προσέγγιση του S. Freud για την έννοια του «ορίου»

N. Τσιπά, F. Houssier

*UTRPP, Unité Transversale de Recherche Phylogénèse et Psychopathologie  
Université Paris Nord-Sorbonne Cité, France*

Ψυχιατρική 2017, 28:314–321

Το παρόν άρθρο αναφέρεται στη μελέτη του «ορίου» σύμφωνα με μια μεταψυχολογική προσέγγιση. Η ουσία αυτής της έννοιας έγκειται στη διπλή της ιδιότητα να συνδέει και να χωρίζει την εσωτερική από την εξωτερική πραγματικότητα. Πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση καταρχήν του έργου των μεταφροϋδικών συγγραφέων P. Federn, D. Anzieu, D.W. Winnicott, η θεωρητική προσέγγιση των οποίων γίνεται αντιληπτή υπό το πρίσμα της εννοιολογίας του ορίου καθώς και του A. Green ο οποίος ήταν εκείνος που εισήγαγε την έννοια του «ορίου» και του «διπλού ορίου» στη δομή του ψυχικού οργάνου. Ο P. Federn διέκρινε το Εγώ στην πνευματική και τη σωματική του διάσταση στα πλαίσια της εργασίας του πάνω στη μελέτη της λειτουργίας του Εγώ. Σύμφωνα με τον συγγραφέα, οι δύο αυτές διαστάσεις είναι ταυτοχρόνως και συνδεδεμένες μεταξύ τους αλλά θεωρούνται και ξεχωριστές οντότητες σε έναν υγιή ψυχισμό. Η λειτουργία του ορίου όπως διατυπώνεται μέσα από τη θεωρία του απουσιάζει στην ψύχωση, και ως εκ τούτου σύμφωνα με τον P. Federn η ψύχωση είναι μια «ασθένεια του Εγώ». Ο D. Anzieu διατύπωσε την έννοια του «Εγώ-δέρμα» για να θεωρητικοποιήσει τη λειτουργία του περιβλήματος, θέτοντάς την σε αναλογία με τη λειτουργία του Εγώ ως προς την προστατευτική αξία του ορίου αναφορικά με τη συνδιαλλαγή ανάμεσα στον εξωτερικό κόσμο και την ψυχική πραγματικότητα. Έμφαση δίνεται στην εδραίωση του «Εγώ-δέρμα» κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου της ζωής μέσα στη σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος. Ορμώμενος από τη μελέτη της πρώιμης περιόδου, η συμβολή του D.W. Winnicott ως προς τη διατύπωση της λειτουργίας του ορίου είναι καθοριστική, καθώς εισήγαγε τη θεωρία της μεταβατικότητας, όπου ο μεταβατικός χώρος είναι εκείνος που βρίσκεται ανάμεσα στην εσωτερική και την εξωτερική πραγματικότητα. Ο A. Green τέλος, είναι ο κύριος εισηγητής της έννοιας, καθώς μέσα από τη θεωρητικοποίησή της σχηματοποίησε την έννοια εισαγάγοντας μια μεταψυχολογική διάσταση αυτής, με την έννοια ότι η λειτουργία του ορίου είναι εκείνη που πρέπει να θεωρείται ως η βασική διάσταση της υγιούς λειτουργικότητας του ψυχικού οργάνου. Με βάση τη θεωρητική τοποθέτησή τους, γίνεται αναφορά και στις ψυχοπαθολογικές εκφράσεις στις οποίες συναντάται η συγκεκριμένη

έννοια. Μέσα από αυτήν την ανασκόπηση προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο S. Freud ήταν ο πρώτος που μελέτησε αν όχι άμεσα, τουλάχιστον έμμεσα, την έννοια του ορίου, καταρχήν με την εισήγησή του για τη θεωρία των ενορμήσεων αλλά και μέσα από μεταγενέστερα έργα του.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Όριο, μεταψυχολογία, εξωτερική πραγματικότητα, διαφοροποίηση.

## Εισαγωγή

Το «όριο» είναι μια έννοια που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ορισμών, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το να μη μπορεί να λάβει μία μοναδική ερμηνεία. Με την κυριολεκτική σημασία, αναφέρεται στη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα σε δύο χώρες, δύο εδάφη ή δύο πεδία. Επίσης, το «όριο» είναι αυτό που περιορίζει έναν χώρο και εκείνο που δηλώνει την αρχή και το τέλος μιας χρονικής περιόδου. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να περιγραφεί ως το σημείο μέχρι το οποίο κάτι θεωρείται αποδεκτό. Η ουσία της συγκεκριμένης έννοιας έγκειται στο εξής: το «όριο» χρησιμοποιείται αφενός για να χωρίσει δύο μέρη και αφετέρου για να διατηρήσει τη μεταξύ τους σχέση.

Απομακρυνόμενοι από τον κυριολεκτικό ορισμό του «ορίου» και μεταφέροντάς τον στην ψυχαναλυτική θεωρία και την κλινική πρακτική, αποκτά την αξία της θεωρητικής έννοιας. Ο André Green,<sup>1</sup> στη συνέχεια των J. Laplanche & J.B. Pontalis,<sup>2</sup> το χρησιμοποιεί για να δηλώσει αυτό που βρίσκεται στο όριο της εννοιολογίας, αντιτιθέμενος στην ιδέα σύμφωνα με την οποία αναπαριστά μια απόλυτα διευκρινισμένη διεπαφή και ένα σημείο επαφής βάσει του οποίου τα όρια ανάμεσα στο ψυχικό και το σωματικό πεδίο είναι απολύτως διακριτά. Ωστόσο, χρησιμοποιώντας τον όρο «πεδίο» ελλοχεύει ο κίνδυνος χρήσης μιας γλώσσας που εμπίπτει σε αυτήν της φιλοσοφικής διαλεκτικής, γεγονός που θα έθετε εκτός θέματος τον στόχο του παρόντος άρθρου, που είναι η μεταψυχολογική προσέγγιση του «ορίου» μέσα από τη μελέτη της ιστορίας του και την αναπαράστασή του στην κλινική πρακτική. Η πρόταση αυτή έχει ως βάση τα εξής δύο σημεία του ορίου: την κινητικότητα του και την ιδιότητα της μεταμόρφωσης. Αυτή η κλινική σκέψη συνάδει με την αρχή της ψυχαναλυτικής θεωρίας σύμφωνα με την οποία ο ψυχισμός και οι λειτουργίες του δεν ακολουθούν μια διαδρομή αποτελούμενη από δεδομένα άκαμπτα στάδια αλλά αναπτύσσονται βάσει μιας συνεχούς ροής και κίνησης.

Σε αυτό το άρθρο, θα γίνει αρχικά μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των μεταφροϊδικών συγγραφέων, στους οποίους συναντάται με διαφορετικούς τρόπους η έννοια του «ορίου». Στη συνέχεια, θα ακολουθήσει μια αναφορά στις κύριες μορφές ψυχοπαθολογίας στις οποίες εκφράζεται, ώστε να φανεί η μεταψυχολογική προοπτική της έννοιας, και συγκεκριμένα μέσα από το έργο του S. Freud.

### **α. Η μεταφροϊδική αναπαράσταση του «ορίου»**

Το Εγώ χαρακτηρίζεται από τη λειτουργία του ως «όριο», σύμφωνα με τους J. Laplanche & J.B. Pontalis,<sup>2</sup> με την έννοια της διαμεσολαβητικής του διάστασης, καθώς διατηρεί την ισορροπία ανάμεσα στις αντιφατικές εσωτερικές απαιτήσεις ώστε να διαφυλάσσεται η σύνδεση των ενδοψυχικών διεργασιών. Χάρη στο Εγώ, αποφεύγεται η σύγχυσή τους με την εξωτερική πραγματικότητα.

Το «όριο» και η διεπαφή έχουν εννοιολογική συγγένεια κυρίως ως προς την ιδιότητά τους για διαχωρισμό και σύνδεση γεγονός που υπογραμμίζει την επικοινωνία και την ανταλλαγή των ερεθισμάτων. Είναι ενδιαφέρον σ' αυτό το σημείο να σημειώσουμε τον ορισμό της διεπαφής σε έναν εντελώς διαφορετικό τομέα, εκείνον της πληροφορικής: είναι η ένωση ανάμεσα σε δύο λογισμικά, η οποία επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφοριών υιοθετώντας κοινούς κανόνες, επιτρέποντας έτσι την επικοινωνία ανάμεσα στα λογισμικά συστήματα.

Η θεωρία του P. Federn,<sup>3</sup> ο οποίος διέκρινε το Εγώ σε σωματικό και πνευματικό, κατέχει κεντρική θέση στην κατανόηση της έννοιας του «ορίου». Αυτό καταρχήν οφείλεται στην ενδελεχή μελέτη της ψύχωσης, και συγκεκριμένα στην πρότασή του ότι πρόκειται για ασθένεια του Εγώ. Σύμφωνα με την υπόθεσή του, στη δομή του Εγώ διακρίνεται η πνευματική και η σωματική διάσταση, οντότητες ξεχωριστές αλλά συνδεδεμένες, εφόσον ορίζουν και οι δύο το Εγώ.



Μελετώντας την ψυχική λειτουργία του Εγώ, ο συγγραφέας σημειώνει ότι, όσον αφορά στο περιεχόμενό του, μπορούμε να διακρίνουμε σε αυτό ένα πνευματικό και ένα σωματικό συναίσθημα, τα οποία διαμορφώνουν με αυτόν τον τρόπο μια ενότητα. Σημειώνεται ότι το συναίσθημα της σωματικής διάστασης δεν περιορίζεται στη βιολογική πραγματικότητα αλλά αναφέρεται στην ψυχική αναπαράστασή του. Οι μοναδικές δύο συνθήκες κατά τις οποίες αυτές οι διαστάσεις παρουσιάζονται ως ξεχωριστές οντότητες είναι του ονείρου και η κατάσταση του ύπνου. Σε όλες τις υπόλοιπες, από την ενότητα του Εγώ και τη λειτουργία του ως «όριο» προκύπτει ότι η πνευματική διάσταση επικοινωνεί με την πλευρά της εσωτερικής πραγματικότητας ενώ η σωματική διάσταση είναι εκείνη που αναπαριστά τον δεσμό του με τον εξωτερικό κόσμο.

Συμπεραίνουμε ότι ο P. Federn μελετά το «όριο» ως προς την ιδιότητα του φίλτρου που ρυθμίζει τις συναλλαγές ανάμεσα στην εσωτερική και την εξωτερική πραγματικότητα, ιδιότητα που συμπεριλαμβάνει και το να συγκρατεί αλλά και το να απομακρύνει τη διέγερση, καθώς η διάσταση του συνόρου στην οποία ανελλιπώς αναφέρεται δεν είναι στατική αλλά αντιθέτως υφίσταται διαρκή αλλαγή. Η ουσία του συνόρου έγκειται στη συνεχή επικοινωνία του με το περιβάλλον ώστε τόσο η εσωτερική όσο και η εξωτερική πραγματικότητα να παραμένουν συνδεδεμένες.

Ένας άλλος μεταφροϋδικός κλινικός, του οποίου η συμβολή στην έννοια του «ορίου» είναι σημαντική είναι ο D.W. Winnicott.<sup>4</sup> Η προσέγγισή του συνοψίζεται ως εξής: η ψυχική λειτουργία λαμβάνει χώρα στο όριο του «μέσα» και του «έξω». Αυτή η οπτική υποστηρίζεται καταρχήν από την πρότασή του σχετικά με τη σύνδεση της ψυχής και του σώματος, οι οποίες σε έναν υγιή ψυχισμό δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτές ως ξεχωριστές. Αυτό που δείχνει κυρίως όμως την αυθεντικότητα της σκέψης του όσον αφορά στο «όριο» είναι η πρόταση της θεωρίας της μεταβατικότητας: ο ενδιάμεσος χώρος και τα μεταβατικά αντικείμενα στηρίζονται στη σχέση αλληλεπίδρασης που υπάρχει ανάμεσα στην εξωτερική πραγματικότητα και τον ψυχισμό.

Ο D.W. Winnicott ανέπτυξε επίσης τη σχέση ανάμεσα στον εαυτό και τον άλλον, δεδομένου ότι η θεωρία της μεταβατικότητας συνδέεται με την

έννοια του αποχωρισμού: μελετώντας σε βάθος τη σχέση μητέρας-βρέφους, ο συγγραφέας καταλήγει ότι μέσα απ' αυτήν δημιουργείται αυτός ο απαραίτητος τρίτος χώρος. Η N. Carels<sup>5</sup> συμπληρώνει ότι η αναγκαιότητα που υπογραμμίζεται από τον D.W. Winnicott για την εξασφάλιση της εσωτερικής και εξωτερικής συνέχειας βασίζεται στην εμπειρία μέσα στον ίδιο τον μεταβατικό χώρο, η οποία χαρακτηρίζεται από μια παράδοξη λειτουργία που εγκαθιδρύει τους δεσμούς ανάμεσα στην εσωτερική και την εξωτερική πραγματικότητα επιτρέποντας ταυτόχρονα τη βίωση της εμπειρίας του αποχωρισμού.

Τρίτον, η μελέτη της έννοιας του «ορίου» συναντά και τη θεωρητική πρόταση του «Εγώ-δέρμα» από τον D. Anzieu.<sup>6</sup> Στη θεωρητικοποίηση αυτής της υπόθεσης, οδήγησε η αντίληψη του σώματος ως προστατευτικό περίβλημα και ως επενδεδυμένο αντικείμενο. Ως «Εγώ-Δέρμα» ονομάζεται το Εγώ που χρησιμοποιείται από το παιδί κατά τη διάρκεια της πρώιμης περιόδου της ανάπτυξής του για να αναπαρασταθεί ως Εγώ βάσει της εμπειρίας από την επιφάνεια του σώματός του. Αυτή η τοποθέτηση βασίζεται στο ότι αυτό που εγγράφεται ψυχικά είναι στενά συνδεδεμένο με το σώμα και οι λειτουργίες του δέρματος τίθενται σε αντιστοιχία με εκείνες του Εγώ. Ο D. Anzieu δίνει κεντρική θέση στο σώμα, το οποίο αντιλαμβάνεται ως ζωτικής σημασίας διάσταση της ανθρώπινης πραγματικότητας και ως εκείνο πάνω στο οποίο βασίζονται όλες οι ψυχικές λειτουργίες. Το Εγώ –όπως το δέρμα– εγκαθιστά φράγματα, που στη συνέχεια θα γίνουν μηχανισμοί άμυνας, και φιλτράρει τη συνδιαλλαγή ανάμεσα στο Εκείνο, το Υπερεγώ και την εξωτερική πραγματικότητα. Το Εγώ επομένως λειτουργεί ως ψυχικό περίβλημα, παίζοντας ενεργό ρόλο στη σύνδεση του ψυχισμού με τον εξωτερικό κόσμο.

Το ίδιο το περιεχόμενο της έννοιας του «ορίου» είναι ο λόγος για τον οποίο δεν μπορεί να λάβει εύκολα έναν ορισμό, και κατά συνέπεια, παρατηρείται μια εξέλιξη ανάμεσα στους συγγραφείς ως προς τη διατύπωσή του. Η δυσκολία έγκειται κυρίως στην πολυπλοκότητα της αντίληψης της ψυχικής και της σωματικής διάστασης όπως και στην αδυναμία σύλληψης της σχέσης τους, που είναι και το ίδιο το διακύβευμα της έννοιας. Σε γενικές γραμμές, το «όριο» αποτελεί την αναπαράσταση της ψυχικής



λειτουργικότητας όσον αφορά στη διαφοροποίηση ανάμεσα στο «εσωτερικό» και το «εξωτερικό».

Ο A. Green<sup>7</sup> είναι ο κεντρικός μεταφροϋδικός κλινικός που διατύπωσε την έννοια του «ορίου». Υπογράμμισε τον αιγιματικό της χαρακτήρα, σημειώνοντας ότι το ίδιο το «όριο» είναι στο όριο του σωματικού και του ψυχικού. Η αναπαράσταση του «εξωτερικού» στο «εσωτερικό» σχεδιάζεται μέσα από αυτήν την έννοια τονίζοντας τη σύνδεση της σκέψης με τις αναπαραστάσεις και του σώματος με την ψυχική διάσταση. Ο A. Green,<sup>7</sup> ορμώμενος από την παρατήρηση των ασθενών του, τους οποίους ταξινόμησε ως οριακούς, διατύπωσε την έννοια του «ορίου» πρώτη φορά το 1976 στο βιβλίο του «Η ιδιωτική τρέλα». Αναφέρθηκε στο «όριο» περιγράφοντάς το ως ένα κινούμενο και κυμαινόμενο σύνορο τόσο σε φυσιολογικές όσο και σε παθολογικές καταστάσεις. Σύμφωνα με τον A. Green, πρόκειται για τη βασικότερη έννοια της σύγχρονης ψυχανάλυσης. Στη συνέχεια διατύπωσε και μια δεύτερη έννοια, συνέχεια της πρώτης, αυτήν του «διπλού ορίου», που αναφέρεται στο όριο που συναντάται στο εσωτερικό, ανάμεσα στο ασυνείδητο και τις συνειδητές/προσυνειδητές διεργασίες. Πρότεινε δύο χώρους-όρια του ψυχικού οργάνου: ο πρώτος είναι ο ενδιάμεσος χώρος του «μέσα», ανάμεσα στο ασυνείδητο και το συνειδητό-προσυνειδητό, και ο δεύτερος ανάμεσα στο «μέσα» και το «έξω» που περιγράφεται ως ο «χώρος του παιχνιδιού».

Συμπληρωματικά με τη θεωρητική του τοποθέτηση, ο A. Green σχεδίασε ένα σχήμα σύμφωνα με το οποίο υπάρχει ένας κάθετος άξονας που χωρίζει το καλό (εσωτερικό) από το κακό (εξωτερικό). Υπάρχει επίσης ένας οριζόντιος άξονας που χωρίζει στο εσωτερικό το ευχάριστο από το δυσάρεστο και την απόλαυση από τη δυσάρεσκεια. Ο κάθετος άξονας χωρίζει την εσωτερική από την εξωτερική πραγματικότητα ενώ ο οριζόντιος χωρίζει τον εσωτερικό κόσμο σε δύο μέρη. Αυτό που πρέπει οπωσδήποτε να συγκρατηθεί από την προσέγγισή του, είναι ότι το «όριο» ταυτοχρόνως συνδέει και χωρίζει, καθώς διασφαλίζει την αλληλεπίδραση και τη διαφοροποίηση ως προς την ψυχική λειτουργία. Δεν είναι δηλαδή απλώς η διαχωριστική γραμμή ανάμεσα σε δύο χώρους αλλά αντιθέτως, το όριο είναι εκείνο που επιτρέπει την κίνηση μέσα σε αυτούς.

Ο διαχωρισμός που υπογραμμίζεται από την έννοια του «ορίου» αναφέρεται στη διαφοροποίηση ανάμε-

σα στο «μέσα» και το «έξω», τα ψυχικά παράγωγα και τον εξωτερικό κόσμο, τη φαντασία και τη σκέψη. Πρέπει να σημειωθεί ότι όταν ο A. Green αναφέρεται στην εξωτερική πραγματικότητα, συμπεριλαμβάνει και τη θέση του αντικειμένου, το οποίο έτσι κατέχει μια διπλή θέση, ανήκοντας και στον εσωτερικό και στον εξωτερικό κόσμο. Πρέπει τέλος, να τονιστούν δύο σημεία της θεωρίας του: αφενός ο κινητός χαρακτήρας της έννοιας του «ορίου», και αφετέρου ο ενδοψυχικός και ο διυποκειμενικός άξονας, που καθιστούν το «όριο» ένα ουσιώδες στήριγμα για τη συνοχή της λειτουργίας του ψυχισμού. Η εργασία της σκέψης τοποθετείται στο σταυροδρόμι ανάμεσα, από τη μία πλευρά, στο εσωτερικό και το εξωτερικό και από την άλλη πλευρά, ανάμεσα στα δύο μέρη που χωρίζουν το εσωτερικό. Με αυτόν τον τρόπο, σύμφωνα με τον A. Green, μπορούμε να μιλήσουμε για ένα φάσμα της ψυχοπαθολογίας με δομές ψυχωτικές, νευρωτικές αλλά και με εκείνες που δεν άπτονται στις παραπάνω, που είναι οι οριακές δομές.

### ***Β. Οι ψυχοπαθολογικές μορφές έκφρασης του «ορίου»***

Το χαρακτηριστικό παράδειγμα στην κλινική του «ορίου» είναι η ψύχωση. Το Εγώ δεν έχει την ικανότητα να κρατήσει σταθερά τα σύνορα που χωρίζουν την εσωτερική από την εξωτερική πραγματικότητα και έτσι διαταράσσεται η αντιληπτική διαδικασία. Ο F. Houssier<sup>8</sup> σημειώνει ότι στην ψύχωση, η τοπογραφία του εσωτερικού και του εξωτερικού χώρου καθίσταται μη λειτουργική. Κεντρική σ' αυτό είναι, σύμφωνα με τη θεωρία του P. Federn, η έλλειψη του σωματικού συναισθήματος του Εγώ και έτσι η έλλειψη συγκράτησής του από επαρκώς σταθερά σύνορα. Με άλλα λόγια, η ψύχωση είναι ένα κλινικό παράδειγμα του «ορίου», καθώς αυτό που χαρακτηρίζει αυτούς τους ασθενείς είναι το να συγχέουν τα πάντα μέσα στη σύγχυση, όπως υπογραμμίζει ο G. Lavallée.<sup>9</sup>

Δεύτερον, μια άλλη ψυχοπαθολογική έκφραση του «ορίου» αναφέρεται στο αίσθημα του «ανοίκειου», όπως διατυπώθηκε από τον S. Freud,<sup>10</sup> στο συναίσθημα δηλαδή όπου ό,τι ήταν οικείο γίνεται αντιληπτό ως ξένο, ως αποτέλεσμα μιας αδύναμης κατασκευής των ιδίων συνόρων που έχει ως συνέπεια την απώλεια της ικανότητας να νιώθει κανείς ότι βρίσκεται σε μια σταθερή ψυχική οντότητα, όπως υπογραμμίζει ο V. Tausk.<sup>11</sup>

Τρίτον, η μη εδραίωση του ενδιάμεσου χώρου, οφείλεται κατά τον D.W. Winnicott στο περιβάλλον εκείνο που αλλάζει ξαφνικά και απρόβλεπτα από την πλευρά της μητέρας, οδηγώντας το βρέφος σε μια διαδικασία διανοητικοποίησης. Ως αντίδραση στη μεταβαλλόμενη αυτή συμπεριφορά, δημιουργείται στο βρέφος μια σχάση στην ψυχοσωματική του λειτουργία. Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τη θεωρητική τοποθέτηση του D.W. Winnicott<sup>12</sup> για τον ενδιάμεσο χώρο, το βρέφος, το παιδί ή ο ενήλικος παίζοντας μπορούν να συνδέουν τον εσωτερικό με τον εξωτερικό κόσμο με δημιουργικό τρόπο για να κατασκευάσουν τη βάση της υποκειμενικής εμπειρίας. Ο συγγραφέας τονίζει τη σημασία που έχει ο τρόπος με τον οποίο κανείς χρησιμοποιεί το παιχνίδι για να επικοινωνήσει και να δημιουργήσει τις δικές του εμπειρίες.

Ένας από τους μηχανισμούς άμυνας, αυτός της διχοτόμησης, δείχνει κατά τον F. Houssier<sup>8</sup> τη μη λειτουργία του «ορίου»: πρόκειται για τον ψυχοπαθολογικό μηχανισμό που χωρίζει με ριζικό τρόπο δύο ομάδες αναπαραστάσεων μη μπορώντας να συνδέσει το συνειδητό με το ασυνείδητο μέρος του ψυχικού οργάνου. Αντιθέτως, ένα παράδειγμα της ψυχικής εργασίας του «ορίου» είναι η διαδικασία του αποχωρισμού, για την οποία σε μια σχέση αμοιβαιότητας απαιτείται η λήψη απόστασης ανάμεσα στο εσωτερικό και το εξωτερικό αντικείμενο.

Μια άλλη ψυχοπαθολογική έκφραση του «ορίου» αφορά στην εφηβική προβληματική, σύμφωνα με τον F. Marty.<sup>13</sup> Το «όριο» προσφέρει τη δυνατότητα της εκ νέου μελέτης της διεργασίας της εφηβείας, όπου η διαρκής επικοινωνία του «εσωτερικού» με το «εξωτερικό» καθίσταται κεντρικής σημασίας. Πολλές ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και κάποια ψυχοπαθολογικά σημεία όπως είναι το πέρασμα στην πράξη και η ψυχογενής ανορεξία κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι μέρος της διαρκούς αναζήτησης του «ορίου». Για να το πούμε διαφορετικά, αντανακλούν την αναζήτηση της υποκειμενικής κατάκτησης του σώματος και της ενσωμάτωσης κάθε διεργασίας που ενέχει τη σύνδεση ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο. Στη θεωρητική πρόταση του F. Marty, το σώμα έχει κεντρική θέση στην εφηβεία, η οποία είναι ιδωμένη υπό το πρίσμα του «ορίου», καθώς πρόκειται για το πεδίο μιας σειράς αλλαγών και μεταμορφώσεων. Η εφηβεία θεωρείται πρότυπο του «ορίου» γιατί φωτίζει τον διπλό

του ρόλο: αυτόν της σύνδεσης και εκείνον του αποχωρισμού.

Τέλος, παθολογική έκφραση του «ορίου» είναι και η αναφορά στον ψευδή εαυτό. Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η παθολογική οργάνωση του ψευδούς εαυτού χαρακτηρίζεται από μια διχοτόμηση που προκαλεί τον διαχωρισμό ανάμεσα στον αληθή και τον ψευδή εαυτό, ως συνέπεια της απομάκρυνσης της ψυχικής υπόστασης από το σώμα.

#### **γ. Ο S. Freud ως εισηγητής του «ορίου»: Η θεωρία των ενορμήσεων**

Στη θεωρητική και κλινική μελέτη της έννοιας του ορίου, η θεωρία των ενορμήσεων αλλά και ο τομέας της νευροφυσιολογίας, που αποτελεί την απαρχή της εργασίας του S. Freud,<sup>14</sup> τον τοποθετούν στη θέση του εισηγητή της έννοιας. Στο έργο του συναντώνται πρωτότυπες υποθέσεις αναφορικά με τη λειτουργία του ψυχισμού. Η αντιστοιχία ανάμεσα στη φυσιολογία και την ψυχολογία έκαναν τον S. Freud να αποκαλέσει «Εγώ» την πλευρά εκείνη που έχει ως κεντρική λειτουργία τη διαφοροποίηση ανάμεσα στα εξωτερικά ερεθίσματα και αυτά που προέρχονται από τον ψυχισμό. Το έργο αυτό θεωρείται προάγγελος της θεωρίας των ενορμήσεων, οι οποίες επίσης βασίζονται στη φυσιολογία.

Σύμφωνα με τον ορισμό των J. Laplanche & J.B. Pontalis,<sup>2</sup> η ενόρμηση είναι μια δυναμική διαδικασία που οδηγεί τον οργανισμό μέσα από μια ώθηση να φτάσει σ' έναν στόχο. Η ενόρμηση έχει την πηγή της σε μια σωματική διέγερση και ο στόχος της είναι να μειώσει την ένταση. Ο S. Freud εισήγαγε την έννοια της ενόρμησης έχοντας πάντα ως βάση την επιστήμη της φυσιολογίας, αναφερόμενος σε μια διέγερση προερχόμενη από το εσωτερικό η οποία εκτονώνεται προς το εξωτερικό. Σημειώνει ότι η ενορμητική διέγερση δεν προέρχεται από τον εξωτερικό κόσμο αλλά από το εσωτερικό του ίδιου του οργανισμού.

Σε αυτή τη συνεχή αντιστοιχία ανάμεσα στον ψυχισμό και τις βιολογικές λειτουργίες ο S. Freud<sup>15</sup> έκανε την ακόλουθη πρόταση, αναπαριστώντας έτσι τη βάση της θεωρητικοποίησης της έννοιας του «ορίου»: διατύπωσε την έννοια της ενόρμησης ως μια έννοια-όριο ανάμεσα στο ψυχικό και το σωματικό, ως την ψυχική αναπαράσταση των διεγέρσεων που προέρχονται από το εσωτερικό του σώματος κάνοντάς τες έτσι να μοιάζουν με την εργασία που

απαιτείται σε ψυχικό επίπεδο. Σε συνέχεια αυτής της τοποθέτησης, ο A. Green υπογράμμισε ότι η ενόρμηση είναι μια έννοια με την οποία ο S. Freud εργαζόταν ανελλιπώς ακόμα και αν δεν της είχε προσδώσει άμεσα τη θέση της έννοιας του «ορίου». Ο ίδιος συγγραφέας όμως τονίζει ότι ο S. Freud το έκανε έμμεσα αντιλαμβανόμενος την ενόρμηση ως υπάρχουσα σε μια διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στο σωματικό και το ψυχικό.

#### **δ. Η μεταψυχολογική προσέγγιση του S. Freud για την έννοια του «ορίου»**

Η έννοια της μεταψυχολογίας έγκειται στη μελέτη των κλινικών συνεπειών των θεωρητικών τοποθετήσεων μετά την ενδελεχή τους μελέτη, καθώς και στη σύνδεση αυτών των εννοιών με θεωρητικές προτάσεις προερχόμενες από άλλους κλάδους. Σύμφωνα με αυτή την προοπτική οφείλει να μελετηθεί και το άρθρο του B. Brusset<sup>16</sup> σχετικά με την «τρίτη τοπική», της οποίας κεντρικό σημείο είναι η συμβολή των θεωρητικών μοντέλων από ψυχαναλυτές διαφορετικών πεδίων, πλαισίων και τεχνικών. Όσον αφορά στη μεταψυχολογία της έννοιας του «ορίου», αυτή αναφέρεται στη συμμετοχή της στη λειτουργία του ψυχισμού. Η χρήση της μεταψυχολογικής διαλέκτου για την πρόταση μιας «τρίτης τοπικής» όπου θα παρουσιαστεί η συμμετοχή του «ορίου» στην ψυχική λειτουργία, χρησιμοποιείται ως μέσον ανάδειξης της συνοχής ανάμεσα στους μεταφροϋδικούς συγγραφείς που προέρχονται από διαφορετικά μεταξύ τους πεδία.

Η μεταψυχολογία περιλαμβάνει αρκετά έργα μεταγενέστερα του S. Freud ώστε μια ψυχική διεργασία να γίνει κατανοητή με όρους δυναμικούς, λογικούς και οικονομικούς. Τα μοντέλα της είναι μοντέλα ψυχικής λειτουργίας και γίνονται αντιληπτά μόνο μέσα από τις συνέπειες ή τις αναπαραστάσεις τους. Αντιλαμβανόμενοι τη διάκριση ανάμεσα στο «εσωτερικό» και το «εξωτερικό» ως τη βάση της θεωρητικής τοποθέτησης του S. Freud, η έννοια του Εγώ παίζει τον ρόλο του «ορίου» σε ολόκληρο το έργο του, σύμφωνα με την πρώτη και τη δεύτερη τοπική του θεωρία. Χάρη στο Εγώ δηλαδή, το υποκείμενο δεν συγχέει τις εσωτερικές διεργασίες με την εξωτερική πραγματικότητα.

Μετά από την πρώτη τοποθέτησή του στη μεταψυχολογία όπου ο S. Freud<sup>17</sup> ανέπτυξε όχι μόνο

την έννοια της ενόρμησης αλλά και της απώθησης για να περιγράψει την απαιτούμενη κινητικότητα ανάμεσα στο «εξωτερικό» και το «εσωτερικό», και στα επόμενα έργα του βλέπουμε την εξέλιξη ιδωμένη υπό αυτό το πρίσμα, όπου λαμβάνει χώρα η μεταψυχολογική του μελέτη πάνω στην έννοια του «ορίου».

Στο "Le Moi et le ça", ο S. Freud<sup>18</sup> δίνει έμφαση στη σωματική αίσθηση για να υπογραμμίσει ότι το Εγώ είναι πάνω απ' όλα σωματικό. Στη συνέχεια χρησιμοποιεί το παράδειγμα-μεταφορά "bloc-magique"<sup>19</sup> για την απόδοση της αναπαράστασης της σχέσης ανάμεσα στις ασυνείδητες αναμνήσεις και τη συνειδητή αντίληψη. Αυτή η σχέση αναπαριστάται έτσι ακριβώς γιατί αποτελείται από δύο μέρη που είναι ταυτοχρόνως συνδεδεμένα και διαχωρισμένα, με την έννοια ότι οι δύο τοπικές συνυπάρχουν: από τη μία πλευρά, το Εγώ, το Υπερεγώ και το Εκείνο και από την άλλη οι συνειδητές, οι προσυνειδητές και οι ασυνείδητες διεργασίες που βρίσκονται σε σχέση αλληλεξάρτησης. Τέλος, στο "Abrégé de psychanalyse",<sup>20</sup> ο S. Freud τονίζει ότι το Εγώ είναι εκείνο που προστατεύει ενάντια στην άρνηση της πραγματικότητας, δηλαδή στην απειλητική αποσύνδεση ανάμεσα στις ψυχικές δομές.

#### **Επίλογος**

Ο παράδοξος τρόπος με τον οποίο επιλέχθηκε να γίνει η παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναφέροντας τους μεταφροϋδικούς συγγραφείς πριν γίνει αναφορά στα έργα του S. Freud, έγινε με σκοπό να δοθεί έμφαση με αυτόν τον τρόπο στη συμβολή του τελευταίου, η οποία είναι εμφανής καθόλη τη διάρκεια των μεταγενέστερων συγγραφέων. Όπως σημειώνει ο P.L. Assoun,<sup>21</sup> το βασικό διακύβευμα που προκύπτει από το έργο των μεταφροϋδικών κλινικών, αφορά στην επιβεβαίωση ότι αυτό που προσδίδουν στον S. Freud συναντάται στο έργο του, και αυτό καθίσταται δυνατό μέσα από τη διαλεκτική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη μελέτη των έργων του και την κληρονομιά που άφησε στους μεταγενέστερους από εκείνον συγγραφείς. Φαίνεται επομένως ότι η κεντρική θέση που δίνεται στην έννοια του «ορίου» από τον A. Green υπάρχει και σε όλο το έργο του S. Freud, γεγονός που έκανε και τους προαναφερθέντες συγγραφείς να εμβαθύνουν πάνω σε αυτό.

# The concept of the "limit": A metapsychological approach of the Freudian theory

N. Tsipa, F. Houssier

*UTRPP, Unité Transversale de Recherche Phylogénèse et Psychopathologie  
Université Paris Nord-Sorbonne Cité, France*

Psychiatriki 2017, 28:314–321

This article is referring to the study of the "limit" according to a metapsychological point of view. The main definition of this concept concerns its double possibility to relate and to separate the internal from the external reality. It is about a review of the post-freudian work: the theoretical contribution of the authors P. Federn, D. Anzieu and D.W. Winnicott is viewed through the conceptualisation of the "limit". Also, the study of A. Green, who is the author who proposed not only the concept of the "limit" but also the concept of the "double limit". P. Federn distinguished the Ego in its mental and its physical dimension, in his work which is concentrated on the study of the Ego. According to him, these two dimensions are at the same time related one to the other and seen separately in a healthy functioning psychism. The function of the limit as it is expressed in his theoretical background is absent in the field of psychosis, so according to P. Federn, psychosis is an "illness of the Ego". D. Anzieu expressed the notion of the "Ego-skin" in order to put into theoretical terms its protecting factor considering it also as an analogue with the function of the Ego, regarding the exchanges between the external and the psychic reality. Emphasis is given to the creation of the "Ego-skin" during the first period of life in the relationship between the mother and the infant. Based on the study of the primary period of life, the contribution of D. W. Winnicott concerning the wording of the function of the limit is decisive, as he introduced the theory of the transitionality, seen as the third reality which is located between the internal and the external reality. A. Green, finally, is the main author who introduced this term as throughout his theoretical work the term got its shape, as he referred to its metapsychological dimension, because the function of the limit is the one which has to be seen as the central dimension of the healthy psychic functioning. Based on this theoretical approach, the psychopathological expression of the concept is studied as well. As a conclusion of this review it is shown that S. Freud was the first who has studied, at least indirectly, the concept of the "limit" by introducing the theory of instincts and throughout his later works.

**Key words:** Limite, metapsychology, external reality, separation.

## Βιβλιογραφία

1. Green A. *Concept(s) limite(s): singulier ou pluriel? Concepts limites en psychanalyse*. Delachaux et Niestlé, Lausanne, 1997 ISBN 978-2-603-01060-0
2. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France, Paris, 1967, ISBN: 978-2-13-056050-0
3. Federn P, Loubignac AL (traduction française). *La psychologie du moi et les psychoses*. Presses Universitaires de France, Paris, 1975, ISBN 978-2-13-035703-2
4. Winnicott DN. *Jeu et réalité*. Editions Gallimard, 1971 (1975, pour la traduction française), ISBN: 978-2-07-029303-2
5. Carels N. Limites et transformations psychiques. *Rev Franç Psychanal* 2002, 5:66:1497–1536, doi: 10.3917/rfp.665.1497. URL: <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2002-5-page-1497.htm>
6. Anzieu D. Le moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1974, 9:195–208



7. Green A. *La folie privée*. Editions Gallimard, Paris, 1990, ISBN: 978-2-07-072074-3
8. Houssier F (sous la direction de Scelles R, 2003). Emergence du concept de limite psychique à partir des premiers travaux psychanalytiques. *Limites, liens et transformations*. Dunod, Paris, 2003, ISBN: 978-2-10-007304-7
9. Lavallée G. (sous la direction de J.J. Baranès. Eprouver. *La question psychotique à l'adolescence: le passage du Cap Horn*. Dunod, Paris, 1991, ISBN: 978-2-10-000028-9
10. Freud S. *L'inquietante étrangeté et autres essais*. Gallimard, Paris, 1985 (1919), ISBN: 978-2-07-070407-1
11. Tausk V. De la genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie. *Psychanalyse*, Editions des Grandes-Tetes-Molles de notre époque, 1958, 4:227-265.
12. Winnicott DW. *Mind and its relation to the psyche-soma-édition française: "l'esprit et ses rapports avec le psyché-soma", De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1969, ISBN: 978-2-228-88117-3
13. Marty F (sous la direction de Scelles R). *Adolescence comme expérience de la limite. Limites, liens et transformations*. Dunod, Paris, 2003, ISBN: 978-2-10-007304-7
14. Green A. *Jouer avec Winnicott*. PUF, Paris, 2005, ISBN: 978-1-85575-182-8
15. Freud S. *Esquisse d'une psychologie scientifique. La naissance de la psychologie: lettres à Wilhelm Fliess: notes et plans (1882-1962)*. Bonaparte M (éd), Freud A (éd), Ernst K (éd), Berman A (trad). Presses Universitaires de France, Paris, 1895 (1956) ISBN: 978-2-13-043972-1
16. Brusset B. Métapsychologie des liens et troisième topique. *Revue française de psychanalyse*, 2006;5:70:1213-1282, doi: 10.3917/rfp.705.1213, URL: <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2006-5-page-1213.htm>
17. Freud S. *Pulsions et destins des pulsions. Métapsychologie*. Gallimard, Paris, 1915c (1968), ISBN: 978-2-84835-340-1
18. Freud S. *Le Moi et le ça. Oeuvres complètes: t.16*. Presses Universitaires de France, Paris, 1923b (1991), ISBN: 978-2-228-88205-7
19. Freud S. *Note sur le "bloc magique". Oeuvres complètes: t. 17*. Presses Universitaires de France, Paris, 1925a (1924) (1992). ISBN 978-2-13-044302-5
20. Freud S. *Abrégé de psychanalyse*. Presses Universitaires de France, Paris, (1940a) (1938) 1978, ISBN: 978-2-13-035969-2
21. Assoun PL. *Dictionnaire des oeuvres psychanalytiques*. Presses Universitaires de France, Paris, 2009, ISBN: 978-2-13-051828-0

---

Αλληλογραφία: Ν. Τσιπά, Ψυχολόγος-Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας, Δαφνομήλη 37, 114 71 Αθήνα  
e-mail: nafsika.tsipa@gmail.com



## Ειδικό άρθρο Special article

# Η γυναικεία σεξουαλική λειτουργία μέσα από τα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης: Από το DSM-IV στο DSM-5

Φ. Φερενίδου,<sup>1,2</sup> Π.Σ. Κυράνα,<sup>2</sup> Λ. Αθανασιάδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,

<sup>2</sup>Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2017, 28:322–331

**Μ**έχρι πρότινος, οι ταξινομήσεις κατά DSM που αφορούν στις γυναικείες σεξουαλικές διαταραχές, βασίστηκαν σε ορισμούς που δεν υποστηρίζονταν επαρκώς από κλινικές ή επιδημιολογικές μελέτες, αλλά στηρίζονταν κατά κύριο λόγο σε γνώμες ειδικών. Επιπλέον, η κατηγοριοποίηση αυτή ακολουθούσε το ίδιο μοτίβο σε άνδρες και γυναίκες, θεωρώντας ως δεδομένη την ύπαρξη ενός ενιαίου μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης και για τα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, τα κύρια μοντέλα που περιγράφηκαν και επικράτησαν ήταν τα γραμμικά μοντέλα των Master's & Johnson, της Kaplan, καθώς και το μεταγενέστερο κυκλικό μοντέλο της Rosemary Basson. Μεταξύ των γραμμικών και του κυκλικού μοντέλου, οι διαφορές αφορούν κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι στο κυκλικό μοντέλο οι φάσεις της σεξουαλικής ανταπόκρισης αλληλοεπικαλύπτονται, χωρίς να είναι πάντα σταθερό μοτίβο με ποια φάση ξεκινά η σεξουαλική εμπειρία. Στα γραμμικά μοντέλα, η σεξουαλική επιθυμία, η διέγερση, ο οργασμός και η αποκατάσταση ακολουθούν την ίδια, σταθερή διαδοχή, ενώ στο κυκλικό μοντέλο η σεξουαλική επιθυμία μπορεί να είναι αυθόρμητη και να αποτελεί το πρώτο στάδιο και το κύριο αίτιο σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά μπορεί και να έπεται. Σε αυτήν την περίπτωση οι λόγοι για σεξουαλική επαφή μπορεί να είναι άλλοι, πέραν της αυθόρμητης σεξουαλικής επιθυμίας, καλύπτοντας και άλλες πτυχές της σεξουαλικότητας και της προσωπικότητας του ανθρώπου. Το DSM-5, βάσισε την ταξινόμηση των σεξουαλικών διαταραχών στο κυκλικό μοντέλο, ενώ από ό,τι φαίνεται δεν υπάρχουν ακόμη επαρκείς αποδείξεις ότι όλοι οι άνδρες και γυναίκες μπορούν να αντιπροσωπευτούν από το ίδιο, κοινό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Εκτός από τα προαναφερόμενα μοντέλα, περιγράφηκαν και άλλα από διάφορους ερευνητές, σε μια προσπάθεια να δοθεί μια πιο ακριβής περιγραφή της ανθρώπινης σεξουαλικής λειτουργίας και ανταπόκρισης, καθώς και των διαταραχών της. Στο παρόν άρθρο γίνεται μια προσπάθεια ανασκόπησης τόσο των μέχρι σήμερα περιγραφέντων από τη βιβλιογραφία μοντέλων, όσο και συσχέτισής τους με τα ταξινομικά συστήματα DSM.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης, γυναικείες σεξουαλικές διαταραχές, DSM-IV, DSM-5.

## Εισαγωγή- Τα γραμμικά μοντέλα και το DSM-IV

Η ταξινόμηση κατά DSM-IV-TR βασιζόταν σε ένα ενιαίο γραμμικό μοντέλο περιγραφής της σεξουαλικής ανταπόκρισης. Το μοντέλο αυτό, όπως περιγράφηκε αρχικά από τους Master's & Johnson το 1966,<sup>1</sup> αποτελείτο από τέσσερις φάσεις/συνιστώσες: (α) Διέγερση/έξαψη/ενθουσιασμός (excitation-E), (β) Οροπεδίου «πλατό» (plateau-P), (γ) Οργασμού (orgasm-O), (δ) Αποκατάστασης (resolution-R). Το μοντέλο ονομάστηκε και EPOR, από τα αρχικά των φάσεων που το απαρτίζουν. Πιο αναλυτικά, κατά τη φάση του ενθουσιασμού, ως απάντηση στα σεξουαλικά ερεθίσματα ξεκινά η κολπική εφύγγραση. Επιπλέον, άλλες σωματικές αλλαγές είναι δυνατόν να επισυμβούν τόσο στη γεννητική περιοχή, όσο και στο υπόλοιπο σώμα. Κατά τη φάση του οροπεδίου, συνεχίζεται η διόγκωση των κολπικών ιστών, με πιθανές συστολές στην είσοδο του κόλπου. Κατά τη φάση του οργασμού, επισυμβαίνουν συσπάσεις των πυελικών μυών πέριξ του κόλπου, ενώ και η μήτρα και ο σφιγκτήρας μς του πρωκτού συσπάζεται με ρυθμικό τρόπο. Οι συσπάσεις βιώνονται ως ευχάριστα συναισθήματα ανακούφισης και απελευθέρωσης. Σύμφωνα με τους Masters & Johnson, δεν υφίσταται διαχωρισμός μεταξύ κολπικού και κλειτοριδικού οργασμού, ή μεταξύ του οργασμού που βιώνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής και μέσω άλλων τρόπων ερεθισμού. Σε κάποιες γυναίκες μπορεί να επισυμβούν περισσότεροι οργασμοί, με μια σταδιακή επαναφορά στο στάδιο της αποκατάστασης. Έτσι, κατά το στάδιο αυτό, απομακρύνεται το αίμα που είχε συσσωρευτεί τόσο στις γεννητικές όσο και σε άλλες περιοχές του σώματος, ενώ σταδιακά αποκαθίσταται η μυϊκή τάση, η κυκλοφορία, η ερυθρότητα του δέρματος. Συνοδεύεται από γενικότερα αισθήματα χαλάρωσης. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η σεξουαλική ανταπόκριση αποτελεί μια σταδιακή κορύφωση της σεξουαλικής έντασης μέχρι την επέλευση του οργασμού.

Το 1974, η Helen Kaplan<sup>2</sup> πρότεινε ένα κάπως διαφορετικό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης. Η πρότασή της δεν προήλθε ως αποτέλεσμα φυσιολογικών μελετών, όπως των Masters & Johnson, αλλά ως αποτέλεσμα της κλινικής της δουλειάς ως σεξολόγος (sex therapist). Σύμφωνα, λοιπόν, με την

Karlan, η σεξουαλική ανταπόκριση απαρτίζεται από τέσσερις συνιστώσες, την επιθυμία (desire), τον ενθουσιασμό (excitation), τον οργασμό (orgasm) και την αποκατάσταση/λύση (resolution). Ουσιαστικά, η βασική προσθήκη της στο προηγούμενο μοντέλο, ήταν αυτή του σταδίου της επιθυμίας, γι' αυτό και το νέο μοντέλο ονομάστηκε DEOR, από τα αρχικά που απαρτίζουν τις συνιστώσες του (Desire, Excitation, Orgasm, Resolution). Κατά το προηγούμενο μοντέλο (Master's & Johnson), η διάθεση για σεξουαλική επαφή ή για να νιώσει κάποιος «σεξουαλικά» δεν περιγραφόταν, καθώς ξεκινούσε από τη φάση όπου κανείς ήταν ήδη «διεγερμένος». Με την επικέντρωση στη σεξουαλική επιθυμία, η Kaplan διαφοροποίησε τη διάθεση από τη διέγερση. Πάντως, –όπως περιγράφηκε και προηγουμένως– αντιπαράθεσεις και συζητήσεις για το τι συνιστά τη διάθεση συνεχίζονται μέχρι και σήμερα.<sup>3,4</sup>

Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο στάδιο της σεξουαλικής ανταπόκρισης, η επιθυμία, συμπεριλαμβάνει τις φυσιολογικές και ψυχολογικές συνιστώσες της σεξουαλικής διάθεσης ή λίμπιντο, που καθορίζονται από τα εγκεφαλικά κέντρα του λιβιδινικού (μεταιχμιακού) συστήματος, αλλά επίσης επηρεάζονται, σε έναν βαθμό, και από ορμονικούς (π.χ. ανδρογόνα) και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Στο μοντέλο αυτό βασίστηκε, όπως έχει ήδη ειπωθεί, η ταξινόμηση των ανδρικών και γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών κατά την τρίτη και τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου Ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM III, DSM IV).<sup>5,6</sup> Η έναρξη της σεξουαλικής ανταπόκρισης γίνεται με την αυθόρμητη σεξουαλική επιθυμία, η οποία ακολουθείται από τη διέγερση που μπορεί να οδηγήσει σε οργασμό και στη συνέχεια σε αποκατάσταση. Υπό «φυσιολογικές» συνθήκες, η γυναικεία σεξουαλική ανταπόκριση ακολουθεί μια γραμμική διαδοχή φάσεων, αντανακλώντας τις φάσεις της ανδρικής σεξουαλικής ανταπόκρισης.

Η προαναφερθείσα ταξινόμηση, υπέστη κριτική διότι δεν συμπεριέλαβε την πολυπλοκότητα των σεξουαλικών εμπειριών που είναι μοναδικές για το κάθε άτομο και ειδικά για το κάθε φύλο.<sup>7</sup> Σήμερα υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι το σεξουαλικό ενδιαφέρον, τα κίνητρα για σεξουα-

λική επαφή, η διέγερση και ο οργασμός βιώνονται διαφορετικά.<sup>8-10</sup> Οι ορισμοί που βασίζονται σε κοινό μοντέλο σεξουαλικής ανταπόκρισης τείνουν να τροποποιηθούν υποστηρίζοντας τη διαφορετικότητα της ανδρικής και της γυναικείας σεξουαλικότητας και επομένως και τη διαφορετική ταξινόμηση και αντιμετώπισή τους.<sup>7,11</sup>

### **Τα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης που ακολούθησαν**

Κάποια χρόνια αργότερα, διάφοροι συγγραφείς αμφισβήτησαν τα γραμμικά μοντέλα όπως αυτά περιγράφηκαν από τους Masters & Johnson & Kaplan. Έτσι, πρώτοι οι Whipple και Brush-McGreer<sup>12</sup> περιέγραψαν ένα κυκλικό διαμορφωμένο πρότυπο σεξουαλικής ανταπόκρισης αποτελούμενο από τέσσερα στάδια: το αρχικό στάδιο της «αποπλάνησης» –seduction– (όπου περιλαμβάνεται η σεξουαλική επιθυμία), το δεύτερο στάδιο των «αισθήσεων» –sensations– (ενθουσιασμός και ευχαρίστηση), το τρίτο στάδιο της παράδοσης, «παραχώρησης» –surrender– (οργασμός) και το τελευταίο στάδιο που το ονομάζουν «αντανάκλαση» –reflection– (λύση, επαναφορά, υποχώρηση). Σύμφωνα με τους Whipple & Brush-McGreer, οι ικανοποιητικές σεξουαλικές εμπειρίες έχουν ευοδωτική δράση στη σεξουαλικότητα της γυναίκας, ενισχύοντας τη σεξουαλική της επιθυμία, ενώ αντιθέτως οι αρνητικές σεξουαλικές επιθυμίες ωθούν στην απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξουαλική επαφή. Με το μοντέλο αυτό, αναγνωρίστηκε το ενδεχόμενο η γραμμικότητα των σεξουαλικών συνιστωσών, όπως περιγράφηκαν από τους Masters & Johnson & Kaplan, να μην ταιριάζει σε όλες τις γυναίκες.

Το 1998, εκφράστηκε η άποψη από τον Roy Levin, της ανατροφοδότησης της σεξουαλικής επιθυμίας από τα γεννητικά ερεθίσματα.<sup>13</sup> Πρότεινε, ότι παρά το γεγονός ότι η «αυθόρμητη» επιθυμία της γυναίκας είναι αυτή που την ωθεί να έχει σεξουαλική δραστηριότητα είτε μόνη της είτε με σύντροφο, η φάση του «ενθουσιασμού» (διέγερσης) φαίνεται να αυξάνει αυτήν την επιθυμία ακόμη περισσότερο. Θεωρεί ότι η «ενδογενής» επιθυμία (απέφευγε να χρησιμοποιήσει τον όρο «αυθόρμητη»), ήταν το αποτέλεσμα ενός «γαλαξία ερεθισμάτων». Οι Levin & Riley, θεώρησαν αναγκαίο τον διαχωρισμό

της σεξουαλικής διέγερσης που αναφέρεται στις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα, από τον «σεξουαλικό ενθουσιασμό» που περιλαμβάνει την υποκειμενική αντίληψη της διέγερσης.<sup>14</sup> Επιπλέον, αναφέρουν ότι η «σεξουαλική ορμή» αποτελεί τη βιολογική παράμετρο της σεξουαλικής λειτουργίας, ενώ η «σεξουαλική επιθυμία» είναι ένας αντικειμενικός δείκτης που μπορεί να υποδηλώνει την επιθυμία συμμετοχής σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα με έναν συγκεκριμένο σύντροφο. Έτσι, η σεξουαλική επιθυμία μπορεί να μην ακολουθηθεί από σεξουαλική διέγερση και η σεξουαλική διέγερση να λάβει χώρα δίχως να έχει προηγηθεί σεξουαλική επιθυμία.

### **Το κυκλικό μοντέλο και το DSM-5**

Η ταξινόμηση των γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών που βασίζεται σε ένα γραμμικό μοντέλο είναι πιθανό πως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Η γυναικεία σεξουαλική λειτουργία δεν φαίνεται να είναι απόλυτα ανάλογη με την ανδρική.<sup>7</sup> Κάποιες γυναίκες μπορεί να μην έχουν 'αυθόρμητη' σεξουαλική επιθυμία ή αυτή η έννοια μπορεί ακόμη και να μην υπάρχει.<sup>15,16</sup>

Το 2000 περιγράφηκε από τη Basson το εναλλακτικό μοντέλο, το οποίο περιελάμβανε αλληλοεπικαλυπτόμενες φάσεις της σεξουαλικής ανταπόκρισης, σε ποικίλη χρονική διαδοχή.<sup>17</sup> Σε αντίθεση με την προηγηθείσα «αυθόρμητη» επιθυμία, το κυκλικό μοντέλο της Basson περιγράφει μια μορφή «απαντητικής» επιθυμίας η οποία επισυμβαίνει μετά τη σεξουαλική διέγερση.<sup>18</sup> Το μοντέλο αυτό βασίστηκε στις παρατηρήσεις γυναικών που αναφέρουν ότι βιώνουν τις φάσεις της σεξουαλικής ανταπόκρισης με έναν αλληλοεπικαλυπτόμενο, μη διαδοχικό τρόπο, που περιλαμβάνει ψυχολογικές και σωματικές διαστάσεις.<sup>19,20</sup> Με την προοπτική αυτή, η επιθυμία ευοδώνεται κατά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, προσθέτοντας στην «εγγενή» επιθυμία. Σύμφωνα, δε, με την πρόσφατη βιβλιογραφία, οι γυναίκες αναφέρουν πληθώρα λόγων και κινήτρων για τις οποίες έχουν σεξουαλική δραστηριότητα και αυτές μπορεί να αφορούν σε επιθυμία για συναισθηματική εγγύτητα, επιθυμία να εκφράσουν αγάπη, επιθυμία να λάβουν και να προσφέρουν σω-

ματική απόλαυση, διάθεση να «ανοιχτούν» στον σύντροφό τους, επιθυμία να είναι δεκτικές στα σεξουαλικά ερεθίσματα σε ένα κατάλληλο περιβάλλον κ.λπ.<sup>19,21,22</sup>

Σύμφωνα με το μοντέλο της Basson,<sup>17</sup> η γυναικεία επιθυμία ξεκινάει από ένα ουδέτερο επίπεδο. Αν βιώσει επαρκή συναισθηματική εγγύτητα από τον σύντροφό της μπορεί να αναζητήσει και η ίδια τα σεξουαλικά ερεθίσματα. Η δεκτικότητα στα σεξουαλικά ερεθίσματα είναι αυτή που ουσιαστικά «μετακινεί» τη γυναίκα από το στάδιο της σεξουαλικής ουδετερότητας, στο στάδιο της διέγερσης. Εάν η επεξεργασία των ερεθισμάτων οδηγήσει σε περαιτέρω διέγερση, η σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας θα την ωθήσει να προχωρήσει στη σεξουαλική ικανοποίηση και στον οργασμό. Επομένως, η σεξουαλική επιθυμία είναι περισσότερο μια «απάντηση» παρά ένα αυθόρμητο γεγονός. Υπάρχει, φυσικά, το ενδεχόμενο η γυναίκα να βιώνει αυθόρμητη επιθυμία κυρίως υπό τη μορφή σκέψεων, φαντασιώσεων και ονείρων, αλλά φαίνεται πως συνήθως κατά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας με σύντροφο βρίσκεται στην «αφετηρία».

Συγκρινόμενο με τα προηγούμενα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης, το συγκεκριμένο δεν θεωρεί απαραίτητη την επέλευση των σταδίων του οργασμού και της αποκατάστασης.<sup>19</sup> Η έμφαση στην υποκειμενική φύση της σεξουαλικής ικανοποίησης, παρά σε μια αντικειμενική παράμετρο όπως είναι η επέλευση ή όχι του οργασμού, φαίνεται πως ταιριάζει καλύτερα στην ποικιλομορφία της γυναικείας σεξουαλικότητας. Τα συναισθήματα και οι σκέψεις φαίνεται πως επηρεάζουν περισσότερο την υποκειμενική εμπειρία της σεξουαλικής διέγερσης, παρά η αντίληψη της γεννητικής διέγερσης. Επιπλέον, το συγκεκριμένο μοντέλο συνδυάζει βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες με τους παράγοντες του περιβάλλοντος σε ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο. Τέλος, αναγνωρίζει την αμοιβαία σχέση διέγερσης και επιθυμίας στη γυναίκα, ενώ θεωρεί δευτερεύουσες την αυθόρμητη σεξουαλική επιθυμία και την επέλευση του οργασμού, ως απόλυτα κλινικά κριτήρια.<sup>23</sup>

Το μοντέλο της Basson (εικόνα 1) έχει δύο περιορισμούς. Βασικά, όπως και τα προηγούμενα μοντέλα,

βασίστηκε στην παρατήρηση κλινικού δείγματος, καθώς και δείγματος εθελοντών.<sup>24</sup> Επιπρόσθετα, η παραδοχή ότι η σεξουαλική επιθυμία στη γυναίκα έχει τη μορφή απάντησης και αποδοχής, μπορεί να ενισχύσει στερεότυπα των γυναικών ως σεξουαλικά ανενεργείς και παθητικές. Εξάλλου, το μοντέλο βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη συναισθηματική εγγύτητα, αποκλείοντας κάποιες γυναίκες των οποίων η σεξουαλική επιθυμία και διέγερση δεν σχετίζονται με την εγγύτητα.<sup>25</sup>

Τα κύρια σημεία του μοντέλου της Basson, είναι ότι η σεξουαλική επιθυμία δεν αποτελεί προαπαιτούμενο για την έναρξη της σεξουαλικής ανταπόκρισης. Βέβαια, αυτό που τονίζεται είναι η «προθυμία» της γυναίκας να εμπλακεί σε σεξουαλική δραστηριότητα και να λάβει σεξουαλικά ερεθίσματα. Η σεξουαλική επιθυμία μπορεί να έρθει όχι απαραίτητα πριν, αλλά και μετά την εμπειρία ευχάριστων σεξουαλικών ερεθισμάτων, όπου και ονομάζεται «απαντητική σεξουαλική επιθυμία». Σύμφωνα επομένως με αυτό το μοντέλο, η σεξουαλική επιθυμία και η διέγερση στη γυναίκα σχετίζονται και αλληλοδιαπλέκονται στενά.



**Εικόνα 1.** Μοντέλο Basson.



Στην άποψη αυτή, περί της αλληλοεπικάλυψης των δύο αυτών φάσεων, συνηγορήσαν και άλλοι παράγοντες. Συγκεκριμένα, αρκετές ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες έχουν βρει συννοσηρότητα μεταξύ των διαταραχών μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης.<sup>26,27</sup> Πολλές γυναίκες φαίνεται να δυσκολεύονται να διαχωρίσουν τις έννοιες της σεξουαλικής επιθυμίας και της υποκειμενικής σεξουαλικής διέγερσης.<sup>28,29</sup> Για κάποιες η επιθυμία αποτελεί το πρώτο στάδιο της σεξουαλικής ανταπόκρισης και για άλλες η επιθυμία ακολουθεί τη διέγερση.<sup>29</sup> Τέλος, κάποιες από τις διαθέσιμες θεραπευτικές μεθόδους για τις ανωτέρω καταστάσεις φαίνεται να επιδρούν και στα δύο αυτά στάδια της γυναικείας σεξουαλικής ανταπόκρισης.<sup>30,31</sup>

Το DSM-5<sup>32</sup> εισάγει για πρώτη φορά την ενιαία διάγνωση της διαταραχής σεξουαλικής επιθυμίας/διέγερσης. Σύμφωνα με αυτή, τρία τουλάχιστον από τα παρακάτω κριτήρια πρέπει να πληρούνται:

- α. Μειωμένο/απόν ενδιαφέρον για σεξουαλική δραστηριότητα.
- β. Μειωμένες/απούσες σεξουαλικές/ερωτικές σκέψεις ή φαντασιώσεις.
- γ. Μειωμένη/καμία πρωτοβουλία για σεξουαλική δραστηριότητα και τυπικά μη-ανταπόκριση στην πρωτοβουλία του συντρόφου.
- δ. Μειωμένη/απούσα συχνότητα ή ένταση σεξουαλικού ενθουσιασμού/ευχαρίστησης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας.
- ε. Μειωμένο/απόν σεξουαλικό ενδιαφέρον/σεξουαλική διέγερση ως απάντηση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερωτικά/σεξουαλικά ερεθίσματα (π.χ. γραπτά, λεκτικά, οπτικά κ.λπ.).
- στ. Μειωμένη/απούσα συχνότητα ή ένταση των γεννητικών ή μη αισθήσεων κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνεύρεσης.

Η διάγνωση αυτή προσφέρει ευρύτερη κατανόηση της σεξουαλικής επιθυμίας και διέγερσης σε σχέση με το DSM-IV,<sup>32,33</sup> καθώς η επιθυμία δεν περιορίζεται μόνο στις σεξουαλικές σκέψεις και φαντασιώσεις αλλά περιλαμβάνει και την απαντητική επιθυμία, καθώς και το σεξουαλικό ενδιαφέρον. Επιπλέον, η σεξουαλική διέγερση δεν περιορίζεται στη γεννητική διέγερση αλλά περιλαμβάνει και τον σεξουαλικό ενθουσιασμό και την ευχαρίστηση.

Επιπρόσθετα, αναγνωρίζοντας την αλληλοεπικάλυψη των εννοιών της επιθυμίας και της διέγερσης, η γυναίκα που βιώνει προβλήματα στους τομείς αυτούς δεν περιορίζεται να κατηγοριοποιηθεί αποκλειστικά σε κάποια από τις δύο. Βέβαια, επειδή μόνο κάποιες από τις γυναίκες θα εμφανίζουν διαταραχές και στις δύο κατηγορίες, ενώ κάποιες άλλες θα έχουν προβλήματα μόνο στην επιθυμία ή στη διέγερση, η ύπαρξη μιας ενιαίας διάγνωσης μπορεί να έχει και κάποια μειονεκτήματα ειδικά όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση.<sup>7,31,33,34</sup>

### **Άλλα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης**

Σύμφωνα με το μοντέλο του κινήτρου όπως περιγράφηκε από τους Both και Laan,<sup>35</sup> η σεξουαλική επιθυμία στη γυναίκα προκύπτει ως αποτέλεσμα στη συνειδητοποίηση του σεξουαλικού ερεθίσματος, ακόμη και αν το σεξουαλικό ερέθισμα είναι ασυνείδητο. Ακόμη και οι σεξουαλικές σκέψεις ή φαντασιώσεις θεωρούνται ως αντίστοιχα με τα εξωγενή σεξουαλικά ερεθίσματα, που απλά λαμβάνουν χώρα σε γνωσιακό επίπεδο.

Τα τελευταία χρόνια περιγράφηκαν διάφορα μοντέλα, τα οποία δεν ανήκουν ούτε στην κατηγορία των γραμμικών ούτε των κυκλικών μοντέλων. Συγκεντρωτικά, τα μοντέλα αυτά προσπαθούν να συνδέσουν τους νευρολογικούς και βιοχημικούς παράγοντες που σχετίζονται με το σεξουαλικό κίνητρο και αποτελούν αντικείμενο ερευνών τα τελευταία χρόνια, με τη σεξουαλική ανταπόκριση. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να έχουν ενεργό ρόλο στην ανάπτυξη των σεξουαλικών διαταραχών, αλλά μικρότερο στην περιγραφή των σταδίων της σεξουαλικής ανταπόκρισης.<sup>25</sup>

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ο Steven Levine,<sup>36</sup> ασχολήθηκε με την ανάλυση των συνιστωσών της σεξουαλικής ορμής, και θεώρησε τη σεξουαλική επιθυμία ως «σύμπλεγμα» βιολογικών (ορμή), ψυχολογικών (κίνητρα) και κοινωνικών/πολιτισμικών (αξίες) δυνάμεων.

Το 1998, η Helen Fisher<sup>37</sup> περιέγραψε το σύστημα συναισθημάτων/κινήτρων, κατά το οποίο βασικά συναισθήματα φαίνεται να προέρχονται από διαφορετικά κυκλώματα και συστήματα νευρωνικής δραστηριότητας. Πρότεινε ότι ο άνθρωπος διαθέτει τρία πρωτογενή κυκλώματα στον εγκέφαλο που κα-



τευθύνουν τη συμπεριφορά του. Το πρώτο επηρεάζει τον «πόθο και τη λίμπιντο» και επηρεάζεται από τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα. Το δεύτερο αφορά στη «ρομαντική έλξη» και επηρεάζεται από τα επίπεδα της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης, ενώ το τρίτο αφορά στην «πρόσδεση» και επηρεάζεται από την ωκυτοκίνη και τη βαζοπρεσίνη.

Ο Toates,<sup>38</sup> έκανε έναν συνδυασμό του μοντέλου των κινήτρων και του ελέγχου της συμπεριφοράς, για την κατανόηση του σεξουαλικού κινήτρου, της σεξουαλικής διέγερσης και της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, έδωσε έμφαση στη σημασία των εξωγενών πηγών σεξουαλικών κινήτρων (σε αντίθεση με τις εγγενείς, εσωτερικές πηγές) και στη γνωσιακή ανάλυση των κινήτρων αυτών.

Για περισσότερο από μία δεκαετία το Ινστιτούτο Μελέτης της ανθρώπινης σεξουαλικότητας Kinsey, ασχολήθηκε με τη διατύπωση ενός θεωρητικού μοντέλου, του μοντέλου «διπλού ελέγχου» (the dual control model).<sup>39</sup> Σύμφωνα με αυτό, η σεξουαλική ανταπόκριση και διέγερση για το κάθε άτομο, σε κάθε περίπτωση εξαρτάται και καθορίζεται από την ισορροπία μεταξύ δύο κεντρικά ελεγχόμενων συστημάτων του εγκεφάλου, το σύστημα σεξουαλικής ενεργοποίησης ή ευόδωσης και το σύστημα σεξουαλικής αναστολής, τα οποία, αμφότερα, έχουν νευροβιολογικό υπόβαθρο.<sup>40</sup>

Σύμφωνα με τον Perelman,<sup>41</sup> τόσο η ψυχή όσο και το σώμα αναστέλλουν και ευοδώνουν τη σεξουαλική ανταπόκριση. Το «σεξουαλικό σημείο ανατροπής» (sexual tipping point) είναι το χαρακτηριστικό «κατώφλι» ή η «ουδός» για την έκφραση της σεξουαλικής ανταπόκρισης του κάθε ατόμου. Ουσιαστικά, η σεξουαλική ανταπόκριση καθορίζεται από μια ισορροπία ανάμεσα σε ανασταλτικούς και ευοδωτικούς παράγοντες, που μπορεί να είναι ψυχολογικοί, οργανικοί, ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί. Παράγοντες που σχετίζονται με το πλαίσιο ή ψυχοκοινωνικά ζητήματα μπορεί να επηρεάσουν την ανταπόκριση.

Πολλοί μελετητές, όπως η Tiefer<sup>42</sup> και η Leiblum,<sup>43</sup> εξέφρασαν την άποψη ότι η επικέντρωση στη γεννητική ανταπόκριση και στους κλασικούς «δείκτες» της σεξουαλικής επιθυμίας, όπως οι φαντασιώσεις και η ανάγκη για αυτοϊκανοποίηση, μας κάνει να

αγνοούμε βασικές παραμέτρους της σεξουαλικής ικανοποίησης της γυναίκας, όπως είναι η εγγύτητα, και η δυνατότητα να νιώθει κανείς ευάλωτος και να έχει την ανάγκη αποδοχής συναισθημάτων, ο σεβασμός και η επικοινωνία, η τρυφερότητα και η απόλαυση από τη σεξουαλική επαφή.<sup>44</sup>

Πρόσφατα έχει διατυπωθεί το μοντέλο του «αρκετά καλού σεξ».<sup>25</sup> Αυτό αναφέρει 12 διαφορετικές, αλλά ισότιμες διαστάσεις του σεξ, ενώ προβάλλει ένα πολυπαραγοντικό πρότυπο, το οποίο φαίνεται πιθανότερο να καλύπτει την εγγύτητα και την ικανοποίηση του ζευγαριού. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι εξής:

1. Το σεξ είναι ένα θετικό στοιχείο στη ζωή.
2. Το σεξ σχετίζεται με τη σχέση.
3. Οι ρεαλιστικές, ανάλογα με την ηλικία, ακριβείς πληροφορίες και γνώσεις είναι χρήσιμες για τη σεξουαλική ικανοποίηση.
4. Η καλή σωματική υγεία και οι υγιείς συνήθειες είναι ζωτικής σημασίας για την καλή σεξουαλική υγεία.
5. Η χαλάρωση αποτελεί απαραίτητο στοιχείο.
6. Η αισθησιακή επαφή και η συναισθηματική απόλαυση είναι τόσο σημαντικά όσο και η απόδοση.
7. Η ευελιξία και η ποικιλία στις σεξουαλικές εμπειρίες είναι σημαντική.
8. Οι 5 βασικές λειτουργίες και στόχοι της σεξουαλικής επαφής αναπτύσσονται και ολοκληρώνονται στη σεξουαλική σχέση και είναι: η φυσική απόλαυση (βιοψυχολογική), η μείωση της έντασης και του άγχους (βιοψυχολογική), η εγγύτητα στη σχέση (διαπροσωπική), η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση (ψυχολογική), η αναπαραγωγή και τεκνοποίηση (βιολογική).
9. Οι τρεις βασικοί τρόποι σεξουαλικής διέγερσης (επαφή μεταξύ των συντρόφων, αυτοϊκανοποίηση, ανάληψη ρόλων) χρησιμοποιούνται με άνεση και εναλλάσσονται.
10. Οι διαφορές των δύο φύλων είναι σεβαστές και αποδεκτές.
11. Το σεξ ανήκει στην πραγματική ζωή και είναι τμήμα της.

12. Η σεξουαλικότητα προσωποποιείται: ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την πνευματικότητα, τη διάθεση για παιχνίδι.

Το μοντέλο αυτό, διατυπώθηκε από τους Metz και McCarthy<sup>45-47</sup> και φαίνεται να αντανάκλα τη σεξουαλικότητα των ενηλίκων ανδρών, γυναικών, καθώς και των ζευγαριών σε μακροχρόνιες σχέσεις. Δίνει έμφαση στη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση για την κατανόηση τόσο της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας, όσο και των σεξουαλικών διαταραχών.<sup>25</sup>

### Νεότερα δεδομένα

Τελευταία, έχει γίνει μια προσπάθεια να συσχετισθεί η επιλογή των γραμμικών ή του κυκλικού μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης με την ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι πρώτοι ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα αυτό ήταν οι Sand & Fisher σε ένα δείγμα Αμερικανίδων νοσηλευτριών<sup>48</sup> ακολουθούμενοι από τους Giraldi et al οι οποίοι διενέργησαν διαδικτυακή μελέτη σε δείγμα πληθυσμού στη Δανία.<sup>49</sup> Τα τρία θεωρητικά μοντέλα που περιεγράφησαν επιλέχθηκαν εξίσου και στα δύο δείγματα, με τα γραμμικά μοντέλα να επιλέγονται περίπου από τα 2/3 των γυναικών. Οι γυναίκες που διαλέξαν το μοντέλο της Basson (κυκλικό μοντέλο) ως αντιπροσωπευτικό της σεξουαλικής τους ανταπόκρισης, είχαν συχνότερα σεξουαλικές δυσλειτουργίες, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο FSFI (Female Sexual Function Index). Έκτοτε, βασισμένοι στα ευρήματα των Sand & Fisher,<sup>48</sup> και στη συνέχεια των Giraldi et al,<sup>49</sup> υπάρχει η τάση να θεωρούνται τα γραμμικά μοντέλα ως αντιπροσωπευτικά των γυναικών με φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία και το κυκλικό μοντέλο της Basson, ως αντιπροσωπευτικό των γυναικών με κάποια σεξουαλική διαταραχή,<sup>48,50</sup> κάτι το οποίο υποστηρίχθηκε και από αυστραλιανή μελέτη,<sup>18</sup> αλλά και από μελέτη που διενεργήθηκε σε ελληνικό πληθυσμό.<sup>51</sup> Παράλληλα και στους άνδρες, σύμφωνα με πολύ πρόσφατη μελέτη,<sup>52</sup> φαίνεται μια αδυναμία αντιπροσώπευσής τους τόσο από τα γραμμικά, όσο και από το κυκλικό μοντέλο της Basson, και μια προσπάθεια εύρεσης εναλλακτικού μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης που να μπορεί να περιγράψει με πληρότητα την ανδρική σεξουαλική εμπειρία.

Εξάλλου, πολλοί παράγοντες έχουν συσχετισθεί με την επιλογή των μοντέλων σεξουαλικής ανταπόκρισης. Οι περισσότεροι μελετημένοι είναι η ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η ηλικία, η διάρκεια της σχέσης, η ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή και από τη σχέση, η συναισθηματική εγγύτητα που υπάρχει με τον σύντροφο.<sup>18,48,49,51,53,54</sup>

### Συμπεράσματα

Τα μοντέλα σεξουαλικής ανταπόκρισης που περιγράφηκαν από άλλους ερευνητές, δεν είχαν τόσο μεγάλη επίδραση στον χώρο της γυναικείας σεξουαλικότητας όσο τα μοντέλα των Master's & Johnson, Kaplan & Basson. Για τον λόγο αυτόν, τα ταξινομικά συστήματα ψυχιατρικών διαταραχών βασίστηκαν και βασίζονται σε αυτά για την κατηγοριοποίηση των σεξουαλικών διαταραχών τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η νεότερη κατηγοριοποίηση των γυναικείων σεξουαλικών διαταραχών κατά DSM-5, έχει βασιστεί στο κυκλικό μοντέλο όπως αυτό περιγράφηκε από τη Rosemary Basson. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, υπάρχουν ενδείξεις ότι το μοντέλο αυτό επιλέγεται συχνότερα από γυναίκες με κάποια σεξουαλική διαταραχή. Παρόλ' αυτά, φαίνεται ότι τα μέχρι σήμερα υπάρχοντα μοντέλα μάλλον αδυνατούν να περιγράψουν και να συμπεριλάβουν όλες τις πτυχές της γυναικείας σεξουαλικότητας, σε όλες τις ηλικιακές φάσεις ζωής μιας γυναίκας.<sup>18,48,49,51,55</sup> Εξάλλου, ενδέχεται η επιλογή του μοντέλου σεξουαλικής ανταπόκρισης που αντιπροσωπεύει τον καθένα να μην είναι σταθερό και αμετάβλητο, αλλά να μπορεί να αλλάξει διά βίου, ανάλογα με τις συνθήκες και τις καταστάσεις ζωής. Πάντως, η ενιαία Διαταραχή Μειωμένης Σεξουαλικής επιθυμίας/διέγερσης, όπως διατυπώνεται στην ανανεωμένη έκδοση DSM-5, εξακολουθεί να αποτελεί ζήτημα αντιπαράθεσης για την επιστημονική κοινότητα. Αφενός η έλλειψη επαρκών εμπειρικών μελετών, ώστε να υποστηριχθεί η ύπαρξη μιας ενιαίας κλινικής οντότητας και αφετέρου η διευκόλυνση- ή μη- στον θεραπευτικό χειρισμό της από τους ειδικούς,<sup>31</sup> αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω ερευνητικής τεκμηρίωσης στον τομέα αυτόν, ώστε να αξιολογηθεί κατά πόσο η συγχώνευση των δύο εννοιών ωφελεί τη σεξουαλική ιατρική και τους ασθενείς της.

# Women's sexual function through sexual response models: From DSM-IV to DSM-5

F. Ferenidou,<sup>1,2</sup> P.S. Kirana,<sup>2</sup> L. Athanasiadis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>1st Psychiatric Clinic of the Aristotle University of Thessaloniki,

<sup>2</sup>Institute for the Study of Urologic Diseases, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2017, 28:322–331

Until recently, DSM classifications regarding women's sexual dysfunctions were based on definitions that mainly derived from experts opinions, rather than clinical or epidemiological studies. Additionally, this classification was the same for men and women, taking for granted the existence of a single sexual response model for men and women. More specifically, the main models that were described and prevailed were the linear models of Master's & Johnson and Kaplan, as well as the circular model of Rosemary Basson that followed. The differences between linear and circular models have to do mainly with the fact that stages of sexual response overlap with each other in the circular model, while the initiation of sexual activity may not need the presence of spontaneous sexual desire. In linear models, the stages of sexual desire, arousal, orgasm and resolution follow each other in a stable manner, in contrary to circular models where sexual desire may not be neither the first stage nor the main reason for sexual activity. In this case, reasons for sexual activity may vary, focusing also on other aspects of human sexuality and personality and not only on innate sexual desire. DSM-5 based the classification of sexual dysfunctions on the circular model, although there is still not enough evidence to prove that all men and women can be represented by the same sexual response model throughout the lifespan. Apart from the aforementioned sexual response models, also other models have been described by several investigators, making an important effort to give a more accurate and complete description of human sexual function, as well as its disorders. The present article makes an attempt to review the sexual response models that have been described by the literature up to date, as well as to relate them to the DSM-IV and DSM-5 classifications.

**Key words:** Sexual response models, female sexual dysfunctions, DSM-IV, DSM-5.

## Βιβλιογραφία

1. Masters W, Johnson V. *Human sexual response*. Boston, Little, Brown & Co, 1966
2. Kaplan H. *The new sex therapy*. New York, Brunner, Mazel, 1974
3. DeRogatis L, Clayton AH, Rosen RC, Sand M, Pyke RE. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? *Arch Sex behav* 2011, 40:217–219, doi: 10.1007/s10508-010-9677-1
4. Brotto L, Graham CA, Binik YM, Seagraves TR, Zucker KJ. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? A response to DeRogatis, Clayton, Rosen, Sand and Pyke. *Arch Sex Behav* 2010, 40:221–225, doi 10.1007/s10508-010-9706-0
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 1980
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000
7. Sungur GA. Critiques and challenges to old and recently proposed American Psychiatric Association's website DSM 5 diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *Klin Psikofarmakol B* 2013, 23:113–128, doi: 10.5455/bcp.20130416063859

8. Chivers BJ. A sex difference in features that elicit genital response. *Biol Psychol* 2005, 70:115–120, doi: 10.1016/j.biopsycho.2004.12.002
9. Chivers TA. Effects of gender and relationship context in audio narratives on genital and subjective sexual response in heterosexual women and men. *Arch Sex Behav* 2012, 41:185–197, doi: 10.1007/s10508-012-9937-3
10. Laan W, van Bellen G, Hanewald G. Women's sexual and emotional responses to male- and female- produced erotica. *Arch Sex Behav* 1994, 23:153–169, PMID:7517135
11. Leiblum S. Sex Therapy Today Current Issues and Future Perspectives. In: Leiblum S (ed) *Principles and practice of sextherapy*. Guilford Press, New York, NY, 2007:3–22
12. Whipple B, Brash-McGreer KB. Management of female sexual dysfunction. In: Sipski MLAC (ed) *Sexual function in people with disability and chronic illness. A health professional's guide*. Gaithersburg, Aspen Publishers, 1997:509–534
13. Levin R. Sexual desire and the deconstruction and reconstruction of the human female sexual response model of Masters and Johnson. In: Everaerd W, Laan E, Both S (eds) *Sexual appetite, desire and motivation: energetics of the sexual system. Proceedings of the colloquium*. Academy of Arts and Sciences, Amsterdam: Royal Netherlands, 1998
14. Levin R, Riley A. Sexual disorder and psychosexual therapy. *Psychiatry* 2007, 6:90–94
15. Laan EvDE, van Lunsen RH. Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med* 2008, 5:1424–1435, doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00827.x
16. Laan E, Both S. What makes women experience desire? *Fem Psychol* 2008, 18:505–514, doi: 10.1177/0959353508095533
17. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther* 2000, 26:51–65, doi: 10.1080/009262300278641
18. Giles K, McCabe MP. Conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response. *J Sex Med* 2009, 6:2761–2771, doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01425.x
19. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005, 172:1327–1333, doi: 10.1503/cmaj.1020174
20. Dennerstein L, Leher P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004, 30:173–183, doi: 10.1080/00926230490262375
21. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendation on sexual dysfunction in women. *J Sex Med* 2010, 7:314–326, doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x
22. Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Arch Sex Behav* 2007, 36:477–507, doi: 10.1007/s10508-007-9175-2
23. Rosen RC, Barsky JL. Normal sexual response in women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006, 33:515–526, doi: 10.1016/j.ogc.2006.09.005
24. Wylie K, Mimoun S. Sexual response models in women. *Maturitas* 2009, 63:112–115, doi: 10.1016/j.maturitas.2009.03.007
25. Tripodi SC, Simonelli C. Psychology of sexual response. In: Porst HRY (ed) *The ESSM Syllabus of sexual medicine. European Society for Sexual Medicine*, MEDIX, Milano, 2012: 83–141
26. Bozman AW, Beck JG. Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Arch Sex Behav* 1991, 20:47–60, PMID: 2003771
27. Sanders S, Graham CA, Milhausen RR. Predicting sexual problems in women: the relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Arch Sex Behav* 2008, 37:241–251, doi: 10.1007/s10508-007-9235-7
28. Brotto L, Heiman JR, Tolman DL. Narratives of desire in midage women with and without arousal difficulties. *J Sex Res* 2009, 46:387–398, doi: 10.1080/00224490902792624
29. Graham C, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav* 2004, 33:527–538, doi: 10.1023/B:ASEB.0000044737.62561.f0
30. Hurlbert DF. A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Arch Sex Behav* 1993, 19:49–55, doi: 10.1080/00926239308404887
31. Kirana P. Female Sexual Arousal Disorders. In: Kirana PSTF, Reisman Y, Porst H (eds) *The EFS and ESSAM syllabus of clinical sexology*. MEDIX, Amsterdam, 2013:786–801
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013
33. Derogatis LE, Brauer M, van Lunsen RH, Jannini EA, Davis SR et al. Responses to the proposed DSM-V changes. *J Sex Med* 2010, 7:1998–2014, doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01865.x
34. Sungur GA. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-V definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med* 2014, 11:364–373, doi: 10.1111/jsm.12379
35. Both S, Everaerd W, Laan E. Desire emerges from excitement: a psychophysiological perspective on sexual motivation. In: Janssen E (ed) *The psychophysiology of sex*. Indiana University Press, Bloomington, 2007:327–339
36. Levine S. *Demystifying love*. Routledge, New York, 2008
37. Fisher H. Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Hum Nat* 1998, 9:23–52, doi: 10.1007/s12110-998-1010-5
38. Toates F. An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *J Sex Res* 2009, 46:168–193, doi: 10.1080/00224490902747768
39. Bancroft J, Janssen E. The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally-mediated erectile dysfunction. *Neurosci Biobehav Rev* 2000, 24:571–579, PMID:10880822
40. Bancroft J. Central inhibition of sexual response in the male: a theoretical perspective. *Neurosci Biobehav Rev* 1999, 23:763–784, PMID:10541055
41. Perelman M. The Sexual Tipping Point: a mind/body model for sexual medicine. *J Sex Med* 2009, 6:629–632, doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01177.x
42. Tiefer L. Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of "the human sexual response cycle". *Annu Rev Sex Res* 1991, 2:1–23
43. Leiblum S. Definitions and classification of female sexual disorders. *Int J Impot Res* 1998, 10:104–106, PMID:9647970

44. Babar K, Murray CI. A postmodern feminist approach to teaching human sexuality. *Fan Relay* 2001, 50:23–33, doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00023.x
45. McCarthy MM. The "Good-Enough Sex" model: a case illustration. *Sex Relat Ther* 2008, 23:227–234, doi: 10.1080/14681990802165919
46. Metz M, McCarthy B. The Good-Enough Sex model for couple satisfaction. *Sex Relat Ther* 2007, 22:351–362, doi: 10.1080/14681990601013492
47. Metz M, McCarthy B. *Enduring desire: Your guide to lifelong intimacy*. Routledge, New York, 2010
48. Sand M, Fisher WA. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *J Sex Med* 2007, 4:708–719, doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00496.x
49. Giraldi A, Kristensen EMS. Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: An online survey in a population sample of Danish adults ages 20-65 years. *J Sex Med* 2015, 12:116–128, doi: 10.1111/jsm.12720
50. Meana M. Elucidating women's (hetero)sexual desire: definitional challenges and content expansion. *J Sex Res* 2010, 47:104–122, doi: 10.1080/00224490903402546
51. Ferenidou F, Kirana PS, Fokas K, Hatzichristou D, Athanasiadis L. Sexual response models: Toward a more flexible pattern of women's sexuality. *J Sex Med* 2016, 13:1369–1376
52. Connaughton C, Karantzas G. Conceptualization of the sexual response models in men: Are there differences between sexually functional and dysfunctional men? *J Sex Med* 2016, 13:453–463, doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.032
53. McCall K, Meston, C. Cues resulting in desire for sexual activity in women. *J Sex Med* 2006, 3:838–852, doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00301.x
54. Balon R. The DSM criteria of sexual dysfunction: Need for a change. *J Sex Marital Ther* 2008, 34:186–197, doi: 10.1080/00926230701866067
55. Meston C, Hamilton LD, Harte CB. Sexual motivation in women as a function of age. *J Sex Med* 2009, 6:3305–3319, doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01489.x

---

*Corresponding author:* Φ. Φερενίδου, Κ. Μελενίκου 5, 546 35 Θεσσαλονίκη  
e-mail: fferenidou@yahoo.com



# Ανασκόπηση Review article

## Πτωχή εναισθησία και ψύχωση

Ο. Γιωτάκος

*Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός «Ομπρέλα», Αθήνα*

Ψυχιατρική 2017, 28:332–341

Ποικίλα φαινόμενα θεωρείται ότι αναπαριστούν τη διαταραχή της εναισθησίας στην ψύχωση, όπως η ανικανότητα να αναγνωρίζονται σημεία ή συμπτώματα της νόσου, η αποτυχία δημιουργίας κατάλληλων γνωσιακών αναπαραστάσεων, ανεξάρτητα από την αναγνώριση της νόσου και η εσφαλμένη απόδοση της πηγής ή αιτίας της νόσου. Η πτωχή εναισθησία των συμπτωμάτων της όψιμης δυσκινησίας στους σχιζοφρενικούς ασθενείς υποδεικνύει ότι το έλλειμμα αυτεπίγνωσης στη σχιζοφρένεια είναι ένα κυρίαρχο και ειδικό στοιχείο. Η πτωχή εναισθησία είναι ένα ανεξάρτητο φαινομενολογικό στοιχείο και αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο των ψυχωτικών διαταραχών, αν και δεν γνωρίζουμε ακόμη εάν τα παραληρήματα είναι το αποτέλεσμα μιας απόλυτα φυσιολογικής προσπάθειας να ερμηνευθούν ανώμαλες αντιληπτικές εμπειρίες ή αποτελούν το προϊόν μιας ανώμαλης εμπειρίας με εκλογικευμένη αιτιολόγηση. Οι θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με τη διαταραγμένη εναισθησία περιλαμβάνουν τη διαταραγμένη αντιληπτική είσοδο, τη διαταραγμένη σύνδεση μεταξύ σκέψης και συναισθήματος και την κατάρριψη της διεργασίας αυτοπαρακολούθησης και ελέγχου του λάθους. Η ανικανότητα διαχωρισμού μεταξύ εσωτερικά και εξωτερικά παραγόμενων ψυχικών γεγονότων έχει περιγραφεί από τη θεωρία της μετα-αναπαράστασης. Η θεωρία αυτή περιλαμβάνει τη διαταραχή επίγνωσης των στόχων, που οδηγεί σε διαταραχή της επιθυμίας, τη διαταραχή επίγνωσης της πρόθεσης, που οδηγεί σε κινητικές διαταραχές και τη διαταραχή επίγνωσης των προθέσεων των άλλων, που οδηγεί σε παρανοειδή παραληρήματα. Η θεωρία της μετα-αναπαράστασης προτείνει κυρίως νευρωνικούς μηχανισμούς «εξόδου», όπως τον μετωπιαίο φλοιό, σε αντίθεση με τους νευρωνικούς μηχανισμούς «εισόδου» που αφορούν στα οπίσθια εγκεφαλικά συστήματα, περιλαμβανομένου του βρεγματικού λοβού. Τα νευροψυχολογικά μοντέλα της διαταραγμένης εναισθησίας υποδεικνύουν ανωμαλίες σε μια σειρά από πολλά πυρηνικά ελλείμματα κατά τη διαδικασία αναπαράστασης της πληροφορίας και αντίστοιχα σε αυτά, η έλλειψη εναισθησίας θα μπορούσε να ειπωθεί σε αναλογία με καταστάσεις όπως η αλογία, η απραξία ή η αφασία. Στα πλαίσια αυτά έχει προταθεί και ο ρόλος των μηχανισμών αυτοπαρατήρησης σε πολλά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, περιλαμβανομένης της εναισθησίας, υποστηρίζοντας ότι είναι το αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του μέσου εγκεφαλικού συ-

στήματος, που περιέχει τον πρόσθιο ιππόκαμπο, το προσαγωγίο, την προκινητική περιοχή και τον πλαγιομετωπιαίο φλοιό. Το έλλειμμα στην εναισθησία φαίνεται να είναι κάτι περισσότερο από ένα επιφανόμενο της νόσου και ο τρόπος ανάπτυξής της πιθανόν να αποτελεί κομβικό στοιχείο στην ανάπτυξη της ψυχωτικής διαταραχής. Ο μηχανισμός που δημιουργεί την πτωχή εναισθησία αξίζει να μελετηθεί στο μέλλον ως ένας πιθανός παθογενετικός μηχανισμός ανάπτυξης, όχι μόνο της ψύχωσης, αλλά και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών. Πιθανόν μάλιστα η πτωχή εναισθησία να αποτελεί έναν δια-διαγνωστικό παράγοντα (trans-diagnostic factor) που διατρέχει την προσωπικότητα ανεξάρτητα από τη διάγνωση, όπως για παράδειγμα μπορεί να συμβαίνει με τη διάσταση του ψυχωτισμού.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Ψύχωση, εναισθησία, σχιζοφρένεια, ψυχωτισμός, αυτεπίγνωση, νοσοαγνωσία, μετα-αναπαράσταση, αυτοπαράτηρηση, μεταγνωσιακή σκέψη.

## Η έννοια της εναισθησίας στην ψυχιατρική

Η εναισθησία (insight) ή αλλιώς επίγνωση, διορατικότητα, ενόραση ή οξυδέρκεια, ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να βλέπει τον εαυτό του (view oneself), περιλαμβανομένης της ψυχικής λειτουργίας του, σαν να ήταν στη θέση ενός εξωτερικού παρατηρητή.<sup>1</sup> Στη νευροψυχιατρική οι όροι «νοσοαγνωσία» (anosognosia) και «έλλειψη επίγνωσης» (lack of awareness) είναι συνώνυμες και σχετίζονται με τη νόσο κάποιου ατόμου. Η νοσοαγνωσία χρησιμοποιείται περισσότερο για την έλλειψη επίγνωσης ειδικών λειτουργιών μετά από βλάβη εγκεφάλου, όπως για παράδειγμα η ημιπληγία. Ο όρος «εναισθησία» (insight) βρίσκεται μάλλον πιο κοντά στην έννοια της «άρνησης» (denial) και χρησιμοποιείται κυρίως σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή ή ακόμη και σε διαταραχές προσωπικότητας, στη νόσο Alzheimer ή σε καταστάσεις που σχετίζονται με «διαταραχή στην κρίση» (judge impairment). Ο David<sup>2</sup> πρότεινε τρεις διαστάσεις της εναισθησίας: (α) την αναγνώριση ύπαρξης ψυχικής διαταραχής, (β) τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, (γ) την ικανότητα κατονομασίας ασυνήθιστων ψυχικών φαινομένων, όπως ψευδαισθήσεις. Οι Amador & David,<sup>3</sup> πρότειναν πέντε διαστάσεις της εναισθησίας: (α) έλλειψη επίγνωσης της ψυχικής διαταραχής τους, (β) έλλειψη επίγνωσης της επίδρασης της αγωγής τους (γ) έλλειψη επίγνωσης των συνεπειών της νόσου τους, (δ) έλλειψη επίγνωσης των ειδικών συμπτωμάτων τους, και (ε) έλλει-

ψη επίγνωσης της συνεισφοράς των συμπτωμάτων στη νόσο. Οι πλέον γνωστές κλίμακες που αναπτύχθηκαν για τη μέτρηση της εναισθησίας είναι η Schedule for the Assessment of Insight,<sup>2</sup> η Schedule for the Assessment of Insight – Expanded Version (SAI-E)<sup>4</sup> και η Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD).<sup>5</sup> Σχετικά με τη λεγόμενη κλινική εναισθησία (clinical insight),<sup>6</sup> οι έρευνες έδειξαν ότι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς παρουσιάζουν μικρότερη εναισθησία, σε σύγκριση με ασθενείς με κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή.<sup>7</sup> Παρόμοια, χαμηλά επίπεδα εναισθησίας βρέθηκαν σε άτομα με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ή διαταραχή της διάθεσης, με ή χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα,<sup>8,9</sup> αν και κάποιες έρευνες δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε διάφορες ομάδες ασθενών.<sup>10</sup> Ένα από τα πλέον σταθερά και αξιόπιστα ευρήματα στη βιβλιογραφία είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ μεταγνωσιακής ικανότητας που οδηγεί σε επίγνωση της νόσου και της μειωμένης διάθεσης ή της κατάθλιψης. Παρόμοια, βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της παθολογικά αυξημένης διάθεσης και έλλειψη επίγνωσης σε διάφορες διαγνωστικές ομάδες.<sup>3,11</sup> Αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια τείνουν να σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα εναισθησίας.<sup>12</sup> Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε μετα-ανάλυση των Mintz et al,<sup>13</sup> σε 40 έρευνες που διερεύνησαν τη δύναμη συσχέτισης (effect size) μεταξύ εναισθησίας (insight) και κύριων σχιζοφρενικών συμπτωμάτων (symptoms domain in schizophrenia). Βρέθηκαν μικρού μεγέθους αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της εναισθησίας και του συνόλου των συμπτωμάτων,

αλλά και των επιμέρους θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων. Βρέθηκε επίσης μικρού μεγέθους θετική συσχέτιση μεταξύ της εναισθησίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Κατά την οξεία φάση της σχιζοφρένειας, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εναισθησίας και των θετικών συμπτωμάτων ήταν περισσότερο έντονη, αλλά μειωνόταν όσο οι ασθενείς σταθεροποιούνταν. Βασιζόμενοι οι συγγραφείς στην υπόθεση ότι η κατάθλιψη αναπτύσσεται όταν οι ασθενείς είναι περισσότερο ενήμεροι για την ψύχωση τους και τις συνέπειες, περιέγραψαν το γνωσιακό μοντέλο της εναισθησίας (cognitive model of insight), κατά το οποίο η έλλειψη εναισθησίας είναι μια μορφή αυτο-άρνησης (self-denial) σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των αισθημάτων κατάθλιψης. Πράγματι, η πτωχή εναισθησία (poor insight) γίνεται συχνά κατανοητή ως μια μορφή άρνησης (denial), με σκοπό να διατηρηθεί η αυτοπεποίθηση (self-esteem), ενώ η καλή εναισθησία (good insight) μπορεί να ειδωθεί ως ένα παράδειγμα «καταθλιπτικού ρεαλισμού» (depressive realism). Η εξαίρεση που επιβεβαιώνει τον κανόνα είναι ίσως η περίπτωση της ψυχωτικής κατάθλιψης, όπου η συνήθης σχέση μεταξύ χαμηλής διάθεσης και καλής εναισθησίας καταρρέει και κυριαρχεί τελικά η ψύχωση.<sup>14</sup> Υποστηρίχθηκε επίσης κάποια σύνδεση μεταξύ νοητικών δυνατοτήτων (IQ) και εναισθησίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.<sup>15</sup> Σχετική μελέτη 500 ψυχωτικών ασθενών έδειξε ότι η έλλειψη εναισθησίας αντανάκλα περισσότερο τη γενική γνωστική ικανότητα, παρά κάποια ειδική γνωσιακή λειτουργία.<sup>16</sup> Παρόμοια, χαμηλή εναισθησία σχετίστηκε με χαμηλή απόδοση στο WCST, και μάλιστα η απόδοση στο WCST βρέθηκε να σχετίζεται περισσότερο με την επίγνωση παρά με άλλα γνωστικά στοιχεία, όπως το IQ ή η μνήμη.<sup>17</sup> Η λεγόμενη γνωσιακή εναισθησία (cognitive insight) περιγράφηκε από τους Beck & Warman,<sup>18</sup> οι οποίοι τη διαχώρισαν από την κλινική εναισθησία (clinical insight), που χαρακτηρίζεται από την αναγνώριση και την αποδοχή της νόσου. Η γνωσιακή εναισθησία (cognitive insight) σχετίζεται με την ικανότητα «προσδιοριστικής μεταγνώσιας» (attributive metacognition), δηλαδή με την ευελιξία του ατόμου να κινείται ανάμεσα στις πεποιθήσεις, τις εμπειρίες

και την κρίση. Στα πλαίσια αυτά αναπτύχθηκε η αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα Beck Cognitive Insight Scale.<sup>19</sup>

Οι σημαντικότερες θεωρητικές απόψεις που προσαθούν να εξηγήσουν τον μηχανισμό με τον οποίο δημιουργείται η έλλειψη εναισθησίας συνοψίζονται στα εξής: (1) Η είσοδος αντίληψης είναι προβληματική (impaired perceptual input), όπως για παράδειγμα η απώλεια ακοής ή όρασης και μπορεί να οδηγήσει σε παρανοειδή ιδεασμό ή σε ανώμαλες αντιληπτικές εμπειρίες, όπως ψευδαισθήσεις. (2) Υπάρχει κατάρριψη της επαγωγικής διαδικασίας (inferential process), όπου ο ασθενής αδυνατεί να αναγνωρίσει τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα των γεγονότων. (3) Υπάρχει κατάρριψη της διαδικασίας αυτοπαρακολούθησης (self-monitoring process), όπου η εμπειρία συνειδητότητας αλλάζει και η διαφορά μεταξύ εσωτερικώς και εξωτερικώς παραγόμενων φαινομένων διαταράσσεται. Για παράδειγμα, ο ασθενής με ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να εμπλέκεται με εικονική, υποκειμενική ομιλία (subvocal speech), αλλά δεν είναι ενήμερος ότι ο λόγος του είναι αυτο-παραγόμενος. (4) Υπάρχει κατάρριψη των διαδικασιών που εμπλέκονται στον έλεγχο του λάθους (error checking), με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ικανότητα να αμφιβάλλει ή να διαχωρίζει το σίγουρο από το πιθανό ή το απίθανο. (5) Η σύνδεση μεταξύ σκέψης και συναισθήματος (linkage between thought and affect) είναι διαταραγμένη, με αποτέλεσμα οι συναισθηματικές αντιδράσεις να είναι ακατάλληλες. (6) Υπάρχουν ενδογενείς αδυναμίες ικανότητας (capacity to), όπως η ικανότητα διατήρησης μιας αναπαράστασης μνήμης, οργάνωσης μιας διαδικασίας, και διατήρησης της προσπάθειας μέχρι την επιτυχία.<sup>3</sup> Προσαρμόζοντας στις περιπτώσεις σχιζοφρένειας, ο Carpenter,<sup>20</sup> ταυτοποίησε τέσσερις υποτύπους σχιζοφρένειας: (1) την τυπική σχιζοφρένεια (typical schizophrenia) με πτωχή εναισθησία, παραληρήματα δίωξης ή παθητικότητας, ακουστικές ψευδαισθήσεις και περιεσφιγμένο συναίσθημα, (2) την αποδιοργανωτική (fragment), με ευερέθιστη ή αλλόκοτη συμπεριφορά, ακατάλληλο συναίσθημα και απουσία άγχους ή κατάθλιψης, (3) την εναισθητική (insightful) σχιζοφρένεια, που μοιάζει με την τυπική, αλλά το άτομο έχει πολύ καλή εναισθη-

σία και (4) την υποχονδριακή (hypocondriacal) σχιζοφρένεια, που χαρακτηρίζεται από μέτρια εναισθησία και αρκετές σωματικές αιτιάσεις και οπτικές ψευδαισθήσεις.

### **Αναπαράσταση της πληροφορίας και εναισθησία στην ψύχωση**

Οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι όπως και στην περίπτωση των παραληρημάτων, οι ψευδαισθήσεις οφείλονται σε συνδυασμό λανθασμένης διεργασίας στην αντίληψη (faulty perceptual process) και λανθασμένης διεργασίας στην ερμηνεία (interpretive process). Τονίζουν μάλιστα τις ομοιότητες με τα συμπτώματα από βλάβη στον πλαγιοραχιαίο (dorsolateral) και κογχομετωπιαίο (orbitofrontal) φλοιό, υπενθυμίζοντας ότι το έλλειψο έλλειψης επίγνωσης μοιάζει με το έλλειμμα που έχουν οι μετωπιαίοι ασθενείς στο σύστημα παρακολούθησης λάθους (error monitoring).<sup>21</sup> Ο Cutting<sup>22</sup> το 1985 υπέθεσε την ύπαρξη δεξιάς ημισφαιρικής διαταραχής, υποστηρίζοντας την ύπαρξη ημισφαιρικής ανισορροπίας (hemispheric imbalance) στην οποία οι μηχανισμοί ενός δυσλειτουργικού δεξιού ημισφαιρίου οδηγούν σε υπερλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου. Η δεξιά αυτή ημισφαιρική διαταραχή είναι υπεύθυνη για τις αντιληπτικές διαταραχές στην εικόνα του σώματος που βλέπουμε στους σχιζοφρενικούς ασθενείς, αλλά και για τις δυσκολίες στη διεργασία και την έκφραση των συναισθημάτων. Ο Cummings<sup>23</sup> την ίδια χρονιά υποστήριξε επιπλέον ότι οι οπίσθιες δεξιές βλάβες οδηγούν σε διαταραχή εισόδου της πληροφορίας στο λιμπικό σύστημα, γεγονός που οδηγεί στα παραληρήματα και τις ψευδαισθήσεις. Πολλές νευροψυχολογικές θεωρίες για την εναισθησία ή την επίγνωση δίνουν έμφαση στον ρόλο ενός θεωρητικού συστήματος παρακολούθησης λάθους (error-monitoring system),<sup>21</sup> το οποίο βασίζεται σε τρία κομμάτια. (α) Μια εσωτερική αναπαράσταση του επιθυμητού αποτελέσματος, (β) ένα feedback σχετικά με το αποτέλεσμα και (γ) μια σύγκριση μεταξύ του επιθυμητού και του τελικού αποτελέσματος. Η νοσοαγνώσια ή γενικότερα η έλλειψη εναισθησίας μπορεί να προκύπτει ως αποτέλεσμα του μηχανισμού που δημιουργεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή διαταραχής του μηχανισμού σύγκρι-

σης. Οι McGlynn & Schacter,<sup>24</sup> το 1989, πρότειναν παρόμοια το σύστημα επίγνωσης της συνειδητότητας (conscious awareness system) που το εντόπισαν στον έσω βρεγματικό λοβό, και ο Shallice,<sup>25</sup> το 1988, πρότεινε το λεγόμενο εποπτεύον σύστημα προσοχής (supervisory attentional system). Το κυβερνητικό μοντέλο (cybernetic model) του Frith,<sup>26</sup> το 1992, δίνει έμφαση στην πρόθεση (intention) και το σύστημα ελέγχου-παρακολούθησης (monitoring system). Ο Frith υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να ειπωθεί ως μια διαταραχή της μετααναπαράστασης (metarepresentation), η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στις διαδικασίες επίγνωσης. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει (α) την επίγνωση των προσωπικών σκοπών (one's goals), (β) την επίγνωση των προθέσεων (awareness of intentions), και (γ) την επίγνωση των προθέσεων των άλλων (awareness of intention of others). Ο Frith υπέθεσε ότι η μη επίγνωση των σκοπών (goals) οδηγεί σε διαταραχές της επιθυμητής δράσης (disorders of willed action) με αρνητικού τύπου συμπτώματα, όπως την απάθεια. Έλλειψη επίγνωσης των προθέσεων (intentions) οδηγεί σε διαταραχές της αυτοπαρακολούθησης (self monitoring) και ανωμαλίες στην εμπειρία δράσης, όπως σε διαταραχές των κινήσεων. Ελλείψεις στην επαφή με τους άλλους οδηγεί σε παρανοειδή παραληρήματα και παραληρήματα συσχέτισης. Οι ψευδαισθήσεις είναι το αποτέλεσμα αποτυχίας του ατόμου να αναγνωρίσει την αυτο-γενεσιουργό φύση ορισμένων δράσεων ή του εσωτερικού λόγου, αποδίδοντάς τα σε εξωτερική πηγή. Τα περισσότερα θετικά συμπτώματα μπορούν κατά τον Frith να εξηγηθούν ως διαταραχή στην ικανότητα διαχωρισμού μεταξύ των αλλαγών που οφείλονται σε δράση του ίδιου ατόμου και των αλλαγών που οφείλονται σε εξωτερικά γεγονότα. Αν και οι απόψεις αυτές τονίζουν τους μηχανισμούς εξόδου (output mechanisms), οι περισσότερες νευροσυμπεριφορικές θεωρίες για τα παραληρήματα και τις ψευδαισθήσεις υποστηρίζουν ως υπεύθυνη κάποια διαταραχή κατά την είσοδο της αντίληψης (input mechanisms). Οι input μηχανισμοί σχετίζονται περισσότερο με οπίσθιες εγκεφαλικές δομές, όπως τον βρεγματικό λοβό, ενώ οι output μηχανισμοί σχετίζονται με περισσότερο πρόσθιες δομές, περιλαμβανομένου του μετωπιαίου φλοιού (Barr



1998). Τέλος, ο Frith,<sup>26</sup> υποστήριξε ότι οι εγκεφαλικές δομές για τις διαταραχές της επιθυμητής δράσης (disorders of willed action) πλαγιοραχιαίος προμετωπιαίος (dorsolateral prefrontal cortex), συμπληρωματική κινητική περιοχή (supplementary motor area) και το πρόσθιο προσαγωγίο (anterior cingulate gyrus) είναι υπεύθυνες για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ ο ρόλος του συστήματος παρακολούθησης φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με το ιπποκάμπειο σύστημα.

Οι ψυχωτικοί ασθενείς φαίνεται επίσης να έχουν γνωσιακό έλλειμμα στην ικανότητα να διατηρούν τη διάκριση μεταξύ των ψυχικών φαινομένων που δημιουργούνται μέσα στα όρια του νευρικού τους συστήματος και αυτών που συμβαίνουν έξω από το σώμα τους και γίνονται αντιληπτά από τις αισθήσεις. Αυτά τα συμπτώματα ο Keefe,<sup>27,28</sup> το 1993, τα ονόμασε εκδηλώσεις αυτονοητικής αγνωσίας (autonoetic agnosia), εννοώντας ένα «έλλειμμα στην ικανότητα να αναγνωρίσει ψυχικά φαινόμενα που παράγονται από τον εαυτό». Αυτά περιλαμβάνουν τα παραληρήματα, τις ψευδαισθήσεις, την εκπομπή ή υποκλοπή σκέψης, κ.λπ. Οι έρευνες με PET έδειξαν ότι οι εγκεφαλικές περιοχές που ενέχονται κατά την οπτική φαντασίωση είναι πέραν του πρωτογενούς οπτικού φλοιού στον ινιακό λοβό, οι άνω βρεγματικές περιοχές (superior parietal regions), για τη δυνατότητα απαγκίστρωσης της μίας εικόνας από την άλλη, οι κατώτερες βρεγματικές πε-

ριοχές (inferior parietal regions), για την τοπογραφική κωδικοποίηση των οπτικών κομματιών κατά την ανασύσταση της εικόνας, ο κροταφικός λοβός (temporal lobe), για την ανάκληση οπτικού μνημονικού υλικού και ο προμετωπιαίος φλοιός (prefrontal cortex), για την κατασκευή της εικόνας, επεκτείνοντας και συμπληρώνοντας την πιθανόν από παλαιότερα κομμάτια. Το ερώτημα που προκύπτει σε σχέση με την περίπτωση της αυτονοητικής αγνωσίας των σχιζοφρενικών ασθενών είναι σε ποιο σημείο αυτής της διεργασίας επέρχεται σύγχυση ανάμεσα στο φαντασιωμένο και το εξωτερικά αντιλαμβανόμενο αντικείμενο. Πιθανόν η top-down διεργασία παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς ακόμη και τμηματική ή κομματιασμένη οπτική πληροφόρηση τείνει να «συμπληρωθεί» από τον μηχανισμό της εσωτερικής φαντασίωσης<sup>29,30</sup> (πίνακας 1).

Σύμφωνα με τους Corlett et al (2010),<sup>31</sup> υπάρχουν δύο πρότυπα πρόβλεψης λάθους με αντίθετη δράση, ένα που υπερ- και ένα που υποενεργοποιείται (overweighting vs underweighting of prediction), που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια και την ανάπτυξη παραληρήματος. Η υπερενεργοποίηση έχει πιθανόν παθογενετική προτεραιότητα, ερχόμενη πρώτη, ακολουθώντας η υποενεργοποίηση, που έχει ως αποτέλεσμα την κόπωση και την απόσυρση. Νευροβιολογικά, η υπερενεργοποίηση του δικτύου διακρίτοτητας (salience network) ακολουθείται πιθανόν από υπερ-ενεργοποίηση του δικτύου βα-

**Πίνακας 1.** Πτωχή εναισθησία στην ψύχωση: εμπλεκόμενη περιοχή, συμπτώματα και πιθανός μηχανισμός δράσης.

Εμπλεκόμενη περιοχή	Συμπτώματα	Πιθανός μηχανισμός
Βλάβη στον πλαγιοραχιαίο (dorsolateral) και κογχομετωπιαίο (orbitofrontal) φλοιό	Ψευδαισθήσεις	Συνδυασμός λανθασμένης διεργασίας στην αντίληψη (faulty perceptual process) και λανθασμένης διεργασίας στην ερμηνεία (interpretive process)
Δεξιά ημισφαιρική διαταραχή	Αντιληπτικές διαταραχές στην εικόνα του σώματος που βλέπουμε στους σχιζοφρενικούς ασθενείς, αλλά και για τις δυσκολίες στη διεργασία και την έκφραση των συναισθημάτων	Ημισφαιρική ανισορροπία (hemispheric imbalance) στην οποία οι μηχανισμοί ενός δυσλειτουργικού δεξιού ημισφαιρίου οδηγούν σε υπερλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου
Οπίσθιες δεξιές βλάβες	Παραληρήματα και ψευδαισθήσεις	Διαταραχή εισόδου της πληροφορίας στο λιμπικό σύστημα



σικής λειτουργικότητας (Default Mode Network, DMN) και έπειτα από καταπίεση του δικτύου διακρίτοτητας και προσοχής. Αυτήν την αρχική υπερενεργοποίηση φαίνεται να ομαλοποιούν τα αντιψυχωτικά, αφού όπως δήλωσε χαρακτηριστικά ο Karun (2003),<sup>32</sup> «τα αντιψυχωτικά "θολώνουν" τη διακριτή σημασία των ανώμαλων εμπειριών ("...dampen the salience...") και επιτρέπουν τη λύση των συμπτωμάτων... δεν σβήνουν τα συμπτώματα, αλλά παρέχουν την πλατφόρμα για μια διαδικασία ψυχολογικής επίλυσης... εάν όμως σταματήσουν, η δυσρυθμική νευροχημεία επιστρέφει, οι υποβόσκουσες αδρανείς (dormant) ιδέες αναγεννώνται και αποκτούν νέο νόημα ("reinvested"), λόγω της υπάρχουσας εκτροπής στην εκτίμηση των ξεχωριστών ή διαφορετικών εννοιών ("aberrant salience")».

### **Εναισθησία και μεταγνωσιακές διεργασίες**

Το πεδίο της μεταγνωσίας (metacognition) έχει εμπλουτίσει αυτό που ονομάζουμε γνωσιακή νευροψυχιατρική (cognitive neuropsychiatry), ένας τομέας που προωθεί την έρευνα των γνωσιακών διαδικασιών που βρίσκονται κάτω από τις ψυχολογικές και συμπεριφορικές ανωμαλίες. Οι Saxe & Ofen,<sup>33</sup> το 2010, πρότειναν το πεδίο της «προσδιοριστικής μεταγνωσίας» (attributive metacognition), που αφορά στην ικανότητα του ατόμου να προσδιορίζει τις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες του, ως μια πλευρά ικανότητας αυτογνωσίας, και το πεδίο της «στρατηγικής μεταγνωσίας» (strategic metacognition), που αφορά στην ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί και να ελέγχει τις ψυχικές δραστηριότητες. Οι διαφορές τους έγκεινται τόσο στο αντικείμενο των σκέψεων (πεποιθήσεις και επιθυμίες vs ψυχικές δραστηριότητες και πλάνα), όσο και στη δράση που αναλαμβάνεται (προσδιορισμός ως ερμηνεία vs στρατηγική ως έλεγχος). Στα πλαίσια αυτά αναπτύχθηκε η έννοια της μεταμνήμης (metamemory) και η διερεύνηση αυτής με σχετικό ερωτηματολόγιο περιελάμβανε το ερώτημα πόσες λέξεις το άτομο προβλέπει ότι θα θυμηθεί από μια δεδομένη λίστα λέξεων. Οι David et al,<sup>6</sup> το 2012, βρήκαν ότι οι διπολικοί ασθενείς και οι ασθενείς με νόσο Alzheimer, αλλά όχι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, υπερεκτιμούσαν τη μνημονική τους ικανότητα. Ο όρος με-

ταγνωσιακή σκέψη εισήχθη αρχικά στην εκπαιδευτική βιβλιογραφία ως η «ικανότητα του σκέπτεσθαι επί του σκέπτεσθαι» κατά τη διαδικασία της μάθησης,<sup>34</sup> αλλά έχει αποκτήσει μέσα στα χρόνια μια ευρεία σειρά σημασιών οι οποίες αντανakλούν τη γενική ικανότητα του σκέπτεσθαι επί της σκέψης τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τις διαδικασίες της. Αρχικά λοιπόν ο όρος περιέγραφε περισσότερο την ικανότητα που έχει κάποιος να παρατηρεί τις ίδιες του τις γνωστικές διαδικασίες και να ανιχνεύει τα λάθη σε αυτές, αλλά αργότερα περιέλαβε την ικανότητα της «επίγνωσης των γνωσιακών διαστρεβλώσεων»,<sup>35</sup> καθώς και του «σκέπτεσθαι επί των συναισθημάτων»,<sup>36</sup> ενώ υπογραμμίζεται η σημασία της μεταγνωσιακής σκέψης στην έκλυση των αντιδράσεων που απορρέουν από αυτές τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Να σημειωθεί ότι η χρήση του όρου «μεταγνωσιακή σκέψη» είναι συχνά παράλληλη με τη χρήση άλλων όρων όπως «θεωρία του νου» (theory of mind, TOM) και «νοητικοποίηση» (mentalization). Ο όρος θεωρία του νου αναφέρεται στο «σκέπτεσθαι αναφορικά με τις σκέψεις των άλλων κατά τη διαδικασία του σχετίζεσθαι με αυτούς»<sup>37</sup> και αποτελεί βασική πτυχή της μεταγνωσιακής σκέψης ως στοιχείο ενός ευρύτερου συστήματος που καθιστά ικανό το σκέπτεσθαι για το σκέπτεσθαι, ενώ ο όρος «νοητικοποίηση» αναφέρεται περισσότερο στην «κατανόηση των εσωτερικών καταστάσεων μέσα στο πλαίσιο μιας σχέσης πρόσδεσης». Ο όρος λοιπόν «μεταγνωσιακή σκέψη» μπορεί κατ' επέκταση να νοηθεί ως ένα φάσμα δραστηριοτήτων που εκτείνεται από το σκέπτεσθαι επί συγκεκριμένων ψυχολογικών φαινομένων έως την απαρτίωση των αντιλήψεων σε ολοκληρωμένες και συνεκτικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων.<sup>38-40</sup> Η συνθετική αυτή μεταγνωσιακή δραστηριότητα περιλαμβάνει: (1) Την ικανότητα σχηματισμού σύνθετων αναπαραστάσεων των εσωτερικών καταστάσεων του εαυτού και την ικανότητα στοχασμού πάνω σε αυτές, η οποία αποδίδεται με τον όρο «αυτο-στοχαστικότητα» (self-reflectivity), (2) Την ικανότητα σχηματισμού σύνθετων νοητικών αναπαραστάσεων των εσωτερικών καταστάσεων των άλλων και την ικανότητα στοχασμού πάνω σε αυτές, η οποία αποδίδεται ως «κατανόηση του νου των άλλων» (understanding the mind of others),

(3) Την ικανότητα τοποθέτησης των αναπαραστάσεων μέσα σε έναν κόσμο όπου ο εαυτός δεν είναι το επίκεντρο, η οποία αποδίδεται με τον όρο «αποκέντρωση» (decentration), (4) Την ικανότητα χρήσης αυτής της γνώσης στην αντιμετώπιση και επίλυση των ψυχολογικών και κοινωνικών προκλήσεων, η οποία αποδίδεται ως «ικανότητα ελέγχου και αξιοποίησης» (mastery).<sup>41,42</sup>

Η θεωρία της ρύθμισης του συναισθήματος (emotion regulation) φαίνεται να κατέχει σημαντική θέση στην ερμηνεία, αλλά και τις επιπτώσεις της έλλειψης εναισθησίας. Πρόσφατα, οι Massons et al, (2017)<sup>43</sup> εξέτασαν 143 ψυχωτικούς ασθενείς με τη Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD), τη Markova and Berrios Insight Scale και το θέμα 8 της Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), και βρήκαν ότι η επίγνωση της ψυχικής νόσου συνδεόταν με υψηλότερα σκορ αυτοκτονικότητας, ειδικότερα μάλιστα τα δύο υποθέματα "disturbed thinking and loss of control over the situation" και "having a vague feeling that something is wrong". Είναι γνωστό ότι διαφορετικά συναισθήματα παράγουν διαφορετικές συμπεριφορές και ότι το ίδιο συναίσθημα σε διαφορετικές συνθήκες μπορεί να παραγάγει διαφορετική συμπεριφορά. Το συναίσθημα μας πληροφορεί εάν είμαστε ασφαλείς, χωρίς να δίνει σαφείς οδηγίες επίτευξης του στόχου. Στα πλαίσια αυτά αναπτύχθηκε η θεωρία του μετασυναίσθηματος (metaemotion), που αφορά στις συναισθηματικές αντιδράσεις έναντι των πρωτογενών συναισθημάτων και το κίνητρο αλλαγής αυτών, καθώς και στις συναισθηματικές αντιδράσεις απευθυνόμενες στον συναισθηματικό εαυτό ("emotional self"), με βάση τις οποίες αναπτύχθηκε η Meta-Emotion Scale (με θέματα σχετικά με τον θυμό, τη συμπόνια, το ενδιαφέρον, τη ντροπή, τον έλεγχο σκέψης και την καταστολή σκέψης).<sup>44</sup> Έτσι, συζητάμε πλέον για σκέψεις και γνωσίες που εντοπίζουν και περιγράφουν το συναίσθημα ("cognition about emotion"), αλλά και για δευτερογενή συναισθήματα που προσπαθούν να προσδιορίσουν τα πρωτογενή (emotions about emotions), σύμφωνα με τα οποία η Dina Mendoca (2013).<sup>45</sup> πρότεινε συγκεκριμένες μετασυναίσθηματικές στρατηγικές (metaemotional strategies), για την υποστήριξη

των ψυχωτικών ασθενών, όπως πρόβλεψη μελλοντικών συναισθημάτων (άγχος για το μελλοντικό άγχος), ταυτοποίηση παρόντων συναισθημάτων, παρακολούθηση αλλαγών της συναισθηματικής κατάστασης, οργάνωση μελλοντικού πλάνου, ρύθμιση των συναισθημάτων που εκτρέπονται και εκτίμηση του αποτελέσματος.

Συμπερασματικά, τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας θα μπορούσαν να εξηγηθούν ως επιμέρους διαταραχές στη σειρά των εξελισσόμενων γεγονότων, κατά τη διαδικασία αναπαράστασης και ερμηνείας της πληροφορίας (διεργασία μετα-αναπαράστασης), καθώς και του γνωσιακού εμπλουτισμού και επεξεργασίας αυτής (μεταγνωσιακή διαδικασία). Να σημειωθεί βέβαια ότι η έλλειψη εναισθησίας δεν παρατηρείται μόνο στην ψύχωση (σχιζοφρενικού ή συναισθηματικού τύπου), αλλά και σε «νευρωτικού τύπου» διαγνώσεις, όπως σωματοδυσμορφική διαταραχή (Body dysmorphic disorder),<sup>46</sup> διαταραχή αποθησαύρισης (Hoarding disorder)<sup>47</sup> και ψυχογενή ανορεξία (Anorexia nervosa).<sup>48</sup> Παραδόξως, το DSM-5<sup>49</sup> αναφέρει την έλλειψη εναισθησίας μόνο στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τη σωματοδυσμορφική διαταραχή και τη διαταραχή αποθησαύρισης, καλώντας τον κλινικό να προσδιορίσει εάν ο ασθενής έχει «καλή εναισθησία» (good insight), «πτωχή εναισθησία» (poor insight), ή «απούσα εναισθησία» (με τους αιγιματικούς όρους absent insight/delusional beliefs). Επειδή το έλλειμμα στην εναισθησία, τουλάχιστον, των σχιζοφρενικών ασθενών φαίνεται να είναι κάτι περισσότερο από ένα επιφανόμενο της νόσου, ο τόπος ή και ο τρόπος ανάπτυξης του πιθανόν να αποτελούν κομβικό στοιχείο στην ανάπτυξη της ψυχωτικής διαταραχής. Ο μηχανισμός που δημιουργεί την πτωχή εναισθησία αξίζει μάλλον να μελετηθεί στο μέλλον όχι μόνο ως ένας πιθανός παθογενετικός μηχανισμός ανάπτυξης της ψύχωσης, αλλά και πολλών άλλων ψυχικών διαταραχών.<sup>50</sup> Πιθανόν μάλιστα η έλλειψη εναισθησίας να αποτελεί έναν δια-διαγνωστικό παράγοντα (transdiagnostic factor) που διατρέχει την ανθρώπινη ύπσταση ανεξάρτητα από τη διάγνωση, με έναν τρόπο ανάλογο ή και παράλληλο με αυτόν που λειτουργεί πιθανόν ο «ψυχωτισμός» (psychotism), σύμφωνα με την πρόταση των Van Os & Reinighaus (2016).<sup>51</sup>

# Poor insight and psychosis

O. Giotakos

*The Non-Profit Organization "Obrela", Athens, Greece*

Psychiatriki 2017, 28:332–341

A variety of phenomena might be considered as reflecting impaired insight in psychosis, like failure to recognize signs, symptoms or disease, failure to derive appropriate cognitive representations, despite recognition of the disease, and misattribution of the source or cause of the disease. The unawareness of tardive dyskinesia symptoms in schizophrenic patients points that self-awareness deficits in schizophrenia may be domain specific. Poor insight is an independent phenomenological and a prevalent feature in psychotic disorders in general, and in schizophrenia in particular, but we don't know yet if delusions in schizophrenia are the result of an entirely normal attempt to account for abnormal perceptual experiences or a product of abnormal experience but of normal reasoning. The theoretical approaches regarding impaired insight include the disturbed perceptual input, the impaired linkage between thought and emotion and the breakdown of the process of self-monitoring and error checking. The inability to distinguish between internally and externally generated mental events has been described by the metarepresentation theory. This theory includes the awareness of ones' goals, which leads to disorders of willed action, the awareness of intention, which leads to movement disorders, and the awareness of intentions of others, which leads to paranoid delusions. The theory of metarepresentation implies mainly output mechanisms, like the frontal cortex, while the input mechanism implies posterior brain systems, including the parietal lobe. There are many similarities between the disturbances of awareness seen in schizophrenia and those seen as a result of known neurological impairment. Neuropsychological models of impaired insight typically attribute the disturbance to any of a variety of core deficits in the processing of information. In this respect, lack of insight is on conceptual par with alogia, apraxia or aphasia in reflecting disturbed cognitive processing. In this direction, research have implicated the role of self-monitoring in disorders of awareness and many of the core symptoms of schizophrenia, and has been suggested that these symptoms are the result of a disturbance of a medial frontal system involving anterior hippocampus, cingulate gyrus, supplementary motor area, and dorsolateral prefrontal cortex. Poor insight seems to be something more than a symptom or an epi-phenomenon and its mechanism may constitute a core factor into the psychosis process. Also, poor insight would be involves a common mechanism for many other mental disorders or even it would be an independent and trans-diagnostic factor into the human personality, probably like the dimension of psychotism.

**Key words:** Psychosis, insight, schizophrenia, psychotism, self-awareness, anosognosia, metarepresentation, self-monitoring, metacognition.

## Βιβλιογραφία

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991 17:113-132, PMID: 2047782
2. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990, 156:798-808, doi: 10.1192/bjp.156.6.798
3. Amador X, David A. *Insight and psychosis*. Oxford University Press 1998, NY Oxford
4. Wiffen BDR, Rabinowitz J, Lex A, David AS. Correlates change and "state or trait" properties of insight in schizophrenia. *Schizophr Res* 2010 122:94-103, doi:10.1016/j.schres.2010.03.005
5. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM, Endicott J. The assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993, 150: 873–879, doi: 10.1176/ajp.150.6.873
6. David A, Bedford N, Wiffen B, Gilleen J. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorder. *Phil Trans R Soc B* 2012, 367 1379–1390, doi: 10.1098/rstb.2012.0002
7. Michalakeas A, Skoutas C, Charalambous A, Peristeris A, Marinos V, Keramari E et al. Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiat Scand* 1994 90 46-49, PMID: 7976449

8. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiat* 1994, 51:826-836 PMID: 7944872
9. Pini S, Cassano GB, Dell' Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia schizoaffective disorder and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2111, 158:122-125, doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.122
10. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis Multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2000, 177:233-240, doi: 10.1192/bjp.177.3.233
11. Clare L. The construction of awareness in early-stage Alzheimer's disease: a review of concepts and models. *Br J Clin Psychol* 2004, 43:155-175, doi: 10.1348/014466504323088033
12. Schwartz RC. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189:401-403, PMID: 11434643
13. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Research* 2002, 61:75-88, PMID: 12648738
14. Owen GS, Richardson G, David AS, Szmukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity diagnosis and insight in psychiatric inpatients: a cross-sectional study. *Psychol Med* 2009, 39:1389-1398, doi: 10.1017/S0033291708004637
15. David AS. To see ourselves as others see us. Aubrey Lewis's *Insight Br J Psychiatry* 1999, 174:210-216, PMID: 10645320
16. Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2004, 1, 70:187-194, doi: 10.1016/j.schres.2003.11.007
17. Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006, 189:204-212, doi: 10.1192/bjp.189.3.204
18. Beck AT, Warman DM. Cognitive insight: theory and assessment. In: Amador XF, David AS (eds) *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. 2nd ed. Oxford University Press, New York, 2004:79-87
19. Beck AT, Baruch E, Baiter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck cognitive insight scale. *Schizophr Res* 2004, 68:319-329, doi: 10.1016/S0920-9964(03)00189-0
20. Carpenter WT, Jr Bartko JJ, Carpenter CL, Strauss JS. Another view of schizophrenia subtypes. *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33:508-516, doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770040068012
21. Frith CD. The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychologic Med* 1987, 17:631-648
22. Cutting J. *The psychology of schizophrenia*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1985
23. Cummings JL. Organic delusions: Phenomenology Anatomical Correlations and Review. *Br J Psychiatry* 1985, 146:184-197
24. McGlynn SM, Schacter DL. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *J Clin Experim Neuropsychol* 1989, 11:143-205
25. Shallice T. *From neuropsychology to mental structure*. Cambridge University Press, Cambridge, 1988
26. Frith CD. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Erlbaum, Hove England, 1992
27. Keefe RSE, Blum C, Roitman SL, Harvey PD, Davidson M, Mohs RC et al. *Cognitive dysfunction in Kraepelinian schizophrenics*. Presented at the American College of Neuropsychopharmacology Annual Meeting, 1993
28. Keefe RSE, Roitman SL, Harvey PD, Blum C, DuPre RL, Prieto DM et al. A pen-and-paper human-analogue of a monkey prefrontal cortex activation task: Spatial working memory in patients with schizophrenia. *Schizophr Research* 1995, 17:25-33, doi: 10.1016/0920-9964(95)00027-J
29. Kosslyn SM, Koenig O. *Wet mind: The new cognitive neuroscience*. Free Press, New York, 1992
30. Kosslyn SM, Alpert NM, Thompson WL, Maljkovic V, Weise SB, Chabris CF et al. Visual mental imagery activates topographically organized visual cortex. *J Cognit Neurosci* 1993, 5:263-287, doi: 10.1162/jocn.1993.5.3.263
31. Corlett PR, Taylor J, Wang X et al. Toward a neurobiology of delusions. *Prog Neurobiol* 2010, 92:345-369, doi:10.1016/j.pneurobio.2010.06.007
32. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology phenomenology and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003 160:13-23, doi:10.1176/appi.ajp.160.1.13
33. Saxe R, Othen S. Seeing ourselves: what vision j can teach us about metacognition. In: Dimaggio G, Lysaker PHI (eds) *Metacognition and severe adult mental disorders*. Routledge, Hove East Sussex, 2010:13-30
34. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry. *Am Psychol* 1979, 34:906-911, 10.1037/0003-066X.34.10.906
35. Moritz S, Woodward T. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility treatment adherence and subjective efficacy. *German J Psychiatry* 2007, 10:69-784, Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.454.7812&rep=rep1&type=pdf>
36. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press, New York, 2009.
37. Brune M. Theory of mind in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2005, 31:21-42, doi:10.1093/schbul/sbi002
38. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolo G, Procacci M et al. How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clin Psychol Psychother* 2003, 10:238-261, doi: 10.1002/cpp.362
39. Lysaker PH, Bob P, Ondrej P, Hamm J, Kukla M, Vohs J et al. Synthetic metacognition as a link between brain and behaviour in schizophrenia. *Transl Neurosci* 2013, 4:368-377, doi: 10.2478/s13380-013-0131-4
40. Lysaker PH, Carcione A, Dimaggio G, Joharmesen JK, Nicolo G, Procacci M et al. Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with insight neurocognition symptom and function. *Acta Psychiatr Scand* 2005, 112: 64-71, doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x
41. Lysaker PH, Erickson M, Ringer J, Buck KD, Semerari A, Carcione A et al. Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping insight self esteem social anxiety and



- various facets of neurocognition. *Br J Cl Psychol* 2011, 50: 412–424, doi:10.1111/j.2044-8260.2010.02003.x
42. Lysaker PH, McCormick BP, Snethen G, Buck KD, Hamm JA, Grant M et al. Metacognition and social function in schizophrenia: associations of mastery with functional skills competence. *Schizophr Res* 2011, 131:214–218, doi:10.1016/j.schres.2011.06.011
43. Massons C, Lopez-Morinigo JD, Pousa E, Ruiz A, Ochoa S, Usall J et al. Insight and suicidality in psychosis: A cross-sectional study. *Psychiatry Res* 2017, 27, 252:147–153, doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.059
44. Mitmansgruber H, Beck TN et al. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personal Individ Differenc* 2009, 46:448–453, Available from: <http://www.edbatista.com/files/2016/When-You-Don%27t-Like-What-You-Feel.pdf>
45. Mendonça D. Emotions about emotions. *Emot Rev* 2013, 4: 390–396, doi: 10.1177/1754073913484373
46. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research* 2013, 210:1129–1135, doi:10.1016/j.psychres.2013.08.010
47. Dimauro J, Tolin DF, Frost RO, Steketee G. Do people with hoarding disorder under-report their symptoms? *J Obsessiv Compuls Relat Disord* 2013, 2:130–136, doi: 10.1016/j.jocrd.2013.01.002
48. Konstantakopoulos G, Varsou E, Dikeos D, Ioannidi N, Gonidakis F, Papadimitriou G et al. Delusionality of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Research* 2012, 200:482–488, doi: 10.1016/j.psychres.2012.03.023
49. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 2013
50. Oulis P, Konstantakopoulos G, Lykouras L, Michalopoulou PG. Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach *World J Psychiatr* 2013, 3:50–56, doi: 10.5498/wjp.v3.i3.50
51. Van Os, Reinighaus. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population Positive symptoms. *World Psychiatry* 2016, 15:118–124, doi: 10.1002/wps.20310

---

Αλληλογραφία: Ο. Γιωτάκος, Εριφύλης 2, 116 34 Αθήνα  
Τηλ.: 210-72 90 496, 6945 464 619  
e-mail: info@obrela.gr, www.obrela.gr



## Γενικό άρθρο General article

# Η έννοια της αστικής ανθεκτικότητας και η σχέση της με την ανθεκτικότητα στην ψυχική υγεία: Προοπτικές ερευνών στη σχιζοφρένεια\*

Ν.Γ. Χριστοδούλου,<sup>1</sup> Μ.Λ. Βασενχόβεν,<sup>2</sup> Σ.Θ. Ρασσιά<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Κλινική Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Nottingham, Αγγλία,

<sup>2</sup>Διεύθυνση Αναστήλωσης Αρχαίων Μνημείων, Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού, Ελλάδα,

<sup>3</sup>Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Διοίκησης Επιχειρήσεων (INSEAD), Γαλλία

Ψυχιατρική 2017, 28:342–348

**Η** σχέση της σχιζοφρένειας με την πόλη είναι γνωστή και πολλαπλώς τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία, αφήνοντας όμως αρκετές ερωτήσεις αναπάντητες. Ενώ είναι σαφές πως υπάρχει αυξημένη επίπτωση σχιζοφρένειας στις πόλεις, εντούτοις δεν έχει αποδειχθεί εμφατικά μια αιτιακή σχέση μεταξύ των δύο, ούτε έχει εντοπιστεί η κατεύθυνση μιας πιθανής αιτιότητας. Επίσης, παρά την επισήμανση πως αρκετές κλινικές και επιδημιολογικές παράμετροι παίζουν ρόλο στη σχέση μεταξύ της σχιζοφρένειας και της πόλης, η σχέση αυτή δεν έχει ερευνηθεί ούτε έχει ερμηνευθεί ολιστικά. Συγκεκριμένα, έχουν διερευνηθεί εκτενώς βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παράμετροι, συνήθως σε απομόνωση, αλλά όχι συνδυαστικά ως μέρος του ευρύτερου περιβάλλοντος της πόλης. Μια έννοια που ενδεχομένως θα μπορούσε να λειτουργήσει ως τέτοια συνδυαστική παράμετρος της βιο-ψυχο-κοινωνικής προσέγγισης και του αστικού περιβάλλοντος είναι η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας (psychological resilience). Η έννοια αυτή αποτελεί κεντρική ιδέα της Προληπτικής Ψυχιατρικής, τόσο σε θεωρητικό επίπεδο, όσο και σε πρακτική εφαρμογή. Αναφέρεται στην ικανότητα του ανθρώπου να αντεπεξέρχεται στις αντιξοότητες και να ανακάμπτει. Περιγράφει με ολιστικούς όρους την ψυχολογική δυναμική που έχει ο κάθε άνθρωπος, λαμβάνοντας συνδυαστικά υπόψη τους θετικούς παράγοντες στην

\*Η εργασία βραβεύτηκε στο 25ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 11–14 Μαΐου 2017, Κέρκυρα

ψυχосύνθεσή του, αλλά και πώς αυτή λειτουργεί και αντιδρά μέσα στο περιβάλλον του. Είναι πολύ ενδιαφέρον πως η ίδια έννοια, και μάλιστα με το ίδιο όνομα (αστική «ανθεκτικότητα» – urban resilience), απαντά στη διεθνή βιβλιογραφία για τον πολεοδομικό σχεδιασμό και την αρχιτεκτονική, και αναφέρεται στην ιδιότητα μιας πόλης να βοηθά τους κατοίκους και τα συστήματά της να ανθίστανται και να ανακάμπτουν απέναντι σε αντιξοότητες. Όπως και στους ανθρώπους, οι παράγοντες που καθιστούν την πόλη ανθεκτική είναι πολλοί και πολύπλοκοι. Παραδόξως όμως, οι παράγοντες που ορίζουν την ψυχική και την αστική ανθεκτικότητα θεωρητικά είναι συγγενείς, καθώς τελικά και οι δύο «ανθεκτικότητες» υπηρετούν τον άνθρωπο/πολίτη. Έτσι οι παράγοντες που συνθέτουν την αστική ανθεκτικότητα μπορούν να είναι συμπληρωματικοί ως προς τους παράγοντες που συνθέτουν την ψυχική ανθεκτικότητα και αντίστροφα. Συνεπώς, όχι μόνο είναι η εννοιολογική συγγένεια της αρχιτεκτονικής/πολεοδομικής με την ψυχική ανθεκτικότητα λογική, είναι και οι επιμέρους παράγοντες που τις συνθέτουν συγγενείς. Θα ήταν ενδιαφέρουσα η μελέτη αυτών των παραγόντων και η εξέταση του ρόλου της ανθεκτικότητας (ή της έλλειψής της) στην εμφάνιση ψυχικών ασθενειών –και δη σχιζοφρένειας– στις πόλεις. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε τις ιδέες της ψυχικής και της αστικής ανθεκτικότητας, εντοπίζουμε τους παράγοντες που χαρακτηρίζουν την αστική ανθεκτικότητα, και ανιχνεύουμε την πρακτική σχέση της με την ψυχική ανθεκτικότητα στην περίπτωση της σχιζοφρένειας. Τέλος, διερευνούμε τη δυνητική χρησιμότητα και τις προοπτικές που προκύπτουν για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, για τη δημόσια υγεία και για την έρευνα, από μια τέτοια διεπιστημονική προσέγγιση.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Ψυχική ανθεκτικότητα, αστική ανθεκτικότητα, σχιζοφρένεια, προληπτική ψυχιατρική.

## Εισαγωγή

Στα πλαίσια των εννοιών που πραγματεύεται το παρόν άρθρο, η λέξη «ανθεκτικότητα» προέρχεται από τη μετάφραση της λέξης “resilience”, η οποία έχει πολλούς ορισμούς και χρησιμοποιείται με ποικίλους τρόπους. Ετυμολογικά η λέξη resilience προέρχεται από το re+salire (αναπήδηση), ενώ αργότερα η λέξη σταδιακά απέκτησε και τις έννοιες αναπήδηση → ανάκαμψη → ελαστικότητα/ανθεκτικότητα. Ένας κεντρικός προβληματισμός που αφορά στην έννοια της ανθεκτικότητας, και προκύπτει από αυτήν την εννοιολογική της εξέλιξη στον χρόνο, είναι πως πέραν των στρεβλώσεων της μετάφρασης και εν γένει της επικοινωνίας (κατά Wittgenstein), χρησιμοποιείται για να εκφράσει πολλές συγγενείς μεν, διακριτές δε, έννοιες. Συγκεκριμένα, ο όρος ανθεκτικότητα συναντάται σε πολλές άλλες επιστήμες, όπως για παράδειγμα στη φυσική, στην κοινωνιολογία, στην αρχιτεκτονική και στην ψυχολογία, και μάλιστα παρατηρείται και επικάλυψη στην εννοιολογική της χρήση. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, η έννοια της ανθεκτικότητας μεταξύ άλλων πάσχει από υψηλή

ετερογένεια ακόμα και στις επιμέρους της ειδικές χρήσεις, συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης στη σχιζοφρένεια,<sup>1,2</sup> αλλά συγχρόνως έχει το πλεονέκτημα της ευρείας διεπιστημονικής χροιάς.<sup>3</sup> Με δεδομένα τα παραπάνω, η διερεύνηση της σχέσης της αστικής ανθεκτικότητας (urban resilience) και της ψυχικής ανθεκτικότητας (psychological resilience), είναι μεν εννοιολογικά επισφαλής αλλά πρακτικά υποσχόμενη.<sup>4</sup>

Ειδικά για τη σχιζοφρένεια, η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης της με την αστικότητα (urbanicity), την αστική ανθεκτικότητα και την ψυχική ανθεκτικότητα, είναι αναγκαία. Πόσο μάλλον δε, αν αναλογιστούμε τη μαζική αστικοποίηση του παγκόσμιου πληθυσμού που προβλέπεται από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών,<sup>5</sup> και συνεπώς την πρόβλεψη της αλματώδους αύξησης της σχιζοφρένειας στις πόλεις. Συνεπώς, η διερεύνηση αυτή έχει δυνητική σημασία σε πολλούς χώρους της ψυχικής υγείας, αλλά και πέραν αυτής, συμπεριλαμβανομένων του σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας, του αστικού σχεδιασμού και της πολεοδομίας, της θέσπισης

πολιτικών προληπτικής ψυχιατρικής, της ενίσχυσης της διεπιστημονικότητας κ.ο.κ.

Στην παρούσα εργασία, θα επιχειρήσουμε μια διεπιστημονική προσέγγιση διερεύνησης των εννοιών της αστικής και της ψυχικής ανθεκτικότητας σε σχέση με τη σχιζοφρένεια.

### Πόλεις και σχιζοφρένεια

Η θετική συσχέτιση του αστικού περιβάλλοντος και της σχιζοφρένειας είναι επιβεβαιωμένη και βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη, αφού έχει εντοπιστεί από το 1939,<sup>6</sup> και έχει διερευνηθεί πολλαπλώς.<sup>7,8</sup> Ενδεικτικά, μελέτες έχουν δείξει πως η επίπτωση της σχιζοφρένειας αυξάνεται σχεδόν γραμμικά σε σχέση με πληθυσμιακούς δείκτες αστικότητας (δηλαδή μέγεθος/πυκνότητα πληθυσμού),<sup>7</sup> ενώ η συχνότητα αυξάνεται μέχρι 2–3 φορές στις πιο πυκνοκατοικημένες περιοχές,<sup>7,8</sup> πράγμα που ενισχύει την πιθανότητα η αστικότητα να παίζει αιτιολογικό ρόλο. Επιπροσθέτως, γνωρίζουμε πως η επίδραση της αστικότητας δεν επηρεάζεται από τους κυριότερους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, όπως η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, και η μετανάστευση.<sup>8</sup> Η υπόθεση που υποστηρίζει πως το εύρημα της αυξημένης σχιζοφρένειας στις πόλεις οφείλεται σε αιτιολογική επίδραση αστικών παραγόντων ενισχύεται από μελέτες όπως αυτή των Haddad et al,<sup>9</sup> που έδειξε πως η επίδραση που έχει η ανατροφή στην πόλη στην εγκεφαλική δομή, ίσως αποτελεί παράγοντα κινδύνου για σχιζοφρένεια. Με βάση αυτά τα στοιχεία, απομακρύνεται η –κάποτε επικρατούσα– υπόθεση πως η αυξημένη επίπτωση οφείλεται στη μετακίνηση των ασθενών στις πόλεις για οικονομικούς/κοινωνικούς λόγους,<sup>10,11</sup> και ενισχύεται η νευροαναπτυξιακή θεωρία,<sup>12</sup> στην οποία ασφαλώς ενδέχεται να εμπλέκονται και παράγοντες σχετικοί με την αστική ανθεκτικότητα, όπως η συναισθηματική επίδραση<sup>13</sup> της πόλης στα παιδιά.

### Ψυχική ανθεκτικότητα

Ο όρος «ψυχική ανθεκτικότητα» έχει προέλθει από μετάφραση του αγγλικού όρου "psychological resilience", αλλά πλέον στο εξωτερικό η έννοιά της δεν περιορίζεται στην αντοχή/ανθεκτικότητα, αφού

πλέον εσωκλείει και τις έννοιες της προσαρμοστικότητας, ή ακόμα και της προληπτικής ετοιμότητας απέναντι στις αντιξοότητες. Με αυτήν την έννοια, η ψυχική ανθεκτικότητα έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ψυχικών ασθενειών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Για την ακρίβεια, η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν την προαγωγή της ψυχικής υγείας,<sup>14,15</sup> ενώ στην πράξη είναι ένα από τα βασικά ζητούμενα για την αντιμετώπιση κρίσεων, όπως για παράδειγμα οι οικονομικές κρίσεις,<sup>16</sup> συμπεριλαμβανομένης και αυτής που συνεχίζεται στην Ελλάδα.<sup>17</sup>

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι χαμηλότερη σε ασθενείς με σχιζοφρένεια,<sup>18</sup> και είναι μια εξαιρετικά σημαντική παράμετρος για ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές για πολλούς λόγους,<sup>1,19</sup> με πρωτεύοντα την πρόληψη, και έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών.<sup>20</sup> Οι ίδιοι οι ασθενείς προσδιόρισαν σε πρόσφατη μελέτη τα 11 στοιχεία που για τους ίδιους συνθέτουν την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, 7 εκ των οποίων έχουν σχέση με, ή επηρεάζονται από, την πόλη και τη λειτουργία της (στρες, ερεθίσματα, κοινωνικός ιστός, τρόπος ζωής – lifestyle, στίγμα, σωματική υγεία, συστήματα ψυχικής υγείας).<sup>2</sup>

### Αστική ανθεκτικότητα

Πέρα από το εννοιολογικό της περιεχόμενο, επιλέξαμε την «ανθεκτικότητα», όπως εφαρμόζεται στις αστικές επιστήμες, εξαιτίας της διεπιστημονικής της δυναμικής. Σύμφωνα με τους Star και Griesemer<sup>3</sup> ο όρος είναι σε θέση να λειτουργήσει σαν «μεταβατικό αντικείμενο» και ως εκ τούτου να «ξεκλειδώσει» πολλές «κοινωνικές περιοχές». Σύμφωνα με τους ίδιους "Resilience has a conceptual fuzziness that is beneficial in enabling it to function as a "boundary object," a common object or concept that appeals to multiple "social worlds" and can, therefore, foster multidisciplinary scientific collaboration.

Ο όρος «ανθεκτικότητα» εφαρμόζεται κυρίως για να περιγράψει τη δυνατότητα ενός συστήματος να προετοιμαστεί και να αντιμετωπίσει μια σειρά από απειλές με τις ελάχιστες δυνατές απώλειες για το

ίδιο. Σύμφωνα με τον Wilibanks<sup>21</sup> "Urban resilience has conventionally been defined as the "capability to prepare for, respond to, and recover from significant multi-hazard threats with minimum damage to public safety and health, the economy, and security of a given urban area".

Παρόλο που η έννοια της «ανθεκτικότητας», όπως και αυτή της «τρωτότητας» (vulnerability), χρησιμοποιούνται συχνά για να περιγράψουν την αντίδραση ενός αστικού συστήματος σε φυσικές καταστροφές, ο όρος χρησιμοποιείται και για την περιγραφή κοινωνικών και οικονομικών κρίσεων. Σύμφωνα με τον ορισμό του οργανισμού "100 Resilient Cities του Rockefeller Foundation"<sup>22</sup> αστική ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ικανότητα ατόμων, κοινοτήτων, θεσμών, επιχειρήσεων και συστημάτων μέσα σε μια πόλη να επιβιώσουν, να προσαρμοστούν και να αναπτυχθούν παρά τη χρόνια πίεση και τις ξαφνικές καταστροφές που υφίστανται. Σύμφωνα με έναν πληρέστερο ορισμό της ανθεκτικότητας των Sara Meerow, Joshua P. Newell, και Melissa Stults<sup>23</sup> "Urban resilience refers to the ability of an urban system-and all its constituent socio-ecological and socio-technical networks across temporal and spatial scales-to maintain or rapidly return to desired functions in the face of a disturbance, to adapt to change, and to quickly transform systems that limit current or future adaptive capacity".

Συμπερασματικά, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η έμφαση διεπιστημονικών μελετών στην ικανότητα προσαρμογής συστημάτων σε μεταβαλλόμενες συνθήκες μέσα από την επεξεργασία των εννοιών

της «ανθεκτικότητας», της «τρωτότητας» και του «αστικού και περιφερειακού» αποθέματος. Η ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ιδιότητα εκείνη ενός χωρικού συστήματος να είναι σε θέση να ελέγχει την «τρωτότητα» μέσα από τη χρήση ενός «αποθέματος» ή αλλιώς μιας σειράς παραγόντων (resilience factors ή drivers).<sup>24</sup>

Πρέπει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι οι πόλεις αποτελούν ιστορικά ένα από τα πιο ανθεκτικά σύνθετα συστήματα. Η μελέτη τους μπορεί, ως εκ τούτου, να φωτίσει και άλλους τομείς έρευνας. Συγχρόνως ο πληθυσμός της γης μετατρέπεται ραγδαία σε αστικό<sup>5</sup> με αποτέλεσμα η ανθεκτικότητα στο επίπεδο της πόλης να αποτελεί προϋπόθεση για τη βιώσιμη ανάπτυξη των ανθρώπινων κοινωνιών στο μέλλον. Η ανθεκτικότητα των πόλεων εξαρτάται από την ύπαρξη εναλλακτικών μηχανισμών ή πρακτικών που θα λειτουργήσουν ικανοποιητικά σε διαφορετικές συνθήκες. Ο «ανθεκτικός» σχεδιασμός πρέπει να μπορεί να λάβει υπόψη του, τον παράγοντα της αβεβαιότητας. Σύμφωνα με την ανάλυση του "100 Resilient Cities"<sup>22</sup> οι κύριοι παράγοντες για την αστική ανθεκτικότητα οργανώνονται σε 4 κατηγορίες και είναι οι ακόλουθες (πίνακας 1):

Επιπλέον παράγοντες αποτελούν η σημασία της αστικής διακυβέρνησης, η αστική συμμετοχή, η αποτελεσματική χρηματοδότηση, η ύπαρξη ανοικτών και δημόσιων δεδομένων, η πρόσβαση στην κοινωνία της πληροφορίας, η ψηφιακή τεχνολογία, η ψηφιακή συμπερίληψη των πολιτών (σε αντιδιαστολή με την ψηφιακή διαίρεση), η ύπαρξη αστικού πρασίνου, οι αστικές υποδομές κ.ο.κ.

**Πίνακας 1.** Οι κύριοι παράγοντες της αστικής ανθεκτικότητας.

<b>Υγεία και στρατηγική</b>	<b>Υγεία και ευεξία</b>
Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση	Ελαχιστοποίηση της ανθρώπινης τρωτότητας
Ενδυνάμωση συμμετοχικότητας	Ποικιλότητα ζωής και εργασίας
Ολιστικό σχέδιο ανάπτυξης	Αποτελεσματική περιφρούρηση υγείας και ζωής
<b>Οικονομία και κοινωνία</b>	<b>Υποδομές και περιβάλλον</b>
Βιώσιμη οικονομία	Περιορισμένη έκθεση και ευθραυστότητα
Τάξη και ασφάλεια	Αποτελεσματική παροχή ζωτικών υπηρεσιών
Συλλογική ταυτότητα και κοινοτική υποστήριξη	Αξιόπιστες μετακινήσεις και επικοινωνία

### **Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αστικής ή/και ψυχικής ανθεκτικότητας σχετικά με την επίπτωση της σχιζοφρένειας στην πόλη**

Η αστική ανθεκτικότητα οφείλεται σε χαρακτηριστικά της πόλης, πολλά εκ των οποίων είναι μετρήσιμα και αναμένεται να έχουν –θεωρητικά τουλάχιστον– επίδραση στην επίπτωση της σχιζοφρένειας. Εξάλλου, τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενδέχεται σε συνδυασμό με άλλες γνωστές παραμέτρους που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια, να συνδράμουν στον καλύτερο χαρακτηρισμό του επιδημιολογικού προφίλ της σχιζοφρένειας.

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση της σχέσης των χαρακτηριστικών της ανθεκτικότητας, με τη σχιζοφρένεια. Θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένα σύνθετο μοντέλο παλινδρόμησης αποτελούμενο από χαρακτηριστικά της αστικής ανθεκτικότητας, ικανό να συνεισφέρει στον επιδημιολογικό εντοπισμό περιοχών υψηλής «επικινδυνότητας» για τη σχιζοφρένεια.

Οι προσεχείς έρευνες θα πρέπει να στοχεύουν στον εντοπισμό των πιο σημαντικών, τόσο εννοιολογικά όσο και πρακτικά παραγόντων αστικής ή/και ψυχικής ανθεκτικότητας που ενδέχεται να επηρεάζουν την επίπτωση της σχιζοφρένειας.

Η διεπιστημονική προσέγγιση που θα επιχειρηθεί μεταξύ των εννοιών της «αστικής» και της «ψυχικής» ανθεκτικότητας είναι πρωτότυπη και βέβαια, βρίσκεται ακόμα στο στάδιο της αρχικής διερεύνησης. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ανάλογες έρευνες που ενισχύουν τη διεπιστημονικότητα στην ψυχιατρική, αποτελούν μια στρατηγική που μπορεί να αποφέρει πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα η συγκριτική διερεύνηση που έχει προκύψει στο παρελθόν από μια τέτοια διεπιστημονική συνεργασία, ανάμεσα στην ψυχή του ανθρώπου και στο σπλιτισμένο σκυρόδεμα.<sup>25</sup>

### **Δυνητικά αποτελέσματα μελλοντικών ερευνών και χρήσεις**

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, ο αστικός πληθυσμός θα διπλασιαστεί μέχρι το 2050.<sup>5</sup> Πέραν των κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που θα προκύψουν από αυτή τη μεταβολή, θα προκύψουν και ζητήματα διαχείρισης της υγείας. Λόγω της συσχέτισής της με την αστικότητα, η επίπτωση της σχιζοφρένειας ενδέχεται να αυξηθεί σημαντικά. Λόγω δε του μεγάλου προσωπικού, κοινωνικού και συστημικού της κόστους, η αύξηση της σχιζοφρένειας θα αποτελέσει μεγάλο ψυχοκοινωνικοοικονομικό πρόβλημα. Επομένως καθίσταται πολύ σημαντική η έρευνα στη σχιζοφρένεια, και συγκεκριμένα η αναζήτηση των παραγόντων εκείνων που καθορίζουν τη σχέση αστικοποίησης/αστικότητας και σχιζοφρένειας. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να έχουν πολλές χρήσεις, κάποιες από τις οποίες αναφέρονται ενδεικτικά παρακάτω (πίνακας 2).

Ειδικά στην περίπτωση της προληπτικής ψυχιατρικής, και δεδομένων των μεθοδολογικών περιορισμών (βλ. παρακάτω), οι εφαρμογές είναι πολλές, τόσο στην πρόληψη (κυρίως σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο, αλλά και σε πρωτοβάθμιο επίπεδο), όσο και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Βέβαια η παρούσα διεπιστημονική διερεύνηση έχει εξ αρχής μια αναπόφευκτη αδυναμία, η οποία έγκειται στην έλλειψη σταθερών ορισμών για τις βασικές έννοιες τις οποίες επεξεργάζεται. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί πως ενδεχόμενη πρόβλεψη με βάση

**Πίνακας 2.** Δυνητικές χρήσεις των αποτελεσμάτων προσεχών μελετών.

Διάγνωση	Αστικός σχεδιασμός/διαμόρφωση πόλης
Ψυχιατρική μεταρρύθμιση	Σχεδιασμός νέων υπηρεσιών
Προληπτική ψυχιατρική	Συνεισφορά στην έρευνα
Διαχείριση πόρων/οικονομία	Πολιτικές
Αστική διαχείριση	Εκπαίδευση
Πολιοδομία	



μοντέλα παλινδρόμησης θα αφορά στον εντοπισμό αυξημένης επίπτωσης σχιζοφρένειας σε συγκεκριμένες περιοχές που ανήκουν ακριβώς στο «πληθυσμιακό» προφίλ των περιοχών που θα χρησιμοποιηθούν ως βάση των ερευνών. Δηλαδή, τα προτεινόμενα μοντέλα θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο σε συγκεκριμένες περιοχές, για να χαρακτηρίσουν την επίδραση στην επίπτωση τη συγκεκριμένη στιγμή, και όχι –αναγκαστικά– και στο μέλλον.

Ως επίλογο θα λέγαμε ότι η πραγματοποίηση ερευνών σε σχέση με την παραπάνω διεπιστημονική συνεργασία αναμένεται, βέβαια, να έχει δυσκολίες λόγω της πολυπλοκότητας του θέματος, αλλά παράλληλα, και μεγάλο ενδιαφέρον λόγω της ενδεχόμενης ανάδειξης παραγόντων που καθορίζουν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, και των δυνατοτήτων που μπορούν να προκύψουν σε σχέση με προληπτικές παρεμβάσεις.

## The concept of urban resilience and its relation to resilience in mental health: Prospects for research in schizophrenia

N.G. Christodoulou,<sup>1</sup> M.L. Wassenhoven,<sup>2</sup> S.T. Rassia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Department of Psychological Medicine, University of Nottingham, United Kingdom,*

<sup>2</sup>*Restoration of Ancient Monuments, Ministry of Culture and Sports, Greece,*

<sup>3</sup>*Institut Européen d' Administration des Affaires (INSEAD), France*

Psychiatriki 2017, 28:342–348

The relationship between schizophrenia and the city is well known and widely documented in the literature, albeit with many questions still unanswered. While it is clear that there is a higher incidence of schizophrenia in cities, there is little known on causality - or its direction - in that relationship. Also, despite the fact that several clinical and epidemiological parameters play a role in the relationship between schizophrenia and the city, this relationship has not been investigated or interpreted holistically. In particular, biological, psychological and social parameters have been extensively explored, usually in isolation, but not as a part of the wider urban environment. A concept that could potentially offer such integration between the urban environment and the bio-psycho-social approach may be the concept of psychological resilience. Psychological resilience is a central notion of Preventive Psychiatry, both in theory and in practice. It refers to a person's ability to cope with adversity and to recover. It describes, in holistic terms, the psychological potential that each person has, taking together all positive psychological factors but also their functioning and reactions in their own environment. It is intriguing that the same concept, (even by the same name - urban resilience), exists in relation to urban planning and architecture, referring to a city's ability to help its inhabitants and systems to withstand and recover from adversity. As with people, the factors that make a city resilient are many and complex. Surprisingly, however, the factors that define psychological and urban resilience are conceptually related, as ultimately both serve the person/citizen. Thus, the factors that make up urban resilience may be complementary to the factors that make up mental resilience and vice versa. Consequently, not only is the conceptual affinity of urban resilience and psychological resilience logical, but also the individual factors that define the two are also related. It would be interesting to study these factors and to examine the

role of resilience (or lack thereof) in the occurrence of mental illness – in particular schizophrenia – in cities. In this paper we present the concepts of psychological and urban resilience, we identify the factors that characterize urban resilience, and define its practical relationship with psychological resilience in the case of schizophrenia. Finally, we explore the potential and prospects of this novel multidisciplinary approach for tackling schizophrenia, for use in public health, and for further research.

**Key words:** Psychological resilience, urban resilience, schizophrenia, preventive psychiatry.

## Βιβλιογραφία

- Mizuno Y, Wartelsteiner F, Frajo-Apor B. Resilience research in schizophrenia: a review of recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 2016, 29:218–223, doi: 10.1097/YCO.0000000000000248
- Sumskis S, Moxham L, Caputi P. Meaning of resilience as described by people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs* 2017, 26:273–284, doi: 10.1111/inm.12268
- Star S, Griesemer J. Institutional ecology 'translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–1939. *Soc Stud Sci* 1989, 19:387–420, doi: 10.1177/030631289019003001
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000, 71:543–562, PMID: 10953923
- United Nations. *World Urbanization Prospects, the 2011 Revision: Highlights*. UN, New York, 2012
- Faris R, Dunham H. *Mental Disorders in Urban Areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. University of Chicago Press, Oxford, 1939
- Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-Analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012, 38:1118–1123, doi: 10.1093/schbul/sbs096
- Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL, Feeney L, Browne S, Scully PJ et al. Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res* 2010, 116:75–89, doi: 10.1016/j.schres.2009.10.015
- Haddad L, Schäfer A, Streit F, Lederbogen F, Grimm O, Wüst S, et al. Brain structure correlates of urban upbringing, an environmental risk factor for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015, 41: 115–122, doi: 10.1093/schbul/sbu072
- Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, 'just the facts' what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008, 102:1–18, doi: 10.1016/j.schres.2008.04.011
- Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992, 21, 255:946–952, PMID:1546291
- Weinberger DR, Levitt P. Neurodevelopmental Origins of Schizophrenia. In: Weinberger DR, Harrison PJ (eds) *Schizophrenia*. Wiley-Blackwell, Oxford, 2011:393–412, doi: 10.1002/9781444327298.ch19
- Toulopoulou T, Picchioni M, Mortensen PB, Petersen L. IQ, the urban environment, and their impact on future. *Schizophr Bull* 2017, 43:1056–1063, doi: 10.1093/schbul/sbw147
- Christodoulou G, Jenkins R, Tsipias V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, Mezzich JE. Mental Health Promotion – A conceptual review and guidance. *Eur Psychiatry* 2012, 27:81–86, doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.10.001
- Christodoulou GN, Christodoulou NG. Mental health promotion: concept and practice. *Int J Pers Centered Med* 2012, 2:24–28
- Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, Christodoulou NG, Samochowiec J, González-Fraile E et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016, 266:89–124, doi: 10.1007/s00406-016-0681-x
- Christodoulou NG, Christodoulou GN. Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *Psychother Psychosom* 2013, 82:279–284, doi: 10.1159/000351268
- Bozikas VP, Parlapani E, Holeva V, Skemperi E, Bargiota SI, Kirla D, et al. Resilience in patients with recent diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder. *J Nerv Ment Dis* 2016, 204:578–854, doi: 10.1097/NMD.0000000000000541
- Bozikas V, Parlapani E. Resilience in patients with psychotic disorder. *Psychiatriki* 2016, 27:13–16, PMID: 27110878
- Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C et al. Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatr Scand* 2016, 134:360–367, doi: 10.1111/acps.12628
- Wilbanks T. The Research Component of the Community and Regional Resilience Initiative (CARRI). Natural Hazards Center, University of Colorado-Boulder, 2007
- 100 Resilient Cities. Available from <http://www.100resilientcities.org>
- Meerow S, Newell JP, Stults M. Defining urban resilience: A review. *Landsc Urban Plan* 2016, 147:38–49, doi: 10.1016/j.landurbplan.2015.11.011
- Wassenhoven L. *Territorial capital and vulnerability: A working document*. ENSURE/EU, 2008
- Βαδαλούκας Γ. *Το καλούπι της ζωής (ψυχολογία του beton)*, 2008. Available from <http://www.3dr.eu/index.php/el/products-services-6/books/scientific-books/115-kaloupi-zois>

Αλληλογραφία: Dr N. Christodoulou, Consultant Psychiatrist and Honorary Clinical Associate Professor, Department of Psychological Medicine, Queens Medical Centre, Nottingham NG72UH, UK  
Τηλ.: +447971266051  
e-mail: nikoschristodoulou@gmail.com

## Γενικό άρθρο General article

# Οι σχέσεις της συγχωρητικότητας με την ψυχική υγεία και την ψυχοθεραπεία

Κ.Θ. Κιούλος,<sup>1</sup> Ζ.Χ. Αλεξανδρή,<sup>2</sup>  
Α.Θ. Κιούλου,<sup>3</sup> Ι.Δ. Μπεργιαννάκη<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο,  
<sup>2</sup>Ελληνικός Οργανισμός Ψυχοθεραπείας & Παιδείας στην Ομαδική Ανάλυση,

<sup>3</sup>ΠΝΑ «Σπηλιοπούλειο»,

<sup>4</sup>Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα

Ψυχιατρική 2017, 28:349–359

**Η** συγχωρητικότητα βρίσκεται σε περίοπτη θέση, τόσο στις θρησκείες, όσο και στα διάφορα ηθικά φιλοσοφικά συστήματα. Γενικά, αφορά στην ελεύθερη προσωπική αποστασιοποίηση από συναισθήματα οργής και μνησικακίας προς άτομο ή άτομα που διέπραξαν κάποια αδικία. Η κύρια ψυχολογική λειτουργία της συγχώρησης είναι ότι επιτρέπει την αντικατάσταση αρνητικών από θετικά συναισθήματα, όπως η γενναιοδωρία, η συμπόνια, η καλοσύνη, η ενσυναίσθηση ή/και η αγάπη προς τον αδικήσαντα. Πρέπει να τονιστεί ότι είναι ανεξάρτητη της συμφιλίωσης και δεν είναι απλώς ανοχή, δικαιολόγηση, άρνηση, υποτίμηση, λήθη, ή αμνήστευση. Ενδοψυχικές διαδικασίες είναι και ικανές και αναγκαίες για να οδηγήσουν στη συγχώρηση, αν και ενδέχεται να επηρεάζονται από πολύπλοκα διαπροσωπικά φαινόμενα. Η σύγχρονη έρευνα αναγνωρίζει αρκετές διαστάσεις της συγχωρητικότητας, οι οποίες πρέπει να διακρίνονται μεταξύ τους, αφού διαφέρουν και ως προς τις αιτίες και ως προς τα αποτελέσματά τους. Η θετική επίδραση της συγχωρητικότητας επί της ψυχικής υγείας έχει παρατηρηθεί από παλαιά, αλλά η απόπειρα επιστημονικής διερεύνησης των σχέσεων συγχωρητικότητας και ψυχοπαθολογίας είναι πολύ πρόσφατη. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένας διαρκώς αυξανόμενος αριθμός εργασιών που επιβεβαιώνουν τις επωφελείς επιδράσεις της συγχωρητικότητας σε ένα ευρύ φάσμα όψεων της ψυχικής υγείας και ευεξίας, αν και οι υποκείμενοι μηχανισμοί δεν είναι πλήρως διευκρινισμένοι. Η θετική σχέση μεταξύ συγχωρητικότητας και ψυχικής υγείας θα μπορούσε να διαμεσολαβείται με άμεσους και έμμεσους μηχανισμούς που αλληλεπιδρούν τόσο στη βιολογική, όσο και στην ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Ένας άμεσος τρόπος θα μπορούσε να είναι η αποφυγή ιδεομηρυκασμών που ευοδώνουν και συντηρούν αρνητικά συναισθήματα

όπως η μνησικακία, το μίσος, ο θυμός, η ενοχή, το άγχος και ο φόβος. Επίσης, η συγχωρητικότητα καλλιεργεί τη «συναισθητική» κατανόηση και προωθεί αλτρουιστικές συμπεριφορές που διευκολύνουν τη διατήρηση των σχέσεων και προστατεύουν από παρατεταμένη ψυχική δυσφορία. Συνεπώς, σε έναν έμμεσο μηχανισμό θα μπορούσαν να εμπλέκονται διάφορες συμπεριφορές υγείας, η διαπροσωπική λειτουργικότητα και το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο που αποτελούν καθολικά αποδεκτούς παράγοντες προαγωγής ψυχικής υγείας. Εξαιτίας των θετικών επιδράσεων της συγχώρησης στην υγεία, έχουν προταθεί και εφαρμοστεί αρκετοί τύποι παρεμβάσεων με άξονα τη συγχωρητικότητα, είτε ανεξάρτητα είτε εντός του εννοιολογικού πλαισίου συγκεκριμένων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν ως στόχο την έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων, την απελευθέρωση του υποκειμένου από τον φαύλο κύκλο του ιδεομηρυκασμού και την υπέρβαση της μνησικακίας κατά τρόπο θετικό. Καθίσταται λοιπόν φανερή η ανάγκη περαιτέρω προώθησης της συγχωρητικότητας ως αντικειμένου έρευνας στην ψυχολογία και στην ψυχιατρική, καθώς και η ανάδειξη των ευρημάτων και των πιθανών κλινικών ψυχοθεραπευτικών εφαρμογών.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Συγχωρητικότητα, συγχώρηση, ψυχική υγεία, ψυχοθεραπεία.

## Εισαγωγή

Η συγχωρητικότητα είναι μια έννοια που προκρίνεται και καλλιεργείται από τις περισσότερες θρησκείες, αλλά και από τα περισσότερα ηθικά φιλοσοφικά συστήματα. Στα Ηθικά Νικομάχεια ο Αριστοτέλης γράφει πως κανένας αξιόλογος άνθρωπος δεν θα φιλονικήσει για κάποια προσβολή του παρελθόντος, αλλά θα προτιμήσει να αντιπαρέλθει την όποια βλάβη του προξενήθηκε στο παρελθόν – ένα ευγενές άτομο τείνει περισσότερο προς τη συγχώρηση, παρά προς την εκδίκηση. «Οὐ γάρ μεγαλοψύχου τό ἀπομνημονεύειν, ἄλλως τε καὶ κακά, ἀλλὰ μάλλον παρορᾶν... οὐ γάρ τιμωρητικός ὁ πρᾶος, ἀλλὰ μάλλον συγγνωμονικός.»<sup>1</sup>

Ο όρος είναι σύνθετος και προέρχεται από την πρόθεση σύν και το ρήμα χωρέω-χωρῶ, δηλαδή χωρῶ ἐπί τό αὐτό, συναντῶμαι, δίδω ἄφεσιν.<sup>2</sup> Γενικά, η συγχώρηση αφορά στην ελεύθερη προσωπική αποστασιοποίηση από συναισθήματα οργής και μνησικακίας προς άτομο ή άτομα που διέπραξαν κάποια αδικία. Η κύρια ψυχολογική λειτουργία της συγχώρησης είναι ότι επιτρέπει την αντικατάσταση αρνητικών από θετικά συναισθήματα, όπως ενσυναίσθηση ή/και αγάπη προς τον αδικήσαντα. Πρέπει να τονιστεί ότι είναι ανεξάρτητη της συμφιλίωσης και δεν είναι απλώς ανοχή, δικαιολόγηση, άρνηση, υποτίμηση, λήθη, ή αμνήστευση.<sup>3</sup> Η δυ-

νατότητα συγχώρησης εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από το υποκείμενο, τη σοβαρότητα της αδικίας, τον βαθμό υπευθυνότητας του δράστη, τη σχέση του προς τον αποδέκτη της αδικίας-προσβολής και την απολογητική ή μη στάση του.<sup>4</sup> Η συγχώρηση συχνά προϋποθέτει αλλαγή της οπτικής απέναντι στα κίνητρα του δράστη. Η ικανότητα κατανόησης της πρόθεσης του άλλου, της αδυναμίας του να ελέγξει κάποια παρόρμηση και γενικά της «ανθρωπινότητας» των λαθών σχετίζεται με την ενσυναίσθηση. Η συγχώρηση είναι εφικτή, όταν η ενσυναίσθηση υπερβαίνει έναν ουδό που καθορίζεται από την υποκειμενική σημασία της προσβολής.<sup>5</sup>

Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η συγχώρηση είναι διαδικασία και όχι συμβάν. Δεν υπάρχει ομοφωνία για την ακολουθία, τους μηχανισμούς, τα βασικά και απαραίτητα στοιχεία της.<sup>6</sup> Η συνειδητοποίηση της προσβολής ακολουθείται από μια, μάλλον «αυτόματη», συναισθηματική αντίδραση η οποία, με τη σειρά της, δίνει τη θέση της σε μια ελεγχόμενη διαδικασία που περιλαμβάνει ενσυναίσθηση και συγχώρηση – ένα «τροποποιημένο» κίνητρο.<sup>7</sup> Ο McCullough διακρίνει δύο τύπους άμεσης συναισθηματικής αντίδρασης μετά από κάποια αδικία – προσβολή: φόβος και ανησυχία από τη μία πλευρά, θυμός και μνησικακία από την άλλη. Οι δύο διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις οδηγούν σε δύο διαφορετικές συμπεριφορές: αποφευκτική συ-

μπεριφορά απέναντι στον αδικούντα και επιδίωξη ανταπόδοσης της προσβολής αντίστοιχα.<sup>5</sup> Η συγχώρηση επιτρέπει στο υποκείμενο να αναστείλει αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις με σκοπό να διατηρήσει μια σχέση, ενώ συσχετίζεται αρνητικά με αποφευκτικές συμπεριφορές και θετικά με συμφιλιωτικές.<sup>8</sup>

Συνεπώς, η συγχώρηση μπορεί να περιγραφεί ως μια διαδικασία ελάττωσης των αρνητικών αντιδράσεων και αύξησης των θετικών που αφορά σε όλη τη σφαίρα του συναισθήματος, των γνωσιών και της συμπεριφοράς, ή αντικατάστασης αρνητικών από θετικά συναισθήματα, όπως η γενναιοδωρία, η συμπόνια, η καλοσύνη, η ενσυναίσθηση ή/και η αγάπη προς τον αδικήσαντα.<sup>9</sup> Ενδοψυχικές διαδικασίες είναι και ικανές και αναγκαίες για να οδηγήσουν στη συγχώρηση, αν και ενδέχεται να επηρεάζονται από πολύπλοκα διαπροσωπικά φαινόμενα. Η ενδοψυχική εμπειρία της συγχώρησης διακρίνεται από το διαπροσωπικό πλαίσιο, καθώς μπορεί να βιώνεται, αλλά να μην εκφράζεται ή να εκφράζεται και να μη βιώνεται.<sup>10</sup>

### **Συγχώρηση και συγχωρητικότητα: Τύποι και διαστάσεις**

Γενικά αναγνωρίζονται δύο διαφορετικοί τύποι συγχώρησης. Ο πρώτος αφορά στην απόφαση ελέγχου και τροποποίησης της συμπεριφοράς, συνεπώς κάνουμε λόγο για βουλητική ή συμπεριφορική συγχώρηση (decisional forgiveness), ενώ ο δεύτερος αποτελεί μια πολύπλευρη και απαρτιωμένη συναισθηματική εμπειρία συγχώρησης που αφορά στην τροποποίηση γνωσιών, συναισθημάτων και κινήτρων (emotional forgiveness). Είναι προφανές πως πρόκειται για δύο διαφορετικές διαδικασίες με διαφορετικές συνέπειες.<sup>11</sup>

Η έννοια της συγχωρητικότητας (dispositional, trait forgiveness ή forgivingness) μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια σταθερή και διαχρονική γενική τάση συγχώρησης των άλλων ή του εαυτού, ανεξάρτητη από συγκυρίες και πρόσωπα.<sup>12</sup> Αποτελεί δηλαδή ένα χαρακτηριστικό, ένα στοιχείο της προσωπικότητας, και όχι μια μεμονωμένη και περιστασιακή συνθήκη.

Η σύγχρονη έρευνα αναγνωρίζει αρκετές διαστάσεις της συγχωρητικότητας, οι οποίες πρέπει να

διακρίνονται μεταξύ τους, αφού διαφέρουν και ως προς τις αιτίες και ως προς τα αποτελέσματά τους. Ενδεικτικά αναφέρονται η συγχωρητικότητα προς τους άλλους, απροϋπόθετη ή υπό προϋποθέσεις (συγγνώμη, εγγύηση, αντιστάθμιση, αποζημίωση), η συγχωρητικότητα από τον Θεό, απροϋπόθετη ή μη (αναζήτηση συγχώρησης, μετάνοια, τροποποίηση συμπεριφοράς), η συγχωρητικότητα εαυτού, το αίσθημα συγχώρησης από τους άλλους, η έλλειψη συγχωρητικότητας προς τους άλλους, δηλαδή εκδικητικότητα, πικρία, μνησικακία, κ.λπ. Ως έλλειψη συγχώρησης ή μνησικακία θεωρείται μια δέσμη δυσάρεστων και εκδικητικών συναισθημάτων, γνωσιών, κινήτρων και συμπεριφορών που είναι αλληλένδετα και ανατροφοδοτούμενα. Μπορεί να διακριθεί σε «απλή» μνησικακία (grudge-holding) ή/και αναζήτηση εκδίκησης (vengeful orientation).

Η συγχώρηση αγνώστων ή ξένων είναι θεμελιώδως διαφορετική από τη συγχώρηση αγαπημένων προσώπων. Αν η συγχώρηση αφορά σε κάποιον ξένο τότε συνήθως σχετίζεται με μείωση μνησικακίας, ενώ αν αφορά σε κάποιον οικείο τότε σχετίζεται με εξάλειψη της μνησικακίας και αντικατάσταση των αρνητικών από θετικά συναισθήματα που οδηγούν σε μια απαρτιωμένη συγχωρητική εμπειρία.<sup>12,13</sup>

### **Συγχωρητικότητα και υγεία**

Η συγχωρητικότητα γενικά συσχετίζεται με καλύτερη λειτουργικότητα του καρδιαγγειακού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής, αν και τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με τη μελετώμενη διάσταση της συγχωρητικότητας.<sup>14-16</sup>

Γενικά, η συγχωρητικότητα συσχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία, ευεξία και τη διαπροσωπική λειτουργικότητα<sup>17,18</sup> και αρνητικά με την κατάθλιψη, την αυτοκτονικότητα, τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματισμό και τη χρήση ουσιών.<sup>19-22</sup> Επίσης, συσχετίζεται αρνητικά και με το άγχος, τον θυμό, την εχθρότητα, τον ιδεομυρκασμό και τα αρνητικά συναισθήματα εν γένει.<sup>23-25</sup> Επιπλέον, η συγχωρητικότητα συσχετίζεται αρνητικά με σωματικές αιτίσεις, αϋπνία και κόπωση και θετικά με συμπεριφορές υγείας.<sup>26,27</sup>



Με ποιον τρόπο όμως η συγχώρηση επιδρά στην υγεία; Μια εύλογη υπόθεση αποτελεί η ελάττωση της μνησικακίας, η οποία ως συνδυασμός παρατεταμένων αρνητικών συναισθημάτων (εκδικητικότητα, πικρία, εχθρότητα, θυμός, φόβος) απέναντι στον αδικήσαντα αποτελεί μια αντίδραση stress με δυναμικά αρνητικές συνέπειες στην υγεία, καθώς βασικό χαρακτηριστικό της αποτελούν ιδεομηρυκασμοί σχετιζόμενοι με φθόνο, εκδίκηση, εχθρότητα, πικρία, αγανάκτηση, θυμό, φόβο (μελλοντικής βλάβης) και κατάθλιψη.<sup>28,29</sup> Πρέπει να διακρίνεται από τις συνηθισμένες και περίπου «αντανακλαστικές» και άμεσες συναισθηματικές αντιδράσεις, καθώς αποτελεί συνθήκη παρατεταμένης παγίδευσης σε αρνητικά συναισθήματα που προκαλούν μια κατάσταση υπερεργήγορσης και stress μέσω ιδεομηρυκασμού.

Βέβαια, η μείωση της μνησικακίας και η ανάπτυξη συγχώρησης δεν είναι απαραίτητως ταυτόσημα σε ό, τι αφορά στην υγεία. Η συγχώρηση είναι ένας, όχι ο μοναδικός, τρόπος μείωσης της μνησικακίας.<sup>30</sup> Θεωρητικά ελάττωση της μνησικακίας μπορεί να επέλθει μέσω εκδίκησης, απόδοσης δικαιοσύνης, χαιρεκακίας, παραίτησης, δικαιολόγησης, δικαίωσης, παράβλεψης, στωικότητας ή εναπόθεσης στην κρίση και στην τιμωρία του Θεού.<sup>31</sup>

Υπάρχουν αρκετές μελέτες οι οποίες συνδέουν τη μνησικακία με τη νοσηρότητα. Η μνησικακία μπορεί να προκαλεί διαταραχές ως χρόνια αντίδραση stress όπως ήδη αναφέρθηκε.<sup>29</sup> Οι επιπτώσεις του χρόνιου stress και η συσσωρευτική φθορά του οργανισμού λόγω παρατεταμένης και μη επωφελούς χρήσης (αλλοστατικό φορτίο) έχουν παρατηρηθεί σε διάφορους πληθυσμούς π.χ. μετά από τραύμα.<sup>32</sup> Εφόσον η μνησικακία κατανοηθεί ως χρόνια κατάσταση stress και αρνητικών συναισθημάτων μέσω ιδεομηρυκασμού, τότε θα μπορούσε να έχει παρόμοια επιβαρυντική δράση.<sup>33</sup> Πράγματι, έχειδειχθεί ότι η μνησικακία προκαλεί έντονα αρνητικά συναισθήματα καθώς και αντιδράσεις stress τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα.<sup>15,34</sup> Βέβαια, πολλά μένουν να διευκρινιστούν σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της μνησικακίας (π.χ. εύρος, συχνότητα, διάρκεια, ένταση κ.λπ.) και εκτός εργαστηριακών συνθηκών, ώστε να αναγνωριστεί ως κοινά αποδεκτός ψυχοπαιστικός παράγοντας.<sup>31</sup> Έτσι κι αλλιώς όμως, η μνη-

σικακία αποτελεί μια εμπειρία συναισθημάτων τα οποία συνδέονται με επιβαρυντικούς παράγοντες για την υγεία (health risks). Πυρηνικά χαρακτηριστικά της μνησικακίας (θυμός, εχθρότητα, φόβος) έχουν συσχετιστεί με αυξημένη νοσηρότητα.<sup>35,36</sup> Αν και η βιβλιογραφία παρέχει αρκετά αντικρουόμενα στοιχεία, καθώς ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας μπορεί να διαμεσολαβούν, όμως και εδώ ο ιδεομηρυκασμός φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας.<sup>37</sup>

Από την άλλη πλευρά, συγκεκριμένες συμπεριφορές σχετιζόμενες με τη μνησικακία μπορεί να προκαλούν διαταραχές. Η εκδικητικότητα, ο θυμός και το μίσος μπορεί να οδηγήσουν σε βιαιοπραγία ή αναζήτηση αντιποίνων. Γενικά, η εμπλοκή σε βίαιες ενέργειες οδηγεί σε πτωχότερη υγεία, κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα. Επίσης, η μνησικακία μπορεί να προκαλέσει αποφευκτικότητα, χρήση ουσιών και, άμεσα ή έμμεσα, κοινωνική απομόνωση η οποία αποτελεί έναν ευρέως παραδεκτό επιβαρυντικό παράγοντα.<sup>38</sup>

Βέβαια, η θετική επίδραση της συγχώρησης επί της υγείας δεν φαίνεται να εξαντλείται στην ελάττωση της μνησικακίας, αλλά μπορεί να συμβαίνει και ευθέως, μέσω της επίδρασης των θετικών συναισθημάτων στη φυσιολογία, ιδιαίτερα του ανοσοποιητικού. Συγκεκριμένα, τα θετικά συναισθήματα, δηλαδή η ευτυχία, η χαρά, ο ενθουσιασμός, η ικανοποίηση, η πληρότητα, που αντανακλούν ένα ορισμένο επίπεδο ευχάριστης εμπλοκής με το περιβάλλον, ενισχύουν τη λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού π.χ. μέσω της εκκριτικής ανοσοσφαιρίνης Α.<sup>39,40</sup>

Υπάρχει σαφής συσχέτιση των θετικών συναισθημάτων της συγχωρητικότητας με μειωμένη αρτηριακή πίεση και μειωμένη ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος.<sup>34,41</sup> Τα αποτελέσματα αυτά αφορούν βέβαια σε παροδικές φυσιολογικές αντιδράσεις, ενώ λιγότερα είναι γνωστά για τη σχέση των θετικών συναισθημάτων και της υγείας καθαυτής, δηλαδή για τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις των θετικών συναισθημάτων. Ορισμένες εργασίες δείχνουν μια ευνοϊκή προοπτική συσχέτιση με την έκβαση νόσων και τη θνητότητα, αν και πολλά μένει να διευκρινιστούν.<sup>42</sup>

Τα θετικά συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν την υγεία με ποικίλους τρόπους. Ενδεικτικά αναφέρονται οι συμπεριφορές υγείας, όπως η ποιότητα του ύπνου, η σωματική άσκηση και οι διαιτητικές συνήθειες που έχουν συσχετισθεί με χαμηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα και με καλύτερη λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού και του καρδιαγγειακού συστήματος. Επίσης, τα θετικά συναισθήματα ευοδώνουν τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική θεραπεία, με τις αυτονόητες συνέπειες της ταχύτερης αποθεραπείας.<sup>43</sup> Ένας άλλος τρόπος θα μπορούσε να είναι η ελάττωση της αυτονομικής αντιδραστικότητας με τη συνακόλουθη μείωση της καρδιακής συχνότητας, της αρτηριακής πίεσης και των επιπέδων των κατεχολαμινών καθώς και η ρύθμιση του υποθαλαμοϋποφυσιακού άξονα (άμεσα ή μέσω ωκυτοκίνης) και η αύξηση της ωκυτοκίνης και της αυξητικής ορμόνης.<sup>44</sup> Τα θετικά συναισθήματα επιδρούν και στο σύστημα ενδογενών οπιοειδών, είτε μέσω συμπεριφορών είτε μέσω της γενικότερης συναισθηματικής ενεργοποίησης.<sup>45</sup> Τα ενδογενή οπιοειδή επιδρούν στην υγεία εξισορροπώντας την αυτονομική και ενδοκρινική δραστηριότητα ή τροποποιώντας τη λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού.<sup>43,46</sup>

Επιπλέον, τα θετικά συναισθήματα μπορεί να συσχετίζονται ευθέως με την ενίσχυση του ανοσοποιητικού, αν και η ακριβής φύση αυτής της συσχέτισης δεν είναι γνωστή.<sup>43,47</sup> Επίσης, φαίνεται ότι αυξάνουν την αντοχή σε ψυχοπαιεστικά γεγονότα<sup>48</sup> καθώς και ότι προάγουν την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών,<sup>49</sup> γεγονός που θεωρείται εξαιρετικά σημαντικό στη συσχέτιση θετικών συναισθημάτων και υγείας αφού είναι γνωστή η σχέση κοινωνικής απομόνωσης και νοσηρότητας ή θνητότητας.<sup>50</sup> Συνεπώς, τα θετικά συναισθήματα μπορεί να προκαλούν κινητοποίηση των ψυχολογικών εφεδρειών, κινητοποίηση συμπεριφορών υγείας και ανάπτυξη και διατήρηση του κοινωνικού-ποστηρικτικού δικτύου.<sup>48</sup>

Βέβαια, κάθε απόπειρα διερεύνησης της σχέσης συγχωρητικότητας και υγείας θα πρέπει να μην παραθεωρεί τη διαστατική φύση της έννοιας της συγχώρησης και την ουσιαστική διάκριση μεταξύ των διαφορετικών διαστάσεων. Για παράδειγμα, η συγχώρηση εαυτού φαίνεται να κινητοποιεί διαφορετικές ψυχολογικές διαδικασίες από τη συγχώρηση

προς τους άλλους.<sup>51</sup> Έτσι κι αλλιώς, η συγχώρηση εαυτού σχετίζεται με το να είναι κάποιος ο θύτης και όχι το θύμα, άρα με τη διάπραξη κάποιου σφάλματος ή αδικίας, συνεπώς με τη διαχείριση της αυτομομφικότητας, της αυτοκαταδίκης, της ενοχής και της ντροπής που ενδέχεται να οδηγήσουν σε χρόνιο stress. Η αυτομομφικότητα μπορεί να οδηγήσει σε αποθάρρυνση, άγχος και κατάθλιψη με σχετικά πιο άμεσες και εμφανείς αρνητικές συνέπειες στην υγεία σε σχέση με τη συγχώρηση προς τους άλλους, η οποία ίσως να επιδρά στην υγεία κυρίως μέσω της ελάττωσης του stress της μνησικακίας.<sup>12</sup> Σε μια πολύ ενδιαφέρουσα προοπτική μελέτη της σχέσης συγχωρητικότητας και κατάθλιψης, βρέθηκε ότι τόσο η συγχωρητικότητα εαυτού όσο και η συγχωρητικότητα προς τους άλλους αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς προστατευτικούς παράγοντες για την κατάθλιψη. Φαίνεται όμως ότι ενώ η συγχωρητικότητα εαυτού ασκεί την προστατευτική της δράση άμεσα, η συγχωρητικότητα προς τους άλλους ενδέχεται να προστατεύει από την κατάθλιψη «μεταφέροντας» τα ευεργετικά αποτελέσματα άλλων μεταβλητών, όπως π.χ. η θρησκευτικότητα.<sup>52</sup>

Επιπλέον, θα πρέπει να μην παραθεωρείται η διάκριση μεταξύ συμπεριφορικής και συναισθηματικής συγχώρησης. Η συμπεριφορική συγχώρηση μειώνει την εχθρότητα, αλλά δεν μειώνει αναγκαστικά το stress. Σχετίζεται με συμφιλιοτικές διαδικασίες και, μέσω της βελτίωσης των σχέσεων, έμμεσα με την υγεία. Η συναισθηματική συγχώρηση σχετίζεται άμεσα με την υγεία λόγω της εξάλειψης αρνητικών συναισθημάτων και αντιδράσεων stress και της καλλιέργειας θετικών συναισθημάτων.<sup>11</sup>

Συνοψίζοντας, η θετική σχέση μεταξύ συγχωρητικότητας και ψυχικής υγείας θα μπορούσε να διαμεσολαβείται με άμεσους και έμμεσους μηχανισμούς. Ένας άμεσος τρόπος θα μπορούσε να είναι η αποφυγή ιδεομηρυκασμών που ευοδώνουν αρνητικά συναισθήματα όπως η μνησικακία, το μίσος, ο θυμός, το άγχος και ο φόβος και η αντικατάστασή τους από θετικά συναισθήματα, όπως η ευτυχία, η χαρά, ο ενθουσιασμός, η ικανοποίηση και η πληρότητα. Σε έναν έμμεσο μηχανισμό θα μπορούσαν να εμπλέκονται διάφορες συμπεριφορές υγείας, η διαπροσωπική λειτουργικότητα και το κοινωνικό

υποστηρικτικό δίκτυο (συμπεριλαμβανομένης της σταθερότητας του γάμου) που αποτελούν καθολικά αποδεκτούς παράγοντες προαγωγής ψυχικής υγείας.<sup>53,54</sup>

Σε μια πρόσφατη έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό φάνηκε ότι η έλλειψη συγχωρητικότητας αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα, η συγχωρητικότητα οδηγεί σε μικρότερη αίσθηση ανεπάρκειας και κατωτερότητας, κατάθλιψη, καχυποψία, εγωκεντρικότητα, απομόνωση και ψυχολογικής δυσφορίας, καθώς και σε καλύτερη αξιολόγηση του περιβάλλοντος.<sup>55</sup> Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με έναν διαρκώς αυξανόμενο αριθμό μελετών που υποστηρίζουν την ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ συγχωρητικότητας και χαμηλού βαθμού ψυχολογικής δυσφορίας, καθώς και ικανοποιητικότερου θεραπευτικού αποτελέσματος.<sup>17,56</sup> Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η συσχέτιση της συγχωρητικότητας με την καλύτερη αξιολόγηση του περιβάλλοντος. Φαίνεται ότι η συγχωρητικότητα, πέραν της αδιαμφισβήτητης επίδρασής της στην ποιότητα και σταθερότητα των διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, ίσως να έχει παρόμοιο ρόλο και σε ό,τι αφορά στη «σχέση» του ανθρώπου με το περιβάλλον του, τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τις δυνατότητες του περίγυρου, αλλά και τους παρεχόμενους πόρους. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως κάθε σχέση αποτελεί, σε τελική ανάλυση, σχέση μεταξύ ανθρώπων και η συγχωρητικότητα, με την ανεκτικότητα και την εμπιστοσύνη που προωθεί, φαίνεται να βοηθά στην εναρμόνιση του ανθρώπου σε δεδομένο περιβάλλον.<sup>55</sup>

### **Συγχωρητικότητα και ψυχοθεραπεία**

Η συγχώρηση μπορεί να επιφέρει σημαντικό όφελος στο άτομο, ανεξάρτητα από το σύστημα πεποιθήσεων που οδηγούν σε αυτήν, θρησκευτικές, πνευματικές, φιλοσοφικές ή άλλες.<sup>57</sup> Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις συνήθως προκρίνουν τη συγχωρητικότητα ως αρετή που μπορεί, αφενός να προσφέρει ανακούφιση στην έντονη ψυχική δυσφορία, αφετέρου να διευκολύνει τη διατήρηση των σχέσεων και έτσι να προαγάγει έναν αποτελεσματικό τρόπο διαχείρισης των ψυχοπιεστικών γεγονότων ο οποίος να υπερνικά «δυναμικές», άμεσες, συναι-

σθηματικές αντιδράσεις. Έτσι κι αλλιώς ορισμένες πλευρές της θρησκευτικότητας φαίνεται πως αποτελούν σημαντικούς παράγοντες προαγωγής ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της συγχωρητικότητας.<sup>58</sup> Θρησκευόμενοι θεραπευόμενοι μπορεί να χρησιμοποιούν τέτοιες στρατηγικές διαχείρισης, οι οποίες να υπερβαίνουν τις ψυχολογικές θεωρίες των θεραπευτών τους.<sup>57</sup> Στην πλέον πρόσφατη ανασκόπηση, μεταξύ 40 μελετών που εξέτασαν τη σχέση θρησκευτικότητας και συγχωρητικότητας, οι 34 (85%) ανέφεραν θετική συσχέτιση και καμία αρνητική, ενώ στις μεθοδολογικά αρτιότερες το ποσοστό ήταν 70%.<sup>59</sup>

Παρεμβάσεις με άξονα τη συγχωρητικότητα έχουν χρησιμοποιηθεί ανεξάρτητα, ως προσπάθειες ενίσχυσης μιας ιδιότητας που προάγει την υγεία και ευεξία, αλλά και σε καρδιοπαθείς, ασθενείς με καρκίνο, χρόνιο πόνο, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις,<sup>60,61</sup> είτε αυτόνομα είτε στο πλαίσιο απαρτίωσης θρησκευτικών και πνευματικών κατηγοριών εντός της ψυχοθεραπείας.<sup>62-64</sup> Οι παρεμβάσεις αυτές, παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, περιλαμβάνουν την ανάκληση της αδικίας-προσβολής και την ελεύθερη έκφραση της μνησικακίας και των αρνητικών συναισθημάτων εν γένει. Το επόμενο βήμα αποσκοπεί στην οικοδόμηση ενσυναίσθησης και στην αναγνώριση των οικείων σφαλμάτων, με σκοπό βέβαια την υπέρβαση της μνησικακίας και τη δέσμευση στη συγχώρηση.<sup>65</sup>

Είναι αυτονόητο ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με άξονα τη συγχωρητικότητα θα αναφέρονται προφανώς και στην ενοχή. Η ενοχή, ήδη από την εποχή της ψυχανάλυσης, έλαβε έναν απόλυτα αρνητικό χαρακτήρα, ίσως επειδή σχετίζεται στενά με την έννοια της αμαρτίας, την οποία έχουν υιοθετήσει οι θρησκείες για να περιγράψουν τη μη συμμόρφωση με τους θρησκευτικούς κανόνες, αλλά και την εν γένει κοινή θεώρηση περί καλού και κακού. Ο Ellis θα θεωρήσει την έννοια της αμαρτίας ως την άμεση και έμμεση αιτία όλων των νευρωσικών διαταραχών,<sup>66</sup> ενώ πολλοί ψυχίατροι θεωρούν την ενοχή ως μια δυσπροσαρμοστική συναισθηματική ή γνωσιακή κατάσταση.<sup>67</sup>

Μπορούν να αναγνωρισθούν τουλάχιστον τρεις τύποι ενοχών: ενοχή λόγω διαπροσωπικής πρό-

κλήσης βλάβης, ενοχή λόγω παραβίασης κανόνων και ενοχή λόγω αποτυχίας ελέγχου του εαυτού. Ο πρώτος τύπος ενοχής σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα ενσυναίσθησης ή «συναισθαντικής κατανόησης» των άλλων και αποτελεί προαπαιτούμενο για την ομαλή κοινωνική συμβίωση, οπότε μόνο ως δυσπροσαρμοστική διεργασία δεν μπορεί να θεωρηθεί. Αντίθετα, η ενοχή που αφορά στην παραβίαση κανόνων και στην αποτυχία ελέγχου του εαυτού, που φαίνεται να είναι αποτέλεσμα αυστηρής ανατροφής, μπορεί να προδιαθέτουν προς ορισμένες μορφές ψυχοπαθολογίας.<sup>68</sup>

Σε αντίθεση με την προαναφερθείσα θεώρηση της ενοχής ως απόλυτα δυσπροσαρμοστικής κατάστασης, σύγχρονες προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι δεν σχετίζεται απαραίτητα με νευρωτικά συμπτώματα, εφόσον όμως συνδέεται με τις έννοιες της «έγνοιας» για τον πλησίον –και κατά συνέπεια με την ικανότητα ενσυναίσθησης –αλλά και τη συγχωρητικότητα.<sup>69,70</sup> Αντίθετα, η ενοχή μπορεί να έχει δυσπροσαρμοστικό χαρακτήρα όταν σχετίζεται με την αναμονή καταδίκης και την πεποίθηση περί μη αναστρεψιμότητας, θέματα που μπορεί να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας σε ένα ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο με άξονα τη συγχωρητικότητα και μάλιστα τη συγχωρητικότητα προς τον εαυτό.

## Επίλογος

Δεν χωράει αμφιβολία ότι η σχέση συγχωρητικότητας και υγείας αποτελεί ένα ενδιαφέρον και γοργά αναπτυσσόμενο πεδίο έρευνας. Πολλά σημεία βέβαια πρέπει να διευκρινιστούν και οι πιθανοί μεσο-λαβητικοί παράγοντες πρέπει να ελεγχθούν. Επίσης, ο τρόπος ορισμού της συγχωρητικότητας είναι πολύ σημαντικός για τον σχεδιασμό της έρευνας και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Διάφορα είδη διακρίσεων, όπως η διάκριση μεταξύ μείωσης της μνησικακίας και ευόδωσης της συγχώρησης, μεταξύ των διαφόρων διαστάσεων της συγχωρητικότητας, μεταξύ της συγχώρησης και της συγχωρητικότητας, μεταξύ συμπεριφορικής και συναισθηματικής συγχώρησης κ.λπ. πρέπει να αναδειχθούν.

Σε κάθε περίπτωση όμως, φαίνεται ότι: (α) η μνησικακία προκαλεί stress, (β) η συγχωρητικότητα αποτελεί έναν τρόπο –όχι τον μοναδικό– μείωσης της

μνησικακίας και (γ) η συγχωρητικότητα ως μηχανισμός αντιμετώπισης (coping strategy) συσχετίζεται με την υγεία. Προτείνονται αρκετοί άμεσοι και έμμεσοι μηχανισμοί για την ανωτέρω συσχέτιση. Άμεσοι τρόποι θα μπορούσαν να είναι η μείωση της μνησικακίας με τη συνακόλουθη αποφυγή ιδεομηρυκασμών που ευοδώνουν αρνητικά συναισθήματα και η αντικατάστασή τους από θετικά συναισθήματα, καθώς και η επίδραση της συγχωρητικότητας στη λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού (τόσο σε κυτταρικό, όσο και σε νευροενδοκρινικό επίπεδο) και του καρδιαγγειακού συστήματος. Έμμεσοι μηχανισμοί θα μπορούσαν να είναι η ενίσχυση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, διάφορες συμπεριφορές υγείας και η διαπροσωπική λειτουργικότητα που αποτελούν καθολικά αποδεκτούς παράγοντες προαγωγής ψυχικής υγείας.

Εξαιτίας των θετικών επιδράσεων της συγχώρησης στην υγεία, έχουν προταθεί και εφαρμοστεί αρκετοί τύποι παρεμβάσεων με άξονα τη συγχωρητικότητα, είτε ανεξάρτητα είτε εντός του εννοιολογικού πλαισίου συγκεκριμένων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν ως στόχο την έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων, την απελευθέρωση του υποκειμένου από τον φαύλο κύκλο του ιδεομηρυκασμού και του stress και την υπέρβαση της μνησικακίας κατά τρόπο θετικό. Τέτοιες παρεμβάσεις έχουν χρησιμοποιηθεί αυτόνομα, στο πλαίσιο κινητοποίησης και καλλιέργειας μιας ιδιότητας που προάγει την υγεία γενικά και την ψυχική υγεία και ευεξία ειδικότερα, αλλά και σε ασθενείς με χρόνιες νόσους με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Η μεγαλοψυχία, η τάση άρσης πάνω από τις περιστασιακές μικροπρέπειες του καθημερινού βίου, η ευρύτητα στη θεώρηση των πραγμάτων και η υπερβατικότητα προκρίνονται από την πλειονότητα των φιλοσοφικών συστημάτων, το ανθρωπιστικό ιδεώδες, καθώς και από τις περισσότερες θρησκείες. Όλα μπορεί να οδηγούν στη συγχωρητικότητα από διαφορετικά, αλλά εξίσου ενδιαφέροντα, μονοπάτια. Γεγονός πάντως παραμένει ότι η συγχωρητικότητα ως αρετή, καταφάσκοντας τον ίδιο τον άνθρωπο, μπορεί να διευκολύνει ή ακόμα και να απαλύνει την τραγικότητα της ανθρώπινης συνθήκης.



# The relationship between forgivingness, mental health and psychotherapy

K.T. Kioulos,<sup>1</sup> Z.H. Alexandri,<sup>2</sup>  
A.T. Kioulou,<sup>3</sup> I.D. Bergiannaki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*1st Department of Psychiatry, University of Athens Medical School, Eginition Hospital,*

<sup>2</sup>*Hellenic Organisation of Psychotherapy and Education in Group Analysis,*

<sup>3</sup>*"Spiliopoulio" General Hospital,*

<sup>4</sup>*University Mental Health Research Institute, Athens, Greece*

Psychiatriki 2017, 28:349–359

Forgivingness occupies a prominent place in religions as well as in various philosophical systems of ethics and can be defined as the free, personal distancing from feelings of rage and resentment toward a person or persons having committed an injustice. The main psychological function of forgiveness consists in allowing for the replacement of negative emotions by positive ones, such as generosity, goodness, compassion, empathy, or even love toward the offender. It must be emphasized that forgiveness is independent from reconciliation, and it is not simply a form of tolerance, justification, oblivion, underestimation, denial or amnesty. Intrapsychic processes are sufficient and necessary for the genesis of forgiveness, although it is likely that these are also influenced by complex interpersonal events. Current research identifies various dimensions of forgiveness, which must be distinguished from each other, as they differ both on the level of causes, as well as on that of effects. The observation that forgiveness has a positive effect on mental health is not new, it is, however, only recently that comprehensive theories have been constructed and scientific research has been developed regarding the relationship between forgiveness and psychopathology. Over the recent years, there has been an increasing number of studies affirming the beneficial effects of forgiveness on a broad spectrum of aspects of mental health and well-being, despite the lack of complete clarification of underlying mechanisms. The positive connection between forgiveness and mental health could be mediated through direct or indirect mechanisms interacting not only on a biological level, but also in the psychological and social realm of human existence. One direct way could be the avoidance of ruminative thoughts reinforcing and maintaining negative emotions such as resentment, hatred, anger, anxiety and fear. Moreover, forgiveness cultivates empathy and promotes altruistic forms of behavior, facilitating the preservation of relationships and protecting from prolonged distress. An indirect mechanism could involve various forms of health behavior, interpersonal functionality and social supportive networks, factors universally accepted as contributing to mental health. Owing to the positive influence of forgiveness on health issues, various modes of intervention have been proposed and implemented using forgiveness either independently or from within the conceptual framework of specific psychotherapeutic methods. The aim of these interventions is to express negative emotions, to liberate the subject from the vicious circle of rumination, and to overcome resentment in a positive way. Thus, there is an obvious need to further promote forgivingness as a subject of psychological and psychiatric research, and to foreground findings and possible clinical psychotherapeutic applications.

**Key words:** Forgivingness, forgiveness, mental health, psychotherapy.



## Βιβλιογραφία

1. Άριστοτέλης, Ἡθικά Νικομάχεια Δ, 1125α4–5, 1126α, 2–3
2. Liddel H, Scott R. Μέγα λεξικόν της Ελληνικής γλώσσης, μετ. Μόσχου Ξ, Σιδέρης Ι, Αθήνα, 2001, 4:162
3. Enright RD, Freedman S, Rique J. The psychology of interpersonal forgiveness. In: Enright RD, North J (eds) *Exploring forgiveness*. University of Wisconsin Press, Wisconsin, 1998:46–62
4. Weiner B, Graham S, Peter O, Zmuidinas M. Public confession and forgiveness. *J Pers* 1991, 59:281–312, doi: 10.1111/j.1467-6494.1991.tb00777.x
5. McCullough ME, Rachal KC, Sandage SJ, Worthington EL Jr, Brown SW, Hight TL. Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *J Pers Soc Psychol* 1998, 75:1586–1603, PMID: 9914668
6. Macaskill A, Maltby J, Day L. Forgiveness of self and others and emotional empathy. *J Soc Psychol* 2002, 142:663–665, doi: 10.1080/00224540209603925
7. Witvliet CVO, McCullough ME. Forgiveness and health: A review and theoretical exploration of emotion pathways. In: Post SG (ed) *Altruism and health: Perspectives from empirical research*. Oxford University Press, Oxford, 2007:259–276
8. Rusbult CE, Verette J, Whitney GA, Slovik LF, Lipkus I. Accommodation Processes in Close Relationships: Theory and Preliminary Empirical Evidence. *J Pers Soc Psychol* 1991, 6U:53–78, doi: 10.1037/0022-3514.60.1.53
9. Exline JJ, Worthington EL Jr, Hill P, McCullough ME. Forgiveness and justice: A research agenda for social and personality psychology. *Pers Soc Psychol Rev* 2003, 7:337–348, doi:10.1207/S15327957PSPR0704\_06
10. Baumeister RF, Exline JJ, Sommer KL. The victim role, grudge theory, and two dimensions of forgiveness. In: Worthington EL Jr (ed) *Dimensions of forgiveness*. Templeton, Philadelphia, 1998:79–104
11. Worthington EL Jr. More questions about forgiveness: Research agenda for 2005–2015. In: Worthington EL Jr. (ed) *Handbook of forgiveness*. Brunner-Routledge, New York, 2005:557–574
12. Worthington EL Jr, Witvliet CVO, Pietrini P, Miller AJ. Forgiveness, Health, and Well-Being: A Review of Evidence for Emotional Versus Decisional Forgiveness, Dispositional Forgiveness, and Reduced Unforgiveness. *J Behav Med* 2007, 30:291–302, doi: 10.1007/s10865-007-9105-8
13. Worthington EL Jr. *Forgiveness and reconciliation: Theory and application*. Brunner-Routledge, New York, 2006
14. Whited MC, Wheat AL, Larkin KT. The influence of forgiveness and apology on cardiovascular reactivity and recovery in response to mental stress. *J Behav Med* 2010, 33:293–304, doi: 10.1007/s10865-010-9259-7
15. Seybold KS, Hill PC, Neumann JK, Chi DS. Physiological and psychological correlates of forgiveness. *J Psychol Christ* 2001, 20:250–259, doi: 10.1007/s12529-008-9016-2
16. Toussaint L, Owen AD, Cheadle A. Forgive to Live: Forgiveness, Health, and Longevity. *J Behav Med* 2012, 35:375–386, doi: 10.1007/s10865-011-9362-4
17. Ryan RB, Kumar VK. Willingness to forgive: Relationships with mood, anxiety and severity of symptoms. *Ment Health Relig Cult* 2005, 8:13–16, doi: 10.1080/13674670410001666543
18. Bono G, McCullough ME, Root LM. Forgiveness, feeling connected to others, and well-being: Two longitudinal studies. *Pers Soc Psychol B* 2008, 34:182–195, doi: 10.1177=0146167207310025
19. Toussaint L, Williams DR, Musick MA, Everson-Rose SA. The association of forgiveness and 12-month prevalence of major depressive episode: Gender differences in a probability sample of U.S. adults. *Ment Health Relig Cult* 2008, 11:485–500, doi: 10.1080/13674670701564989
20. Hirsch JK, Webb JR, Jeglic EL. Forgiveness, depression, and suicidal behavior among a diverse sample of college students. *J Clin Psychol* 2011, 67:896–906, doi: 10.1002/jclp.20812
21. Toussaint L, Webb JR. Theoretical and empirical connections between forgiveness, mental health, and well-being. In: Worthington EL Jr (ed) *Handbook of forgiveness*. Brunner-Routledge, New York, 2005:349–362
22. Webb JR, Hirsch JK, Toussaint L. Forgiveness and alcohol problems: A review of the literature and a call for intervention-based research. *Alcohol Treat Q* 2011, 29:245–273, doi: 10.1080=07347324.2011.585922
23. Hernandez DH, Larkin KT, Whited MC. Cardiovascular response to interpersonal provocation and mental arithmetic among high and low hostile young adult males. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2009, 34:27–35, doi: 10.1007/s10484-009-9076-3
24. McCullough ME, Bono G, Root LM. Rumination, emotion, and forgiveness: Three longitudinal studies. *J Pers Soc Psychol* 2007, 92:490–505, doi: 10.1037/0022-3514.92.3.490
25. Lawler KA, Younger JW, Piferi RL, Jobe RL, Edmondson KA, Jones WH. The unique effects of forgiveness on health: An exploration of pathways. *J Behav Med* 2005, 28:157–167, doi: 10.1007/s10865-005-3665-2
26. Lawler-Row KA. Forgiveness as a mediator of the religiosity–health relationship. *Psycholog Relig Spiritual* 2010, 2:1–16, doi: 10.1037/a0017584
27. Webb JR, Toussaint L, Kalpakjian CZ, Tate DG. Forgiveness and health-related outcomes among people with spinal cord injury. *Disabil Rehabil* 2010, 32:360–366, doi: 10.3109=09638280903166360
28. Worthington EL Jr, Wade NG. The psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *J Soc Clin Psychol* 1999, 18:385–418, doi: 10.1521/jscp.1999.18.4.385
29. Worthington EL Jr, Scherer M. Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychol Health* 2004, 19:385–405, doi: 10.1080/0887044042000196674
30. Worthington EL Jr. Unforgiveness, forgiveness, and reconciliation in societies. In: Helmick RG, Petersen RL (eds)

- Forgiveness and reconciliation: Religion, public policy, and conflict transformation. *Templeton Foundation Press*, Philadelphia, 2001:161–182
31. Harris AH, Thoresen CE. Forgiveness, unforgiveness, health, and disease. In: Worthington EL Jr (ed) *Handbook of forgiveness*. Brunner-Routledge, New York, 2005:321–334
  32. Schnurr PP, Green BL (eds). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington DC, American Psychological Association, 2004
  33. Thoresen CE, Harris AHS, Luskin F. Forgiveness and health: An unanswered question. In: McCullough ME, Pargament KI (eds) *Forgiveness: Theory, research, and practice*. Guilford Press, New York, 2000:254–280
  34. Witvliet CVO, Ludwig TE, Vander Laan KL. Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychol Sci* 2001, 12:117–123, doi:10.1111/1467-9280.00320
  35. Smith TW. Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychol* 1992, 11:139–150, PMID:1618168
  36. Julkunen J, Salonen R, Kaplan GA, Chesney MA. Hostility and the progression of carotid atherosclerosis. *Psychosom Med* 1994, 56:519–525, PMID: 7871107
  37. Hogan BE, Linden W. Anger response styles and blood pressure: At least don't ruminate about it! *Ann Behav Med* 2004, 27:38–49, doi: 10.1207/s15324796abm2701\_6
  38. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health. In S. Cohen, LG Underwood, BH Gottlieb (eds) *Social support measurement and intervention*. Oxford University Press, New York, 2000:3–28
  39. Labott SM, Ahleman S, Wolever ME, Martin RB. The physiological and psychological effects of the expression and inhibition of emotion. *Behav Med* 1990, 16:182–189, doi: 10.1080/08964289.1990.9934608
  40. Futterman AD, Kemeny ME, Shapiro D, Fahey JL. Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood. *Psychosom Med* 1994, 56:499–511, PMID: 7871105
  41. Lawler KA, Younger JW, Piferi RL, Billington E, Jobe R, Edmondson K, Jones WH. A change of heart: Cardiovascular correlates of forgiveness in response to interpersonal conflict. *J Behav Med* 2003, 26:373–393, PMID: 14593849
  42. Moskowitz JT. Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosom Med* 2003, 65:620–626, PMID: 12883113
  43. Pressman SD, Cohen S. Does Positive Affect Influence Health? *Psychol B* 2005, 131:925–971, doi: 10.1037/0033-2909.131.6.925
  44. Turner RA, Altemus M, Yip DN, Kupferman E, Fletcher D, Bostrom A et al. Effects of emotion on oxytocin, prolactin, and ACTH in women. *Stress* 2002, 5:269–276, doi: 10.1080/1025389021000037586
  45. Martin RA. Is laughter the best medicine? Humor, laughter, and physical health. *Curr Dir Psychol Sci* 2002, 11:216–220, PMID: 11439709
  46. Valentino RJ, Van Bockstaele E. Endogenous Opioids: The Downside of Opposing Stress. *Neurobiol Stress* 2015, 1:23–32, doi: 10.1016/j.ynstr.2014.09.006
  47. Bennett MP, Zeller JM, Rosenberg L, McCann J. The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Altern Ther Health Med* 2003, 9:38–45, PMID: 12652882
  48. Salovey P, Rothman AJ, Detweiler JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *Am Psychol* 2000, 55:110–121, PMID: 11392855
  49. Diener E, Seligman ME. Very happy people. *Psychol Sci* 2002, 13:81–84, doi: 10.1111/1467-9280.00415
  50. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol* 2004, 59:676–684, doi: 10.1037/0003-066X.59.8.676
  51. Hall JH, Fincham FD. Self-forgiveness: The stepchild of forgiveness research. *J Soc Clin Psychol* 2005, 24:621–637, doi: 10.1521/jscp.2005.24.5.621
  52. Toussaint LL, Marschall JC, Williams DR. Prospective associations between religiousness/spirituality and depression and mediating effects of forgiveness in a nationally representative sample of United States adults. *Depress Res Treat* 2012, Article ID 267820, 10 pages doi:10.1155/2012/2678
  53. Worthington EL Jr, Berry JW, Parrott L. Unforgiveness, forgiveness, religion and health. In: Plante TG, Sherman AC (eds) *Faith and health: psychological perspectives*. Guilford Press, New York, 2001:107–138
  54. Temshok L, Wald RL. Forgiveness and health in persons living with HIV/AIDS. In: Worthington EL Jr (ed) *Handbook of forgiveness*. New York, Brunner-Routledge, 2005:335–348
  55. Κιούλος ΚΘ. Αλληλεπίδραση της θρησκευτικότητας με παράμετρους ψυχικής υγείας. Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2014
  56. Unterrainer HF, Schoeggel H, Fink A, Neuper C, Kapfhammer HP. Soul darkness? Dimensions of religious/spiritual well-being among mood-disordered inpatients compared to healthy controls. *Psychopathology* 2012, 45:310–316, doi: 10.1159/000336050
  57. Carone DA Jr, Barone DF. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clin Psychol Rev* 2001, 21:989–1003, PMID: 11584519
  58. Κιούλος ΚΘ, Μπεργιαννάκη ΙΔ. Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και κατάθλιψη. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 2014, 31:263–271
  59. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012: Article ID 278730, 33 pages doi:10.5402/2012/278730
  60. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005, 116:311–321, doi: 10.1016/j.pain.2005.05.008
  61. Gisi TM, D'Amato C. What factors should be considered in rehabilitation: Are anger, social desirability, and forgiveness related in adults with traumatic brain injuries? *Int J Neurosci* 2000, 105:121–133, PMID: 11069052
  62. Wade NG, Worthington EL, Meyer JE. But do they work? A meta-analysis of group interventions to promote forgiveness.

- In: Worthington EL Jr (ed) *Handbook of forgiveness*. Brunner-Routledge, New York, 2005:423–439
63. Lundahl BW, Taylor MJ, Stevenson R, Roberts KD. Process-based forgiveness interventions: a meta-analytic review. *Res Soc Work Pract* 2008, 18:465–478, doi: 10.1177/1049731507313979
64. Κιούλος ΚΘ. Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και ψυχοθεραπεία. *Ψυχιατρική* 2010, 21:240–246, PMID: 21914622
65. Ellis A. Psychotherapy and atheistic values. *J Consult Clin Psychol* 1980, 48:635–639, PMID: 7410662
66. Wade NG, Worthington EL. In search of a common core: a content analysis of interventions to promote forgiveness *Psychother Theory Research Pract Train* 2005, 42:160–177, doi: 10.1037/0033-3204.42.2.160
67. Abrahamson LY, Alloy LB, Metalsky GI. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychol Rev* 1989, 96:358–372, doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358
68. Klass ET. Situational approach to assessment of guilt: development and validation of a self-report measure. *J Psychopathol Behav Assess* 1987, 9:35–48, doi: 10.1007/BF00961630
69. Neeleman J, Persaud R. Why do psychiatrists neglect religion? *Br J Med Psychol* 1995, 68:169–178, doi: 10.1111/j.2044-8341.1995.tb01823.x
70. Etxebarria I, Apodaca P. Both Freud and Hoffman are right: anxious-aggressive and empathic dimensions of guilt. *Span J Psychol* 2008, 11:159–171, PMID: 18630657

---

Αλληλογραφία: Κ.Θ. Κιούλος, Αιγινήτου 14, 115 28 Αθήνα  
Τηλ.: 210-72 31 989  
e-mail: kkioulos@med.uoa.gr

## Γενικό άρθρο General article

### Υπερρεαλισμός και τρέλα

Κ. Φλωρά

*Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου, Κύπρος,  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

Ψυχιατρική 2017, 28:360–366

Στο παρόν άρθρο γίνεται προσπάθεια ανάδειξης της προσέγγισης της τρέλας από τον υπερρεαλισμό, όπως αποτυπώνεται αυτή στην πορεία του υπερρεαλιστικού κινήματος. Υπό το πρίσμα μιας διεύρυνσης της έννοιας της ψυχικής ασθένειας και του βιώματος της τρέλας, επιχειρείται μια προσέγγιση των πρώιμων υπερρεαλιστικών θέσεων όπως, π.χ., αυτά εμφανίζονται προδρομικά μέσα από την περίπτωση του Ιερώνυμου Μπος μέχρι τη συνάντηση της κυρίαρχης ψυχιατρικής και του υπερρεαλιστικού κινήματος στον 19ο και 20ό αιώνα. Στη συνέχεια επιχειρείται η παρουσίαση των θέσεων βασικών εκπροσώπων του κινήματος, όπως ο Μπρετόν, ο Νταλί και ο Κάλας. Οι τρεις αυτοί υπερρεαλιστές επιλέχθηκαν ανάμεσα σε άλλους για την παρούσα σύντομη αναφορά ως αντιπρόσωποι τριών ξεχωριστών στιγμών στην υπερρεαλιστική πορεία. Ο Μπρετόν εισάγει το στοιχείο της φαντασίας, της υπερ-πραγματικότητας και αμφισβητεί τη διάκριση φυσιολογικού-μη φυσιολογικού στοιχείου. Ο Νταλί με την παρανοϊκή κριτική του μέθοδο συνταίριαξε πραγματικές αναπαραστάσεις με μυθικά και συμβολικά στοιχεία, διαπερνώντας τα όρια αντικειμενικότητας και υποκειμενικότητας. Ο Κάλας προτάσσει την κοινωνική προέλευση της παραφροσύνης μαζί με τις θεμελιώδεις υπερρεαλιστικές έννοιες της ατομικής ελευθερίας και βούλησης. Για την πληρέστερη κατανόηση του εγχειρήματος, θεωρήθηκε χρήσιμο να συμπεριλάβουμε στοιχεία των βασικών απόψεων για την τρέλα από τη σκοπιά της κριτικής προσέγγισης στην ψυχιατρική και στην ψυχολογία. Η υπερρεαλιστική οπτική φαίνεται να είναι κοντά σε αυτή την κριτική προσέγγιση και πιθανότατα να την έχει επηρεάσει στο επίπεδο που κινήματα και επιστημονικά πεδία συναντώνται και αλληλοεπηρεάζονται. *En κατακλείδι, η σχέση του υπερρεαλισμού με την έννοια και την εκδήλωση της τρέλας και του παραλόγου φαίνεται να ενυπάρχει στην ίδια τη γένεση του κινήματος μέσα από τις κύριες θέσεις και αναζητήσεις του.* Η αμφισβήτηση της λεγόμενης πραγματικότητας, η υπέρβασή της και ο οραματισμός μιας υπερ-πραγματικότητας που θα ενσωματώνει τις προκλήσεις και τις αντιφάσεις της πρώτης, είναι στοιχεία που εκφράστηκαν έντονα μέσα από καλλιτεχνικές δράσεις και επιστημονικές διερευνήσεις και πρακτικές. Κοινό τόπο για όλες αυτές τις εκφάνσεις αποτελεί η απελευθέρωση της επιθυμίας, η αμφισβήτηση της λογικής,

η ενσωμάτωση και η αποδοχή του παραλόγου αλλά και η αμφισβήτησή του ως τέτοιο καθώς και η κοινωνική αλλαγή με μοχλό την ατομική ψυχολογική εξέλιξη.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Υπερρεαλισμός, τρέλα, παράλογο, εκπρόσωποι.

### **Ο υπερρεαλισμός για την τρέλα και το παράλογο: Ένα χρονικό**

Το ενδιαφέρον του υπερρεαλισμού για την τρέλα ως μια διαφορετική ανθρώπινη κατάσταση εντάσσεται στο πλαίσιο της αμφισβήτησης και της απόρριψης του κυρίαρχου επιστημονικού μοντέλου. Στην περίπτωση της ψυχικής νόσου, ψυχιατρική και ψυχολογία προσπαθούν επανειλημμένα να ορίσουν το φυσιολογικό και να ταξινομήσουν το αποκλίνον, εντάσσοντας στις αποκλίνουσες κατηγορίες ακόμη και συνήθεις ανθρώπινες συμπεριφορές. Εάν η φυσιολογική κατάσταση οριστεί συμβατικά γύρω από τον άξονα της λειτουργικής και προσαρμοσμένης συμπεριφοράς, η τρέλα ορίζεται ως η απόκλιση στην αντίληψη, στη σκέψη και τη συμπεριφορά.

Διευρύνοντας την τρέλα στο στοιχείο του παραλόγου, ο υπερρεαλισμός συχνά ταυτίζεται στη συνείδηση του κοινού με τη σύνθεση ετερόκλητων και δίχως λογικό νόημα στοιχείων σε ένα παράλογο, ανορθόδοξο αποτέλεσμα. Η περίπτωση του Ιερώνυμου Μπος (Hieronymus Bosch), ζωγράφου του Μεσαίωνα, είναι ξεχωριστή ως προς το έργο και την απήχησή του. Δύο πράγματα είναι βέβαια σχετικά με τον Μπος. Το ένα είναι η πληθώρα των συγκρουόμενων ερμηνειών του έργου του που έχει διατηρήσει το ενδιαφέρον των κριτικών τέχνης περισσότερο από κάθε από και αποδείξιμο καλλιτεχνικό στοιχείο. Το δεύτερο είναι ότι ο Μπος είχε νοοτροπία κοντά σε αυτή του 20ού αιώνα. Οι φανταστικές εικόνες του θεωρήθηκαν ως πρόδρομοι του Νταλί και των υπερρεαλιστών ζωγράφων. Ο Norman O. Brown είπε ότι ο Μπος σκιαγράφησε τις μοντέρνες ιδέες της «θεραπευτικής σεξουαλικότητας». Η απήχηση του έργου του Μπος εκτείνεται από την ιστορία της ψυχιατρικής και της ιατρικής έως το καλλιτεχνικό πεδίο, τη ζωγραφική, τη μουσική και τη λογοτεχνία.<sup>1</sup>

Μεταγενέστερα, η τέχνη όχι μόνο ασχολήθηκε με την έννοια της τρέλας αλλά συνδέθηκε με αυτήν ποικιλοτρόπως. Από το 1809 και το *Illustrations of Madness* του John Haslam,<sup>2</sup> τα έργα ανθρώπων με

παρανοϊκή συμπτωματολογία, οι ζωγραφικοί πίνακες παρανοϊκών ασθενών προσελκύουν διαρκώς το ενδιαφέρον καλλιτεχνών και επιστημόνων. Ειδικά οι υπερρεαλιστές φαίνεται να ενσωματώνουν τον κόσμο της τρέλας και του βιώματος του τρελού στις βασικές τους θέσεις, στην προσπάθεια διερεύνησης συγκεκριμένων των λεγόμενων παθολογικών ψυχικών καταστάσεων.

Γνωρίζουμε ότι ο Ρομαντισμός συνέδεσε την τρέλα με τη δημιουργικότητα και την καλλιτεχνική έμπνευση. Η τρέλα θεωρήθηκε η υπέρτατη εμπειρία, η απόσυρση του ανθρώπου στον εαυτό του από τα βάθη του οποίου ανασύρεται η απροσδιόριστη καλλιτεχνικότητα. Στον 19ο αιώνα έγινε προσπάθεια κατηγοριοποίησης των ψυχικά ασθενών, με τα καλλιτεχνικά έργα να αποτελούν ένα από τα μέσα διάγνωσης. Κι ενώ είχε αρχίσει να υποχωρεί ο ρομαντικός ενθουσιασμός για την τρέλα, ο Paul Klee το 1912 δήλωσε ότι πρέπει να παίρνουμε σοβαρά τα έργα των τρελών. Λίγο μετά, ο Hans Prinzhorn στο βιβλίο του *Artistry of the Mentally Ill* εστίαστηκε κυρίως στη σχιζοφρένεια και όχι στην παράνοια και αποτέλεσε σε μεγάλο βαθμό έναν πρόδρομο του υπερρεαλισμού. Ο Prinzhorn αντανακλά τη σύγχρονη τάση για σύγκλιση επιστήμης και τέχνης και παρουσιάζει μέσω ψυχαναλυτικών θεωριών τα ατομικά έργα ασθενών-καλλιτεχνών. Το γεγονός ότι ένα από τα κριτήρια επιλογής των έργων ήταν ο αυθορμητισμός, που αντικατοπτρίζει τις εσωτερικές ανάγκες των ασθενών χωρίς εξωτερικές επιβολές, είναι κάτι που περιλαμβάνει και η οπτική του υπερρεαλισμού.<sup>2,3</sup>

Ένας όρος που αντανάκλα την παραπάνω θέση για την τέχνη είναι αυτός της *Outsider Art* που γενικότερα αφορά στις μορφές της δημιουργικής έκφρασης που αναπτύσσονται έξω από τις καθιερωμένες πολιτισμικές νόρμες. Ένας καλλιτέχνης που επηρεάστηκε ιδιαίτερα από το έργο του Prinzhorn είναι ο Jean Dubuffet. Μαζί με άλλους καλλιτέχνες, μεταξύ αυτών, ο Andre Breton, διαμόρφωσε την *Compagnie de l' Art Brut* το 1948 και προσπάθησε να αναζητήσει και να συλλέξει έργα που αντιπροσώπευαν μια



ακραία ατομική έκφραση και εφευρετικότητα από την πλευρά των δημιουργών, οι οποίοι όχι μόνο ήταν μη εκπαιδευμένοι και αυτοδίδακτοι καλλιτέχνες αλλά πολύ συχνά είχαν πολύ λίγη γνώση για οποιαδήποτε μορφή τέχνης πέρα από τη δική τους.

Η έννοια της Art Brut που εισήγαγε ο Dubuffet, αφορούσε σε έργα που βρίσκονταν σε μια «ωμή» κατάσταση, δίχως πολιτισμικές και αισθητικές επιρροές. Δημιούργησε μια πολυπληθή συλλογή χιλιάδων έργων, τα οποία δεν είχαν καμία σχέση με την ανάπτυξη της σύγχρονης τέχνης και παρόλ' αυτά ήταν καινοτόμες και δυναμικές εκφράσεις ενός ευρέως φάσματος ανθρώπων προερχόμενων από διαφορετικό υπόβαθρο.

Ο όρος "Outsider Art" εισήχθη το 1972 από τον τίτλο του βιβλίου του Roger Cardinal, ως ένα ακριβές αγγλικό του όρου του Dubuffet, παρόλο που από την αρχή περιελάμβανε όχι μόνο την Art Brut αλλά και άλλες μορφές τέχνης όπως η Neune. Με το πέρασμα των χρόνων χρησιμοποιήθηκε ευρύτερα και σήμερα αναφέρεται σε οποιονδήποτε καλλιτέχνη που είναι ανεκπαιδευτος ή έχει κάποια μορφή αναπηρίας ή είναι κοινωνικά αποκλεισμένος, οποιαδήποτε και αν είναι η φύση των έργων του.<sup>4-6</sup>

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί η σχέση του Υπερρεαλισμού με την Ψυχανάλυση που αποτυπώθηκε και μέσα από τη σχέση του Freud και του Breton, η οποία χαρακτηρίζεται από μια σειρά παρεξηγήσεις και ιδεολογικές επικαλύψεις, τόσο ώστε να κρύβει μια μάλλον βαθύτερη ρήξη. Η πρώτη αναμέτρηση του Φροϊδισμού με τον Υπερρεαλισμό συνδέθηκε με την προώθηση εννοιών, όπως ο ψυχικός αυτοματισμός, η ασυνείδητη υπαγόρευση, η «υπερ-ερμηνεία» των εικόνων του ονείρου, και –ίσως η σημαντικότερη έννοια– η σύλληψη της υστερίας ως δημιουργικής εκδήλωσης. Η δεύτερη αναμέτρηση που αφορά στην έννοια της παράνοιας είχε μάλλον μια πιο επιτυχημένη εξέλιξη, καθώς στη χρονική περίοδο από τη δεκαετία του 1920 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1930, μπορούμε να παρατηρήσουμε πώς η υπερρεαλιστική θεωρία της υστερίας μετατράπηκε σε υπερρεαλιστική θεωρία της παράνοιας.<sup>7</sup>

Εξάλλου, είναι γνωστή η αμφισβήτηση του Freud για το νόημα και τους σκοπούς του Υπερρεαλιστικού Κινήματος, ώστε να αναφέρει σε αλληλογραφία του με τον Breton «Παρόλο που έχω λάβει πολλές εκδηλώσεις του ενδιαφέροντος που εσείς και οι φίλοι σας

δείχνετε για την έρευνά μου, αδυνατώ να διευκρινίσω τι είναι ακριβώς ο Υπερρεαλισμός και τι επιθυμεί. Ίσως δεν είμαι προορισμένος για να το κατανοήσω, εγώ που είμαι τόσο απομακρυσμένος από την τέχνη».<sup>8</sup> Όταν ο Freud συνάντησε τον νεαρό Dalí το 1938 στο Λονδίνο σε μια συνάντηση που επεδίωξε ο δεύτερος, ο ηλικιωμένος ψυχαναλυτής θα έβλεπε στο πρόσωπο του νεαρού ένα πάθος και έναν φανατισμό επικρίνοντάς τον έμμεσα για την ελάχιστη ανησυχία που έδειχνε για τον εμφύλιο πόλεμο που μάστιζε την πατρίδα του, ενώ ο ανερχόμενος ζωγράφος εντυπωσιασμένος από τη συνάντηση θα σχολίαζε ότι «μιλούσαν» μόνο με τα μάτια εφόσον δεν μπορούσαν να συνεννοηθούν σε καμία γλώσσα.

Το ειδικότερο ενδιαφέρον του υπερρεαλισμού για την τρέλα μπορούμε να το κατανοήσουμε εάν αναλογιστούμε ότι η «αυτόματη γραφή» και ο «αυτόματος λόγος», τα βασικά μέσα της υπερρεαλιστικής διερεύνησης, είναι στοιχεία που συναντάμε κατ' εξοχήν στην τρέλα. Ο λόγος της τρέλας, όπως τουλάχιστον τον αντιλαμβανόμαστε μέσα από το κυρίαρχο κοινωνικό πρίσμα, είναι λόγος αυτόματος, πειστικός, αυθόρμητος που δεν περικλείει το πρέπον, το αναμενόμενο. Η παρατήρηση αυτή πιθανώς είναι ένας από τους λόγους που οι υπερρεαλιστές στράφηκαν στη συνέχεια σε συγκεκριμένες παθολογικές ψυχικές καταστάσεις, όπως η παράνοια.<sup>2</sup>

Στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1920 και στις αρχές της δεκαετίας του 1930, τρέλα και ψυχιατρική έγιναν αντικείμενο ενασχόλησης του υπερρεαλισμού. Η στάση των υπερρεαλιστών αρχικά ήταν αμφιθυμική: από τη μία πλευρά, εξαπέλυαν επιθέσεις στους ψυχιάτρους και τα άσυλα, και από την άλλη καλωσόριζαν ορισμένους ψυχιάτρους στις ομάδες τους και τα περιοδικά. Από τη μία πλευρά, αμφισβητούσαν και την ίδια την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας, πόσο μάλλον την ασαφή ψυχιατρική ταξινόμηση, και από την άλλη, υιοθετούσαν την ταξινόμηση στις συζητήσεις τους για τις συγκεκριμένες ψυχικές ασθένειες. Γενικότερα, η διάκριση τρέλας και φυσιολογικότητας είχε αρχίσει να φθίνει, και η τρέλα ταίριαζε με το επαναστατικό-πολιτικό προφίλ του υπερρεαλισμού. Όπως επισημαίνει ο Theodore Frankel στο *Letter to the Chief Doctors of Asylums*,<sup>2</sup> σε αυτή τη φάση της πορείας του υπερρεαλιστικού κινήματος, οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν ως άτο-

μα, θύματα κατά παραδειγματισμό, της κοινωνικής δικτατορίας.

Αναφορικά με την υποκειμενική εμπειρία της σχιζοφρένειας έχει διατυπωθεί η άποψη ότι συγκεκριμένες ανάρμοστες αντιληπτικές εμπειρίες είναι κυρίαρχες στη σχιζοφρενικόμορφη ψυχοπαθολογία και στη λογοτεχνία καθώς και στην τέχνη της εικόνας του εικοστού αιώνα. Οι ιδέες των Γάλλων υπερρεαλιστών και των Ρώσων φορμαλιστών που υπαγορεύουν την εισχώρηση στην ψυχολογική δομή και την υπαρξιακή πλευρά του ανθρώπου υποδηλώνουν αυτές τις ανάρμοστες εμπειρίες, τόσο στον μοντερνισμό όσο και στην τρέλα. Εδώ ασκείται κριτική στην κλασική ψυχαναλυτική άποψη γι' αυτές τις εμπειρίες ως εκδηλώσεις «απώθησης» των ενστικτωδών στοιχείων της συνείδησης, που χαρακτηρίζονται από διάχυση του ατομικού κόσμου, εξασθένιση του εγώ και κυριαρχία των ενστίκτων. Η άποψη που υποστηρίζεται, αντίθετα, είναι ότι τα βασικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρενικόμορφης εμπειρίας αποτελούν απελευθέρωση από το συναίσθημα ή την επιθυμία, και υπερβολική έκφραση ενός αποσυνδεδεμένου και επεξεργασμένου τρόπου επίγνωσης. Αναδεικνύεται ως εκ τούτου η ανάγκη επανεκτίμησης των λεγόμενων Απολλώνιων χαρακτηριστικών της τρέλας –αυτών που δεν είναι αποτέλεσμα της εξασθένισης ή της συντριβής αλλά της υπερτροφίας της συνειδητής επίγνωσης.

Επιλέξαμε τρεις βασικούς εκπροσώπους του υπερρεαλισμού ώστε να σκιαγραφήσουμε ορισμένες αντιπροσωπευτικές απόψεις του κινήματος σχετικά με την έννοια της τρέλας και του παραλόγου.

### **Μπρετόν: Προδρομικότητα**

Όπως γνωρίζουμε, η εμφάνιση του υπερρεαλισμού τη δεκαετία του 1920 ως μια μοντέρνα *avant garde*, ήταν ένα κίνημα αυτοεπίγνωσης που αναζητούσε να σπάσει τις συμβάσεις και να επαναστατήσει ενάντια στις ηθικές και αισθητικές προκαταλήψεις. Η αμφισβήτηση της κυριαρχίας της λογικής και του ελέγχου ήταν βασικά στοιχεία του κινήματος και σύμφωνα με τον Andre Breton, ο ορθολογισμός και η «κοινή λογική» είχαν αναστείλει και υποδουλώσει τη φαντασία.<sup>2</sup>

Με γνώμονα την απελευθέρωση, ο Μπρετόν εισήγαγε πρώτα τα όνειρα και έπειτα την κατάσταση

της τρέλας ως βασικά πεδία διερεύνησης του υπερρεαλισμού. Το κριτήριο επιλογής ήταν η φαντασία. Οι άνθρωποι που παρουσιάζονταν ως θύματα της φαντασίας τους ήταν την ίδια στιγμή θύματα των περιορισμών και των μη θεμιτών και αξιοκατάκριτων πράξεών τους. Κατά μία έννοια, ωστόσο, ο Μπρετόν επικύρωσε την κυρία ρομαντική θέση, της αντίθεσης μεταξύ τρέλας και ορθολογικού εμπειρισμού. Και ενώ ο υπερρεαλισμός αμφισβήτησε τη διάκριση ονείρου και πραγματικότητας, διατήρησε τη διάκριση τρέλας και φυσιολογικότητας.<sup>2</sup> Αυτό σημαίνει ότι διακρίνουμε μια αντίφαση ανάμεσα σε ορισμένες παραδοχές του υπερρεαλισμού για τη διάκριση αυτών των εννοιών. Εάν δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ ονείρου και πραγματικότητας, τότε δεν θα έπρεπε να υπάρχει και σαφής διάκριση τρέλας και φυσιολογικότητας. Παρακολουθώντας την ανάπτυξη της υπερρεαλιστικής σκέψης για τα ζητήματα αυτά, είναι σημαντικό να εισαγάγουμε την έννοια του συνεχούς για την κατανόηση αυτών των καταστάσεων σε αντιδιαστολή με τη λογική του διπόλου (π.χ. τρέλα-φυσιολογικότητα).

### **Νταλί: Δομικότητα**

Η παρουσία του Σαλβαντόρ Νταλί σηματοδοτεί μια τομή στην καλλιτεχνική έκφραση και την κατανόηση της τρέλας. Η «στιγμή του Dalí» όπως χαρακτηρίστηκε, η εφεύρεση από τον Καταλανό ζωγράφο της παρανοϊκής-κριτικής μεθόδου (*méthode paranoïaque critique*), άνοιξε τον δρόμο για την παραγωγή των «υπερρεαλιστικών αντικειμένων» και υπήρξε ο καταλύτης του αυτοματισμού.<sup>3</sup> Το πέρασμα του Νταλί έδωσε πρωτίστως στον υπερρεαλισμό ένα νέο σύνθημα τη «συμμετοχή στην πραγματικότητα»: το πέρασμα από τις «παθητικές καταστάσεις (όνειρο, ψυχικός αυτοματισμός)» στις «συστηματοποιημένες καταστάσεις» τις οποίες «φωτίζει το παρανοϊκό φαινόμενο».<sup>9,10</sup>

Οι αναζητήσεις των υπερρεαλιστών της δεκαετίας του '30 είχαν οριζοντά τους την «αντικειμενικοποίηση του υπερρεαλισμού» μέσω της παραγωγής στις εικαστικές τέχνες και στον λόγο «υπερρεαλιστικών αντικειμένων» φτιάχνοντας έναν κόσμο «πρακτικό, χρηστικό, προσανατολισμένο στους πόθους του ανθρώπου».<sup>3</sup> Αρχαίοι και τετριμμένοι μύθοι που μπερδεύονται με την καθημερινότητα, ενώ από μέσα τους ενσκήπτουν οι μύθοι της ψυχανάλυσης που

τους μετατρέπουν επανερμηνεύοντάς τους παρανοϊκά: αυτή είναι η συνταγή της παρανοϊκής-κριτικής μεθόδου, μέσα από την οποία το υποκείμενο ζωγράφος/αφηγητής του μύθου, μπερδεύεται ασταμάτητα με το αντικείμενο του μύθου σε ένα συνεχές ερμηνευτικό παραλήρημα.<sup>9</sup> Ο Νταλί μέσα από έργα όπως το *Le Grand Masturbateur* μιλάει για τα ένστικτα και χρησιμοποιεί τις ιδέες του Φρόιντ για να αποτυπώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, φόβους και τη σεξουαλική καταπίεση. Μέσα από τη συνεχή αναμέτρηση με το παράλογο και τη διερεύνηση του ασυνειδήτου, ο Νταλί έκανε μια επαναστατική συνεισφορά στον υπερρεαλισμό, εντός του ψυχαναλυτικού πλαισίου, χρησιμοποιώντας τον δικό του ιδιότυπο και ανήσυχο εικαστικό συμβολισμό και τη γλώσσα.<sup>11</sup>

### **Κάλας: Το ύστερο Βλέμμα**

Ο Νικόλας Κάλας, εκ των τριών βασικών εκπροσώπων του ελληνικού υπερρεαλισμού, αναφερόμενος στην έννοια και στους στόχους του υπερρεαλισμού αλλά και στη βασική του ενασχόληση με τη γλώσσα, σχολιάζει ότι «ο Υπερρεαλισμός πάντοτε ισχυριζόταν ότι ήθελε να αναμορφώσει την κοινωνία, αναγνωρίζοντας έτσι έμμεσα τη μη απόλυτη απαξία της. Τα μέλη της ανθρώπινης κοινότητας καταλαβαίνουν ο ένας τον άλλον χρησιμοποιώντας σημεία. Από τη στιγμή που η γλώσσα είναι το βασικό μέσο διαπροσωπικής επικοινωνίας, η ζωγραφική, η ποίηση και όλες οι άλλες μορφές επικοινωνίας οφείλουν να προσαρμοστούν στις γλωσσικές δομές: βασίζονται στο γλωσσικό επίπεδο της πραγματικότητας. Ο Υπερρεαλισμός δεν επιδιώκει να καταργήσει τη γλωσσική πραγματικότητα των ποιητών (όπως δεν επιδιώκει και την καταστροφή της κοινωνίας), αλλά να την αναμορφώσει, εισάγοντας στην πραγματικότητα τα σύμβολα που αντλεί από τα όνειρα».<sup>12</sup>

Ο Κάλας αναφέρει σχετικά με τη χρήση του αυτοματισμού ότι «ο Υπερρεαλισμός μπορεί να αναμορφώσει την πραγματικότητα μόνο εμποδίζοντας το ρεύμα των ασύνειδων συνειρμών, στο οποίο έχει επιτρέψει να αναβλύσει ελεύθερα, να κατακλύσει την πραγματικότητα της γλώσσας. Ο υπερρεαλιστής πρέπει να ξέρει πότε να κλείσει το φράγμα που του επιτρέπει να διατηρεί υπό έλεγχο το ασυνείδητο. Χρησιμοποιώντας την κρίση του, πρέπει να αποφασίζει πότε θα σταματήσει να μιλά αυτόματα. Στη διαδικασία της δημιουργίας υπάρχει ένα σημείο, που ακόμη και ο υπερρεαλιστής δεν μπορεί να

το παρακάμψει, και στο οποίο φτάνει όταν επιλέξει να κλείσει τις πύλες. Μόνο ο ίδιος μπορεί να αποφασίσει σε ποια στιγμή θα πρέπει να γίνει αυτό. Από την επιλογή του θα εξαρτηθεί ποιο ποσοστό άγνωστων και ασύνειδων συμβόλων θα αναμειχθεί με τα γνωστά γλωσσικά σύμβολα. Όντας υπεύθυνος για την επιλογή του, ο υπερρεαλιστής είναι και υπεύθυνος για ό,τι μεταδίδει, αφού ρόλος της γλώσσας είναι η επικοινωνία».<sup>12</sup>

Για τον Κάλας φαίνεται πως η (παρ)αφροσύνη έχει κοινωνική προέλευση, καθώς τη συνδέει με την ελεύθερη βούληση και την προσωπική ικανοποίηση. Ο άνθρωπος, δηλαδή, που ακολουθεί την ελεύθερη βούληση όχι για να υπηρετήσει τον Θεό ή κάποια ηθική επιταγή αλλά για προσωπική του ικανοποίηση μπορεί να θεωρηθεί, εντός ενός συγκεκριμένου κοινωνικού πλαισίου, ως αφροσύνη. Η αφροσύνη πάντως που ως τον 15ο αιώνα ταυτιζόταν με τα πάθη και τις αμαρτίες, αφαιρέθηκε από τη θρησκευτικότητα καταρχάς από τους ουμανιστές και έπειτα από τον Ντεκάρτ, για τον οποίο η αφροσύνη άρχισε να συνδέεται με την υπερβάλλουσα αμφιβολία ή με την ακραία απιθανότητα. Η αφροσύνη της αμφιβολίας προσωποποιείται από τον Άμλετ ενώ η αφροσύνη της απιθανότητας εκτέθηκε με εξαιρετική ένταση από τον Μαρκήσιο ντε Σαντ.<sup>12</sup>

### **Καταδηκτικά σχόλια**

Ο Υπερρεαλισμός εστίασε την προσοχή του στους περιορισμούς της φυσικής πραγματικότητας. Στόχος των υπερρεαλιστών δεν ήταν τόσο η διαφυγή από τον κόσμο της πραγματικότητας προς τον κόσμο της φαντασίας, όσο η ενσωμάτωση μαγικών στοιχείων στην πραγματικότητα.<sup>12</sup> Πέρα από καλλιτεχνικό κίνημα, ο Υπερρεαλισμός ασχολήθηκε ενεργά με κοινωνικά προβλήματα, οραματίστηκε μια καλύτερη κοινωνική κατάσταση με μοχλό την τέχνη, τη σκέψη, την απελευθέρωση του ψυχισμού. Οι υπερρεαλιστές θεωρούν τον ποιητή –ανεξάρτητα εάν πρόκειται για συγγραφέα, ζωγράφο ή γλύπτη– ως οραματιστή σ' έναν κόσμο εικονοκλαστών συσχετίζοντας αυτή του τη διάσταση με το κρίσιμο ζήτημα της αλλοτρίωσης. Ο Ρεμπώ, ο οποίος αποτελεί σημείο αναφοράς για τους υπερρεαλιστές, είπε: «Εγώ είναι ένας άλλος» Τι είναι όμως αυτό που με αποξενώνει από τον εαυτό μου;<sup>12</sup>

Η έννοια της αλλοτρίωσης, ως αποξένωσης από τον εαυτό αλλά και γενικότερα, έχει τις ρίζες της στο

Βιβλίο της *Γένεσης* και στην πεποίθηση του Μωυσή ό-τι αμαρτάνοντας, ο άνθρωπος αποξενώθηκε από τον Δημιουργό του. Όταν το κακό έπαψε να ερμηνεύεται με όρους μεταφυσικής, η αλλοτρίωση άρχισε να αποδίδεται στην οικονομική και ψυχολογική αναντιστοιχία με το περιβάλλον. Κατά τον Μαρξ, ο εργάτης σε συνθήκες καπιταλισμού αποξενώνεται από το προϊόν εργασίας του, πράγμα που σημαίνει «όχι μόνο ότι το προϊόν έχει μετατραπεί σε κάτι που του είναι ξένο... αλλά και ότι έχει γίνει δύναμη εχθρική προς αυτόν».<sup>12</sup> Σύμφωνα με τον Φρόιντ, η κοινωνία, αναγκάζοντας τον άνθρωπο να καταστείλει τις ενορμήσεις του, άνοιξε τον δρόμο για τη νεύρωση. Ο Υπερρεαλισμός υιοθέτησε τόσο τη μαρξιστική θεωρία της αλλοτρίωσης όσο και τη φροϊδική θεωρία της νεύρωσης.<sup>12</sup>

Συνοψίζοντας, η σημερινή κοινωνία αφομοιώνει κάθε μορφής έκφραση και πειραματισμό, ανέχεται αποκλίνουσες συμπεριφορές, εξασφαλίζει σιγουριά αλλά και επιδοκιμασία τόσο στον επιστήμονα όσο και στον καλλιτέχνη που πειραματίζεται. Σ' αυτήν την «ευημερούσα» και ανοιχτή κοινωνία, ο Υπερρεαλισμός, που ως ιστορική πρωτοπορία εξέφρασε την τάση για εξέγερση, μπορεί ίσως να προσδοκά σήμερα την αυθεντική αναγέννησή του, αρκεί να αντισταθεί στην πλήρη αφομοίωση, αντιτάσσο-

ντας το συγκεκαλυμμένο στο πασίδηλο, το κρυφό στο ολοφάνερο. Ενώ η επιστήμη πρέπει να αναδιφά αναζητώντας τη γνώση, η τέχνη μπορεί να καλλιεργεί αυτό που οι Έλληνες αποκαλούσαν «μυστικόν». Κρατώντας μυστικά, όπως κάνουν τα παιδιά, ο ποιητής μπορεί να αποφύγει την υποταγή του στην κοινωνία.<sup>12</sup> Κάτι ανάλογο μπορεί να συμβαίνει και με τον αποκλίνοντα, τον τρελό, τον άνθρωπο με ασυνήθιστο τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς.

Η σχέση του υπερρεαλισμού με την έννοια και την έκφραση της τρέλας και του παραλόγου φαίνεται να ενυπάρχει στην ίδια την εξέλιξη του κινήματος μέσα από τις βασικές και τις επιμέρους αναζητήσεις του. Η αμφισβήτηση της δοσμένης πραγματικότητας, η υπέρβασή της και ο οραματισμός μιας υπερ-πραγματικότητας που θα περικλείει τις προκλήσεις και τις αντιφάσεις της πρώτης είναι στοιχεία που η εκφράστηκαν εύστοχα και καυστικά μέσα από καλλιτεχνικές δραστηριότητες και επιστημονικές διατυπώσεις και πρακτικές. Κοινό τόπο για όλες αυτές τις εκδηλώσεις, αποτελεί, η απελευθέρωση της επιθυμίας, η αμφισβήτηση της λογικής, η ενσωμάτωση και η αποδοχή του παραλόγου αλλά και η αμφισβήτησή του ως τέτοιο, καθώς και η κοινωνική αλλαγή με μοχλό την ατομική ψυχολογική εξέλιξη.

## Surrealism and madness

K. Flora

*University of Neapolis, Pafos, Cyprus,  
Aristotelian University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*

Psychiatriki 2017, 28:360–366

This article attempts an approach of madness by surrealism, as reflected in the pathway of the surrealist movement. In the light of enlargement of the concept of mental illness and the experience of madness, an approach is being attempted regarding the early surrealist views as they precursory appear e.g. from the case of Hieronymus Bosch to the meeting of the dominant psychiatry and the surrealist movement in the 19th and 20th century. Then, the paper attempts to present the main positions of representatives of the movement, such as Breton, Dali and Kalas. These three surrealists were chosen among others, for this brief report, as the representatives of three remarkable moments in the surrealist route. Breton introduces the element of fiction and hyper-reality while he questions the distinction between normal and abnormal element. Dali



with his paranoid critical method reconciles actual representations with mythical and symbolic elements, breaking through the limits between objectivity and subjectivity. Kalas puts forward the social origin of insanity along with the fundamental surrealist notions of individual freedom and will. For a more complete understanding of this attempt, it was considered useful to include elements of the main views on madness from the standpoint of a critical approach in psychiatry and psychology. The surrealist view seems to be close to this critical approach which is likely to have been affected by it on the level in which the movements and scientific fields meet and interact. The relationship between surrealism, the notion and expression of madness and the absurd seems to be inherent to the very development of the movement through its core and individual pursuits. In conclusion, the relationship between surrealism and the notion and expression of the madness and the absurd seems to be inherent to the very birth of the movement through its main positions and pursuits. The question of so-called reality, its overshoot and the vision of a hyper-reality that will incorporate the challenges and contradictions of this reality, are points loudly expressed through artistic activities and scientific researches and practices. A common ground to all these aspects is the liberation of desire, the questioning of rationality, the integration and acceptance of the absurd, as well as, the dispute of it as such, and finally the social change-driven by the individual psychological development.

**Key words:** Surrealism, insanity, absurd, representatives.

## Βιβλιογραφία

- Gross CG. "Psychosurgery" in Renaissance art. *Trends Neurosci* 1999, 22:429–431, PMID: 10481185
- Constantinidou D. The paranoid simulacrum in surrealism: From embracing madness to the mechanism of a mental illness as the purveyor of individual meaning. *Gamma* 2010, 18:119–133
- Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία. *Αιτία Θανάτου: Ευθανασία*. Έργα από τη Συλλογή Prinzhorn. Μουσείο Μπενάκη, 2011
- Davies D. On the very idea of "outsider art". *Br J Aesthet* 2009, 49:25–45, doi:10.1093/aesthj/ayn056
- Rhodes, C. *Outsider art: Spontaneous alternatives*. Thames and Hudson, London, 2000
- Peiry L. *Art Brut: The origins of outsider art*. Frank J (transl), Flammarion, Paris, 2001
- Rabaté JM, Loving Freud madly: Surrealism between hysterical and paranoid modernism. *J Mod Literat* 2002, 25:58–74, doi: 10.1353/jml.2003.0023
- Breton A. Communicating Vessels. Caws MA, Harris GT (transl), University of Nebraska Press, 1990, p. 11 [See also Les vases Communicants I, in André Breton, Oeuvres Complètes II. Bonnet M, Bernier P, Hubert E-A, Pierre J (eds) Gallimard, Pléiade, Paris, 1992, p.152]
- Σιγάλας Ν. *Ο Ανδρέας Εμπειρικός και Ιστορία του Ελληνικού Υπερρεαλισμού ή Μπροστά στην Αμείλικτη Αρχή της Πραγματικότητας*. Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα, 2010
- «Σουρεαλισμός και Νταλί». Ψηφίδα, Αθήνα, 2003
- Herrera MJ, Alcantara AG, Garcia F. Dali (1904–1989): Psychoanalysis and pictorial surrealism. *Am J Psychiatry* 2003, 160:855–856, doi:10.1176/appi.ajp.160.5.855
- Κάλας Ν. *Η τέχνη στην εποχή της διακύβευσης και άλλα δοκίμια*. Ανδρέα Παππά (μτφ), Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα, 1997

Αλληλογραφία: Κ. Φλωρά, 25ης Μαρτίου 42, 542 48 Θεσσαλονίκη  
Τηλ.: 6973 238 267  
e-mail: katerinaflora@hotmail.com