



# ΨΥΧΙΚΗ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

# ΥΓΕΙΑ

**ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**  
ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΩΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ





# Ψυχική Υγεία

## Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί

Εκδόσεις της αυτής σειράς:

- 1) Σύγχρονα Επιτεύγματα των Θετικών Επιστημών, ΑΘΗΝΑ 1993 (Εξαντλημένο)
- 2) Μοριακή Βάση των Ασθενειών, ΑΘΗΝΑ 1994 (Εξαντλημένο)
- 3) Η Θεωρία της Εξελίξεως, ΑΘΗΝΑ 1996
- 4) Αρχαιολογία της Πόλης των Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1996 (Εξαντλημένο-κυκλοφορεί βελτιωμένη έκδοση σε CD-ROM, ΑΘΗΝΑ 2009)
- 5) Περιβάλλον και Υγεία, ΑΘΗΝΑ 1996 (Εξαντλημένο)
- 6) Το Νεοελληνικό Θέατρο, 17ος-20ός αι., ΑΘΗΝΑ 1997
- 7) Κατανόηση και Αποδοχή των Εφαρμογών της Βιοτεχνολογίας από το ευρύ κοινό, ΑΘΗΝΑ 1997 (Εξαντλημένο)
- 8) Τα βιολογικά αίτια της γήρανσης και τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, ΑΘΗΝΑ 1998 (Εξαντλημένο)
- 9) Η άλλη πλευρά της Βιοτεχνολογίας, ΑΘΗΝΑ 1998
- 10) Βιοτεχνολογία και ΜΜΕ, ΑΘΗΝΑ 1998 (Εξαντλημένο)
- 11) Οι Μεταμορφώσεις της Πελοποννήσου (4ος-15ος αι.), ΑΘΗΝΑ 2000
- 12) ΘΡΑΚΗ: Ιστορικές και Γεωγραφικές Προσεγγίσεις, ΑΘΗΝΑ 2000
- 13) ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: η σημαντική του “καλού” θανάτου, ΑΘΗΝΑ 2000
- 14) Χημεία και Κοινωνία, ΑΘΗΝΑ 2000
- 15) Οι συλλογικοί φόβοι στην Ιστορία, ΑΘΗΝΑ 2000
- 16) Τα Βαλκάνια στην Προϊστορία, ΑΘΗΝΑ 2001
- 17) Κύπρος, σταυροδρόμι της Μεσογείου, ΑΘΗΝΑ 2001
- 18) Η πρόοδος στις βιολογικές επιστήμες: νέες τεχνολογίες και οι εφαρμογές τους στην υγεία, ΑΘΗΝΑ 2001
- 19) Greek Archaeology without Frontiers, ATHENS 2002 (Εξαντλημένο)
- 20) Χημεία και Διατροφή, ΑΘΗΝΑ 2002
- 21) Βίκτωρ Ουγκώ (1802-1885) Ο ρομαντικός συγγραφέας, ο οραματιστής στοχαστής, ο φιλέλληνας. 200 χρόνια από τη γέννησή του, ΑΘΗΝΑ 2002
- 22) Χημεία και Υγεία: Η Χημεία ως εργαλείο για την ανάπτυξη νέων φαρμάκων, ΑΘΗΝΑ 2002
- 23) Λατρείες στην «περιφέρεια» του αρχαίου ελληνικού κόσμου, ΑΘΗΝΑ 2002
- 24) Άνθρωποι στα άκρα: Ο θάνατος ως επιλογή, ΑΘΗΝΑ 2002
- 25) Η Ιστορική διαδρομή της Νομισματικής Μονάδας στην Ελλάδα, ΑΘΗΝΑ 2002
- 26) Κοινωνία και Υγεία Ι: Επίκαιρα προβλήματα υγείας και η αντιμετώπισή τους, ΑΘΗΝΑ 2003
- 27) Κοινωνία και Υγεία ΙΙ: Επίκαιρα προβλήματα υγείας και η αντιμετώπισή τους, ΑΘΗΝΑ 2003
- 28) Βυζαντινό κράτος και κοινωνία, ΑΘΗΝΑ 2003
- 29) Αμφισβήτηση της Εξουσίας, ΑΘΗΝΑ 2003
- 30) Μουσικοκινητικά δρώμενα ως μέσον θεραπευτικής αγωγής, ΑΘΗΝΑ 2003

- 31) The Human Predicament II (Συνέκδοση με τη Δελφική Εταιρεία στο πλαίσιο της Πολιτιστικής Ολυμπιάδας 2004), ΑΘΗΝΑ 2003
- 32) Το Ταξίδι από τους αρχαίους έως τους νεότερους χρόνους, ΑΘΗΝΑ 2004
- 33) Φιλοσοφία και θετικές επιστήμες στον 20ό αιώνα, ΑΘΗΝΑ 2004
- 34) Το Βυζάντιο και οι απαρχές της Ευρώπης, ΑΘΗΝΑ 2004
- 35) Η Τέχνη ως μέσον θεραπευτικής αγωγής, ΑΘΗΝΑ 2004
- 36) Κοινωνία και Υγεία III, ΑΘΗΝΑ 2004
- 37) Διπλωματία και Πολιτική. Ιστορική προσέγγιση, ΑΘΗΝΑ 2005
- 38) Ελληνικές Συλλογές Επιστημονικών Οργάνων 19ος -20ός αι., ΑΘΗΝΑ 2005
- 39) Κοινωνία και Υγεία IV, ΑΘΗΝΑ 2005
- 40) Αποτίμηση ρίσκου και ασφάλεια τροφίμων, ΑΘΗΝΑ 2005
- 41) Ήρωες και Ανώνυμοι, Αφανείς και Επώνυμοι στις παρυφές της Ιστορίας και της Τέχνης, ΑΘΗΝΑ 2006
- 42) Το φαινόμενο της ζωής. Ιστορική προσέγγιση, ΑΘΗΝΑ 2006
- 43) Η τέχνη της διοίκησης της επιστημονικής και τεχνολογικής έρευνας. Οδηγός επιστημονικής ανακάλυψης, τεχνολογικής καινοτομίας και επιχειρηματικής τεχνοτροπίας, ΑΘΗΝΑ 2006
- 44) Η Θεωρίας της Ειδικής και Γενικής Σχετικότητας, ΑΘΗΝΑ 2006, [Περιέχει και DVD]
- 45) Κοινωνία και Υγεία V, ΑΘΗΝΑ 2006
- 46) Προέλευση της ζωής: Θεωρίες και πειραματικές προσεγγίσεις, ΑΘΗΝΑ 2006
- 47) Οίνος: Πολιτισμός και Κοινωνία. Το Χθες και το Σήμερα, ΑΘΗΝΑ 2007
- 48) Στα Βήματα του Πανσανία. Η αναζήτηση της ελληνικής Αρχαιότητας, 1<sup>η</sup> έκδοση ΑΘΗΝΑ 2002, 2<sup>η</sup> έκδοση ΑΘΗΝΑ 2008
- 49) Χάρτης Διαδρομών Πανσανία, ΑΘΗΝΑ 2007
- 50) Following Pausanias. The Quest for Greek Antiquity, ΑΘΗΝΑ 2007
- 51) Μακροζωία και Ευζωία, ΑΘΗΝΑ 2007
- 52) Κοινωνία και Υγεία VI, ΑΘΗΝΑ 2007
- 53) Το αίνιγμα της Μακροζωίας. Μια βιοχημική προσέγγιση, ΑΘΗΝΑ 2007
- 54) Η Μαγεία στην Αρχαία Ελλάδα, ΑΘΗΝΑ 2008
- 55) Η Ταυροθυσία στον Μανταμάδο της Λέσβου, ΑΘΗΝΑ 2009
- 56) Κατανοώντας τον ανθρώπινο εγκέφαλο, ΑΘΗΝΑ 2009

*ISBN: 978-960-7998-45-3*

*© 2011, ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ (Ε.Ι.Ε.)*

*Υπεύθυνη των Ειδικών Μορφωτικών Εκδηλώσεων "ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑ"*

*Επιμέλεια έκδοσης:*

*Ελένη Γραμματικοπούλου*

*Τηλ.: (210) 72 73 501, Fax: (210) 72 46 618, e-mail: [gramma@eie.gr](mailto:gramma@eie.gr)*



# ΨΥΧΙΚΗ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑ  
ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΩΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ





Το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, συνεχίζοντας την παράδοση της προσφοράς και της συμβολής στην ανάπτυξη της πνευματικής ζωής του τόπου μας, οργάνωσε τις καθιερωμένες πλέον Ειδικές Μορφωτικές Εκδηλώσεις «ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑ» και κατά την περίοδο 2009-2010.

Η παρουσίαση των σύγχρονων επιστημονικών επιτευγμάτων στον χώρο τόσο των θετικών όσο και των ανθρωπιστικών επιστημών καθώς και η προβολή του κοινωνικού χαρακτήρα της επιστημονικής έρευνας εξακολουθούν να αποτελούν, κατά μείζονα λόγο, τα καθοδηγητικά κριτήρια και τον στόχο των διαλέξεων που εντάσσονται στο Μορφωτικό Πρόγραμμα του ΕΙΕ.

Με βάση αυτές τις προϋποθέσεις θεωρήθηκε σκόπιμο να ενταχθεί στο πρόγραμμα αυτής της περιόδου ένας κύκλος ομιλιών με τον γενικό τίτλο: **Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις - Προβληματισμοί** με στόχο να εξετασθεί διεξοδικά και πολύπλευρα αυτό το τόσο επίκαιρο κοινωνικό φαινόμενο, ιδιαίτερα στην περίοδο της κοινωνικό-οικονομικής ύφεσης που διανύουμε.

Στον παρόντα τόμο περιλαμβάνονται οι εισηγήσεις των ομιλητών που συμμετείχαν στον κύκλο αυτό, οι οποίες έγιναν στο Αμφιθέατρο «Λεωνίδα Ζέρβας» του ΕΙΕ κατά το διάστημα από 12 Ιανουαρίου έως 23 Φεβρουαρίου 2010, στο τέλος των οποίων ακολούθησε διαλογική συζήτηση μεταξύ ομιλητών και κοινού.

Επιθυμούμε και από τη θέση αυτή να ευχαριστήσουμε τους ομιλητές και όλους όσοι συνέτελεσαν στην πραγματοποίηση της σειράς αυτής των ομιλιών, οι οποίοι κατά κύριο λόγο ανήκουν στο επιστημονικό/ερευνητικό δυναμικό της *Ειδικής Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης* (ΕΜΑΕΕ) του *Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής* (ΕΠΠΥ) καθώς και στην Α' και Β' Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ιδιαίτερες

ευχαριστίες όμως οφείλουμε να απευθύνουμε στον Καθηγητή ΕΜΠ και διευθυντή του Ινστιτούτου Βιολογικών Ερευνών και Βιοτεχνολογίας κ. Φραγκίσκο Κολίση, στον οποίο οφείλεται ο σχεδιασμός του παρόντος κύκλου, προϊόν της επιστημονικής συνεργασίας του Ινστιτούτου του με τους ανωτέρω φορείς.

Ελένη Γραμματικοπούλου

Υπεύθυνη του προγράμματος των Μορφωτικών Εκδηλώσεων του ΕΙΕ  
«Επιστήμης Κοινωνία»

## Περιεχόμενα

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Φραγκίσκος Κολίσης</i> .....                                                            | 15 |
| Διαλύοντας τον μύθο του γενετικού προκαθορισμού                                            |    |
| <i>Γεώργιος Παπαδημητρίου</i> .....                                                        | 25 |
| Γενετική των ψυχικών διαταραχών                                                            |    |
| <i>Ελευθέριος Λύκουρας</i> .....                                                           | 33 |
| Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο και η διασύνδεση της ψυχιατρικής με άλλες ιατρικές ειδικότητες |    |
| <i>Αθανάσιος Δουζένης</i> .....                                                            | 39 |
| Επικινδυνότητα και ψυχική διαταραχή                                                        |    |
| <i>Χρήστος Θελερίτης</i> .....                                                             | 45 |
| Στρες και κατάθλιψη                                                                        |    |
| <i>Εμμανουήλ Κάττουλας</i> .....                                                           | 55 |
| Αγχώδεις διαταραχές και διαταραχή πανικού                                                  |    |
| <i>Τίνα Γκαράνη-Παπαδάτου</i> .....                                                        | 63 |
| Θέματα ηθικής και δεοντολογίας στην ψυχιατρική                                             |    |
| <i>Αντώνιος Πολίτης</i> .....                                                              | 71 |
| Ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία                                                             |    |
| <i>Πολυξένη Σκαλτσή</i> .....                                                              | 75 |
| Συμβουλευτική ψυχολογία                                                                    |    |
| <i>Μαρίνα Οικονόμου-Λαλιώτη</i> .....                                                      | 85 |
| Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και ο φαύλος κύκλος των επιπτώσεών του                     |    |
| <i>Μαρία Βερονίκη Καρύδη</i> .....                                                         | 93 |
| Ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση                                               |    |

|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Ιωάννης Χειλάκος</i> .....                                                                                       | 103 |
| Η δημιουργία και η λειτουργία συλλόγων αυτοβοήθειας<br>και αυτοδιαχείρισης ασθενών                                  |     |
| <i>Νίκη-Ελένη Νομίδου</i> .....                                                                                     | 109 |
| Η ανάπτυξη συλλόγων των ληπτών ψυχιατρικών υπηρεσιών<br>και των οικογενειών τους: ο δρόμος για κοινωνική ενσωμάτωση |     |
| <i>Λεονάρδος Σκόρδος</i> .....                                                                                      | 117 |
| Η ιστορική αναδρομή της δημιουργίας του Σωματείου<br>Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας «Αυτοεκπροσώπηση»              |     |
| Παρεμβάσεις εκπροσώπων συλλόγων αυτοβοήθειας και<br>αυτοδιαχείρισης ασθενών και συλλόγων οικογενειών                |     |
| <i>Μανίνα Τερζίδου</i> .....                                                                                        | 121 |
| Ουσιοεξαρτήσεις: η κατάσταση στην Ελλάδα                                                                            |     |
| <i>Δόμνα Τσακλακίδου</i> .....                                                                                      | 133 |
| Θεραπεία της ουσιοεξάρτησης                                                                                         |     |
| <i>Ιωάννης Α. Λιάππας</i> .....                                                                                     | 147 |
| Γενικές αρχές θεραπευτικής αντιμετώπισης στην ουσιοεξάρτηση<br>και τον αλκοολισμό                                   |     |
| <i>Άννα Κοκκέβη</i> .....                                                                                           | 155 |
| Η ευθραυστότητα της εφηβείας και οι συμπεριφορές κινδύνου                                                           |     |
| <i>Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση</i> .....                                                                                 | 167 |
| Ποιότητα ζωής: εννοιολογική προσέγγιση                                                                              |     |
| <i>Σπύρος Μανουσέλης</i> .....                                                                                      | 175 |
| Εγκέφαλος και κοινωνία: οι αρνητικές συνέπειες της<br>«μετάφρασης» του επιστημονικού λόγου σε κοινωνική πρακτική    |     |
| <i>Τιτίκα Σάλλα</i> .....                                                                                           | 181 |
| Ψυχική συνάντηση δύο δημιουργών: Caspar Friedrich<br>και Mark Rothko                                                |     |
| <i>Λεωνίδου-Σακαλή Ευγενία-Άννα</i> .....                                                                           | 191 |
| Ψυχασθένεια και Λογοτεχνία: σχέσεις αμφίδρομες                                                                      |     |

## **Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί**

Ζούμε στις απαρχές του 21ου αιώνα, ο οποίος μας υπόσχεται ακόμη μεγαλύτερες και εντυπωσιακότερες τεχνολογικές επιτεύξεις απ' ό,τι ο προηγούμενος. Πόσο όμως συνεισφέρει αυτή η επιστημονική πρόοδος –που συνδέεται με την εξέλιξη του πολιτισμού μας– στη βιο-ψυχο-κοινωνική ανάπτυξη του ανθρώπου και την τελείωση της ατομικής του ευτυχίας; Στην εποχή μας, ο άνθρωπος εμφανίζεται ιδιαίτερα εύθραυστος όσον αφορά την ψυχική του υγεία, ενώ η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών αυξάνει διαρκώς. Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση για την Υγεία στις Η.Π.Α, ένας στους πέντε Αμερικανούς υποφέρει κάθε χρόνο από κάποια διαγνωσίμη ψυχική διαταραχή, ενώ το 50% του αμερικανικού πληθυσμού θα παρουσιάσει μία τέτοια διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Οι ειδικοί αναφέρουν επίσης ότι ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή του. Υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο και 550.000 στη χώρα μας.

Δεν θα πρέπει να αγνοήσουμε ότι η ψυχική διαταραχή, η οποία αντανakλά μια κοινωνική παθολογία και είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων του ψυχο-βιολογικού υποστρώματος και του φυσικού περιβάλλοντος, αυξάνει σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και κοινωνικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε τώρα. Στο πλαίσιο αυτό, η βία στις αναρίθμητες εκφάνσεις της απεικονίζει την ένταση των ψυχο-κοινωνικών συγκρούσεων και έχει γίνει στοιχείο της καθημερινότητάς μας, σφραγίζοντας τη ζωή ιδιαίτερα των νέων που αποτελούν τους πιο ευαίσθητους κοινωνικούς αποδέκτες.

Τι γνωρίζουμε όμως για το πλήθος των ψυχικών διαταραχών, τη βιολογική τους βάση και τις πολλαπλές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας για

τη θεραπεία τους; Πώς αντιμετωπίζει η κοινωνία μας τους ψυχικά ασθενείς; Τι προσπάθειες γίνονται για την επανένταξή τους;

*Το Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών & Βιοτεχνολογίας του ΕΙΕ, στην προσπάθειά του να αξιοποιήσει σε θέματα υγείας τις νέες εξελίξεις των βιολογικών ερευνών στη «Συστημική & Υπολογιστική Βιολογία», συνεργάζεται με την Ειδική Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ). Καρπός της συνεργασίας αυτής είναι, μεταξύ άλλων, η οργάνωση του κύκλου ομιλιών Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις-Προβληματισμοί, στον οποίο συμμετέχουν η Α΄ και η Β΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στις εκδηλώσεις αυτές δίνεται η ευκαιρία σε διαπρεπείς επιστήμονες να παρουσιάσουν τις σύγχρονες απόψεις στον τομέα της ειδικότητάς τους, με στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού για τις ψυχικές διαταραχές, πολλές από τις οποίες θεωρούνται δικαίως ασθένειες του πολιτισμού μας.*

Φραγκίσκος Κολίσης  
Καθηγητής ΕΜΠ, & Διευθυντής  
Ινστιτούτου Βιολογικών Ερευνών και  
Βιοτεχνολογίας ΕΙΕ

## Διαλύοντας τον μύθο του γενετικού προκαθορισμού

---

**Φραγκίσκος Κολίσης**

*Καθηγητής Βιοτεχνολογίας, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο*

*Διευθυντής IBEB/EIE*

Αρκετά χρόνια πριν, η σχέση μας με τη μεταφορά των γενετικών πληροφοριών, η αντίληψη δηλαδή του κοινού ανθρώπου για τη συγγένεια του γενότυπου με τον φαινότυπο, μπορούσε να αντιστοιχηθεί και να παραλληλιστεί με τη σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του πνεύμονα. Η αίσθηση που επικρατούσε ήταν ότι όπως ένας καπνιστής είχε αυξημένες πιθανότητες να πάθει καρκίνο του πνεύμονα και ότι εν πάση περιπτώσει αυτό εξαρτάται και από πολλούς άλλους παράγοντες, έτσι και τα γενετικά χαρακτηριστικά μεταφέρονται μεν στους απογόνους αλλά υπό προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα, η κοινωνία –όπως και οι βιολόγοι– θεωρούσαν ισοδύναμη –δηλαδή εξ ημισείας υπεύθυνη για την εκδήλωση της κληρονομικότητας– την επίδραση του γενετικού προκαθορισμού και του περιβάλλοντος.

Τα τελευταία όμως χρόνια τα πράγματα άρχισαν να γίνονται αρκετά ανησυχητικά. Οι επιστημονικές ανακοινώσεις, που εμφανίζονταν ακόμη και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, για την ανακάλυψη νέων γονιδίων που ελέγχουν διάφορα χαρακτηριστικά του ανθρώπου μάς μετέφεραν την αίσθηση ότι δεν θα αργούσαν να μας ανακοινώσουν τα γονίδια που είναι υπεύθυνα για την εξυπνάδα, το πάχος, την εγκληματικότητα. Δεν περνάει εβδομάδα που να μην ταυτοποιούνται νέα γονίδια που θεωρούνται υπεύθυνα για την εμφάνιση φυσιολογικών ή παθολογικών ιδιοτήτων. Μερικοί άρχισαν μάλιστα να νιώθουν ότι δεν είναι καν υπεύθυνοι για ό,τι τους αφορά, αφού του βέβαια δεν επέλεξαν τα γονίδιά τους.

Και αυτά είναι προφανώς τα λιγότερο επικίνδυνα επακόλουθα του ντετερμινισμού στον οποίο μας οδηγούσε η σχετική με τα αποτελέσματα των βιολογικών ερευνών ειδησεογραφία. Η ζυγαριά άρχισε να γέρνει επικίνδυνα προς την πλευρά του γενετικού

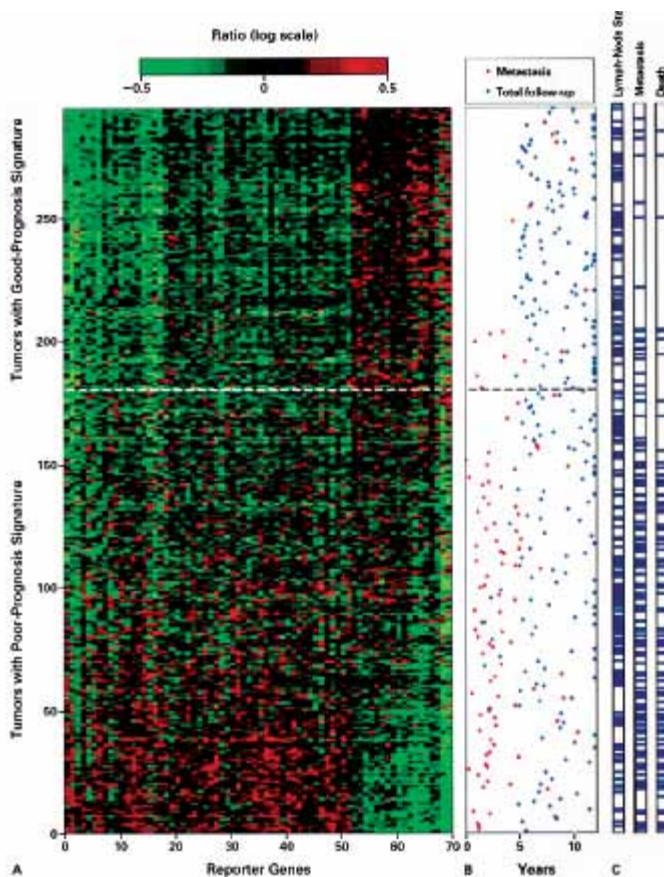
προκαθορισμού, αφήνοντας πίσω τον ρόλο του περιβάλλοντος, και αυτό αφορούσε τόσο τους επιστήμονες που έβρισκαν περισσότερο σαγηνευτική την έρευνα με αντικείμενο τους μηχανισμούς της γονιδιακής έκφρασης όσο και την κοινωνία που έβρισκε επιστημονικές ερμηνείες σε ιδιόμορφες ρατσιστικές αντιλήψεις. Από την εποχή της υπέρμετρης ανάπτυξης της τεχνολογίας του DNA μάς είναι πιο εύκολο να γνωρίσουμε τη δομή των γονιδίων απ' ό,τι τους μηχανισμούς της επιγένεσης. Με ευκολία συνηθίσαμε να εντοπίζουμε τους «γενετικούς ντετερμινισμούς». Σήμερα, αρχίζει ευτυχώς, να κερδίζει ξανά έδαφος η άποψη ότι το γενετικό DNA από μόνο του αποτελεί τη μισή από την ιστορία της κληρονομικότητας, αφού η έκφραση του γονιδιώματος φαίνεται να εξαρτάται όλο και περισσότερο από το περιβάλλον του. Αυτού του είδους η κληρονομικότητα, η μετάδοση μιας πληροφορίας η οποία δεν περιέχεται κατά τη μίτωση ή τη μείωση και δεν σχετίζεται με αλλαγές στην αλληλουχία του DNA, ονομάζεται επιγενετική κληρονομικότητα. Το περιβάλλον επηρεάζει τα επιγενετικά σήματα που και αυτά μπορεί να σημειώσουν μικρές αλλαγές. Αυτές οι επιμεταλλάξεις είναι πιο συχνές από τις κλασικές μεταλλάξεις του DNA. Συμμετέχουν μάλιστα στις διαδικασίες της προσαρμογής στο περιβάλλον, όπως το παράδειγμα της προσαρμογής των ατόμων που προσαρμόζονται στη μείωση του οξυγόνου στα μεγάλα ύψη. Όταν η υπόθεση της επιγενετικής κληρονομικότητας επιβεβαιωθεί, θα ανοίξουν νέοι ορίζοντες. Αυτό θα σημαίνει ότι κάποιες γενετικές παθήσεις δεν θα αποδίδονται σε αλλαγές της αλληλουχίας των γονιδίων αλλά στις επιμεταλλάξεις. Μπορούμε όμως ήδη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την κληρονομικότητα και να υπερασπιστούμε την ιδέα ότι δεν είμαστε το καθαρό προϊόν των γονιδίων μας.

Σε όλα αυτά έρχονται να προστεθούν και οι νέες ανακαλύψεις στον τομέα της βιολογικής έρευνας. Το ανθρώπινο γονιδίωμα περιέχει περίπου 3 δις συνδυασμούς ανά δύο (ανά ζεύγη) των τεσσάρων βάσεων (A, T, C, G), μικρών δηλαδή χημικών μορίων που βρίσκονται στα 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων στον πυρήνα του κυττάρου. Κάθε χρωμόσωμα περιέχει εκατοντάδες έως χιλιάδες γονίδια, δηλαδή τμήματά του, που περιέχουν το καθένα έναν αριθμό συνδυασμών των συγκεκριμένων βάσεων, οι οποίες είναι χαρακτηριστικές για το κάθε γονίδιο και μεταφέρουν τις οδηγίες για τη σύνθεση πρωτεϊνών. Στις πρωτεΐνες αυτές οφείλεται ο φαινότυπος του κάθε γονιδίου που θα οδηγήσει αναγωγικά στην έκφραση όλου του ανθρώπινου φαινοτύπου. Οι απόψεις αυτές ώθησαν την επιστημονική κοινότητα να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι αν κατέγραφε όλα τα γονίδια των χρωμοσωμάτων του ανθρώπου, αν δηλαδή γνώριζε το ανθρώπινο γονιδίωμα, θα ήταν σε θέση να γνωρίζει τους μηχανισμούς των λειτουργιών όλων των χαρακτηριστικών του ανθρώπου, του τελικού δηλαδή φαινοτύπου.

Η πεποίθηση αυτή οδήγησε στη χρηματοδότηση του μεγάλου ερευνητικού προγράμματος χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος. Στο πρόγραμμα αυτό συμμετείχε ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών ομάδων από πολλές χώρες της Ευρώπης, την Αμερική και την Ιαπωνία. Στις 23 Απριλίου του 2003, ανακοινώθηκε η τελική έκδοση για το Πρόγραμμα του Ανθρώπινου Γονιδιώματος, στην οποία έχει ελεύθερη πρόσβαση το κοινό και η οποία παρέχει πληροφορίες απαραίτητες για την έρευνα. Σύμφωνα με αυτές, το ανθρώπινο γονιδίωμα υπολογίζεται ότι περιλαμβάνει 30.000-40.000 γονίδια, των οποίων έγινε η χαρτογράφηση, ο ακριβής δηλαδή προσδιορισμός της θέσης τους στο χρωμόσωμα και ο καθορισμός της αλληλουχίας τους, της ακριβούς δηλαδή σειράς των βάσεων που τα απαρτίζουν.

Οι ανακαλύψεις αυτές μάς έφεραν στην ανατολή της μετά-γονιδιωματικής εποχής, κατά την οποία η βιολογία περνά από την αναγωγική στη στοχαστική περίοδο. Προφανώς δεν είμαστε ακόμη σε θέση να γνωρίζουμε όλους τους μηχανισμούς των ανθρώπινων λειτουργιών, όμως μπορούμε να σχεδιάσουμε με μεγαλύτερη αξιοπιστία τις επιστημονικές προσεγγίσεις και να δώσουμε απαντήσεις και λύσεις σε πολλά προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία του ανθρώπου. Σίγουρα όμως μας απελευθερώνουν από την έννοια του γενετικού προκαθορισμού που τελευταία είχε διεισδύσει στην καθημερινότητά μας.

Οι πρόσφατες εξελίξεις άνοιξαν τους ορίζοντες σε νέους προβληματισμούς αναφορικά με τη μοναδικότητα των γονιδίων να ελέγχουν τα κληρονομικά χαρακτηριστικά. Όπως αναφέρθηκε, τα γονίδια του ανθρώπινου γονιδιώματος βρέθηκαν να είναι περίπου 30.000-40.000, όχι και πολύ περισσότερα από τα γονίδια μιας μύγας, της δrosόφιλας, και όμως αναφερόμαστε σε διαφορές ανάμεσα στο τελειότερο ίσως ον του πλανήτη και σε μια μύγα. Να σημειωθεί ότι τα γονίδια του πεύκου υπολογίζονται σε 100.000. Δεν μπορούμε πλέον να μιλούμε για την ευθύνη ενός ή μερικών γονιδίων στην εμφάνιση κάποιων χαρακτηριστικών, αλλά για τη δυναμική συνεργασία δεκάδων ή εκατοντάδων από αυτά. Ακόμα περισσότερο, δεν μπορούμε να αποδώσουμε το οποιοδήποτε χαρακτηριστικό στην παρουσία ή απουσία κάποιου γονιδίου αλλά στο πόσα από αυτά υπερεκφράζονται, πόσα υποεκφράζονται και σε ποιο βαθμό στην υπό μελέτη περίπτωση. Το παράδειγμα για τη συμμετοχή 70 γονιδίων στην έκφραση του καρκίνου του μαστού διαλύει κάθε βεβαιότητα ότι η επισήμανση μερικών γονιδίων είναι αρκετή για να βεβαιώσει κάποιος την εμφάνιση καρκίνου ή, πολύ περισσότερο, ότι μπορεί να αποτελέσει τη γενετική υπογραφή του ατόμου προς κάθε χρήση (βλέπε εικόνα 1).



**Εικόνα 1.** Υπόδειγμα της έκφρασης των γονιδίων που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της δυνατότητας της πρόγνωσης σε σχέση με τα κλινικά χαρακτηριστικά 295 ασθενών με καρκίνο του στήθους.

A. Εμφανίζεται ο βαθμός έκφρασης 70 γονιδίων (οριζόντιος άξονας) που χρησιμοποιούνται ως δείκτες σε 295 ασθενείς (κάθετος άξονας). Το κόκκινο χρώμα δείχνει τα γονίδια που έχουν υπερεκφρασθεί και το πράσινο τα γονίδια που έχουν υποεκφρασθεί. Η σιτκή γραμμή δείχνει το επίπεδο κάτω από το οποίο έχουμε καλή συσχέτιση γονιδιακής υπερέκφρασης με μετάσταση και πάνω από το οποίο έχουμε συσχέτιση των μεταστάσεων με τη γονιδιακή υποέκφραση.

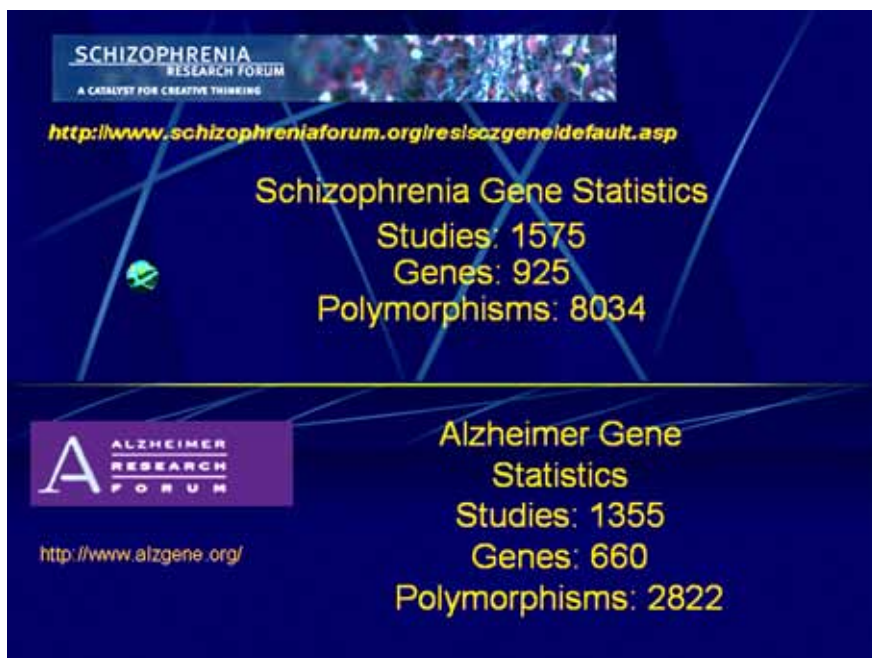
B. Αριθμός μεταστάσεων με την πάροδο του χρόνου σε έτη. Στα πρώτα 5 έτη έχουμε αύξηση των μεταστάσεων που σχετίζονται με τα υπερεκφρασμένα γονίδια.

C. Συσχέτιση των μεταστάσεων με την εμφάνιση του καρκίνου των λεμφαδένων και τους θανάτους που παρουσιάζονται αυξημένοι τα πρώτα 5 έτη.

Είναι προφανές ότι σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να συσχετίσουμε την παρουσία και μόνο κάποιου γονιδίου (ή ακόμη και κάποιων γονιδίων) με την εμφάνιση του καρκίνου, αφού και τα 70 υπάρχουν σε όλες τις περιπτώσεις, αυτών δηλαδή που θα εμφανίσουν μετάσταση και θάνατο αλλά και εκείνων που δεν θα παρουσιάσουν μετάσταση. Για την πρόγνωση, αντιθέτως, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο βαθμός έκφρασης και των 70 γονιδίων.

Σε αντίστοιχα συμπεράσματα πρέπει να οδηγηθούμε μιλώντας και για ψυχικές ασθένειες που μελετώνται στις μέρες μας εντατικά και σε επίπεδο γονιδιωματικής έκφρασης, όπως η σχιζοφρένεια ή η νόσος Αλτσχάιμερ. Όπως φαίνεται στην εικόνα 2, σύγχρονες ανακοινώσεις διεθνών οργανισμών δείχνουν ότι για την περίπτωση

της σχιζοφρένειας, σε μελέτη 1.575 περιπτώσεων, εμπλέκονται 925 γονίδια που παρουσιάζουν 8.034 πολυμορφισμούς, ενώ στην περίπτωση του Αλτσχάιμερ, σε μελέτη ενός πληθυσμού 1.355 ασθενών, εμπλέκονται 660 γονίδια που παρουσιάζουν 2.882 πολυμορφισμούς.



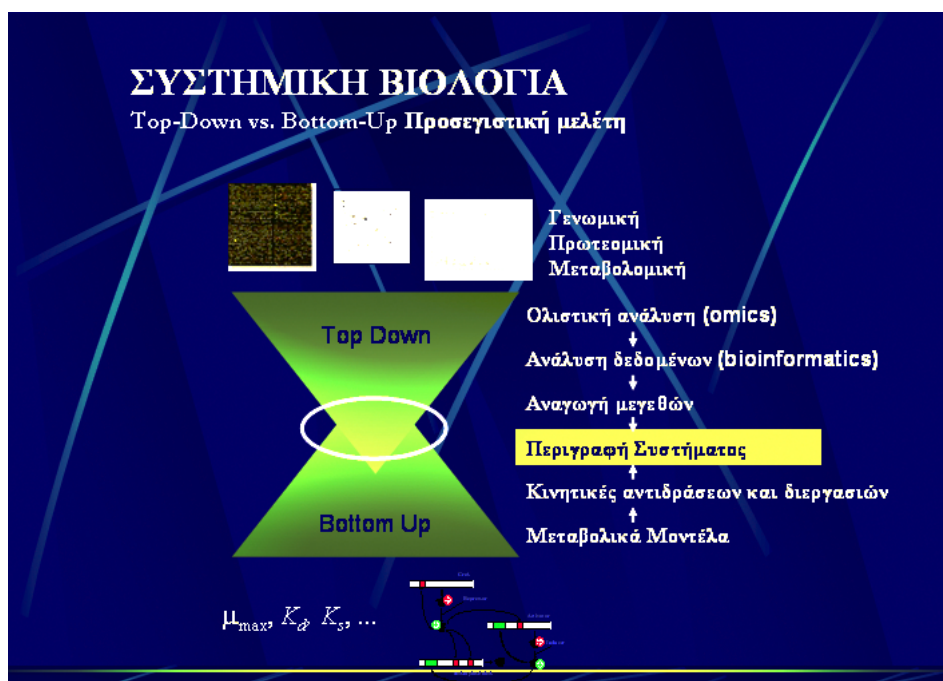
### **Σύγχρονες προσεγγίσεις στη βιολογική έρευνα: βιολογία συστημάτων**

Το επίκεντρο της βιολογικής έρευνας μετατοπίζεται σταδιακά από την ποιοτική ανάλυση των βιολογικών μηχανισμών στον ποσοτικό προσδιορισμό όσον αφορά τα επίπεδα έκφρασης του γονότυπου ενός οργανισμού, τον τρόπο με τον οποίο αυτή η έκφραση ρυθμίζεται και τη συνεργιστική δράση σε διαφορετικά βιοχημικά μονοπάτια. Έχουν δημιουργηθεί μεγάλες βιολογικές βάσεις δεδομένων, οι οποίες ήδη λειτουργούν και είναι προσβάσιμες μέσω του διαδικτύου, για την αποθήκευση του τεράστιου όγκου των πληροφοριών που υπάρχουν αναφορικά με τα διαφορετικά επίπεδα της βιολογικής έρευνας.

Στη βιολογική έρευνα περνάμε από τη γενετική στη γενωμική και γενικότερα στην εποχή των -omics (-ομική), όπου πλέον χρησιμοποιούνται οι όροι γενωμική αντί της γενετικής, πρωτεομική αντί της πρωτεϊνικής, μεταβολομική αντί της μεταβολικής. Το αντικείμενο της έρευνας είναι πλέον η ταυτόχρονη μελέτη όλων των γονιδίων, όλων

των πρωτεϊνών και όλων των μεταβολιτών του κάθε συστήματος. Η έρευνα στηρίζεται πλέον σε έννοιες όπως:

- Τα κύτταρα στο σώμα περιέχουν στον πυρήνα τους DNA και η διαφοροποίηση σε κάθε τύπο κυττάρου που θα δώσει για παράδειγμα μυϊκό ιστό ή ένα όργανο όπως το συκώτι προέρχεται από γονίδια που εκφράζονται (είναι ON) και μάλιστα εκφράζονται σε κάποιο βαθμό ή δεν εκφράζονται (είναι OFF).
- Μέχρι πριν μερικά χρόνια οι επιστήμονες εφαρμόζαν τεχνικές όπως κλωνοποίηση, μετάλλαξη, αλληλούχηση, χαρτογράφηση κ.ά., σε ένα ή μερικά γονίδια. Στις μέρες μας απαιτείται η ταυτόχρονη μελέτη όλων ή τουλάχιστον πολλών γονιδίων σε ένα μόνο πείραμα. Τα κύτταρα, τα όργανα και οι οργανισμοί μελετώνται πλέον ολιστικά.



Η ποσοτικοποιημένη μελέτη των βιοδιεργασιών ως ολοκληρωμένων συστημάτων και όχι ως μεμονωμένων τμημάτων συνιστά το μέλλον της βιολογικής/βιοϊατρικής έρευνας στον 21ο αιώνα. Το Πρόγραμμα του Ανθρώπινου Γονιδιώματος αποτελεί τη βάση για τη συσχέτισή του με την πρωτεϊνοσύνθεση, τη μεταβολική ρύθμιση και τις φυσιολογικές λειτουργίες στον άνθρωπο. Η εντυπωσιακή ανάπτυξη της μοριακής

βιολογίας έχει οδηγήσει στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης αποτύπωσης της χαρτογράφησης των λειτουργιών της ζωής. Η επόμενη πρόκληση που αναδύεται είναι η κατανόηση των αλληλεπιδράσεων και αλληλοεξαρτήσεων των αναρίθμητων υποκυτταρικών συστατικών. Η γνώση του ανθρώπινου γονιδιώματος και η πρόσφατη πρόοδος στα πεδία της πρωτεομικής, η γνώση δηλαδή της λειτουργικής συμπεριφοράς και της δομής όλων των πρωτεϊνών που συμμετέχουν σε ένα υπό μελέτη σύστημα, η γνώση της ανάλυσης των μεταβολικών δικτύων (μεταβολομική) και της τεχνολογίας των μικροσυστοιχιών του DNA (γενωμική), η γνώση του πόσο και ποια γονίδια υπέρ- ή υπό-εκφράζονται αναδεικνύουν την αναγκαιότητα της συστημικής ενσωμάτωσης των δεδομένων των πειραμάτων και της θεωρίας, ώστε να αποκωδικοποιηθεί η λειτουργία της ζωής.

Ήδη στη μελέτη ενός πλήθους βιολογικών φαινομένων και μηχανισμών (καρκίνος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, άνοια, Αλτσχάιμερ, μικροβιακές λοιμώξεις, κ.λπ.) ενσωματώνονται στον πειραματικό σχεδιασμό οι αρχές της βιολογίας συστημάτων, δηλαδή η ολιστική επεξεργασία των ποσοτικών δεδομένων τους και η διατύπωση συνθετικών μοντέλων προσομοίωσης της λειτουργίας τους. Χαρακτηριστική είναι η διαπίστωση της διαμόρφωσης συγκλινόντων χαρακτηριστικών στο επίπεδο της κυτταρικής φυσιολογίας για πλήθος παθολογιών που έχουν διαφορετική αιτιολογία γένεσης (π.χ. αυτοάνοσες, ψυχικές νόσοι, καρκίνος), όπου επί παραδείγματι εμφανίζονται κοινά βιοχημικά μονοπάτια να απορρυθμίζονται κατά την εξέλιξή της. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την ανάγκη στόχευσης ολοκληρωμένων κυτταρικών μονοπατιών, αντί των μεμονωμένων μορίων, όταν επιχειρείται η λειτουργική αποκατάστασή τους. Σήμερα είναι γνωστό ότι ακόμη και για παθολογικές καταστάσεις των οποίων είναι διαπιστωμένη η μονογονιδιακή προέλευση, η θεραπευτική στόχευση στο επίπεδο του ενός γονιδίου δεν επιτυγχάνει να επανορθώσει φαινοτυπικά τη λειτουργία του οργανισμού λόγω των πολλαπλών και σύνθετων λειτουργικών επιπτώσεων στα τελικά στάδια της μεταγραφικής και μεταφραστικής ρύθμισης.

### **Συστημική και υπολογιστική βιολογία στην αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών**

Η ψηφιοποίηση όλων των δεδομένων από το γονιδιωματικό επίπεδο μέχρι την κλινική έκφραση και τον σχεδιασμό θεραπευτικής αγωγής συνιστά ένα αναγκαίο βήμα στη διαμόρφωση στρατηγικών οργάνωσης, διαχείρισης και αξιοποίησης του πλούτου των κρυμμένων πληροφοριών, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται μια πανσπερμία ετερογενών τύπων ψηφιακών δεδομένων, όπως πρωτοκόλλων περιγραφής της βιολογικής πληρο-

φορίας, βάσεων αποθήκευσης βιοϊατρικών δεδομένων, προγραμμάτων επεξεργασίας και συνθετικής μοντελοποίησης που συνολικά αποτελούν το πληροφοριακό οικοσύστημα. Περαιτέρω, η ευφυής αυτοματοποιημένη υπολογιστική διασύνδεση αυτού του πλούτου δεδομένων σε ένα ενιαίο μοντέλο περιγραφής της βιολογικής και ιατρικής γνώσης, ενδυναμώνει την αποτελεσματική υλοποίηση της μεταφραστικής έρευνας, δηλαδή της αξιοποίησης των αποτελεσμάτων της βασικής έρευνας στο πεδίο της κλινικής εφαρμογής.

Στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης που αναλύθηκε παραπάνω, το Εργαστήριο Βιοτεχνολογίας του ΕΜΠ, το IBEB και η Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) του Πανεπιστημίου Αθηνών συνεργάζονται στη διαμόρφωση ενός κοινού ερευνητικού προγράμματος με τίτλο «Εφαρμογή των αρχών της βιολογίας συστημάτων στη μελέτη των μειζόνων ψυχικών διαταραχών: Ψηφιακή καταγραφή και μοντελοποίηση με στόχο την ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών στρατηγικών». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποβλέπει στη δημιουργία ολοκληρωμένου προγράμματος υπηρεσιών υγείας που θα αξιοποιεί την ανάπτυξη και προώθηση ενός φάσματος καινοτόμων προσεγγίσεων στη μελέτη των μειζόνων ψυχικών διαταραχών. Μέσα από την πολυεπίπεδη ψηφιακή καταγραφή και μοντελοποίηση επιχειρείται: α. η ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών στρατηγικών, και β. η ανάπτυξη εξατομικευμένων διαγνωστικών μεθόδων πρόβλεψης της εξέλιξης της νόσου, με βάση το επιδημιολογικό προφίλ ενός πληθυσμού ασθενών με διάφορους τύπους ψυχικών νόσων (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, κ.ά.).

Η βιοϊατρική επεξεργασία θα στηριχθεί στην ανάλυση:

1. Μοριακών δεδομένων (βιοχημικοί, μεταβολικοί δείκτες).
2. Γενετικών δεδομένων (γενετικοί πολυμορφισμοί, γονιδιωματική έκφραση).
3. Απεικονιστικών δεδομένων (ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα -EEGs).
4. Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία (fMRIs).
5. Φαινομενολογικών ιατρικών δεδομένων (ψυχομετρικές μετρήσεις γνωσιακών δεξιοτήτων, καθώς και κλίμακες εργασιακών δεξιοτήτων, αξιολόγησης αυτοστιγματισμού ασθενών και ποιότητας ζωής τους).



**Εικόνα 4.** Σχηματική περιγραφή του προγράμματος «Εφαρμογή των αρχών της βιολογίας συστημάτων στη μελέτη των μειζόνων ψυχικών διαταραχών: Ψηφιακή καταγραφή και μοντελοποίηση με στόχο την ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών στρατηγικών».

Στα πλαίσια του συγκεκριμένου προγράμματος θα αξιοποιηθούν:

- Οι πλέον σύγχρονες τεχνολογίες διαδικτυακής επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών/δεδομένων ασθενών (ολοκληρωμένη διαχείριση ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών-ηλεκτρονικές κάρτες).
- Μεθοδολογίες ανάλυσης και διαχείρισης πειραματικών βιοϊατρικών δεδομένων.
- Μεθοδολογίες εξαγωγής και παρακολούθησης προγνωστικών και διαγνωστικών βιοδεικτών.
- Μεθοδολογίες κατηγοριοποίησης φαινοτύπων.
- Μεθοδολογίες αξιολόγησης θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Τελικός στόχος του προγράμματος συνεργασίας θα είναι η ευφυής διαχείριση, συσχέτιση και ερμηνεία των πολυεπίπεδων και ετερογενών όγκων δεδομένων τα οποία σχετίζονται με τις ψυχικές νόσους που θα ερευνηθούν για την ανάπτυξη στρατηγικών εξατομικευμένης διάγνωσης/θεραπείας.



## Γενετική των ψυχικών διαταραχών

---

**Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου**

*Καθηγητής Ψυχιατρικής*

*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*

*Αιγινήτειο Νοσοκομείο*

Το ερώτημα για τον ρόλο της κληρονομικότητας στις ψυχικές διαταραχές είχε απασχολήσει από παλαιά την ιατρική σκέψη. Ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα, όταν ο γερμανός ψυχίατρος Kraepelin διαχώρισε τις μείζονες ψυχικές διαταραχές σε πρώιμη άνοια (σχιζοφρένεια) και μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (συναισθηματική διαταραχή), εμπειρικές παρατηρήσεις ανέφεραν ότι οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονταν συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων.

Η συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες χάρη στην πρόοδο που έχει συντελεσθεί στη μεθοδολογία των μελετών και στη θέσπιση αυστηρότερων κριτηρίων για τη διάγνωσή τους, στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με ομάδες υγιών μαρτύρων, στην εγκυρότερη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και κυρίως στην αλματώδη πρόοδο της μοριακής βιολογίας και στην εφαρμογή μοριακών τεχνικών που άνοιξε νέους ορίζοντες στη σύγχρονη ψυχιατρική γενετική. Οι πρόσφατες, μάλιστα, ανακοινώσεις για την ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος (το σύνολο του γενετικού υλικού ενός οργανισμού) συντηρούν και αυξάνουν το επιστημονικό ενδιαφέρον των ερευνητών.

Ως μέθοδοι για τη διερεύνηση της γενετικής συμμετοχής στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών εξακολουθούν να θεωρούνται οι κλασικές κλινικές μελέτες σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένους, καθώς και οι μελέτες συσχέτισης και σύνδεσης των ψυχικών διαταραχών με γενετικούς δείκτες στο πλαίσιο της μοριακής γενετικής.

## Μελέτες οικογενειών

Οι μελέτες οικογενειών, που προϋποθέτουν την κατά το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή του οικογενειακού γενεαλογικού δέντρου του ασθενούς, δίνουν τη δυνατότητα διερεύνησης αν η νόσος είναι οικογενής, αν δηλαδή αρκετά μέλη στην ίδια οικογένεια πάσχουν και μάλιστα σε διαδοχικές γενεές, ή αν είναι σποραδική, δηλαδή εκτός από τον ασθενή δεν πάσχει κανένα άλλο μέλος της οικογένειας ή αν πάσχει βρίσκεται σε απομακρυσμένη θέση στο οικογενειακό δέντρο. Επίσης, υπολογίζεται ο κίνδυνος νόσησης, ο κίνδυνος δηλαδή που εμφανίζει το άτομο να νοσήσει όταν διανύει την ηλικία νόσησης, που για τη σχιζοφρένεια θεωρείται το ηλικιακό φάσμα μεταξύ 15 και 45 ετών, για τη μαυνοκατάθλιψη το ηλικιακό φάσμα μεταξύ 15 και 60 ετών, ενώ για την υποτροπιάζουσα κατάθλιψη αυτό των 15-70 ετών. Ο κίνδυνος αυτός ελαττώνεται ανάλογα με την ηλικία και, παρότι είναι εμπειρικός προσδιορισμός, θεωρείται, μέχρι την ανακάλυψη ενός ισχυρού δείκτη που να συνδέεται με τη νόσο, το μοναδικό ίσως στοιχείο στο οποίο βασίζεται η ψυχιατρική γενετική συμβουλευτική.

Οι μελέτες σε οικογένειες επαλήθευσαν τις προϋπάρχουσες εμπειρικές παρατηρήσεις της οικογενούς εκδήλωσης των μειζόνων ψυχικών διαταραχών με τη διαπίστωση ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς (γονείς, αδέρφια, παιδιά) του πάσχοντος εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια ή άλλη ψυχική διαταραχή, σε σύγκριση με τους συγγενείς των υγιών μαρτύρων. Συγκεκριμένα, για τη διπολική συναισθηματική διαταραχή με συχνότητα εμφάνισης περίπου 1% στον γενικό πληθυσμό, ο κίνδυνος νόσησης κυμαίνεται στα επίπεδα του 13% για τα αδέρφια και 15% για τα παιδιά. Αντίθετα, για τη μονοπολική συναισθηματική διαταραχή, με κίνδυνο νόσησης περίπου 5% στον γενικό πληθυσμό, οι πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών εμφανίζουν κίνδυνο 12% να νοσήσουν από την ίδια διαταραχή, ενώ ο κίνδυνος να εκδηλώσουν διπολική συναισθηματική διαταραχή κυμαίνεται περίπου στο 3%. Παιδιά δύο γονέων πασχόντων από διπολική διαταραχή εμφανίζουν κίνδυνο να εκδηλώσουν την ίδια διαταραχή που κυμαίνεται μεταξύ 44-74%.

Πέρα από την εμφάνιση της συναισθηματικής διαταραχής, γενετικοί παράγοντες φαίνεται να ενοχοποιούνται και για την εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αφού καταθλιπτικοί ασθενείς με θετικό ιστορικό αυτοκτονίας προβαίνουν συχνότερα σε απόπειρα αυτοκαταστροφής. Εκείνοι που χρησιμοποιούν βίαιη μέθοδο εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κληρονομικό φορτίο αυτοκτονιών από την πλευρά της μητέρας στην οικογένεια, ενώ εκείνοι που καταφεύγουν σε μη βίαιη μέθοδο εμφανίζουν πιο βεβαρημένο κληρονομικό φορτίο από την πατρική πλευρά.

Για τη σχιζοφρένεια, που ο επιπολασμός της κυμαίνεται γύρω στο 1% στον γενικό πληθυσμό, τα ποσοστά εκδήλωσης της νόσου στους πρώτου βαθμού συγγενείς κυμαίνονται γύρω στο 5% για τους γονείς του πάσχοντος, 9% για τα αδέρφια του και 15% για τα παιδιά του. Οι απόγονοι με δύο γονείς πάσχοντες εμφανίζουν κίνδυνο να νοσήσουν που φθάνει στο 45%.

Ο κίνδυνος νόσησης είναι ανάλογος προς τον βαθμό συγγένειας του πάσχοντος με τους συγγενείς του. Έτσι, για τους δεύτερου βαθμού συγγενείς (ετεροθαλή αδέρφια, παππούδες, θείους, εγγόνια, ανίψια), ο κίνδυνος νόσησης υπολείπεται σαφώς του αντίστοιχου των συγγενών πρώτου βαθμού, εξακολουθεί όμως να κυμαίνεται σε επίπεδα διπλάσια εκείνων του γενικού πληθυσμού. Αντίθετα, για τους συγγενείς τρίτου βαθμού (πρώτα εξαδέρφια) διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος νόσησης είναι ελαφρά υψηλότερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο στον γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος νόσησης αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των πασχόντων συγγενών και την κλινική βαρύτητα της εκδήλωσης της διαταραχής. Η ηλικία έναρξης της νόσου φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, αφού ασθενείς με μείζονα ψυχική διαταραχή και πρώιμη ηλικία έναρξης (μικρότερη των 20 ετών) παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εκδήλωσης της ίδιας διαταραχής στους πρώτου βαθμού συγγενείς τους.

### **Μελέτες διδύμων και υιοθετημένων**

Οι μελέτες σε διδύμους έριξαν περισσότερο φως στη διερεύνηση του ρόλου της κληρονομικότητας στις μείζονες ψυχικές διαταραχές. Όπως είναι γνωστό, υπάρχουν οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι που έχουν κοινά όλα τα γονίδιά τους και οι διζυγωτικοί δίδυμοι που έχουν κοινά τα μισά τους γονίδια, όπως και τα μη δίδυμα αδέρφια τους. Τα αποτελέσματα των μελετών έδειξαν σημαντικά υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (να πάσχουν δηλαδή και οι δύο δίδυμοι) στους μονοζυγωτικούς διδύμους για την εμφάνιση διπολικής συναισθηματικής διαταραχής που φτάνει μέχρι το 70% (για τη μονοπολική διαταραχή σε 55%) σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους (όπου το ποσοστό κυμαίνεται γύρω στο 15-20%). Για τη σχιζοφρένεια, τα ποσοστά για τους μονοζυγωτικούς διδύμους κυμαίνονται γύρω στο 50%, ενώ για τους διζυγωτικούς διδύμους στο 15-20%. Τα ποσοστά συμφωνίας για τη συναισθηματική διαταραχή και τη σχιζοφρένεια παρουσιάζονται ανεξάρτητα από το εάν οι δίδυμοι μεγάλωσαν μαζί ή χωριστά, γεγονός που συνηγορεί υπέρ της γενετικής συμμετοχής.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι αν επρόκειτο αποκλειστικά για γενετικό χαρακτηριστικό θα όφειλε ο βαθμός συμφωνίας στους μονοζυγωτικούς διδύμους να είναι 100%, αφού οι δίδυμοι αυτοί φέρουν πανομοιότυπο γενετικό υλικό. Το γεγονός, όμως, ότι υπολεί-

πεται του 100% επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι και μη γενετικοί παράγοντες –όπως περιβαλλοντικοί παράγοντες, περιγεννητικές επιπλοκές, τραυματισμός κατά τη γέννηση, διατροφή, μόλυνση κ.ά.– φαίνεται να παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μείζονος ψυχικής διαταραχής.

Οι μελέτες σε υιοθετημένους μπορούν να διαχωρίσουν πληρέστερα τους γενετικούς από τους περιβαλλοντικούς συντελεστές στη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας των ψυχικών διαταραχών. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι οι βιολογικοί γονείς των υιοθετημένων ασθενών με συναισθηματική διαταραχή ή σχιζοφρένεια παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα την ίδια διαταραχή, σε σύγκριση με τους θετούς γονείς τους. Επίσης, οι υιοθετημένοι με βιολογικούς γονείς πάσχοντες από μείζονα ψυχική διαταραχή εκδηλώνουν σε υψηλά επίπεδα την ίδια ψυχοπαθολογία, σε σχέση με υιοθετημένους των οποίων οι βιολογικοί γονείς είναι ψυχικά υγιείς.

### **Μελέτες συσχέτισης και σύνδεσης των ψυχικών διαταραχών με γενετικούς δείκτες**

Τα αποτελέσματα των μελετών συσχέτισης και σύνδεσης των μειζόνων ψυχικών διαταραχών με διάφορους γενετικούς δείκτες δεν έχουν καταλήξει, προς το παρόν, σε ασφαλή συμπεράσματα, αφού και τα θετικά αποτελέσματα σε ορισμένες μελέτες δεν επιβεβαιώθηκαν από μεταγενέστερες έρευνες.

Παλαιότερα, ως γενετικοί δείκτες χρησιμοποιήθηκαν τόσο νοσήματα (π.χ. αχρωματοψία) όσο και αντιγόνα της κυτταρικής μεμβράνης (π.χ. σύστημα ομάδων αίματος ABO, αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, HLA) όπου είναι γνωστή η άμεση σχέση τους με κάποια γονίδια. Τελευταία, χρησιμοποιούνται νεότεροι γενετικοί δείκτες, όπως αλληλουχίες του DNA που διαφέρουν από άτομο σε άτομο (πολυμορφισμοί DNA) και κληρονομούνται κατά μεντελιανό τρόπο. Επίσης, γίνεται προσπάθεια ανεύρεσης συσχέτισης ή σύνδεσης με υπονήφια γονίδια, όπως εκείνα που κωδικοποιούν υποδοχείς, πρωτεΐνες ή ένζυμα σχετιζόμενα με τη νευρομεταβίβαση. Πρόσφατα πραγματοποιούνται και μελέτες σάρωσης ολόκληρου του γονιδιώματος.

Βάσιμες ενδείξεις για πιθανές περιοχές που φαίνεται να συνδέονται με τις συναισθηματικές διαταραχές είναι στο μακρό σκέλος των χρωμοσωμάτων 4, 8, 12, 13, 18, 21, 22 και X και στο βραχύ σκέλος των χρωμοσωμάτων 2, 4 και 18. Για τη δε σχιζοφρένεια, στο μακρό σκέλος των χρωμοσωμάτων 1, 5, 13, 15, 22 και στο βραχύ σκέλος των χρωμοσωμάτων 6 και 8. Επίσης, αναφέρθηκαν κοινοί γενετικοί τόποι και για τις δύο διαταραχές στα χρωμοσώματα 6, 8, 18, 22 που καλλιεργούν την υπόθεση της ύπαρξης ενός συνεχούς (continuum) στην εκδήλωση των δύο μειζόνων ψυχικών διαταραχών.

Τα αρνητικά, όμως, αποτελέσματα που αναφέρθηκαν σε πολλές μελέτες οφείλονται κυρίως στον βαθμό της γενετικής ετερογένειας των διαταραχών, στη διαφορετική ηλικία έναρξης της νόσου, στην ατελή γονιδιακή διεισδυτικότητα, στην ποικιλία της φαινοτυπικής έκφρασης, καθώς και σε μη τυχαία γονεϊκή σύζευξη.

### **Τρόποι μεταβίβασης**

Παρά την αναμφισβήτητη συμβολή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια και στην οικογενή εκδήλωση των μειζόνων ψυχικών διαταραχών, οι ακριβείς τρόποι μεταβίβασής τους δεν είναι σήμερα επακριβώς γνωστοί.

Το υπόδειγμα κληρονομικότητας των διαταραχών αυτών είναι σύνθετο και δεν ακολουθεί κλασικούς μεντελιανούς τρόπους μεταβίβασης. Ως παράγων που κληρονομείται θεωρείται η ευαισθησία για την εμφάνιση της διαταραχής και όχι η βεβαιότητα ότι το άτομο θα νοσήσει. Η πολυγονιδιακή-πολυπαραγοντική θεωρία φαίνεται, προς το παρόν, η επικρατέστερη. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, μεγάλος αριθμός γονιδίων μαζί με τυχαίους περιβαλλοντικούς παράγοντες δρουν αθροιστικά στην παραγωγή ευαισθησίας για νόσηση. Η προδιάθεση που φέρει το άτομο εφόσον υπερβεί έναν ουδό σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής του οδηγεί στην εκδήλωση της νόσου. Για να εκφρασθεί απαιτείται αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης και του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει το ευάλωτο άτομο.

### **Συμπεράσματα-Προοπτικές**

Από τα αποτελέσματα των μελετών σε οικογένειες, διδύμους και υιοθετημένους, δεν αμφισβητείται σήμερα η καθοριστική επίδραση των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια των μειζόνων ψυχικών διαταραχών, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζεται και ο σημαντικός ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εκδήλωσή τους.

Η εφαρμογή όλο και περισσότερο εξελιγμένων μοριακών τεχνικών επιτρέπει την αισιοδοξία ότι τα προσεχή χρόνια θα υπάρξει ανακάλυψη σύνδεσης των διαταραχών αυτών με ειδικούς γενετικούς δείκτες. Θα πρέπει, επίσης, να τονισθεί ιδιαίτερα και η σημαντική πρόοδος που έχει συντελεσθεί στον τομέα της φαρμακογενετικής. Η πρόοδος αυτή μπορεί να βοηθήσει στην ανακάλυψη της καταλληλότερης φαρμακοθεραπείας και της αποτελεσματικότερης δοσολογίας, στο πλαίσιο της προσανατολισμένης ιατρικής σε κάθε ασθενή.

Τέλος, η πληρέστερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αναμένεται ότι θα βοηθήσει στην αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου και στην αποτελεσματικότερη πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των μειζόνων ψυχικών διαταραχών. Τούτο ομοίως, θα συντελέσει, τόσο στην αύξηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ψυχιατρικής γενετικής συμβουλευτικής για τον οικογενειακό προγραμματισμό των ιδίων των ασθενών και των οικείων τους όσο και στην εξάλειψη του στίγματος που, δυστυχώς, συνοδεύει ακόμη και σήμερα την εκδήλωση ψυχικής νόσου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baron M., "Manic-depression genes and the new millennium: poised for discovery", *Molecular Psychiatry*, 7 (2002), 342-358.
- Craddock N., O'Donovan MC, Owen M.J., "The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis", *Journal of Medical Genetics*, 42 (2005), 193-204.
- Dikeos D.G., Vassos E, Papadimitriou G.N., "Genetic counseling in Schizophrenia", In: Kasper S, Papadimitriou GN (eds) *Schizophrenia, Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*, Second Edition, Informa Healthcare, UK, 2009, p.p. 322-332.
- Karayorgou M., Gogos J.A., "Schizophrenia genetics: uncovering positional candidate genes", *European Journal of Human Genetics*, 14 (2006), 512-519.
- Owen M.J., Craddock N., Jablensky A., "The genetic deconstruction of psychosis", *Schizophrenia Bulletin*, 33 (2007), 905-911.
- Παπαδημητρίου Γ.Ν., Παπακώστας Ι.Γ., "Η σχέση γιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας", *Ιατρική*, 82 (2002), 44-56.
- Papadimitriou G.N., Linkowski P., Delabre C., Medlewicz J., "Suicide on the paternal and maternal sides of depressed patients with a lifetime history of attempted suicide", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (1991), 417-419.
- Papadimitriou G.N., Dikeos D.G., Stefanis C.N., "Psychiatric genetic research in Greece", *Psychiatric Genetics*, 9 (1999), 115-121.
- Papadimitriou G.N., Dikeos D.G., "How does recent knowledge on the heredity of schizophrenia affect genetic counseling?" *Current Psychiatry Reports*, 5 (2003), 239-40
- Schosser A., McGuffin P., "Genetic and epigenetic factors in schizophrenia", In: Kasper S, Papadimitriou GN (eds) *Schizophrenia, Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*, Second Edition, Informa Healthcare, UK, 2009, p.p. 78-86.
- Stefanis C.N., Dikeos D.G., Papadimitriou G.N., "Clinical strategies in genetic research", In: Mendlewicz J, Papadimitriou GN (eds), *Genetics of Mental Disorders Part I. Theoretical Aspects*, Bailliere's Clinical Psychiatry, International Practice and Research, Bailliere Tindall, London, 1995, I: 1-18.
- Stefanis N.C., Henquet C., Avramopoulos D. et al., "COMT Val158Met moderation of stress-induced psychosis", *Psychol Med* 37 (2007), 1651-1656.
- Stefanis C.N., Stefanis S.C., "Schizophrenia: Historical roots and brief review of recent research developments". In: *Schizophrenia, Biopsychosocial Approaches and Current Challenges*, Second Edition, Informa healthcare, UK, 2009, p.p. 1-15.

Sullivan P.F., Kendler K.S., Neale M.C., "Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies", *Arch Gen Psychiatry* 60 (2003), 1187-1192.

The European Network of Schizophrenia. Networks for the Study of Gene-Environment Interactions (EU-GEI): schizophrenia aetiology: Do gene-environment interactions hold the Key? *Schiz Res* 2008, 102, 21-26.

## Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο και η διασύνδεση της ψυχιατρικής με άλλες ιατρικές ειδικότητες

---

**Ελευθέριος Λύκουρας MD, PhD, FICPM**

*Καθηγητής Ψυχιατρικής*

*Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ*

*Αττικό Γενικό Νοσοκομείο*

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο συνιστά ταυτόχρονα φιλοσοφία της κλινικής φροντίδας και πρακτικό οδηγό. Από φιλοσοφική άποψη, αποτελεί τρόπο κατανόησης του πώς η νόσος επηρεάζεται από πολλαπλά επίπεδα της οργάνωσης, από το κοινωνικό έως το μοριακό. Από πρακτικής πλευράς, μας βοηθά να κατανοήσουμε την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς ως ουσιώδη παράγοντα που συμβάλλει στην ακριβή διάγνωση, στην έκβαση και στην ανθρωπιστική φροντίδα (*Borrel - Carrio et al 2004*).

Η έμφαση στο βιογραφικό και κοινωνικό πλαίσιο, για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του ασθενούς, παράλληλα με τη βιολογική προδιάθεση προσέδωσε την ονομασία «ψυχοβιολογικό» στο πρότυπο της προσέγγισης του Meyer. Ο τελευταίος πίστευε πως, από τη στιγμή που θα δοθεί μια συγκεκριμένη διάγνωση νόσου, δημιουργείται η ψευδαίσθηση στους ιατρούς ότι αρκεί αυτή η διάγνωση για να απαντήσουν σε κάθε ερώτημα και παύουν πλέον να δίνουν σημασία στα γεγονότα που περιβάλλουν την κατάσταση του ασθενούς. Παρότι αντιμαχόταν την άκρατη οργανική προσέγγιση της νόσου, κρατούσε ταυτόχρονα και αποστάσεις από την ψυχανάλυση. Αντιτάχθηκε στη βιολογική προσέγγιση του Emil Kraepelin διότι πίστευε ότι η ψυχική νόσος αποτελεί την άθροιση «νοσογόνων» αντιδράσεων του ασθενούς στο περιβάλλον του. Ο Meyer ενδιαφέρθηκε ιδιαίτερα για τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που μπορούσε πρακτικά να επηρεάσει προκειμένου να βελτιώσει την πρόγνωση του ασθενούς και παράλληλα θεωρούσε τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αντιδράσεις στις ψυχοκοινωνικές συνθήκες.

Από την πλευρά του, ο Engel πρότεινε ένα βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, βασισμένο στη θεωρία των συστημάτων και στην ιεραρχική οργάνωση των οργανισμών. Ισχυριζόταν ότι ο άνθρωπος είναι ταυτόχρονα βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό ον που συμπεριφέρεται με δεδομένους τρόπους που προάγουν ή βλάπτουν την υγεία του. Πολλοί αλληλεπιδρώντες παράγοντες –από τους κυτταρικούς έως τους κοινωνικούς– συμβάλλουν τόσο στην υγεία όσο και στη νόσο. Μια διαταραχή σε οποιαδήποτε πτυχή της ανθρώπινης δραστηριότητας επηρεάζει όλες τις άλλες. Κατά συνέπεια, εάν οι ιατροί κατανοήσουν τη φύση αυτών των αλληλεπιδράσεων, τότε θα παρέμβουν και με την εφαρμογή γνωστικών, συμπεριφορικών και συναισθηματικών στρατηγικών και κατ' αυτόν τον τρόπο θα προάγουν τη θεραπεία του πάσχοντος, σε αντίθεση με τις περιοριστικές προσπάθειες αντιμετώπισης των νόσων.

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο προτείνει την αντικατάσταση του αμιγώς βιοϊατρικού μοντέλου από έναν τρόπο σκέψης που αντιμετωπίζει με ευρύτερη οπτική τη νόσο, καθώς δέχεται ότι εφόσον υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι συναισθηματικές, συμπεριφορικές και κοινωνικές διεργασίες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη, πορεία και έκβαση της σωματικής νόσου, αυτά τα δεδομένα πρέπει αναγκαστικά να ληφθούν υπόψη και στην αντιμετώπιση της νόσου προκειμένου να υπάρξει το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Ήδη από την ιατρική σχολή οι φοιτητές θα πρέπει, παράλληλα με την αμιγώς βιοϊατρική τους πληροφόρηση και την πρακτική τους άσκηση, να γνωρίζουν:

- Τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση, την πορεία και την έκβαση των νόσων.
- Τη μελέτη των ψυχοβιολογικών μηχανισμών που ενδέχεται να διαμεσολαβούν τις ψυχοκοινωνικές διεργασίες και τις βιολογικές τους επιδράσεις.
- Βασικές αρχές ψυχοκοινωνικής αξιολόγησης και αντιμετώπισης, προκειμένου να μπορέσουν να ασκήσουν εκείνη την ιατρική που απαιτεί η πολυπαραγοντική κατανόηση της νόσου και να παράσχουν ιατρικά επαρκή και ψυχοκοινωνικά ευαισθητοποιημένη και ανθρώπινη φροντίδα στους ασθενείς τους.

Είναι γεγονός ότι οι ιατροί δεν μπορούν να ασκούν την ειδικότητά τους στα πλαίσια μιας βιοψυχοκοινωνικής προοπτικής χωρίς να έχουν κατανοήσει την επιστημονική βάση αυτής της προοπτικής. Η έρευνα στην ψυχοσωματική ιατρική εστιάζει στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραδοσιακών επιστημονικών πεδίων όπως της βιολογίας, ψυχολογίας/ψυχιατρικής, καθώς και των κοινωνικών και οικονομικών επιστημών. Τα

άτομα εξελίσσονται ως κοινωνικά όντα σε ένα περιβάλλον που είναι συχνά εχθρικό. Μια ποικιλία παραγόντων αναπτύσσονται για να διατηρήσουν την υγεία. Οι μηχανισμοί αυτοί διαμεσολαβούνται από το κεντρικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα, το νευροενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα και δεν είναι τέλειοι. Ανεπιθύμητα κοινωνικά και περιβαλλοντικά συμβάντα επιφέρουν μεταβολές, όπως η αύξηση του όγκου των επινεφριδίων (π.χ. χρόνιο στρες). Η ψυχοφυσιολογία του στρες, 50 χρόνια μετά την περιγραφή του συνδρόμου γενικής προσαρμογής από τον Stans Selye, δεν είναι πλήρως κατανοητή. Τα συστήματα απάντησης στο στρες μπορεί να απορρυθμιστούν από γενετικούς παράγοντες, εμπειρίες της ζωής και βλαπτικές συμπεριφορές για την υγεία, όπως το κάπνισμα και η συστηματική κατανάλωση οινοπνεύματος.

Ψυχοφυσιολογικοί μηχανισμοί:

- Κεντρικό νευρικό σύστημα.
- Αυτόνομο νευρικό σύστημα.
- Ψυχονευροανοσολογία.
- Ψυχοενδοκρινολογία.

Σε τρεις μείζονες νοσολογικές καταστάσεις:

- Καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Νοσήματα του γαστρεντερικού.
- Λοιμώξεις HIV.

(Novack et al 2007)

Το αστυνομικό μυθιστόρημα της Αγκάθα Κρίστι *Murder at the Gallop* είναι μια ευκαιρία παρουσίασης των χαρακτηριστικών του ΒΨΚ προτύπου έναντι του παραδοσιακού βιοϊατρικού προτύπου.

Η ντετέκτιβ Μις Μαρπλ, μαζί με μια φίλη της βιβλιοθηκάριο, βρίσκονταν σε μικρή πόλη με σκοπό να πραγματοποιήσουν έναν φιλανθρωπικό έρανο. Μαζεύοντας χρήματα από περαστικούς είτε κτυπώντας τα κουδούνια οικιών, πλησίασαν στην έπαυλη ενός πλούσιου ηλικιωμένου ατόμου ονόματι Enderby. Η πόρτα ήταν ανοικτή και εισήλθαν στον χώρο υποδοχής. Ο Enderby κείτονταν στο πάτωμα του πρώτου ορόφου, σχεδόν στο κεφαλόσκαλο, ακίνητος με τα πόδια ανοιχτά και κρατώντας σφιχτά το στήθος του. Η Μις Μαρπλ αμέσως αντιλήφθηκε ότι ο Enderby ήταν νεκρός. Ανέβηκε τη σκάλα για να βεβαιωθεί και άνοιξε την πόρτα μιας αίθουσας με ζωγραφικούς πίνακες απ' όπου μια αγριεμένη γάτα πετάχτηκε πάνω από τον ώμο της και εξαφανίστηκε (Adler 2009).

Η υπόθεση της Μις Μαρπλ ήταν ότι πρόκειται για δολοφονία: ο Elderby υπέφερε από καρδιοπάθεια για πολύ καιρό (βιολογικός παράγων) και ήταν γνωστό ότι φοβόταν παθολογικά τις γάτες (ψυχολογικός παράγων)· φοβήθηκε μέχρι θανάτου τη γάτα, την οποία κάποιος επισκέπτης (κοινωνικός παράγων) –ίσως ένας από τους τέσσερις ανυπόμονους κληρονόμους του– είχε εισάγει κρυφά στην οικία με την πρόθεση να φέρει σε κατάσταση εκτός εαυτού τον γέροντα Elderby ώστε να συμβεί το μοιραίο.

Η Μις Μαρπλ μετέβη στο αστυνομικό τμήμα και ενημέρωσε τον επιθεωρητή. Εκείνος λειδόρησε τη Μις Μαρπλ και έμεινε ακλόνητος στη διάγνωση του ιατρού που ήταν καρδιακή ανεπάρκεια (βιολογικός παράγων). Δήλωσε δε ότι δεν είχε καμία πρόθεση να ασκήσει δίωξη και απέφυγε να αξιολογήσει τα ψυχολογικά και κοινωνικά δεδομένα. Η Μις Μαρπλ προσεγγίζει το ζήτημα με βάση το ΒΨΚ πρότυπο: ο Elderby, λόγω του παθολογικού φόβου για τις γάτες, δεν ήταν σε θέση να αντιδράσει κατάλληλα στην αναπάντεχη εμφάνιση της γάτας. Αμέσως το κεντρικό νευρικό σύστημα του ατυχούς γέροντα ενεργοποίησε το σύστημα φυγή-πάλη, το οποίο πυροδότησε υπέρ και υπό-αντιδράσεις του κυκλοφορικού. Σε επίπεδο ιστού, ακολούθησε ισχαιμία του μυοκαρδίου, η οποία οδήγησε σε ηλεκτρική αστάθεια και τελικά σε πιθανή κοιλιακή μαρμαρυγή. Η αντίδραση του οργανισμού σε ένα δεδομένο ερέθισμα δεν είναι ούτε ομοιόμορφη ούτε προβλέψιμη.

Ένα ερέθισμα, ανεξάρτητα από τη φύση του που αποτυπώνεται στο σύστημα υποδοχής του οργανισμού με συγκεκριμένη έννοια, ορίζεται ως σημείο. Σημαντικό ρόλο παίζει η συνειδητή μνήμη, η ενεργός μνήμη και η αυτοβιογραφική μνήμη. Εξαρτάται δε από τα κίνητρα, τις ανάγκες των σχέσεων, τις μεταβολικές συνήθειες, τις σκέψεις και τις φαντασίες. Το σημείο αυτό δεν αντιπροσωπεύει οτιδήποτε σωματικό. Η σωματική εμφάνιση μιας γάτας για τον Elderby αντιπροσωπεύει έναν φόβο, ενώ για κάποιον που αγαπά τις γάτες έναν πολύ αγαπητό σύντροφο.

Η εμπειρία του Elderby δηλώνει ότι η προσωπική του ιστορία δημιουργεί μια ατομική πραγματικότητα, την οποία ποτέ δεν θα είχε ένα άλλο πρόσωπο που δεν θα φοβόταν τις γάτες. Στη νουβέλα της Αγκάθα Κρίστι, εάν ο Elderby δεν είχε καταλήξει και είχε οδηγηθεί στα επείγοντα, οι καρδιολόγοι θα ακολουθούσαν έναν αλγόριθμο για την επαναφορά και σταθεροποίηση του καρδιοαναπνευστικού του συστήματος. Όμως αυτή η προσέγγιση δεν θα ήταν αρκετή –θα έπρεπε να διερευνηθούν τα ψυχολογικά του προβλήματα, οι φόβοι για τις γάτες, η σχέση του με τους ανυπόμονους συγγενείς. Όλα αυτά μπορεί να γίνουν κατανοητά αν δεχτούμε ότι ο Elderby είναι ένα πρόσωπο με ατομική πραγματικότητα. Ο προσδιορισμός του απαιτεί την εγκατάσταση μιας

συμμαχίας με τους θεράποντες. Η ελεγχόμενη συναισθηματική ταύτιση (empathy) και η βιοψυχοκοινωνική συνέντευξη θα αποκαλύψουν τα στοιχεία αυτά. Συνεπώς, το βιοϊατρικό πρότυπο και το ΒΨΚ πρότυπο δεν αποκλείουν το ένα το άλλο: το πρώτο είναι υποσύστημα του δεύτερου.

### **Το παράδειγμα της καρδιαγγειακής νόσου**

Πολυάριθμες μελέτες τεκμηριώνουν τις αλληλεπιδράσεις βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων στη νοσηρότητα και θνησιμότητα των καρδιαγγειακών παθήσεων:

- Υψηλά επίπεδα στρες.
- Περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη.
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.
- Προσωπικότητα και αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμός και εχθρικότητα, άγχος και κατάθλιψη.

Οι παραπάνω συνδυάζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (*Rozanski et al 1999, Krantz et al 2002*). Οι συσχετίσεις παραμένουν σημαντικές και μετά από έλεγχο κλασικών παραγόντων κινδύνου της καρδιαγγειακής νόσου και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται ότι αλληλεπιδρούν με το κάπνισμα, την απουσία άσκησης, και την υπερλιπιδαιμία.

- Αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.
- Μείωση της δραστηριότητας του παρασυμπαθητικού συστήματος.
- Ειδικότερα, έκθεση στο στρες οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών και κορτικοστεροειδών, αύξηση της πηκτικότητας του αίματος και ινωδόλυσης, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, σπασμό των στεφανιαίων και φλεγμονώδεις δείκτες (*von Kanel et al 2001, Kop and Kohen 2001*).

Μελέτες σε πιθήκους και σε ανθρώπους επιβεβαιώνουν τον ρόλο του στρες στη μακροχρόνια παθογένεση καρδιαγγειακής νόσου (*Carrol et al 1998, Everson et al 2001, Treiber et al 2003*). Σε ένα δείγμα ενηλίκων με απελπισία στις ΗΠΑ, η συχνότητα ισχαιμικής καρδιακής νόσου ήταν αυξημένη (*Arida 1993*). Η απελπισία ήταν προβλεπτικός παράγων θνησιμότητας σε ηλικιωμένους Αμερικανούς, Μεξικανούς και Ευρωπαίους (*Stern et al 2001*).

Τα οξέα κλινικά συμβάντα αποδίδονται σε ποικίλες αιτιάσεις:

- Ο θυμός έχει αναφερθεί ότι πυροδοτεί έμφραγμα του μυοκαρδίου (*Mittleman et al 1995*).
- Αρνητικά συναισθήματα μπορεί να εκλύουν ισχαιμία του μυοκαρδίου (*Gulette et al 1997*).
- Η καρδιαγγειακή ισχαιμία που προκαλείται από το ψυχικό στρες έχει δείχθει ότι είναι προβλεπτικός παράγων μελλοντικών κλινικών συμβάντων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ίσως διαμέσου μείωσης του ουδού πρόκλησης κοιλιακής μαρμαρυγής.
- Αρνητικά συναισθήματα έχουν επίσης συνδεθεί με αιφνίδιο θάνατο (*Kamarek and Jennings 1999*).
- Η κατάθλιψη έχει υψηλό επιπολασμό μετά από εμφράγματα μυοκαρδίου ή καρδιοχειρουργική επέμβαση και είναι ισχυρός προβλεπτικός δείκτης μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (*Connency et al 2001, Lesperance et al 2002*).
- Αίσθημα αβοηθητότητας και κατάθλιψη έχουν συνδεθεί με παράγοντες που προάγουν την πηκτικότητα σε φροντιστές ασθενών με νόσο Αλτσχάιμερ (*Von Kaenel et al 2002*).
- Η απελπισία ήταν προβλεπτικός παράγων κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου –σχετικός κίνδυνος 1,68 (*Appels and Mulder 1988*).

Ομοίως, οι ενδεδειγμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα. Προέχουν οι ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής. Αναφέρουμε ενδεικτικά κατάλληλες παρεμβάσεις όπως ασκήσεις μυοχαλάρωσης, διαχείρισης του στρες και άλλες γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες οι οποίες μπορούν ανεξάρτητα να βελτιώσουν την ψυχολογική δυσφορία και τη λειτουργικότητα ενώ παράλληλα μειώνουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν επίσης να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στη συμμετοχή και τη συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα των καρδιοπαθειών, αν και όλες οι μελέτες δεν καταλήγουν σε θετικά ευρήματα (*Linden et al 1996, Kozanski et al 1999, Sheps et al 2003*). Συμπερασματικά, οι μηχανισμοί που φαίνεται να υπάρχουν δικαιολογούν τον ισχυρισμό ότι παρεμβάσεις που ενισχύουν τη βιοψυχοκοινωνική φροντίδα μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη και θεραπεία της καρδιαγγειακής νόσου και να βοηθήσουν στη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, καθώς και στο επίπεδο λειτουργικότητας.

## Επικινδυνότητα και ψυχική διαταραχή

---

**Αθανάσιος Δουζένης**

*Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατροδικαστικής*

*Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ*

*Αττικό Νοσοκομείο*

### Εισαγωγή

Το ερώτημα εάν ένα άτομο με ψυχική διαταραχή είναι επικίνδυνο για το κοινωνικό σύνολο ή το άμεσο περιβάλλον του τίθεται με αυξημένη συχνότητα στις μέρες μας. Τίθεται από κοινωνικές υπηρεσίες, μέσα μαζικής ενημέρωσης, συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, συγγενείς και –ακόμα συχνότερα ίσως– από άτομα που ουδέποτε έχουν σχετισθεί με κάποιον που έχει ή είχε ψυχιατρικό πρόβλημα.

Ο ψυχίατρος που αναλαμβάνει να εκτιμήσει την επικινδυνότητα πολύ συχνά το κάνει με «βαριά καρδιά», καθώς έχει συναίσθηση των δυσκολιών μιας τέτοιας εκτίμησης και των συνεπειών που μια λανθασμένη εκτίμηση μπορεί να έχει στον ενήλικα ο οποίος αξιολογείται. Δεν είναι λίγες οι φορές που επιστήμονες αρνούνται να αναλάβουν ή προσπαθούν να αποφύγουν το έργο αυτό έχοντας συνείδηση των δυσκολιών. Η αποφυγή όμως ανάληψης ενός ρόλου αφήνει το πεδίο ανοιχτό σε άλλους με λιγότερες δεξιότητες και γνώσεις και στην ουσία λιγότερο «χρήσιμους» στην αναζήτηση της αλήθειας.

Στο επίκεντρο επομένως του προβληματισμού –τουλάχιστον όσον αφορά τους ψυχιάτρους– δεν θα πρέπει να τίθεται η συμμετοχή τους ή μη στην αξιολόγηση της πιθανολογούμενης επικινδυνότητας κάποιου ασθενούς, αλλά ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να βοηθήσουν αυτή τη διαδικασία, ενημερώνοντας και διαφωτίζοντας εκείνους που τους ανέθεσαν αυτό το καθήκον, για τα θέματα που είναι αρμόδιοι. Η εκτίμηση της επικινδυνότητας είναι αναμφισβήτητα ένα ζήτημα για το οποίο είναι καλύτερα εφοδιασμένοι από οποιονδήποτε άλλο. Η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση βοηθάει επίσης στην αποφυγή της άκριτης αποδοχής στερεοτύπων και στιγματιστικών εικόνων, οι οποίες συχνά θεωρούνται «δεδομένες». Ο κινηματογράφος, για παράδειγμα, έχει δώσει εικόνες που πολλές φορές στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου αποκτούν

χαρακτηριστικά στερεοτύπων, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την αντιμετώπιση και την επαφή με άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

### **Περί επικινδυνότητας**

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι η έννοια της επικινδυνότητας αυτή καθαυτή είναι διφορούμενη και επιδέχεται πολλές ερμηνείες: η *νομική* και η *ψυχιατρική* επικινδυνότητα συνιστούν δύο διαφορετικές έννοιες. Πολλές φορές, η επικινδυνότητα –όπως θεωρείται από τους νομικούς– βρίσκεται σε αντίθεση με τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα και τις θεωρίες για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Ειδικότερα, η νομική έννοια της επικινδυνότητας –όπως έχει περιγραφεί (Shah 1978)– θεωρείται ότι πηγάζει «μέσα» από τον άνθρωπο και αποτελεί ένα μάλλον σταθερό χαρακτηριστικό ενός ατόμου (εξ ου και η ευκολία με την οποία οι δικηγόροι μιλούν για την «ορμέμφυτη» επιθετικότητα και επικινδυνότητα).

Από την άλλη πλευρά, η ψυχιατρική και η ψυχολογία έχουν δείξει ότι όλες οι ανθρώπινες συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ περιβαλλοντικών παραγόντων με την προσωπικότητα και τη βιολογική κατάσταση του υποκειμένου στη δεδομένη στιγμή. Αυτές οι πολύ μεγάλες αποκλίσεις οπτικής καθιστούν σχεδόν αδύνατο στον ψυχίατρο και τον ψυχολόγο να απαντήσουν με ένα «ναι ή ένα όχι» στο νομικό ερώτημα αν κάποιος είναι επικίνδυνος. Όποιος αγνοήσει αυτό το γεγονός οδηγείται σε εννοιολογική σύγχυση και μάταια προσπαθεί να απαντήσει σε σχετικά ερωτήματα («Θα διαπράξει αυτός ο άνθρωπος νέο έγκλημα;»), τα οποία δεν είναι δυνατόν να απαντηθούν επιστημονικά. Είναι ευθύνη των παιδοψυχιάτρων και των ψυχιάτρων να εκπαιδεύσουν και να ενημερώσουν τους δικαστές και τους δικηγόρους ώστε να καταλάβουν ότι τα ερωτήματα που θέτουν δεν είναι δυνατόν να απαντηθούν μονολεκτικά.

### **Πρόβλεψη της επικινδυνότητας**

Όπως ανέφερε και ο Prins (1986), «η πρόβλεψη της επικινδυνότητας είναι κάτι πολύ επικίνδυνο». Όσον αφορά στην ασφάλεια και την προστασία των παιδιών, έχει μεγαλύτερη σημασία η ελαχιστοποίηση των «εσφαλμένων αρνητικών» (των ατόμων δηλαδή που κρίνονται ως μη επικίνδυνα αλλά στην πραγματικότητα είναι επικίνδυνα και κακοποιούν παιδιά στο μέλλον) από την πλευρά της ατομικής ελευθερίας και των δικαιωμάτων του ανθρώπου, όμως είναι πιο σημαντική η ελαχιστοποίηση των «ψευδώς θετικών» (των

ατόμων δηλαδή που κρίνονται ως επικίνδυνα και γι' αυτό στερούνται την ελευθερία τους, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι επιρρεπή στη βία και δεν εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά).

Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας δεν γίνεται «από το τίποτα». Μπορεί να ζητηθεί για πράξεις ή συμπεριφορές που έχουν ήδη εκδηλωθεί τουλάχιστον μία φορά. Η πρόβλεψη, άρα, πρέπει να αφορά την εκτίμηση της πιθανότητας το μελετώμενο άτομο να επαναλάβει την ίδια δραστηριότητα. Δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί λόγω χάρη η επικινδυνότητα ενός ατόμου που έχει ήδη διαπράξει φόνο παρά μόνο για φόνο και βαρεία σωματική βλάβη. Η εκτίμηση της επικινδυνότητας για ανθρωποκτονία, επί παραδείγματι, ενός κλέφτη δεν διαφέρει από εκείνου που δεν έχει καταδικές για κλοπές.

### **Παράγοντες κινδύνου**

Οι παράγοντες κινδύνου για βίαιη συμπεριφορά παρατίθενται και αναλύονται με σειρά βαρύτητας. Πρώτα παρατίθενται οι σοβαρότεροι και σημαντικότεροι παράγοντες επικινδυνότητας και στη συνέχεια οι λιγότερο σημαντικοί.

Πρώτος λοιπόν παράγοντας επικινδυνότητας είναι το άρρεν φύλο και σε δεύτερο – αλλά σχεδόν εξίσου σημαντικό βαθμό– το νεαρό της ηλικίας. Εργασίες, επιδημιολογικές μελέτες αλλά και η κοινή εμπειρία επιβεβαιώνουν ότι η νεαρή ηλικία και το ανδρικό φύλο έχουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή στην επιθετικότητα, επικινδυνότητα, παραβατικότητα. Όταν βαδίζουμε τη νύχτα σε έναν έρημο δρόμο και διασταυρωθούμε με ένα νέο άνδρα, πρέπει να προσέχουμε πολύ περισσότερο απ' ό,τι εάν συναντήσουμε υπό τις ίδιες συνθήκες μια γυναίκα μεγάλης ηλικίας.

Περαιτέρω, το προηγούμενο ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς είναι το ισχυρότερο προγνωστικό στοιχείο για την πρόβλεψη. Η προηγούμενη λοιπόν πράξη/συμπεριφορά, πρέπει να μελετάται λεπτομερώς και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πληροφορίες που παρέχουν σχετικά στοιχεία. Στη διερεύνηση της προηγούμενης πράξης εξυπακούεται ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και πληροφορίες για την ψυχοδιανοητική κατάσταση του δράστη αλλά και στοιχεία από το περιβάλλον. Επομένως, όσο λεπτομερέστερο είναι το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς τόσο πιο άρτια και χρήσιμη θα είναι η εκτίμηση επικινδυνότητας. Η βίαιη συμπεριφορά που έχει επαναληφθεί περισσότερο της μίας φορές προσφέρει πολλά επιπλέον στοιχεία.

Η ύπαρξη χρήσης ουσιών που επιδρούν στο ΚΝΣ πρέπει να αξιολογείται ειδικά, καθώς και οι «εξωτερικές» συνθήκες όταν διαπράχθηκε η πράξη της παιδικής κακοποίησης. Πρέπει σε τελική ανάλυση ο ειδικός να μπορεί να απαντήσει –στον βαθμό

του εφικτού— σε ερωτήματα του τύπου: «Θα γίνονταν αυτή η πράξη αν ο δράστης δεν είχε πιεί καθόλου αλκοόλ;» ή «αν είχε πιεί παραπάνω θα γινόταν κάτι διαφορετικό;».

Όλα τα παραπάνω αποτελούν τα ασφαλέστερα προγνωστικά στοιχεία επικινδυνότητας και φυσικά είναι παντελώς άσχετα με το ψυχιατρικό ιστορικό ή την ψυχιατρική διάγνωση ενός ατόμου. Πρέπει να τονισθεί ότι τα στοιχεία αυτά έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή στην επικινδυνότητα παρά η ψυχιατρική διάγνωση. Τα χαρακτηριστικά όμως αυτά σε κάποιον ο οποίος πάσχει και από μία ψυχιατρική διαταραχή (αλλά όχι όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές) μπορεί να αυξήσουν περαιτέρω τον κίνδυνο. Ποιες είναι οι ψυχικές διαταραχές που ενδέχεται να αυξήσουν την επικινδυνότητα;

Κατ' αρχάς η εξάρτηση. Η εξάρτηση από τα ναρκωτικά σχετίζεται με τη μεγαλύτερη παραβατικότητα. Οι ελληνικές φυλακές κατακλύζονται από εξαρτημένους, οι οποίοι —στη συντριπτική τους πλειονότητα— κρατούνται για παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών (ιδίως κατοχή και διακίνηση). Η παραβατικότητα αυτή (στο μεγαλύτερο της ποσοστό) δεν είναι βίαιη, στοιχίζει όμως πάρα πολύ τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου.

Όπως διαφαίνεται συχνά στις μελέτες, ο παράγοντας προσωπικότητα επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην παραβατική συμπεριφορά των ασθενών. Στην παραβατικότητα εμπλέκονται ψυχοπαθητικά διαχρονικά χαρακτηριστικά, όπως η δίχως τύψεις καταπάτηση των δικαιωμάτων των συνανθρώπων, η παρορμητικότητα, η διακαής αναζήτηση νέων ερεθισμάτων, η αδυναμία βίωσης συμπάθειας και φιλαλληλίας.

Με δεδομένα όλα τα παραπάνω, τα οποία είναι ιδιαίτερα σημαντικά καθώς ο άδικος στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων έχει δημιουργήσει πολύ μεγαλύτερα προβλήματα από όσα σκόπευε να επιλύσει (όπως λόγου χάρη τη μείωση του κινδύνου για το κοινωνικό σύνολο), πρέπει να αναφερθεί ότι η σχιζοφρένεια είναι η ψυχική διαταραχή για την οποία πλέον γνωρίζουμε χωρίς αμφιβολία ότι σχετίζεται σε ένα μικρό πλην όμως υπαρκτό ποσοστό της με τη βία.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των βίαιων ατόμων με σχιζοφρένεια προσιδιάζουν με τα χαρακτηριστικά των βίαιων ατόμων χωρίς σχιζοφρένεια: άρρεν φύλο, νεαρή ηλικία, χρήση/εξάρτηση τοξικών του ΚΝΣ ουσιών (αλκοόλ, κάνναβης), μέλος μειονότητας είναι τα χαρακτηριστικά που αυξάνουν την επικινδυνότητα στα άτομα με σχιζοφρένεια. Πέραν όμως αυτών των στοιχείων, έρευνες έδειξαν ότι υπάρχουν και κάποια στοιχεία της ψυχοπαθολογίας που επιβαρύνουν την κατάσταση. Αυτά είναι: παραληρητικές ιδέες απειλούμενης προσβολής της ατομικής ασφάλειας, της αξιοπρέπειας και της ατομικότητας της προσωπικής ζωής, διαταραγμένη αυτοεκτίμηση ή αξιολόγηση της

ατομικής ακεραιότητας και παραληρητικές ιδέες ερωτικού βίου είναι δυνατό κυρίως στην οξεία φάση τους να εμπλέκονται με επικίνδυνη προς τους άλλους συμπεριφορά. Οι ψευδαισθήσεις, η ψυχοκινητική ανησυχία και η κατατονική διέγερση αποτελούν επιπρόσθετα ενισχυτικά ερεθίσματα. Η επικινδυνότητα για βίαιη συμπεριφορά αυξάνεται σε άτομα που δεν έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση, δεν λαμβάνουν τακτικά την ενδεικνυόμενη φαρμακευτική αγωγή και είναι άστεγοι.

Καταλήγοντας, αξίζει να τονισθεί ότι η βία των ψυχικά πασχόντων που σχετίζεται αιτιολογικά με τη διαταραχή τους αντιμετωπίζεται με καλύτερη θεραπεία των διαταραχών αυτών. Στη δε θεραπεία είναι απαραίτητο να περιλαμβάνεται τόσο η αποκατάσταση όσο και η κοινωνική επανένταξη των πασχόντων. Είναι απόλυτη ανάγκη να γίνουν όλες οι απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να αποφευχθεί ο διπλός στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων. Ιδίως μετά από εγκληματικές πράξεις βίας που διαπράχθηκαν από πάσχοντες και προβάλλονται έντονα από τα μέσα πληροφόρησης, θα πρέπει οι ειδικοί να αποτελούν συνηγόρους της λογικής οι οποίοι στηρίζονται σε πραγματικά στοιχεία. Η γνώση των πραγματικών κινδύνων και η λήψη των κατάλληλων παρεμβατικών μέτρων είναι πολύ σημαντική, καθώς έτσι αποκαλύπτονται διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις της κοινής γνώμης και αποθαρρύνονται πολιτικές στιγματισμού.

## ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δουζένης Α., Λύκουρα Λ., *Ψυχιατροδικαστική*, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2008.
- Sawnsen J. W. et al., "A National study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia", *Arch. Gen. Psychiatry* 63 (2006), 490-499.
- Blumenthal S., Levander T., *Violence and Mental Disorder: A Critical Aid to the Assessment and Management of Risk*. London, England, Jessica Kingsley, 2000.
- Naudts K., Hodgins S., "Neurobiological Correlates of Violent Behavior Among Persons With Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin* 32 (3), (2006), 562-572.



## Στρες και κατάθλιψη

---

**Χρήστος Θελερίτης,**

*Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής*

*Δρ. Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*

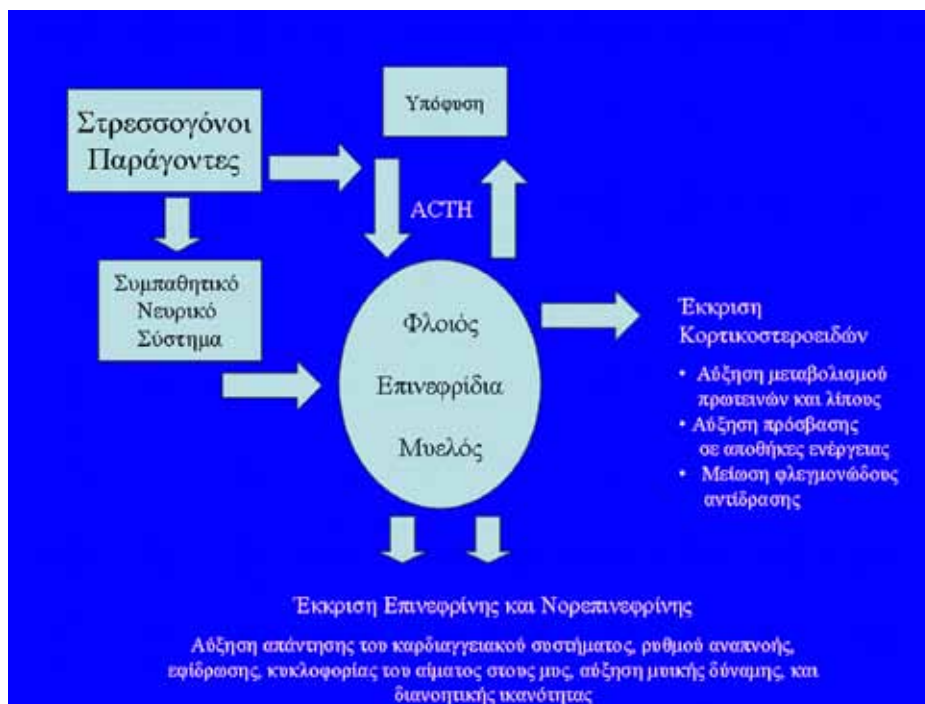
*Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο  
Ψυχίατρος της ΕΜΑΕΕ - Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής*

### **A. Στρες**

Στρες ονομάζεται η προετοιμασία του οργανισμού μας να αντιμετωπίσει ή να αποφύγει έναν επικείμενο κίνδυνο ή άλλη δυσκολία (ή αλλιώς η διαταραχή της ομοιόστασης του οργανισμού, όπως προτείνει ο καθηγητής Χρούσος). Ο Walter Cannon, φυσιολόγος του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, ήταν πρωτοπόρος ερευνητής της βιοχημείας του στρες στις αρχές του 20ού αιώνα. Απομόνωσε από τα επινεφρίδια φοβισμένων γάτων την ορμόνη επινεφρίνη. Όταν έκανε ένεση της ορμόνης σε ήρεμες γάτες, παρατήρησε πως πυροδοτούσε μια φυσική αντίδραση φόβου: ο καρδιακός ρυθμός της γάτας, η αρτηριακή πίεση και η ροή του αίματος στους μύες αυξήθηκαν. Αυτή την αντίδραση ο Cannon την ονόμασε αντίδραση «φόβου, πάλης ή φυγής» (fright, fight or flight response): οι εν λόγω μεταβολές προετοιμάζουν τον άνθρωπο να παλέψει (fight) ή να φύγει (flight) προκειμένου να αποφύγει κάποιο κίνδυνο. Πλέον στις μέρες μας, αυτή η αντίδραση ονομάζεται «fight or flight response» ή αντίδραση στο στρες. Αργότερα, ανακαλύφθηκαν και άλλες ορμόνες που συνδέονται με την αντίδραση στο στρες, όπως η νορεπινεφρίνη και η κορτιζόλη.

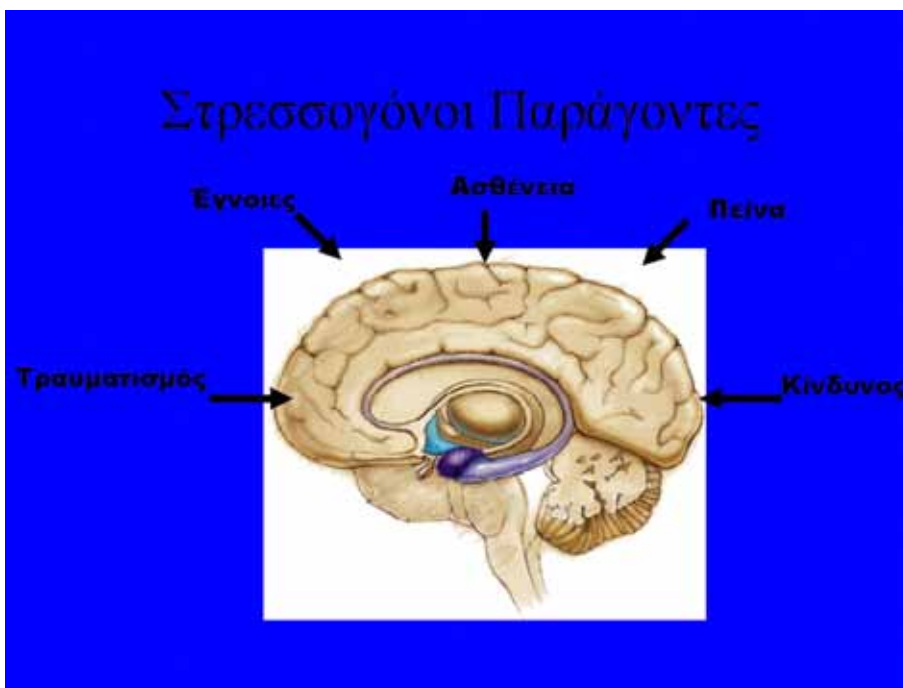
Ο υποθάλαμος, η υπόφυση και τα επινεφρίδια συγκροτούν τον άξονα που παίζει καθοριστικό ρόλο στην έκλυση της απάντησης στο στρες. Με την απελευθέρωση κάποιων ορμονών (όπως ACTH και κορτιζόλη), ο προαναφερθείς άξονας προετοιμάζει το σώμα να αντεπεξέλθει στις ανάγκες που μπορεί να προκύψουν. Συγχρόνως, απελευθερώνονται επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη από τα επινεφρίδια μετά από παρέμβαση του

συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η επίδραση αυτών των ορμονών στο σώμα είναι γενικευμένη, έτσι οι αισθήσεις μας γίνονται οξύτερες, οι μύες συσπώνται, η καρδιά μας χτυπά πιο δυνατά, η αρτηριακή πίεση αυξάνεται και η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη.



*Εικόνα 1: Η αντίδραση στο στρες*

Ο φυσιολόγος Hans Selye ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ιδέα πως οι σωματικοί και ψυχολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες εκκλύουν την ίδια απάντηση στο στρες σε ό,τι αφορά στη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος. Επιπλέον, διαχώριζε το «καλό» στρες, που έχει βραχεία διάρκεια και μας βοηθά να ξεπεράσουμε εμπόδια τα οποία παρουσιάζονται στην καθημερινή ζωή, από το «κακό», υπερβολικό στρες το οποίο καταβάλλει την ικανότητα μας να προσαρμοζόμαστε στις καινούργιες συνθήκες της ζωής.



*Εικόνα 2: Στρεσσογόνοι παράγοντες*

Υπάρχει ένας μακρύς κατάλογος νοσημάτων που συσχετίζονται με το «κακό» στρες:

- Άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία και διαταραχές ύπνου, αλλεργικές δερματικές παθήσεις, αρθρίτιδα, δυσκοιλιότητα, βήχας, διαβήτης, ζάλη, καρδιακά προβλήματα (καρδιακή αρρυθμία, στηθάγχη, καρδιακή ανακοπή), αίσθημα καψίματος στην καρδιά, υπέρταση, λοιμώδεις νόσοι (ευαισθησία σε γρίπη και έρπητα), προβλήματα γονιμότητας/τεκνοποίησης, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (εξάψεις), πρωινή ναυτία και έμετος κατά τη διάρκεια της κύησης, νευρικότητα, πόνος οποιασδήποτε αιτιολογίας (οσφυαλγία, κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος, μυαλγίες, αρθραλγίες, πόνος μετά από χειρουργική επέμβαση, χρόνιος πόνος οποιασδήποτε αιτιολογίας), προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, ανεπιθύμητες ενέργειες χρόνιων νοσημάτων, ανεπιθύμητες ενέργειες από τον καρκίνο και τη θεραπεία του (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία κ.λπ.), επιβράδυνση του ρυθμού επουλώσεως τραυμάτων.

Πρέπει να αναζητούμε βοήθεια όταν βιώνουμε οποιοδήποτε από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Εκσεσημασμένη ανησυχία ή φόβος τον περισσότερο καιρό ή επαναλαμβανόμενα επεισόδια πανικού.
- Παράλογα συναισθήματα φόβου ή κινδύνου.
- Συχνά σωματικά συμπτώματα –όπως εκνευρισμός, τρόμος, ναυτία, αίσθημα κρύου ή ζεστού, συχνουρία (σε απουσία πραγματικού κινδύνου).
- Επανειλημμένες δυσάρεστες σκέψεις και μη ελεγχόμενες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές προκειμένου να μειωθεί η ανησυχία που προέρχεται απ' αυτές τις σκέψεις.
- Μακράς διάρκειας συναισθήματα θλίψης ή ανησυχίας.
- Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που στο παρελθόν ήταν ευχάριστες.
- Αισθήματα ενοχής, αναξιότητας ή αβοήθητου.
- Έντονο αίσθημα ανησυχίας που συνοδεύεται από αδυναμία να μένει ο ασθενής ακίνητος.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων.
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας που χρειάζονται την άμεση επέμβαση ειδικού ψυχικής υγείας.

Είναι σημαντικό επίσης να αναγνωρίζουμε τα πρώιμα σημάδια του στρες:

- Σωματικά συμπτώματα: Αυχένas και ώμοι πιασμένοι ή σε σύσπαση, οσφυαλγία, αίσθημα κόπωσης, ταχυσφυγμία ή αίσθημα παλμών, τρόμος, εφίδρωση, ζάλη ή αίσθημα λιποθυμίας, δυσκολία στην κατάποση/αίσθημα πνιγμού, κοιλιακό άλγος, δυσπεψία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, συχνουρία, αδιαφορία για σεξουαλική δραστηριότητα, ακαθισία.
- Εκδηλώσεις στη συμπεριφορά: Αδυναμία ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων, υπερκατανάλωση αλκοόλ, υπερφαγία, έναρξη καπνίσματος ή αύξηση των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο καθημερινώς, υπερβολική συζήτηση και ενασχόληση με στρεσογόνες καταστάσεις.
- Συναισθήματα: Έντονη ανησυχία, συχνό κλάμα, θυμός, αίσθημα αδυναμίας να αλλάξει το άτομο τα πράγματα, νευρικότητα, απώλεια νοήματος στη ζωή αλλά και των στόχων που το άτομο είχε θέσει, αίσθημα πλήξης, μοναξιάς ή δυστυχίας χωρίς ξεκάθαρη αιτία, καταθλιπτικά συναισθήματα.
- Συμπτώματα που αφορούν τη γνωστική λειτουργία: Συνεχής ανησυχία, μειωμένη

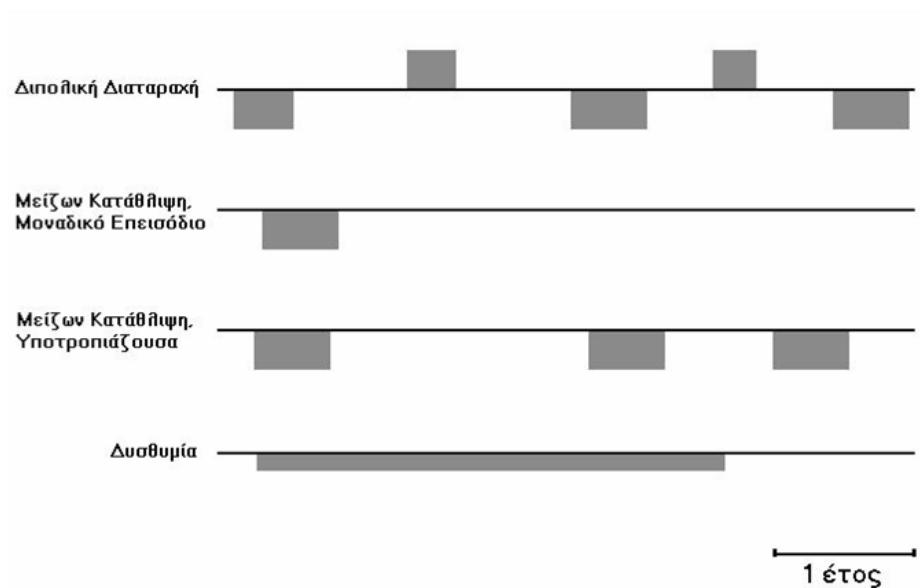
συγκέντρωση, δυσκολία ανάκλησης αναμνήσεων, απώλεια της αίσθησης του χιούμορ, αναποφασιστικότητα, απώλεια δημιουργικότητας, αδυναμία του ανθρώπου να έχει καθαρή σκέψη.

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν το υπερβολικό στρες, οι άνθρωποι καταφεύγουν συχνά σε μεθόδους που μπορεί να μην είναι οι ενδεδειγμένες για την αντιμετώπισή του. Λόγου χάρη, βλέπουν ατελείωτες ώρες τηλεόραση, απομακρύνονται από φίλους ή συντρόφους ή αντίθετα επιδιώκουν να βρίσκονται συνεχώς σε φιλικό κοινωνικό περίγυρο προκειμένου να αποφύγουν την επίλυση των προβλημάτων που τους απασχολούν, τρώνε περισσότερο ή λιγότερο από το κανονικό, κοιμούνται περισσότερο του κανονικού, πίνουν πολύ αλκοόλ, ξεσπάνε σε άλλους ακόμα και με βίαιες συναισθηματικές αντιδράσεις, αποφασίζουν να αρχίσουν το κάπνισμα ή καπνίζουν περισσότερο απ' ό,τι συνήθως, καταφεύγουν σε φάρμακα που υπόσχονται κάποια ανακούφιση, όπως υπνωτικά, μυοχαλαρωτικά, αγχολυτικά χάπια, κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το ολοένα αυξανόμενο «κακό» στρες μπορεί να οδηγήσει σε έντονες αγχώδεις εκδηλώσεις και κατάθλιψη.

## **B. Κατάθλιψη**

Τι είναι όμως η κατάθλιψη;

- Διαρκές αίσθημα στενοχώριας για δύο τουλάχιστον εβδομάδες (συνήθως για μήνες).
- Αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης.
- Αρνητικές σκέψεις.
- Αίσθημα κόπωσης.
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, αδυναμία λήψης αποφάσεων.
- Μειωμένη λειτουργικότητα και ενδιαφέροντα.
- Διαταραχή του ύπνου και της όρεξης.
- Μείωση της λίμπιντο.
- Πιθανός αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα.
- Υποτροπιάζουσα πορεία.



*Εικόνα 3: Κυριότερες μορφές κατάθλιψης*

Η κατάθλιψη έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών, καθώς και οικονομικές συνέπειες πρωτίστως για τον πάσχοντα και δευτερευόντως για το σύστημα (αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας). Το 2020, η κατάθλιψη θα είναι η συχνότερη αιτία αδειών ασθενείας και η δεύτερη αιτία ανικανότητας. Επίσης, καλό είναι να θυμόμαστε πάντα πως η κατάθλιψη είναι το συχνότερο αίτιο αυτοκτονίας.

Ποια είναι η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης;

- Γενετική προδιάθεση.
- Περιβαλλοντικοί προδιαθεσιακοί και πυροδοτικοί παράγοντες.
- Νευρομεταβιαστικές ιδιαιτερότητες.
- Περιοχές ελλειμματικής νευρογένεσης.
- Περιοχές ελλειμματικής λειτουργικότητας ΚΝΣ.
- Νευροενδοκρινολογικές και νευροανοσολογικές αποκλίσεις.
- Αμφίδρομη αλληλεπίδραση με στρες.

### **Μείζων κατάθλιψη: διά βίου επιπολασμός**

A. Ενός καταθλιπτικού επεισοδίου: 10-15% (Γυναίκες 10-25%, Άνδρες 5-12%)

B. Υποτροπιάζουσα κατάθλιψη: 4-8% (Γυναίκες 5-15%, Άνδρες 2-8%)

Γ. Διπολική διαταραχή: 0,5-1,5%(Γυναίκες 0,5-1,5%, Άνδρες 0,5-1,5%)

### **Μείζων κατάθλιψη: επιπολασμός χρον. σημείου**

Κοινότητα: 2-5%

Ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: 5-10%

Νοσηλεύόμενοι : 6-14%

### **Επιπολασμός της κατάθλιψης σε χρόνια νοσήματα**

- |                                 |        |
|---------------------------------|--------|
| • Διαβήτης                      | 30%    |
| • ΧΑΠ                           | 40%    |
| • Καρδιακή ανεπάρκεια           | 15-34% |
| • Έμφραγμα μυοκαρδίου           | 40%    |
| • Καρκίνος                      | 40%    |
| • Νόσος του Parkinson           | 40%    |
| • Alzheimer                     | 40-50% |
| • Σκλήρυνση κατά πλάκας         | 30-40% |
| • Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο | 30-40% |

Η κατάθλιψη στα χρόνια νοσήματα συχνά υποδιαγιγνώσκεται ενώ όταν διαγιγνώσκεται συχνά υποθεραπεύεται, επηρεάζει δυσμενώς την πορεία της νόσου, επιδεινώνοντας την κατάσταση του ασθενούς, πολλές φορές δε οδηγεί σε αυξημένη θνησιμότητα.

### **Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης**

1. Μη βιολογικού τύπου μέθοδοι αντιμετώπισης του «κακού» στρες και της ήπιας κατάθλιψης:

- Φυσική άσκηση.
- Υγιεινή διατροφή (μεσογειακή).
- Τεχνικές χαλάρωσης, γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.
- Πνευματική ζωή.
- Υποστηρικτικός κοινωνικός περίγυρος.
- Εθελοντισμός, φιλανθρωπική δράση.

Σύμφωνα με μελέτες, η φυσική άσκηση –πέρα από το ότι αυξάνει τον μεταβολισμό και μας βοηθά να χάσουμε βάρος– φαίνεται να βοηθά στην έκκριση ενδορφινών, με αποτέλεσμα να μειώνει το στρες, το άγχος αλλά και να συμβάλλει στην ισορροπία των νευρομεταβιβαστών (από μελέτες σε ζώα, φαίνεται ότι αυξάνει τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη στον εγκέφαλό μας).

Ερευνητές –όπως ο Phillips της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ και ο Jonas του πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης– πιστεύουν πως η άσκηση είναι ιατρική μέθοδος και τη συστήνουν ανεπιφύλακτα σχεδόν σε κάθε ασθενή. Εκείνο που είναι πιο σημαντικό για την άσκηση είναι να γίνεται σε τακτική βάση. Ακόμα και το περπάτημα, όταν γίνεται για αρκετό χρόνο στη διάρκεια μιας εβδομάδας, μπορεί να αποδειχτεί εξαιρετικά ωφέλιμο. Σημαντικό είναι να υπάρχει καλή διάθεση από τον ενδιαφερόμενο αλλά και η έναρξη της φυσικής άσκησης να γίνεται βαθμιαία και όχι έντονα στα αρχικά στάδια, προκειμένου να αποφευχθούν τραυματισμοί.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως η άσκηση που γίνεται συστηματικά 3-5 φορές την εβδομάδα και είναι αρκετά έντονη ώστε να αυξήσει τον καρδιακό ρυθμό φαίνεται να συνδράμει στη θεραπεία της κατάθλιψης. Αν λάβουμε επίσης υπόψη μας πως αρκετοί άνθρωποι δεν επιθυμούν να λάβουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, καταλαβαίνουμε τη μεγάλη σημασία της φυσικής άσκησης. Σημαντικό είναι να πείσουμε τον ασθενή να συνεχίσει να αθλείται όταν εμφανιστούν τα πρώτα σημάδια βελτίωσης, τα οποία θα πρέπει ο ιατρός να τα αποδώσει στην άσκηση για να συνεχίσει ο ασθενής να αθλείται.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία στηρίζεται στη θεωρία πως εσφαλμένες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που έχουμε διαμορφώσει στη διάρκεια της ζωής μας μάς ταλαιπωρούν δημιουργώντας αρνητικές αυτόματες σκέψεις. Αδυνατώντας να αντιληφθούμε το πόσο λανθασμένες και δυσλειτουργικές είναι οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις μας, κινδυνεύουμε να αναπτύξουμε σημαντικές διαταραχές όπως– κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.ο.κ.

Η θετική ψυχολογία περιλαμβάνει τη μελέτη των θετικών/αισιοδοξων συναισθημάτων και αναζητά τον δρόμο για την ολοκλήρωση και την ευτυχία του ανθρώπου. Στη δεκαετία του '90, ο Seligman εισήγαγε τον όρο «μαθημένη αισιοδοξία». Αναφέρει πως η αισιοδοξία είναι το έμφυτο χαρακτηριστικό των περισσότερων χαρούμενων ανθρώπων και ανακάλυψε με τις μελέτες του πως η αισιοδοξία μπορεί να καλλιεργηθεί στο μυαλό των ανθρώπων, αν αυτοί διδαχτούν να αμφισβητούν τις αρνητικές τους σκέψεις και μάθουν να εκτιμούν τα προτερήματά τους. Άλλου είδους ψυχοθεραπείες που φαίνεται να

βοηθούν στη θεραπεία ήπιας ή και μετρίου βαθμού κατάθλιψης είναι η διαπροσωπική, η ψυχοδυναμική, η υποστηρικτική, η συστημική και η ομαδική ψυχοθεραπεία.

## **2. Βιολογικές θεραπείες**

1. Φαρμακοθεραπεία (αντικαταθλιπτικά): Σε περιπτώσεις που η κατάθλιψη δεν φαίνεται να υποχωρεί με μη βιολογικές μεθόδους, η χρήση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων θεωρείται επιβεβλημένη. Και άλλου είδους φαρμακευτικά σκευάσματα μπορούν να βοηθήσουν σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά στη γρηγορότερη αποδρομή της κατάθλιψης και αναλόγως τη μορφή της (π.χ. σταθεροποιητικά του συναισθήματος σε διπολικού τύπου κατάθλιψη, αντιψυχωσικά σκευάσματα σε ψυχωσική κατάθλιψη κ.λπ.).
2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία: Φαίνεται πως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για ορισμένους ασθενείς με κατάθλιψη ανθεκτική στη φαρμακοθεραπεία. Οι πιο σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η σύγχυση και η αμνησία που ενδέχεται να προκύψουν μετά από τη θεραπεία.
3. Υπνική αποστέρηση: Συνήθως χρησιμοποιείται κατά την έναρξη της φαρμακοθεραπείας για επίσπευση του αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος.
4. Φωτοθεραπεία: Κύρια ένδειξη είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (κατάθλιψη χειμερινών μηνών).
5. TMS (Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός): Εφαρμόζεται ισχυρό μαγνητικό πεδίο πάνω από το κρανίο, το οποίο δημιουργεί μαγνητοεπαγόμενα ηλεκτρικά ρεύματα στον εγκέφαλο. Έχει πάρει έγκριση από την FDA στις ΗΠΑ για τη θεραπεία της κατάθλιψης.
6. Ερεθισμός πνευμονογαστρικού: Αφορά την εμφύτευση βηματοδότη που διεγείρει το πνευμονογαστρικό, αλλά βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο.

Σημαντικό είναι να θυμόμαστε πάντα πως η αντιμετώπιση του «κακού» στρες μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών και όχι μόνο. Τέλος, η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο των υπηρεσιών υγείας στον αγώνα για καλύτερη ποιότητα ζωής όλων των συνανθρώπων μας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Chrousos G.P., "Stress and disorders of the stress system", *Nature Rev Endocrinol* 5 (2009), 374-381.
- Charney D.S., "Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress", *Am J Psychiatry* 161 (2004), 195-216.
- Dusek J.A., Otu H.H., Wohlhueter A.L., Bhasin M., Zerbini L.F., Joseph M.G., Benson H., Libermann T.A., "Genomic Counter-Stress Changes Induced by the Relaxation Response", *PLoS ONE* 3(7) (2008), e2576.
- Jonas S., Phillips E.M., *ACSM Exercise is Medicine: A clinician's guide to exercise prescription*. American College of Sports Medicine, Lipincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, USA, 2009.
- McEwen B.S., "Protective and damaging effects of stress mediators", *N Engl J Med* 338 (1998), 171-179.
- Milstein J.M., "Introducing Spirituality in Medical Care: Transition From Hopelessness to Wholeness", *JAMA* 299(20) (2008), 2440-2441.
- Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B., "Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys", *Lancet* 370 (2007), 851-858
- Sterling P., Eyer J., "Allostasis, a new paradigm to explain arousal pathology", In: Fisher S, Reason J (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, John Wiley & Sons, New York, 1988, p. p. 629-649.
- Otto M.W., Church T.S., Craft L.L., Greer T.L., Smits J.A.J., Trivedi M.H., "Exercise for mood and anxiety disorders", *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 9(4) (2007), 287-294.
- Sánchez-Villegas A., Delgado-Rodríguez M., Alonso A., Schlatter J., Lahortiga F., Serra Majem L., Martínez-González M.A., "Association of the Mediterranean Dietary Pattern With the Incidence of Depression", *Arch Gen Psychiatry* 66(10) (2009), 1090-1098.
- Theleritis C.G., Paparrigopoulos T.J., Papadimitriou G.N., "The importance of efficient depression management in primary care", *Ann Intern Med* 148 (7) (2008) 562.

## Αγχώδεις διαταραχές και διαταραχή πανικού

---

**Εμμανουήλ Ν. Κάττουλας MD, PhD**

*Ψυχίατρος, Γνωσιακός Ψυχοθεραπευτής*

*Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών*

*Ψυχίατρος της ΕΜΑΕΕ του ΕΠΙΨΥ*

### **Το άγχος ως φυσιολογικό βίωμα. Το άγχος ως σύμπτωμα**

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ίσως τις συχνότερα απαντούμενες ψυχικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Προτού όμως αναφερθεί κανείς στο άγχος ως κλινικό σύμπτωμα, είναι χρήσιμο να αναφερθεί σε αυτό καθαυτό το άγχος ως ένα διαδεδομένο και πανανθρώπινο συναίσθημα. Τι είναι λοιπόν το άγχος και πότε αυτό είναι παθολογικό; Πρόκειται για ένα ευρύτατα διαδεδομένο δυσάρεστο συναίσθημα, συγγενές με τον φόβο, το οποίο όμως κινητοποιείται χωρίς σαφή ή σημαντική απειλή και λειτουργεί ως μηχανισμός προειδοποίησης. Η εξελικτική του σημασία είναι ιδιαίτερα βαρύνουσα, καθώς η παρουσία του προετοιμάζει τον οργανισμό για να αντιμετωπίσει τους κινδύνους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Για παράδειγμα, ο πρωτόγονος πρόγονός μας κατάφερε να επιβιώσει και να εξελιχθεί –μεταξύ άλλων και– χάρη σε αυτόν τον προειδοποιητικό μηχανισμό. Όταν ο προϊστορικός άνθρωπος περιπλανιόταν σε άγνωστες περιοχές αναζητώντας κατάλυμα, ο μηχανισμός του άγχους ήταν εκείνος που τον προετοίμαζε σωματικά και πνευματικά για τις απειλές που θα μπορούσαν πιθανόν να εμφανιστούν. Ο μηχανισμός αυτός –με τη διαμεσολάβηση της επινεφρίνης (μιας ορμόνης που εκκρίνεται από τα επινεφρίδια, γνωστής και ως αδρεναλίνη) και επιδρώντας σε όλο το σώμα– προκαλούσε μεταξύ άλλων ταχυκαρδία και αύξηση της πίεσης (για αύξηση της παροχής αίματος), εφίδρωση (για πτώση της θερμοκρασίας), ταχύπνοια (για αύξηση της παροχής οξυγόνου) φέρνοντας τον οργανισμό σε κατάσταση ετοιμότητας. Αυτή η κατάσταση, γνωστή ως κατάσταση «φυγής ή πάλης» (fight or flight condition), ουσιαστικά καθι-

στούσε το άτομο έτοιμο να αντιληφθεί και να εκτιμήσει έναν πιθανό κίνδυνο και να τον αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Είναι λοιπόν σαφές ότι η παρουσία του άγχους στάθηκε ιδιαίτερα σημαντική για την πορεία της εξέλιξής μας. Παρά την αλλαγή στις συνθήκες ζωής μας, το άγχος παραμένει απαραίτητο και κινητοποιητικό συναίσθημα για να αντεπεξέλθουμε στους κινδύνους και τις απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής. Κίνδυνοι που δεν έχουν πια τη μορφή των άγριων ζώων (που αποτελούσαν εν δυνάμει κινδύνους για τον πρόγονό μας) αλλά μπορεί να είναι οι ακαδημαϊκές ή εργασιακές απαιτήσεις, όπως η εξεταστική περίοδος για ένα φοιτητή ή μια σημαντική επαγγελματική συνέντευξη. Πότε λοιπόν είναι παθολογικό το άγχος; Όταν ο προειδοποιητικός αυτός μηχανισμός δυσλειτουργεί, όπως για παράδειγμα όταν είναι υπερβολικά έντονος, όταν διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κίνδυνο, όταν εμφανίζεται σε καταστάσεις που δεν εμπεριέχουν πραγματικό κίνδυνο ή απειλή ή όταν εμφανίζεται χωρίς κανέναν ιδιαίτερο λόγο.

Το άγχος, πέρα από το γνωστό δυσάρεστο και βασανιστικό συναίσθημα, μπορεί να εμφανιστεί και με διάφορους άλλους τρόπους, όπως: σωματικά ενοχλήματα (δύσπνοια, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, ναυτία, ζάλη, πονοκέφαλος, πόνος στο στήθος, θολή όραση κ.ά.), ανήσυχες σκέψεις (για το μέλλον του ίδιου του ατόμου ή της οικογένειάς του, για την υγεία ή την εργασία του κ.λπ.) ή μπορεί να εκφραστεί με συμπεριφορές (π.χ. αποφυγές, ψυχαναγκασμούς, επισκέψεις σε γιατρούς). Το παθολογικό άγχος, με οποιοδήποτε τρόπο και εάν εμφανίζεται, μπορεί να αποτελέσει σύμπτωμα πληθώρας σωματικών νόσων (π.χ. νευρολογικές διαταραχές, ενδοκρινολογικές παθήσεις, αυτοάνοσα, φλεγμονώδη ή κακοήγη νοσήματα), να παρουσιαστεί στα πλαίσια της χρήσης ή στέρησης φαρμάκων και ουσιών (π.χ. αλκοόλ, κάνναβη, αμφεταμίνες) ή να συνοδεύει άλλα ψυχιατρικά νοσήματα, όπως κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια, χωρίς όμως να αποτελεί το κύριο σύμπτωμα αυτών. Στην ψυχιατρική, ως αγχώδεις διαταραχές ορίζουμε εκείνες στις οποίες το άγχος αποτελεί το κύριο και προεξάρχον σύμπτωμα, χωρίς να μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από κάποια άλλη αιτία.

### **Αγχώδεις διαταραχές**

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις συχνότερα απαντούμενες ψυχικές διαταραχές. Ο επιπολασμός βίου κυμαίνεται από 20-25%, γεγονός που πρακτικά σημαίνει ότι περίπου ένας στους τέσσερις ανθρώπους θα εμφανίσει κάποια στιγμή της ζωής του μία αγχώδη διαταραχή. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ, κάθε χρόνο νοσούν περίπου 40 εκατομμύρια ενήλικοι πολίτες της χώρας.

Η επίπτωση των αγχωδών διαταραχών είναι υψηλότερη στις γυναίκες, στον αστικό πληθυσμό και σε νεότερες ηλικίες, μεταξύ 22 και 44 ετών. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή τους αποτελούν το χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο καθώς και η παρουσία ψυχοπιεστικών παραγόντων ή διαπροσωπικών απωλειών, χωρίς βέβαια σε καμία περίπτωση αυτό να σημαίνει ότι η απουσία των παραγόντων αυτών μπορεί να αποτελέσει επαρκή προφύλαξη. Η αιτιολογία των διαταραχών αυτών είναι πολυπαραγοντική, με βιολογικούς/κληρονομικούς παράγοντες να αλληλεπιδρούν με ψυχολογικά χαρακτηριστικά (τα οποία καθιστούν κάποιους ανθρώπους πιο ευάλωτους στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών) και περιβαλλοντικές επιδράσεις.

Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομητικά συστήματα (DSM-IV TR) αναγνωρίζουν τις εξής ειδικές μορφές αγχωδών διαταραχών:

- Ειδικές φοβίες
- Κοινωνική φοβία
- Αγοραφοβία
- Διαταραχή πανικού
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Οξεία διαταραχή στρες
- Μετατραυματική διαταραχή στρες

Απαραίτητη προϋπόθεση για να δοθεί η διάγνωση της αγχώδους διαταραχής είναι τα συμπτώματα να διαρκούν αρκετό χρονικό διάστημα (περισσότερο από έξι μήνες), να προκαλούν σημαντική έκπτωση σε κάποιους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου (επαγγελματικά, ακαδημαϊκά ή κοινωνικά) και να μην μπορούν τα συμπτώματα του άγχους να εξηγηθούν καλύτερα από κάποια άλλη αιτιολογία.

Οι ειδικές φοβίες χαρακτηρίζονται από τον φόβο κάποιων ακίνδυνων ερεθισμάτων ή συνθηκών, το έντονο άγχος σε κάθε πιθανότητα «συνάντησης» με το φοβογόνο ερέθισμα και τις προσπάθειες αποφυγής του ή την ανοχή του με ιδιαίτερη δυσκολία από τον πάσχοντα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ειδικών φοβιών είναι ο φόβος για τα ύψη, τους κλειστούς χώρους, το αίμα, τα έντομα, τα αεροπλάνα κ.ο.κ. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι το 6-10% των ανθρώπων θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους μια ειδική φοβία (επιπολασμός βίου). Τα 2/3 των πασχόντων είναι γυναίκες και συνήθως η διαταραχή εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, ενώ ένα μικρό μόνο ποσοστό των ασθενών αναζητά θεραπεία.

Η *κοινωνική φοβία* χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις όπου το άτομο ενδέχεται να γίνει αντικείμενο παρατήρησης ή σχολιασμού. Ο ασθενής αποφεύγει συστηματικά τις καταστάσεις αυτές ή τις υπομένει με δυσκολία. Διακρίνεται σε περιορισμένη μορφή όπου ως στρεσογόνες βιώνονται συγκεκριμένες μόνο καταστάσεις –όπως μία διάλεξη ή η επαφή με το άλλο φύλο– και σε γενικευμένη μορφή όπου οι περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις βιώνονται ως στρεσογόνες. Διαφορετικές μελέτες δίνουν επιπολασμό βίου από 3 έως 13%, ενώ φαίνεται να υπερέχουν οι γυναίκες. Εντούτοις, φαίνεται οι άντρες να είναι αυτοί που αναζητούν συχνότερα θεραπεία για τη διαταραχή, πιθανόν λόγω της «καλύτερης συμβατότητας» του κοινωνικού ρόλου του λεγόμενου ασθενούς φύλου με τα χαρακτηριστικά της διαταραχής.

Η *αγοραφοβία* χαρακτηρίζεται από τον φόβο του ατόμου να βρεθεί σε χώρο απ' όπου η διαφυγή ή η πρόσβαση σε βοήθεια θα ήταν δύσκολη. Έτσι, ο ασθενής αποφεύγει ή υπομένει με έντονη δυσκολία πολυσύχναστους χώρους –όπως μέσα μαζικής μεταφοράς ή καταστήματα–, ενώ σε πιο σοβαρές περιπτώσεις της διαταραχής μπορεί να δυσκολεύεται ακόμα και να βγει από το σπίτι του χωρίς συνοδεία. Πολύ συχνά η διαταραχή συνδέεται ή ακολουθεί τις κρίσεις πανικού. Φαίνεται ότι περίπου το 2/3 των ασθενών που πάσχουν από αγοραφοβία είναι γυναίκες, ενώ το 20% των πασχόντων πληροί τα κριτήρια για τουλάχιστον άλλη μία αγχώδη διαταραχή (συνηθέστερα τη διαταραχή πανικού).

Η *γενικευμένη αγχώδης διαταραχή* χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και ανησυχία για τις περισσότερες ημέρες του μήνα σε σχέση με πληθώρα γεγονότων ή καταστάσεων (όπως η απόδοση στη δουλειά ή το σχολείο, η οικογένεια, το μέλλον ή η υγεία) που δύσκολα μπορεί να ελέγξει ο ασθενής. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία έντονης ανησυχίας, εύκολης κόπωσης, δυσκολίας συγκέντρωσης, ευερεθιστότητας, μυϊκής τάσης και διαταραχών ύπνου. Ο επιπολασμός βίου της διαταραχής υπολογίζεται από 2,5 έως 11%, με τα 2/3 των ασθενών να είναι γυναίκες και μόλις το 1/3 εξ αυτών να αναζητά βοήθεια, συνήθως δε μετά από αρκετά χρόνια.

Η *ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή* αποτελεί μια ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ιδεοληψιών και ψυχαναγκασμών. Οι ιδεοληψίες είναι επίμονες, επαναλαμβανόμενες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις που βιώνονται ως παρείσακτες, ενοχλητικές και ανεπιθύμητες από τον ασθενή. Οι ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές διεργασίες με μορφή τελετουργιών που πραγματοποιούνται με σκοπό τη μείωση του άγχους που προκαλούν οι ιδεοληψίες. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελεί μια ιδιαιτέρως αγχώδη διαταραχή, αρκετά διαφορετική απ' όλες τις υπόλοιπες νοσολογικές οντότητες που κατατάσσονται στην

κατηγορία αυτή. Μία απ' αυτές τις διαφορές συνίσταται στο ότι είναι η μόνη από τις αγχώδεις διαταραχές που μοιάζει να είναι ισομερώς κατανεμημένη σε άνδρες και γυναίκες, ενώ η συχνότητα εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 0,7 και 4%.

Στις αγχώδεις διαταραχές κατατάσσονται και οι *συνδεδεμένες με το στρες διαταραχές*, περιλαμβάνοντας διαταραχές που χαρακτηρίζονται από πληθώρα συμπτωμάτων τα οποία ακολουθούν ένα τραυματικό γεγονός που βίωσε το άτομο και απείλησε τη ζωή ή τη σωματική του ακεραιότητα. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι το έντονο άγχος, τα επεισόδια αποξένωσης από την πραγματικότητα, οι επαναβιώσεις του τραυματικού γεγονότος καθώς και οι αποφυγές γεγονότων, καταστάσεων ή συζητήσεων που θυμίζουν το γεγονός. Διακρίνονται η οξεία διαταραχή στρες και η μετατραυματική διαταραχή στρες, ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης της διαταραχής σε σχέση με το τραυματικό γεγονός.

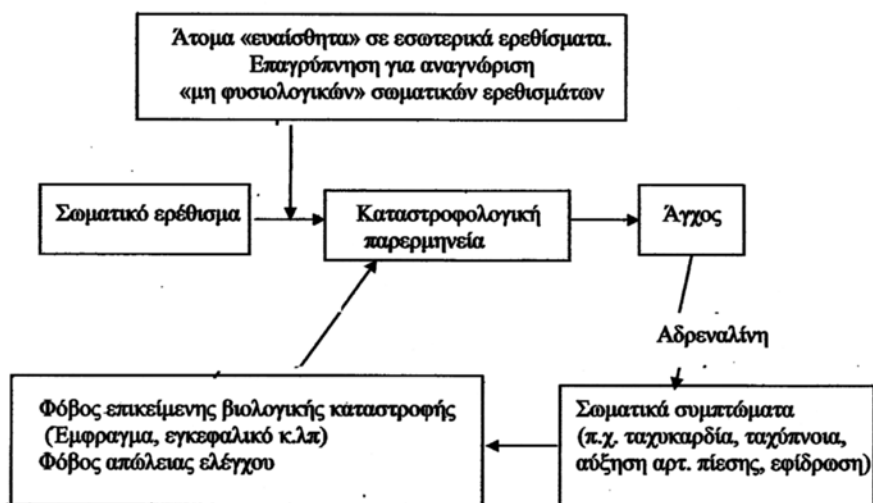
### **Διαταραχή πανικού**

Η διαταραχή πανικού είναι μια αγχώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την παρουσία επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού ή από την έντονη ανησυχία μιας επόμενης κρίσης μετά την εμφάνιση της πρώτης. Η κρίση πανικού είναι μια συγκεκριμένη χρονική περίοδος έντονου άγχους και ανησυχίας όπου εμφανίζονται και κορυφώνονται εντός δεκαλέπτου συμπτώματα όπως: ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, εξάψεις, τρόμος, εφίδρωση, δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού, στήθάγχη, ναυτία, επιγαστραλγία, ζάλη, αστάθεια, παραισθησίες, αίσθημα αποξένωσης από την πραγματικότητα, φόβος θανάτου ή απώλειας ελέγχου. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα έντονο και αγωνιώδες βίωμα. Πολύ συχνά η παρερμηνεία των συμπτωμάτων της κρίσης πανικού οδηγεί τον ασθενή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η διαταραχή πανικού, όπως αναφέρθηκε, χαρακτηρίζεται από την παρουσία επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού ή από την έντονη ανησυχία μιας επόμενης κρίσης μετά την εμφάνιση της πρώτης. Ο επιπολασμός ζωής της διαταραχής κυμαίνεται στο 1-2%, με 3 φορές υψηλότερη συχνότητα στις γυναίκες. Η διαταραχή συχνά επιπλέκεται με αγοραφοβία, καθώς ο ασθενής αποφεύγει μέρη που δύσκολα θα έχει πρόσβαση σε βοήθεια σε πιθανή νέα κρίση.

Στο σχήμα που ακολουθεί φαίνεται ο φαύλος κύκλος που οδηγεί στην κορύφωση των συμπτωμάτων της κρίσης πανικού. Άτομα ευαίσθητοποιημένα σε θέματα σωματικής ακεραιότητας και σε επαγρύπνηση για αναγνώριση «αφύσικων» σωματικών ερεθισμάτων αναγνωρίζουν ως παθολογική κάποια αθώα ή φυσιολογική σωματική ενόχληση. Η καταστροφολογική παρερμηνεία του ερεθίσματος αυτού οδηγεί στην αναγνώριση ενός –εσωτερικής προέλευσης– κινδύνου και κατά συνέπεια την κινητοποίηση του

προειδοποιητικού μηχανισμού του άγχους. Οι σωματικές εκδηλώσεις του άγχους –που εμφανίζονται με τη διαμεσολάβηση της αδρεναλίνης, όπως η ταχυκαρδία, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η ταχύπνοια και η εφίδρωση– οδηγούν σε ανατροφοδότηση της αρχικής παρερμηνείας, επιβεβαιώνοντας στον ασθενή τον φόβο επικείμενης βιολογικής καταστροφής και οδηγώντας σε κορύφωση των συμπτωμάτων της κρίσης πανικού.

#### Φαύλος κύκλος κρίσης πανικού.



#### Πορεία, πρόγνωση και θεραπεία αγχωδών διαταραχών

Οι περισσότερες αγχώδεις διαταραχές έχουν χρόνια πορεία με εξάρσεις και υφέσεις, εφόσον δεν αντιμετωπιστούν επαρκώς. Έχουν αυξημένη πιθανότητα επιλοκής με κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, σε μια προσπάθεια «αυτοϊασης» των ασθενών. Φυσικά, η προσπάθεια αυτή προσφέρει στην πραγματικότητα παροδική μόνο ανακούφιση από το άγχος. Επίσης, λόγω της χρονιότητάς τους, οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να επιπλακούν με κατάθλιψη ή αυτοκτονικότητα.

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών περιλαμβάνει τόσο φαρμακευτικές όσο και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Όσον αφορά τις *φαρμακευτικές προσεγγίσεις*, χρησιμοποιούνται συμπτωματικά αγχολυτικά φάρμακα για άμεση μείωση του άγχους (π.χ. σε ειδικές φοβίες ή σε κρίσεις πανικού). Επίσης, συμπτωματικά χρησιμοποιείται μια ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ευρέως στην καρδιολογία, γνωστά ως β-αδρενεργικοί αναστολείς, για τη μείωση των σωματικών εκδηλώσεων του άγχους (π.χ. στην κοινωνική φοβία). Για τη φαρμακευτική θεραπεία των αγχωδών διαταραχών χρησιμοποιούνται

τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τόσο τα παλαιότερα όσο και τα νεότερα αντικαταθλιπτικά. Η επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής καθώς και η διάρκειά της ποικίλλει ανάλογα με τα συμπτώματα και τη χρονιότητα της διαταραχής, καθώς και την πιθανή παρουσία άλλων νοσημάτων.

Οι *ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις* είναι ευρέως διαδεδομένες στην αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών, με κάποιες από αυτές να είναι και ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Πολλές είναι οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί, όπως η βραχεία ψυχοδυναμική, η συστημική ή η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Θεραπεία εκλογής όμως στην αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών, όπως έχει τεκμηριωθεί και ερευνητικά τα τελευταία χρόνια, είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία. Η γνωσιακή προσέγγιση επικεντρώνεται στην αναγνώριση και τροποποίηση του τρόπου ερμηνείας των γεγονότων και των νοητικών διεργασιών που προηγούνται των αγχωδών συμπτωμάτων. Αντικείμενο διερεύνησης αποτελούν οι «γνωσίες» ή σκέψεις, οι πεποιθήσεις, οι αντιλήψεις που είναι δυσλειτουργικές και καθιστούν το άτομο ευάλωτο στην εμφάνιση των αγχωδών διαταραχών. Η συμπεριφοριστική προσέγγιση επικεντρώνεται στον έλεγχο των σωματικών συμπτωμάτων και στην τροποποίηση των συμπεριφορών που συνδέονται με τις αγχώδεις διαταραχές και οδηγούν στην ανατροφοδότηση και τη διαιώνισή τους.

Γενικά, τόσο η φαρμακευτική όσο και η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών, ενώ ο συνδυασμός τους φαίνεται να προσφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα –τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα– με τη μείωση των υποτροπών. Φυσικά, η επιλογή της καταλληλότερης αντιμετώπισης μπορεί να γίνει μόνο σε συνεργασία με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή εξειδικευμένο ψυχοθεραπευτή).

## **Συμπεράσματα**

Εν κατακλείδι, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν συχνότατες ψυχικές διαταραχές με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και τη λειτουργικότητα του γενικού πληθυσμού. Η προσεκτική διαγνωστική προσέγγιση των αγχωδών διαταραχών από ειδικούς της ψυχικής υγείας και ο αποκλεισμός σωματικών ή άλλων ψυχιατρικών αιτιών του άγχους αποτελεί το πρώτο βήμα για την αντιμετώπισή τους. Η εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση, με τη χρήση των διαθέσιμων θεραπευτικών μεθόδων, μπορεί να εξασφαλίσει τα καλύτερα αποτελέσματα και να προστατεύσει τον ασθενή από τις δυσάρεστες συνέπειες που ενδέχεται να επιφέρει η χρονιότητα της νόσου.



## Θέματα ηθικής και δεοντολογίας στην ψυχιατρική

---

**Τίνα Γκαράνη-Παπαδάτου**

*Νομικός, Καθηγήτρια Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας*

*Τομέας Δημόσιας Υγείας*

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας είναι πάρα πολλά και συνήθως η συζήτηση γύρω απ' αυτά γεννά περισσότερα ερωτηματικά απ' όσες απαντήσεις προσφέρει. Ίσως αυτός να είναι ο πραγματικός σκοπός του προβληματισμού: η ευαισθητοποίηση και η γνωριμία με τον χώρο της συστηματικής ηθικής προσέγγισης ενός πεδίου.

Τρεις είναι οι άξονες γύρω από τους οποίους κινείται αυτή η προσέγγιση: η περιγραφή της έννοιας της ψυχιατρικής ηθικής, η σχέση της με τα ανθρώπινα δικαιώματα και οι ηθικές διαστάσεις της επιστημονικής προόδου στον χώρο της γενετικής ανίχνευσης της ψυχικής ασθένειας και των νευροεπιστημών. Πρόκειται για τρεις άξονες αλλά ταυτόχρονα και τρία στάδια εξέλιξης που το ένα δεν σηματοδοτεί το τέλος του προηγούμενου, αλλά αντιθέτως το διευρύνει.

Υπάρχουν κάποια στοιχεία που διαφοροποιούν την ψυχιατρική ηθική από τη γενικότερη ιατρική ηθική: η μεγαλύτερη ευρύτητα της έννοιας της ψυχικής υγείας σε σχέση με τη σωματική, η μεγάλη διαφοροποίηση των διαγνωστικών συστημάτων που υπήρχε παλαιότερα και αποτέλεσε ένα από τα εναύσματα αναζωπύρωσης του ενδιαφέροντος σε αυτή την ειδικότερη μορφή ηθικής και η ιδιαίτερη φόρτιση που αποκτά η κάθε περίπτωση από το γεγονός ότι ο καθορισμός της ψυχικής ασθένειας σχετίζεται με τα πιο βαθιά κομμάτια της ανθρώπινης ύπαρξης. Σημαντικό δε στοιχείο που διαφοροποιεί την ψυχιατρική από την υπόλοιπη ιατρική είναι η *αναγκαστική ή ακούσια νοσηλεία*. Επιπλέον, ο ρόλος του θεραπευτή, η φύση της ψυχικής ασθένειας καθώς και το πολιτισμικό/θρησκευτικό περιβάλλον όπου συνυπάρχουν ο θεραπευτής και ο ασθενής αποτελούν βασικά στοιχεία που επιδρούν στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση ενός ηθικού διλήμματος.

Η αναζωπύρωση αυτού του ενδιαφέροντος είχε ως αποτέλεσμα την επέκταση των βασικών αρχών που διέπουν τη γενική ιατρική ηθική και στον χώρο της ψυχιατρικής, της αρχής δηλαδή του σεβασμού στην αυτονομία του ατόμου, της αρχής της ωφέλειας, της αρχής της μη βλάβης και της αρχής της δικαιοσύνης. Ορισμένες απ' αυτές έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ιστορία της ιατρικής, ενώ άλλες αναδύθηκαν λόγω των συγκεκριμένων προβλημάτων της σύγχρονης εποχής. Όλες όμως σχετίζονται στενά με την έννοια της *ευθύνης* των λειτουργών υγείας, ευθύνης ηθικής, νομικής, κοινωνικής. Ευθύνη που στο πλαίσιο ενός σύγχρονου συστήματος υγείας μεταφράζεται ως λογοδοσία, φερεγγυότητα και δέσμευση.

Το μοντέλο αυτών των τεσσάρων βασικών αρχών δεν συνιστά πανάκεια. Διακρίνεται όμως από σημαντική μεθοδολογική χρησιμότητα, καθώς αποτελεί πυξίδα συμπεριφοράς στην προσέγγιση της ηθικής διάστασης ενός προβλήματος στον χώρο της υγείας. Αντιμέτωπος με σοβαρότατα ηθικά διλήμματα, ο λειτουργός υγείας προβαίνει –συνειδητά ή μη– σε ηθικούς συλλογισμούς που δικαιολογούν αντίθετες αποφάσεις είτε αντίθετες πορείες. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επηρεάζεται όχι μόνον από διαφωνίες σχετικά με το ποια ηθική αρχή υπερισχύει αλλά και από διαφορετικές ερμηνείες των πραγματικών περιστατικών ή ακόμη διαφωνίες που αφορούν στην ορθή επιστημονική περιγραφή της κατάστασης. Σε ποια απόφαση πρέπει να καταλήξει και ποια πορεία θα επιλέξει ο ψυχίατρος;

Στο σημείο αυτό υπεισέρχονται οι τέσσερις βασικές αρχές, οι οποίες δεν είναι απόλυτες αλλά συνιστούν σημεία αφετηρίας που χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης και ερμηνείας. Όσον αφορά λόγου χάρη την αρχή της μη βλάβης, στα πλαίσια της αποκατάστασης και της αποϊδρυματοποίησης, σήμερα καταβάλλεται προσπάθεια να αποφεύγεται η νοσηλεία σε νοσοκομείο. Πρόκειται για την αρχή του ελάχιστου δυνατού περιορισμού (*principle of the least restrictive treatment*), η οποία κατοχυρώνεται από διεθνείς οργανισμούς, έχει ενισχυθεί από τη νομολογική πρακτική των δικαστηρίων σε διεθνές επίπεδο και επιτρέπει την αναγκαστική νοσηλεία μόνον όταν συντρέχει το κριτήριο της επικινδυνότητας. Η πρακτική όμως αυτή οδηγεί στο ερώτημα εάν ορισμένες φορές στερούνται τη νοσηλεία άτομα τα οποία πραγματικά την χρειάζονται και εάν συντρέχει μια μορφή εγκατάλειψης βασισμένη στον σεβασμό της αυτονομίας.

Η άσκηση, συνεπώς, της κριτικής ικανότητας του λειτουργού υγείας είναι περισσότερο από απαραίτητη, επειδή αφενός δεν υπάρχει εκ των προτέρων επιλογή που να είναι προτιμητέα και αφετέρου η εφαρμογή μιας αρχής δεν οδηγεί πάντα στην επίλυση του συγκεκριμένου ηθικού διλήμματος. Η αντίστοιχη εκπαίδευση είναι απαραίτητη καθώς

είναι πολλά τα πεδία που εγείρουν ηθικούς προβληματισμούς, για παράδειγμα η διαδικασία της διάγνωσης, η στάθμιση κινδύνων/οφέλους (π.χ. νευροληπτικά), η χορήγηση φαρμάκων ως μέσο χημικού περιορισμού ή ενίσχυσης (π.χ. prozac), η ακούσια νοσηλεία και η έννοια της επικινδυνότητας, η παιδοψυχιατρική, η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, η αλήθεια στον ψυχικά ασθενή, το ιατρικό απόρρητο, οι προσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, η διατύπωση προηγούμενων επιθυμιών των ασθενών (ιδιαίτερα εκείνων με άνοια) κ.ο.κ.

Καθώς όμως η ψυχιατρική ηθική δεν αγγίζει μόνο τη διαπροσωπική θεραπευτική σχέση αλλά και την κοινότητα, κερδίζει συνεχώς έδαφος η άποψη η οποία υποστηρίζει ότι η γλώσσα που παρέχει ένα καλύτερο εργαλείο ηθικής και νομικής προσέγγισης είναι η γλώσσα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία συνιστούν τον δεύτερο άξονα της προσέγγισης αυτής. Η σχέση δηλαδή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με την υγεία είναι σχέση αμφίδρομη, καθώς η προαγωγή και η προστασία του ενός συμβαδίζει και συμπληρώνει την προαγωγή και την προστασία του άλλου. Τα ανθρώπινα δικαιώματα ανήκουν σε όλους επειδή είναι άνθρωποι και όχι με βάση τα προσωπικά τους επιτεύγματα. Συνδέονται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρωπίνης φύσης, της αξίας και αξιοπρέπειας. Η γνώση αυτή είναι σημαντική διότι στην εποχή μας τα ανθρώπινα δικαιώματα έχουν υπερβεί το επίπεδο των απλών κατευθυντηρίων γραμμών και αποτελούν ένα ουσιαστικό εργαλείο στη χάραξη πολιτικών υγείας, στην εναρμόνιση με τα διεθνώς κρατούντα και στη συστηματική αντιμετώπιση των ηθικών διλημμάτων που προκύπτουν στην παροχή φροντίδας υγείας.

Η σχέση αυτή εκφράζεται με πολλούς τρόπους. Στον χώρο της ψυχικής υγείας –και όχι μόνον– η επίκληση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορεί να λειτουργήσει ως ένας δείκτης απόκλισης μεταξύ της ισχύουσας και της επιθυμητής πρακτικής, μεταξύ του *είναι* και του *δέοντος*. Η ανάγκη μιας πιο ανθρωποκεντρικής αντίληψης των επαγγελματιών για τον ασθενή, η οποία συνιστά έναν από τους βασικούς στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αποτελεί έκφραση αυτής ακριβώς της σχέσης.

Οι σημαντικότερες προσπάθειες κατοχύρωσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ξεκίνησαν τον 20ό αιώνα, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, ως μια προσπάθεια αντιμετώπισης των πληγμάτων που είχε υποστεί η ανθρωπότητα, όχι μόνον σε υλικό αλλά κυρίως σε ηθικό επίπεδο. Η σύγχρονη εποχή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ξεκίνησε με την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου το 1948, υπό την αιγίδα του ΟΗΕ, η οποία στο πρώτο άρθρο αναφέρει ότι όλοι οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι και ίσοι ως προς τα δικαιώματα και την αξιοπρέπειά τους. Σε αυτή τη βασική αρχή στηρίζεται το

Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο, το οποίο παίζει σήμερα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικών και νομοθεσιών για την ψυχική υγεία. Τα Ηνωμένα Έθνη έχουν αναγνωρίσει εδώ και πολλές δεκαετίες την ανάγκη προστασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σωματικές αναπηρίες. Οι εκθέσεις του Οργανισμού δείχνουν ότι ιδίως η πρώτη κατηγορία ζει συχνά στις χειρότερες κοινωνικές συνθήκες ως αποτέλεσμα της οικονομικής περιθωριοποίησης, της διακριτικής μεταχείρισης και της έλλειψης νομικής προστασίας.

Σήμερα, ως αποτέλεσμα του συνδυασμού των τεσσάρων βασικών αρχών της ιατρικής ηθικής αλλά και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, προκύπτουν τα βασικά δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρεται ότι: «Ο ψυχίατρος πρέπει να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές». Τα βασικά αυτά δικαιώματα διαμορφώνονται ως εξής:

1. *Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη*: εκούσια και ακούσια νοσηλεία, προσιτές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δικαίωμα ιατρικής, παραϊατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, αναγνωρισμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη χρήση θεραπευτικών μεθόδων φαρμάκων κ.λπ., σεβασμός της προσωπικότητας.
2. *Το δικαίωμα στην ισότητα*: απουσία διακρίσεων, ισότιμη συμπεριφορά, εφαρμογή μεθόδων κοινωνικής αποκατάστασης ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας, μορφωτικού επιπέδου κ.ο.κ.
3. *Το δικαίωμα στην ενημέρωση*: αναλυτική γραπτή ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και στην ακούσια νοσηλεία γραπτή ενημέρωση του πάσχοντα ή των συγγενών του για τα δικαιώματά του.
4. *Το δικαίωμα προστασίας προσωπικών δεδομένων*: τήρηση ιατρικού απορρήτου (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν.3418/05), προστασία του ατόμου από την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων Ν.2472/97.
5. *Το δικαίωμα στην αποκατάσταση*: λήψη σχετικών μέτρων και εφαρμογή νομοθεσίας για τους Κοι.Σ.Π.Ε. (Ν.2716/99, άρθρο 12).
6. *Το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα*: δικαίωμα διαμονής σε σπίτι ή χρήση στεγαστικών δομών κοινότητας (ξενώνες) και διεκδίκηση σχετικών κρατικών παροχών.

Αναφέρεται συχνά ότι, εκτός από τους σχετικούς κρατικούς μηχανισμούς, οι επαγγελματίες υγείας είναι οι πρώτοι που μπορούν να διαπιστώσουν τυχόν παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Συχνά όμως οι λειτουργοί υγείας προβαίνουν σε παραβιάσεις, επειδή δεν γνωρίζουν ποια συμπεριφορά συνιστά παραβίαση ή επειδή πιστεύουν

ότι η έννοια της ιατρικής ωφέλειας δεν μπορεί να συμβαδίζει με τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η εμπειρία έχει δείξει ότι η στέρηση βασικών δικαιωμάτων από ευάλωτους πληθυσμούς πολλές φορές αποδεικνύεται αντιπαραγωγική και ζημιογόνος.

Γιατί όμως δεν γίνονται σεβαστά αυτά τα περίφημα δικαιώματα; Υπάρχουν πολλοί παράγοντες αδυναμίας άσκησης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, όπως η κοινωνική και οικονομική αδυναμία, η άγνοια, οι ελλείψεις του νόμου, η δυσχερής οικογενειακή κατάσταση, η έλλειψη συνεργασίας των εμπλεκόμενων φορέων, η επικράτηση του στίγματος και των ποικίλων στερεοτύπων.

Παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων παρατηρούνται πολλές και δεν περιορίζονται σε θέματα βίας ή σωματικής κακοποίησης, αλλά διαπράττονται και με έμμεσους τρόπους. Άραγε είναι επαρκής η φροντίδα της ψυχικής υγείας των παιδιών; Στο ποινικό σύστημα των ανηλίκων, πόσοι από αυτούς που χρήζουν θεραπείας τη λαμβάνουν πραγματικά; Χρηματοδοτούνται επαρκώς οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας; Από τα άτομα που φυλακίζονται για αλητεία ή μικροκλοπές, πόσα έχουν ανάγκη από ψυχιατρική φροντίδα; Σε πόσα παράσχεται; Μήπως ορισμένα ασφαλιστικά προγράμματα επιφυλάσσουν διακριτική μεταχείριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σχέση με τη σωματική, θέτοντας άνισους όρους θεραπείας και αυξάνοντας το κόστος ασφάλισης;

Ακόμα όμως και σε ανοιχτό ή οικιακό περιβάλλον υπάρχουν μορφές καταχρήσεων των οποίων η βαρύτητα δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή. Τέτοιες μπορεί να είναι όχι μόνον η άσκηση βίας, η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση αλλά και η άσκηση υπερβολικής σωματικής δύναμης, ο συνεχής περιορισμός που υλοποιείται με ακατάλληλους τρόπους, η εφαρμογή ακατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής –συμπεριλαμβανομένης της καταστολής που γίνεται μόνο για λόγους ευκολίας χειρισμού του ασθενούς–, οι ακατάλληλες «τιμωρίες» για θέματα συμπεριφοράς, η συναισθηματική κακοποίηση –συμπεριλαμβανομένης της κριτικής ή ταπεινωτικής συμπεριφοράς–, η στέρηση του δικαιώματος του ασθενούς να έχει μια κατά το δυνατόν ιδιωτική ζωή, η οικονομική κακοποίηση –που μπορεί να συνίσταται στην κλοπή ή τη στέρηση χρημάτων είτε ακόμη προσωπικών αντικειμένων– και η παραμέληση βασικών κανόνων φροντίδας ή προσωπικής υγιεινής.

Ο τρίτος άξονας της παρούσας προσέγγισης αφορά την ηθική διάσταση της επιστημονικής προόδου στον χώρο της γενετικής και των νευροεπιστημών σε σχέση με τις ψυχικές ασθένειες. Η ολοένα αυξανόμενη σύγκλιση της γενετικής επιστήμης με τις επιστήμες που μελετούν τον εγκέφαλο και τη νόσηση και η συγχώνευση μέρους των τελευταίων ανοίγει νέους ορίζοντες και δημιουργεί νέες ελπίδες στην αντιμετώπιση πολλών ασθενειών, καθώς αποκαλύπτεται συνεχώς η ποικιλομορφία του ανθρώπινου εγκεφάλου. Αν

και οι γενετικές έρευνες για τα ψυχιατρικά νοσήματα προχωρούν πιο αργά απ' ό,τι για άλλες ασθένειες, έχουν σημειωθεί πρόοδοι κυρίως στη μελέτη της σχιζοφρένειας όπου μελετώνται τρία συγκεκριμένα γονίδια. Τα προβλήματα συνδέονται τόσο με τις γενετικές και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης μεγάλου όγκου πληροφοριών όσο και με φαινοτυπικές και κλινικές ταξινομήσεις. Πρόοδοι σημειώνονται και στις νευροεπιστήμες και νέα εργαλεία εμφανίζονται για την πληρέστερη απεικόνιση και ανάλυση του εγκεφάλου. Η ταχύτατη εξέλιξη των νευροαπεικονιστικών μεθόδων αποδεικνύει σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου όταν υπάρχει ψυχική ασθένεια του εγκεφάλου. Η χρήση εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων αναπτύσσεται ραγδαία για την αντιμετώπιση νευροεκφυλιστικών διαταραχών, όπως η νόσος Αλτσχάιμερ και η νόσος Πάρκινσον. Μια νέα παθολογία της κατάθλιψης αναζητείται μέσω απεικονιστικών μεθόδων. Αλλά πίσω από τη γοητεία της έρευνας δεν λείπουν και ορισμένα ερωτηματικά.

Ένα πρώτο σημείο αφορά την ακατάλληλη χρήση αυτών των μεθόδων για την επίτευξη μη ρεαλιστικών στόχων, μια υπερβολική δηλαδή επικέντρωση ή ακόμη και πίστη των ερευνητών στην επιστημονική διάσταση. Ένα δεύτερο σημείο σχετίζεται με το γεγονός ότι ναι μεν οι τεχνολογικές γνώσεις προχωρούν ακάθεκτες, δεν είναι όμως ακόμη πλήρως αποδεδειγμένο ότι οι διάφορες παρεμβάσεις δεν επηρεάζουν τη νοητική διαδικασία και την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του. Αυτό που θέλει προσοχή είναι ότι ο φόβος και η ενασχόληση με μεγάλες αλλαγές που μπορεί να προκύψουν στον εγκέφαλο και στην προσωπικότητα του ατόμου καλύπτουν –για την ακρίβεια συγκάλυπτουν– τις ανεπαίσθητες και μικρές αλλαγές. Εκεί βρίσκεται ο κίνδυνος. Ένα ακόμη ηθικό ζήτημα αφορά τη διαφορά μεταξύ αναζήτησης θεραπευτικής παρέμβασης και απλής βελτίωσης των γνωστικών ικανοτήτων ενός ατόμου, καθώς τα όρια μεταξύ των δύο είναι ενίοτε θολά.

Επίσης ερωτηματικά προκύπτουν από την πειραματική εφαρμογή μεθόδων σε σχέση με το αποδεκτό ποσοστό κινδύνου. Ο εν τω βάθει ηλεκτρικός ερεθισμός του εγκεφάλου, παραδείγματος χάριν για παθήσεις όπου άλλες μορφές θεραπείας έχουν αποτύχει, εγείρει ηθικά διλήμματα καθώς το ζήτημα δεν αφορά μόνον μια λογική αναλογία κινδύνου και οφέλους εκ μέρους του ερευνητή αλλά επίσης την αντίληψη του ίδιου του ασθενούς για την ποιότητα της ζωής του και το κατά πόσο είναι διατεθειμένος να διακινδυνεύσει προκειμένου να τη βελτιώσει. Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται έντονα η αρχή του σεβασμού στην αυτονομία του ασθενούς που πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση συμμετοχής σε μια τέτοια έρευνα. Τέλος, δεν πρέπει να αγνοείται ότι το ζητούμενο δεν είναι μόνον η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με νέα φάρμακα και

νέες τεχνολογίες αλλά και η κοινωνική προσαρμογή των ασθενών, η διαφορά ανάμεσα στον βιολογικό γνωστικό εγκέφαλο και στον κοινωνικό, η διαφορά από μια λειτουργική μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και του ακόλουθου τρόπου σκέψης:

*Βαλώνω ένα πέλαγος και γίνομαι Κίμωλος  
λεμονίζω έναν ανθό και γίνομαι ανθόμηλος,  
δεντρόλιθος και κιτρολέμονο.  
Χαράζω στο δοξάρι ένα λυχνάρι  
και γίνομαι πέπλο, άχνη και μυστήριο...  
Κρίνω τον κόσμο με ένα δοξάρι πευκοβελόνας  
αγναντεύω τη γη με αγριοκέρασα  
χιόνια νούφαρα και γιόκερια.*

«Ανθόμηλος» (Π. Κοντός), εκδόσεις *Η Αναγέννηση*, Σωματείο ενάντια στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές.



## Ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία

---

**Αντώνιος Μ. Πολίτης,**

*Ψυχίατρος, Επ. Καθηγητής ΕΚΠΑ στην Ψυχιατρική Κλινική*

*του Αιγινήτειου Νοσοκομείου*

*Συνεργάτης στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική*

*του Νοσοκομείου The John's Hopkins,*

*Τμήμα Νευροψυχιατρικής και Ψυχογηριατρικής*

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων (>65) αλλά και των υπερήλικων (>90) και των αιωνόβιων (>100) είναι ιδιαίτερα εμφανής τόσο στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες. Το 1950, 23 ηλικιωμένοι αντιστοιχούσαν σε 100 νέους, ενώ το 2050 προβλέπεται ότι 110 ηλικιωμένοι θα αντιστοιχούν σε 100 νέους. Παράλληλα όμως με τις αλλαγές στον πληθυσμό των ηλικιωμένων, σήμερα υπάρχουν και αλλαγές στον οικογενειακό ιστό, με ιδιαίτερη έμφαση στη νεότητα, την καλή σωματική κατάσταση, την παραγωγικότητα, ενώ ταυτόχρονα η κοινωνία απωθεί τους υπερήλικες στο περιθώριο της ζωής. Οι ίδιοι αισθάνονται συχνά ανεπιθύμητοι, ξένοι σε έναν κόσμο που προορίζεται μόνο για τους νέους, καθώς απορρίπτονται ως μη παραγωγικά άτομα. Οι ηλικιωμένοι αποξενώνονται από τον παραδοσιακό ρόλο με τη γρήγορη μετάβαση από τον ενεργό/παραγωγικό ρόλο στη συνταξιοδότηση, χωρίς κάποια προετοιμασία που να περιλαμβάνει επαναπροσδιορισμό των προσωπικών ρόλων, στόχων και προσδοκιών.

Ο ηλικιωμένος σήμερα βρίσκεται αντιμέτωπος με τις παραπάνω δυσκολίες, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να αντιμετωπίζει και προβλήματα που σχετίζονται τόσο με σωματική όσο και με την ψυχική υγεία. Τις περισσότερες φορές, τα συμπτώματα που αφορούν την ψυχική υγεία δεν αναφέρονται από τους ηλικιωμένους, οι οποίοι είτε διακατέχονται από στωικισμό (ο οποίος εκφράζεται με το σκεπτικό «Δεν υπάρχει λόγος να ανησυχεί κανείς») είτε γιατί τα περισσότερα από τα συμπτώματα τα αποδίδουν στο γήρας («Τι περιμένεις, έχω πια γεράσει»). Οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να ερμηνεύσουν και να εξη-

γήσουν τα συμπτώματα/παράπονα και τις επιπτώσεις τους, όπως τη σημαντική απώλεια ανεξαρτησίας, τη γνωσιακή δυσλειτουργία και τη σωματική δυσφορία που μπορεί να είναι αποτελέσματα μάλλον κατάθλιψης παρά της καθαυτό διαδικασίας του γήρατος. Τα συμπτώματα/παράπονα μπορεί επίσης να μην λαμβάνονται υπόψη από τον οικογενειακό γιατρό και συνεπώς να υποτιμούνται.

Τα γηρατεία, όπως και κάθε άλλη περίοδος της ζωής, ενέχουν τους δικούς τους κινδύνους, τις δικές τους ασθένειες. Στο παρελθόν, όροι όπως «γήρας», «οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο» ή «σύγχυση τρίτης ηλικίας» χρησιμοποιούνταν για να περιγράψουν ένα ηλικιωμένο άτομο που είχε δυσκολίες στη σκέψη και τη μνήμη. Η κατανόηση του τι είναι *φυσιολογική* και τι *μη φυσιολογική* γήρανση έχει προχωρήσει τόσο ώστε να χρησιμοποιούνται νέοι όροι. Έτσι, ως άνοια ορίζουμε μια γενική διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών της μνήμης, της κατανόησης και της κρίσης. Η άνοια είναι είτε αποτέλεσμα της νόσου του Αλτσχάιμερ είτε αποτέλεσμα άλλων *νευροεμφυλιστικών διαδικασιών* (μετωποκροταφική άνοια) και όχι *φυσικό αποτέλεσμα* της γήρανσης αλλά μάλλον οχληρό πρόβλημα υγείας, το οποίο ωστόσο δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση «σύγχρονη πανούκλα» (Θ. Καραβάτος).

Το πρόβλημα της άνοιας είναι υπαρκτό και διαφοροποιείται από άλλα προβλήματα υγείας, δεδομένου ότι δεν είναι αποκλειστικά ιατρικό αλλά και κοινωνικό, λαμβάνοντας υπόψη την επιβάρυνση που προκαλεί μέσα από μια διαδικασία μακροχρόνιας φροντίδας και παρουσίας σε υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Η άνοια, με τα ψυχιατρικά συμπτώματα που τη συνοδεύουν, προκαλεί σοβαρή επιβάρυνση στους ανθρώπους που υποστηρίζουν και ζουν μαζί με τον ασθενή. Η επιβάρυνση είναι είτε ψυχολογική –με αίσθημα εγκλωβισμού, συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης, σωματικής εξάντλησης– είτε αντικειμενική –απειλεί τις διαφορετικές αρνητικές επιπτώσεις που βιώνουν οι στενοί συγγενείς ή /και φροντιστές στις καθημερινές δραστηριότητες, στις σχέσεις στην οικογένεια, στην εργασία και σε χρήματα που πρέπει να διαθέσουν για τη φροντίδα του ασθενούς έτσι ώστε να εξασφαλίσουν αξιοπρεπή ποιότητα ζωής.

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματά της ξεκινούν με τα «4 Α»: *αμνησία* (ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου, ο ασθενής ρωτά την ίδια ερώτηση ξανά και ξανά και χάνει συνήθως τα προσωπικά του αντικείμενα), *αφασία* (ο ασθενής δυσκολεύεται να επικοινωνήσει με τους άλλους και να καταλάβει τι του λένε), *απραξία* (αδυνατεί να εκτελέσει τις καθημερινές δραστηριότητες: δεν μπορεί να πλυθεί, να ντυθεί, να χτενιστεί, να ανάψει την τηλεόραση, να κόψει ψωμί, κ.λπ.), *αγνώσια* (δυσκολεύεται να αναγνωρίσει αυτό που βλέπει, δεν αναγνωρίζει αντικείμενα).

Στις μέρες μας, η θεραπεία που περιλαμβάνει και φάρμακα αλλά και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι συμπτωματική, ενώ στο μέλλον πιθανόν να βασίζεται στη χρήση βιοδεικτών. Η πρόληψη περιλαμβάνει την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων, ανάμεσα στα οποία θα μπορούσε να είναι ο εντοπισμός ατόμων υψηλού κινδύνου στον γενικό πληθυσμό και η διαχείριση των παθολογικών τους προβλημάτων, όπως η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης, της κοιλικής μαρμαρυγής και του σακχαρώδους διαβήτη. Η εφαρμογή μέτρων που εξασφαλίζουν την καλή υγεία (αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και προσεκτική διατροφή, σωματική και πνευματική άσκηση) φαίνεται να αποτελούν μερικά ακόμη όπλα στην πρόληψη, χωρίς εντούτοις να σημαίνει ότι εξασφαλίζουν την απόλυτη προστασία από τη νόσο. Ένα ακόμη σημαντικό βήμα είναι η άμεση διαχείριση ψυχοπαιστικών γεγονότων (όπως το πένθος) που αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, η οποία θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας. Ο εντοπισμός απότομων αλλαγών στην προσωπικότητα του οικείου, λόγου χάρη, και η καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τις εκδηλώσεις της νόσου μπορούν να συνδράμουν στην έγκαιρη αναγνώριση και την άμεση εφαρμογή της θεραπείας. Η κατάθλιψη είναι περισσότερο συχνή από οποιαδήποτε άλλη συναισθηματική διαταραχή στην τρίτη και την τέταρτη ηλικία.

Η πρόγνωση είναι δυσμενής εφόσον δεν αντιμετωπισθεί με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, αφενός επειδή συνοδεύεται από μεγάλο βαθμού θνησιμότητα και αφετέρου επειδή οι ασθενείς άνω των 65 ετών με κατάθλιψη παρουσιάζουν εντονότερη αυτοκαταστροφικότητα σε σύγκριση με οιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών. Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία έχει χαρακτηριστεί ως «σύνδρομο του χαμαιλέοντα»: στην κλινική εικόνα δεν προεξάρχουν οι διαταραχές του συναισθήματος αλλά κυρίως οι διαταραχές της συμπεριφοράς και των γνωστικών λειτουργιών. Μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη στην Ευρώπη έδειξε ότι από τους ασθενείς με κατάθλιψη οι οποίοι επισκέπτονται τον γιατρό μόνο το 10% λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή, ενώ σε όσους διαγιγνώσκεται κατάθλιψη μόνο ένα 25% λαμβάνει αγωγή. Στα πλαίσια της πρόληψης, είναι σημαντικό η τελευταία να εστιάζει σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως σε άτομα με πρόσφατης έναρξης σωματική νόσο (στους προηγούμενους 3 μήνες), χρόνια νόσο που προκαλεί αναπηρία, πρόσφατο πένθος (τους τελευταίους 3-6 μήνες), απομονωμένα κοινωνικά άτομα και ασθενείς οι οποίοι παραπονούνται για χρόνια προβλήματα αϋπνίας.

Οι κοινωνικοί παράγοντες είναι ιδιαίτερα συνδεδεμένοι με τον κίνδυνο νόσησης από κατάθλιψη και μάλιστα επηρεάζουν αρνητικά την πορεία της νόσου. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θα μπορούσαν να χωριστούν σε γεγονότα ζωής (life events) και σε χρόνιες

ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Από τα αρνητικά γεγονότα ζωής, τα πλέον σημαντικά είναι το πένθος για συγγενείς ή άλλα προσφιλή πρόσωπα, η απώλεια σημαντικού ανθρώπου, ο χωρισμός, η οξεία εμφάνιση παθολογικού προβλήματος ή ασθένειας, η απειλή για την υγεία κάποιου προσφιλούς προσώπου, τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα, οι κακές σχέσεις με άλλα μέλη της οικογένειας. Ειδικά ο θάνατος, ή το πένθος που ακολουθεί τον θάνατο προσφιλούς προσώπου, αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη τόσο ελάσσονος όσο και μείζονος συναισθηματικής διαταραχής. Τα οικονομικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία συνδέονται με αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Είναι γεγονός πλέον ότι και ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να διαλάβει ψυχικών προβλημάτων και ότι τα ψυχικά προβλήματα δεν είναι η φυσιολογική κατάληξη της βιολογικής διαδικασίας της γήρανσης. Μπορεί η νευροεκφυλιστική διαδικασία να έχει ως κύριο παράγοντα κινδύνου την ηλικία και η κατάθλιψη τη μοναξιά και τις απώλειες, και στις δύο περιπτώσεις όμως η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική και παρουσιάζει τις ιδιαιτερότητες της ηλικίας, είτε είναι βιολογικές είτε κοινωνικές. Η αλήθεια πιθανόν να περικλείεται στη φράση ότι «και η τρίτη ηλικία έχει ψυχή», συνάμα όμως και στην παραδοχή ότι «και η τρίτη ηλικία πονάει στην ψυχή».

## Συμβουλευτική ψυχολογία

---

**Πολυξένη Ν. Σκαλτσή**

*Εργοθεραπεύτρια*

*MSc. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*

Τα γεγονότα της ζωής των ανθρώπων είναι πολύ συχνά τέτοια που τους προκαλούν αρνητικά συναισθήματα και εξ αυτών παράγονται αρνητικές συμπεριφορές. Ορισμένοι άνθρωποι δεν είναι σε θέση να ισορροπούν ανάμεσα στο μαύρο ή άσπρο και κατατάσσουν τα ζητήματα της ζωής τους στη μία ή την άλλη κατηγορία. Άλλοι άνθρωποι περιμένουν τον χρόνο να γιατρέψει τις καταστάσεις εκείνες που συναισθηματικά τους είναι δυσβάστακτες.

Όμως είναι βέβαιο πως όλα τα προβλήματα του ανθρώπου δεν αυτορρυθμίζονται. Είναι επίσης εξίσου βέβαιο πως δεν αλλάζουν εύκολα οι ψυχοπιεστικές συνθήκες στη ζωή του ανθρώπου, όπως για παράδειγμα ένα εντατικό και πιεστικό εργασιακό πλαίσιο κ.ο.κ. Σε τέτοιες καταστάσεις, οι άνθρωποι αισθάνονται αβοήθητοι και ακούμε συχνά καθημερινά παρόμοιες φράσεις: «Ζήτησα συμβουλευτική / επισκέφθηκα σύμβουλο γάμου / επισκέφθηκα σύμβουλο για την εργασία / δέχθηκα συμβουλές από ειδικό». Οι συμβουλές που συνήθως δίδονται αβίαστα από το φιλικό/κοινωνικό περιβάλλον δεν υποκαθιστούν σε καμία περίπτωση τη θεραπευτική βοήθεια που ονομάζεται συμβουλευτική, ενίοτε δε αποπροσανατολίζουν και ετεροχρονίζουν υπαρκτά, πιεστικά προβλήματα.

Η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία προέρχονται από την ψυχιατρική και ακόμη και σήμερα ενδημούν στις παρυφές της ψυχιατρικής ειδικότητας. Πρόσφατα όμως, σε ακαδημαϊκό επίπεδο τουλάχιστον, άρχισαν να θεωρούνται εφαρμόσιμοι κλάδοι της επιστήμης της ψυχολογίας (McLeod, 1993). Ο Hopson (1982) ορίζει τη συμβουλευτική ως «τη βοήθεια που προσφέρεται προς το άτομο ώστε να μπορέσει να βοηθήσει τον εαυτό του και να διακρίνει την αντίληψη που έχει για τη ζωή του. Να διευκρινίσει και να διερευνήσει, δηλαδή, από μόνο του το πρόβλημα και τις συγκρούσεις που αντιμετωπίζει.

Να ανακαλύψει τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που του ανοίγονται ως προς την αντιμετώπιση του προβλήματος και να πάρει τις τελικές αποφάσεις όσον αφορά τις πράξεις του». Επομένως, βασικό στοιχείο αυτού του ορισμού αποτελεί η βούληση του ανθρώπου να βοηθηθεί και να προσπαθήσει γι' αυτό.

Ο ορισμός του Burnard (1995) κινείται στον ίδιο άξονα αλλά περιλαμβάνει και την παράμετρο του περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο: «Η προσέγγιση της συμβουλευτικής αφορά το άτομο και το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον στο οποίο ζει, με στόχο να γίνει ένα ψυχολογικά ώριμο άτομο. Πρόκειται για μια θεραπευτική συζήτηση μεταξύ δύο ατόμων που διεξάγεται σε ένα περιβάλλον θεραπευτικής συμμαχίας. Η συμβουλευτική είναι η προσπάθεια να υποστηριχθεί το άτομο ώστε να επιλύσει το πρόβλημά του, με ταυτόχρονη μείωση της διάρκειάς του αλλά και με παράλληλη τροποποίηση του περιβάλλοντος (κοινωνικού και συναισθηματικού)».

Τέλος, ο McLeod (1993) επικεντρώνεται στη συμβουλευτική σχέση και, θεωρώντας την το σημαντικότερο στοιχείο της συμβουλευτικής διαδικασίας, καταλήγει ότι «η συμβουλευτική σχέση είναι σχεδιασμένη ώστε να βοηθήσει τα άτομα να κατανοήσουν και να αποσαφηνίσουν την αντίληψη που έχουν για τη ζωή τους και να ανακαλύψουν ή να πετύχουν τους στόχους που θέτουν, τόσο μέσα από τη χρήση επιλογών που έχουν νόημα όσο και μέσα από την επίλυση συναισθηματικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων».

Η συμβουλευτική ως διαδικασία έχει βαθιές ρίζες μέσα στον χρόνο και ψήγματα ή προάγγελοί της συναντώνται ακόμη και σε παραδοσιακούς πολιτισμούς. Η θεραπευτική βάση εδώ είναι η μικρή κοινωνία που ασκεί έλεγχο και είναι βοηθητική με τον έναν ή τον άλλο τρόπο. Άλλα ψήγματα συμβουλευτικής συναντώνται στις θρησκείες ή στις προσεγγίσεις των μάγων και των ερμηνειών των ονείρων. Η εκβιομηχάνιση και η αστικοποίηση των κοινωνιών, η εμπορευματοποίηση και η ποικιλία των παρεμβάσεων στην παραγωγή αλλάζουν ριζικά το τοπίο και τη θέση του ανθρώπου μέσα στο νέο περιβάλλον. Συνεπώς, η πρακτική της συμβουλευτικής αναπτύχθηκε αφότου οι Erich Lindemann και Gerald Caplan έθεσαν τις θεωρητικές βάσεις στις δεκαετίες του '40 και '50. Μεταξύ του '50 και του '70, μια πληθώρα πολιτισμικών, οικονομικών και κοινωνικών γεγονότων οδήγησαν σε μια έκρηξη ιδεών σχετικά με τη συμβουλευτική. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία πλήθους μοντέλων και προσεγγίσεων. Οι τρεις βασικές προσεγγίσεις που σήμερα αναγνωρίζονται διεθνώς αλλά και εφαρμόζονται ευρέως είναι:

1. Η ψυχοδυναμική.
2. Η γνωσιακή-συμπεριφορική.
3. Η ανθρωπιστική.

Η *ψυχοδυναμική προσέγγιση* βασίζεται στις θεωρίες των Freud, Jung και Erikson. Οι βασικές παραδοχές της προσέγγισης είναι ότι:

- Οι δυσκολίες του ατόμου πηγάζουν από εμπειρίες και βιώματα της παιδικής ηλικίας.
- Το άτομο πολλές φορές δεν έχει συνείδηση των πραγματικών αιτιών των πράξεών του.
- Η ερμηνεία και η μεταβίβαση χρησιμοποιούνται ως τεχνικές στη θεραπεία.

Τα στοιχεία εκείνα που χαρακτηρίζουν και διαφοροποιούν τη συγκεκριμένη προσέγγιση είναι:

- Η θεραπευτική σχέση μεταξύ συμβούλου και ατόμου που επιτρέπει την ανάπτυξη της μεταβίβασης.
- Η θεραπευτική σχέση που επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων.
- Ο σύμβουλος που προσπαθεί να διευκολύνει τα άτομα στην κατανόηση των αιτιών των προβλημάτων τους, συνδέοντας το παρελθόν με το παρόν και χρησιμοποιώντας την ερμηνεία.

Πρέπει βέβαια να τονίσουμε ότι, για λόγους ουσιαστικούς και όχι μόνο τυπικά δεοντολογικούς, η συγκεκριμένη προσέγγιση όπως και αυτή της γνωσιακής-συμπεριφορικής διαδικασίας πρέπει οπωσδήποτε να εφαρμόζεται μόνο από θεραπευτές που έχουν δεχτεί την ειδική εκπαίδευση που απαιτείται επιστημονικά και ακαδημαϊκά.

Η *συμπεριφορική προσέγγιση* είναι η συμβουλευτική που εφαρμόζει διάφορες τεχνικές οι οποίες συνδέονται ή προέρχονται από τις θεωρίες της μάθησης, με στόχο να τροποποιήσει το άτομο συγκεκριμένες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές· δίνει έμφαση στην τροποποίηση της συμπεριφοράς μέσα από λογικές κυρίως διαδικασίες, στηρίζεται δε στις θεωρίες της μάθησης (Μαλκιώση-Λοΐζου, 1999). Οι στόχοι της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, η εκμάθηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και η πρόληψη προβλημάτων.

Στη *γνωσιακή προσέγγιση*, η οποία μελετάει τις γνωσιακές διαδικασίες που χρησιμοποιεί το άτομο ώστε να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες του, δύο γνωσιακά φαινόμενα είναι σημαντικά, και συγκεκριμένα ότι:

- Οι άνθρωποι διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζονται τις πληροφορίες που λαμβάνουν από τον κόσμο.

- Οι άνθρωποι διαφέρουν στις πεποιθήσεις που έχουν για τον κόσμο (διεργασικά λάθη, καταστροφολογία, υπεργενίκευση, αυτοεκπληρούμενη επιθυμία, γνωσιακή αναδόμηση, κ.ά.).

Για την εφαρμογή της παρέμβασης, οι τεχνικές που εφαρμόζονται είναι ότι, μετά την αξιολόγηση του προβλήματος, επιλέγονται μαζί με το άτομο συγκεκριμένοι στόχοι και στη συνέχεια εφαρμόζονται συγκεκριμένες τεχνικές, όπως:

- Συστηματική απευαισθητοποίηση.
- Βαθμολόγηση των συναισθημάτων.
- Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.
- «Εργασία» για το σπίτι.
- Ακολουθούν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και η ολοκλήρωση της παρέμβασης.

Τέλος, η *ανθρωπιστική-προσωποκεντρική προσέγγιση* στην οποία η συμβουλευτική χρωσάται πολλά θεμελιώνεται στη βάση της θεωρίας του Carl Rogers, ο οποίος και θεωρείται πατέρας της συμβουλευτικής. Όπως και πάλι περιγράφει η Μαλκίωση-Λοΐζου (1999), «υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος διαθέτει από μόνος του την ικανότητα για προσωπική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση, γιατί είναι ον λογικό, κοινωνικό, προοδευτικό και ρεαλιστικό». Η συγκεκριμένη προσέγγιση δίνει έμφαση:

- Στην πολυπλοκότητα.
- Στη μοναδικότητα.
- Στην έμφυτη ικανότητα εξέλιξης και αυτοπραγμάτωσης.

Οι στόχοι αυτής της προσέγγισης περιγράφονται με τον καλύτερο τρόπο από τον Maslow (1941) και είναι: να βοηθήσει τον συμβουλευόμενο να γίνει ένα άτομο με πλήρη λειτουργικότητα, δηλαδή να αναπτύξει την προσωπικότητά του στο ανώτερο δυνατό σημείο που προδιέγραψαν οι κληρονομικές και επίκτητες δυνάμεις του, ενώ σύμφωνα με τον Rogers (1961) «ψυχολογικά προσαρμοσμένο άτομο θεωρείται ένα πρόσωπο που βρίσκεται σε πρόοδο και εξέλιξη. Ένα άτομο που συνεχώς αλλάζει και προσαρμόζει τη συμπεριφορά του επαρκώς σε νέες καταστάσεις».

Τούτων δεδομένων, ο κεντρικός στόχος και η επιτυχία της παρέμβασης ταυτόχρονα δομείται ως εξής: το άτομο αποκτά θετική γνώμη για τον εαυτό του, αντιμετωπίζει τις διαφορές μεταξύ των εμπειριών του και των αντιλήψεων και αποδεσμεύεται από τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί. Η συμβουλευτική στις μέρες μας αποτελεί

έναν ευρύτατο τομέα παρέμβασης με ιδιαίτερη μορφή και πρακτική εφαρμογή για κάθε κατηγορία επιμέρους προβλημάτων.

Διάφορες και διαφορετικές ειδικότητες χρησιμοποιούν τη συμβουλευτική ως μοναδική ή ως συμπληρωματική μέθοδο της κύριας εργασιακής τους απασχόλησης. Οι χώροι στους οποίους εφαρμόζεται η συμβουλευτική ποικίλλουν τόσο όσο και τα προβλήματα που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν καθημερινά και για τα οποία ζητούν βοήθεια και ασκείται σε δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, αλλά πλέον και σε Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς που στοχεύουν στην ψυχοκοινωνική στήριξη ατόμων με προβλήματα κάθε είδους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμβουλευτική παρέμβαση μπορεί να γίνεται είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο. Το διαφοροποιό στοιχείο αφορά κυρίως τους στόχους που τίθενται από κοινού με το άτομο και πιο συγκεκριμένα: η συμβουλευτική σε ατομικό επίπεδο δίνει στο άτομο την ευκαιρία να αναπτύξει στενότερη σχέση και επαφή με τον σύμβουλο και να μειώσει τους αμυντικούς του μηχανισμούς. Η συμβουλευτική σε επίπεδο ομάδας δίνει στο άτομο την ευκαιρία να μοιραστεί τα προβλήματά του με τους άλλους και να ανταλλάξει βοήθεια για την επίλυσή τους.

Συμβουλευτική εφαρμόζεται στους χώρους υγείας και ψυχικής υγείας, όπως:

- Σε νοσοκομεία και ιδρύματα ειδικά με άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.
- Σε υπηρεσίες της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη) για άτομα με χρόνιες ή λιγότερο σοβαρές μορφές ψυχικών διαταραχών.
- Σε άτομα με άλλες σοβαρές νόσους, π.χ. που πάσχουν από AIDS, καρκίνο και διάφορες συγγενείς και κληρονομικές παθήσεις.

Επίσης, η συμβουλευτική έχει ευρέως φάσματος εφαρμογή στους χώρους εργασίας και στοχεύει να βοηθήσει άτομα που έχουν ανησυχίες ή προβλήματα σχετικά με τον εργασιακό τους ρόλο. Για παράδειγμα:

- Υπηρεσίες που προσφέρουν επαγγελματικό προσανατολισμό.
- Συμβουλευτικές υπηρεσίες για φοιτητές.
- Συμβουλευτική στον χώρο της εργασίας σε μεγάλες επιχειρήσεις στον δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα
- Σε ανέργους.
- Σε κέντρα προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης.

- Σε κατηγορίες ατόμων που μπορεί να παίρνουν βοήθεια μέσα από την ανάπτυξη της αυτογνωσίας τους (συμβουλευτική αποκλινόντων εφήβων, συμβουλευτική σε άτομα με καταθλιπτικά στοιχεία και άγχος).

Έχει αποδειχθεί πως τα ψυχοπαιεστικά γεγονότα ζωής ή οι ξαφνικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και στους ρόλους μέσα στους οποίους λειτουργούσαν οδηγούν τους ανθρώπους σε αδυναμία αντιμετώπισης των γεγονότων ή των νέων συνθηκών που καλούνται να διαμορφώσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις η συμβουλευτική έχει ευρύ τρόπο εφαρμογής με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ως παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν: συμβουλευτική για άτομα μετά από διαζύγιο, βιασμό και πένθος, συμβουλευτική για μετανάστες, πρόσφυγες. Οι εξαρτήσεις κατέχουν σημαντική θέση στις σύγχρονες κοινωνίες, γι' αυτό έχουν αναπτυχθεί ειδικές τεχνικές συμβουλευτικής για χρήση σε άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά, καπνό, φαγητό, αλκοόλ.

Η συμβουλευτική διαδικασία ως θεραπευτική μέθοδος δομείται σε τέσσερα στάδια:

1. Καθορισμός του σημείου εκκίνησης και εντοπισμός του προβλήματος.
2. Έπαρξη κάποιου βαθμού επίγνωσης όσον αφορά το πρόβλημα (εντοπισμός των αιτιών του προβλήματος).
3. Προσδιορισμός στόχων.
4. Διερεύνηση των τρόπων και των μεθόδων για την επίτευξη των στόχων.

Σημαντικό στοιχείο που πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψιν από τους θεραπευτές αλλά και από θεραπευόμενους που θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής είναι το ότι η συμβουλευτική διαδικασία προσανατολίζεται προς το άτομο και τους στόχους –που εκείνο θέτει και όχι προς τα συμπτώματά του. Ένα άλλο κύριο χαρακτηριστικό της συμβουλευτικής διαδικασίας είναι ο χώρος μέσα στον οποίο παρέχεται η θεραπευτική παρέμβαση. Ο χώρος πρέπει να είναι ήσυχος, καθαρός, απλός, τακτοποιημένος –δεν πρέπει να υπάρχουν διακοπές και παρεμβάσεις από άλλους (π.χ. τηλεφωνήματα ή άλλα άτομα που μπεινοβγαίνουν)–, ο χώρος δεν πρέπει να είναι ούτε πολύ ζεστός ούτε πολύ κρύος και με αρκετό φωτισμό, η διακόσμηση πρέπει να είναι ουδέτερη και όταν η συνάντηση γίνεται σε νοσοκομείο θα πρέπει να αποφεύγονται, αν είναι δυνατό, το δωμάτιο του ασθενούς ή ο χώρος νοσηλείας. Στο σπίτι του ατόμου η συνάντηση γίνεται στον χώρο που υποδεικνύει το ίδιο το άτομο.

Είναι σαφές ότι η προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά στοιχεία του θεραπευτή έχουν μεγάλη σημασία στην παροχή κάθε μορφής βοήθειας. Για τον σύμβουλο εκείνα τα στοιχεία που –εκτός των άλλων– έχουν ιδιαίτερη σημασία είναι πως εκείνος που

παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες πρέπει να γνωρίζει τις ενδοψυχικές διαδικασίες του συμβουλευόμενου, ώστε να προσαρμόσει τις τεχνικές της συμβουλευτικής στην επίλυση του προβλήματος. Ο επαγγελματίας που θέλει να βοηθήσει ένα άτομο να αναπτύξει επίγνωση του εαυτού του και των δυνατοτήτων του μπορεί να το κάνει μόνο εάν ο ίδιος έχει επίγνωση του εαυτού του. Η επίγνωση του εαυτού συμπεριλαμβάνει γνώση της γλώσσας του σώματός μας και της επιρροής που έχει στους άλλους και γνώση των συναισθημάτων μας και την ικανότητα να κατανοούμε και να προβλέπουμε τις συναισθηματικές μας αντιδράσεις: «εάν μπορώ να δημιουργήσω μια σχέση βοήθειας (helping relationship) με τον εαυτό μου, εάν μπορώ να έχω μια ευαισθησία προς την αποδοχή των συναισθημάτων μου, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ότι μπορώ να δημιουργήσω μια σχέση βοήθειας με τον άλλο» (Rogers, 1961).

Έχουν περιγραφεί έξι τομείς όπου ο σύμβουλος οφείλει να είναι επαρκής:

1. Διαπροσωπικές δεξιότητες.
2. Προσωπικά πιστεύω και στάση ζωής (ικανότητα να αποδέχεται τον άλλο, να πιστεύει στη δυνατότητα αλλαγής, να αναγνωρίζει τις ηθικές επιλογές του, να έχει ευαισθησία στις αξίες του).
3. Εννοιολογική ικανότητα, π.χ. ικανότητα να αξιολογεί ένα πρόβλημα και να το κρίνει σε σχέση με τις μελλοντικές του συνέπειες.
4. Ολοκληρωμένη προσωπικότητα (έλλειψη προκαταλήψεων, προσωπικά όρια, αυτοεκτίμηση).
5. Επάρκεια στις τεχνικές.
6. Ικανότητα να κατανοεί και να εργάζεται με το κοινωνικό σύστημα, π.χ. ευαισθησία και κατανόηση της οικογενειακής ομάδας καθώς και άλλων κοινωνικών δικτύων υποστήριξης (McLeod 1994). Η σχέση συμβούλου-συμβουλευόμενου πρέπει να διέπεται από αποδοχή, σεβασμό, εμπιστοσύνη, φροντίδα, ισχυρό σύστημα αρχών και αξιών ζωής και εχεμύθεια.

Σχετικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της συμβουλευτικής, φαίνεται ότι οι θεραπείες μακράς διάρκειας βοηθούν περισσότερο: 20 συνεδρίες οδηγούν σε 50% βελτίωση, ενώ 50 συνεδρίες οδηγούν σε 75% βελτίωση. Οι παράγοντες που αφορούν στη θεραπευτική σχέση έχουν πολύ σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα, ιδιαίτερα σε επίπεδο θεραπευτικής συμμαχίας και συναισθηματικής κατανόησης.

Για τη σχιζοφρένεια, οι θεραπείες που βοηθούν περισσότερο είναι η φαρμακευτική αγωγή και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ή η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.

για τις αγχώδεις διαταραχές ενδείκνυται η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία· για την κατάθλιψη, τη διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία η γνωσιακή θεραπεία και για τις ειδικές φοβίες η συμπεριφορική θεραπεία, ενώ η ψυχαναλυτική θεραπεία είναι χρήσιμη για τα άτομα που επιθυμούν να έρθουν σε επαφή με το ασυνείδητό τους.

Από μελέτη διάρκειας τεσσάρων ετών σε φοιτητές πανεπιστήμιου στη Μεγάλη Βρετανία που δέχτηκαν συμβουλευτική από άλλο πανεπιστήμιο, το 91% ανέφερε ότι η ακαδημαϊκή τους απόδοση βελτιώθηκε μέσω της συμβουλευτικής και το 98% ανέφερε ότι η συμβουλευτική τους βοήθησε να χειρίζονται πιο αποτελεσματικά τα προβλήματά τους (Rickinson, 1998). Ακόμα, η έρευνα δείχνει ότι η συμβουλευτική σχέση βοηθά ανθρώπους όλων των ηλικιών για προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις σχέσεις τους. Η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής καταγράφηκε σε μετά-ανάλυση 15 μελετών αποτελεσματικότητας της συμβουλευτικής, όπου οι περιπτώσεις που δέχτηκαν συμβουλευτική δείχνουν κάποια βελτίωση (Dunn & Schwebel, 1995). Η συμβουλευτική βοηθά άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχέσεων (Mc Keown et al., 2002), συμβάλλει στην αλλαγή αρνητικών μοντέλων συμπεριφοράς και αυξάνει την ικανοποίηση που τα άτομα λαμβάνουν από τη ζωή τους (Mc Keown et al. 2002). Θεμελιώδες αποτέλεσμα της συμβουλευτικής είναι η μείωση του στρες (Mc Keown et al. 2002).

Συνοπτικά, σ' ένα περιβάλλον σεβασμού, εχεμύθειας και στήριξης, ο σύμβουλος ενθαρρύνει την έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων, φόβων, εμπειριών και προβλημάτων χωρίς να κρίνει ή να απορρίπτει. Παρέχει χώρο ασφάλειας για να ανακαλύψει το άτομο άγνωστες πτυχές του εαυτού του δημιουργώντας μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί του. Αρχίζει έτσι το άτομο να συναντά τον αληθινό εαυτό ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει αποτελεσματικότερα στα γεγονότα της ζωής. Η συμβουλευτική παρέχεται σε άτομα που έχουν:

- Αίσθημα έλλειψης ικανοποίησης ή ψυχική δυσφορία με την παρούσα κατάσταση της ζωής τους.
- Αίσθημα ανεπάρκειας και δυσκολία να πετύχουν χωρίς βοήθεια επιθυμητές αλλαγές στη ζωή τους.
- Έλλειψη επίγνωσης προσωπικών στόχων που περιλαμβάνουν αλλαγές στις καταστάσεις της ζωής τους.

Η παγκοσμιοποίηση, οι ρυθμοί που καθημερινά εντατικοποιούνται, οι απαιτήσεις που οι άνθρωποι διαμορφώνουν για τον εαυτό τους και ενίοτε δεν μπορούν να τις αντιμετωπίσουν, τα νέα κοινωνικά κινήματα που αναπτύσσονται και μια πληθώρα άλλων παραμέτρων θα οδηγήσουν πολλές φορές πολλά άτομα να καταφύγουν στη

συμβουλευτική ως μέσον συνειδητοποίησης των προβλημάτων τους. Κλείνοντας, μια τελευταία σκέψη ίσως είναι χρήσιμη για όλους: «Ζητώ συμβουλευτική, για να δέχομαι τα πράγματα που δεν μπορώ να αλλάξω, να αλλάξω τα πράγματα που μπορώ και να αντιλαμβάνομαι τη διαφορά των δύο παραπάνω».

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Arnold E. & Boggs K., *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses*, 2nd edition, Philadelphia, W.B.Saunders Co., 1995.
- Cricknell E., "A Humanistic perspective", In: Willson M. (ed.), *Occupational Therapy in Short Term Psychiatry*, London, Churchill Livingstone, 1996.
- Burnard P., *Learning Human Skills*, 3rd Edition, Oxford, Butterworth-Heinemann Ltd, 1995.
- Hopson B., "Counselling and Helping", In: Holdsworth R. (Ed.), *Psychology for Careers Counselling*, London. Macmillan, 1982.
- Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα, Καστανιώτης, 2004.
- Μαλακιώση-Λοΐζου Μ., *Συμβουλευτική Ψυχολογία*, 5η Εκδ. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- McLeod J., *An Introduction to Counselling*, Buckingham, Open University Press, 1993.
- Rowan S., *Ordinary Ecstasy. Humanistic Psychology in Action*, 2nd Edition. London. Routledge, 1988.
- Tschudin V., *Counselling Skills for Nurses*, 4th Edition, London, Balliere Tindall, 1995.



## Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και ο φαύλος κύκλος των επιπτώσεών του

---

**Μαρίνα Οικονόμου-Λαλιώτη**

*Επικ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής*

*Επιστ. Υπεύθυνη Προγράμματος «αντί-στίγμα»,*

*Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)*

Η ψυχική ασθένεια, ως νοσολογικός όρος, νοσηματοδοτεί ένα φάσμα συμπτωμάτων της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου. Ως κοινωνικό φαινόμενο, όμως, τοποθετείται σε ένα πλαίσιο έντονης αρνητικής φόρτισης που επεκτείνεται πέρα από τις ιατρικές διαστάσεις της ασθένειας. Παρά τις επιστημονικές εξελίξεις στις μεθόδους αντιμετώπισης και θεραπείας, η ψυχική ασθένεια εξακολουθεί να είναι συνώνυμη με την τρέλα, το ανεξήγητο, το μυστηριώδες, το τρομακτικό και να συνοδεύεται από πολλές λανθασμένης απόψεις, δοξασίες και φόβους που της προσδίδουν τον χαρακτήρα του στίγματος.

Σε διάφορες εποχές και κοινωνίες, ποικίλες ήταν οι καταστάσεις ή, εν προκειμένω, οι νοσολογικές οντότητες στις οποίες είχαν αποδοθεί μειωτικοί χαρακτηρισμοί. Στιγματίζονταν διαταραχές με ορατά σημάδια, με αποτέλεσμα την καταστροφή της ταυτότητας του πάσχοντος και την απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης και υπόληψης. Τέτοιες ήταν η φυματίωση και η σύφιλη στο παρελθόν, είτε ο καρκίνος και το Aids πιο πρόσφατα. Οι ψυχικές διαταραχές, αν και σε όλη την ιστορική τους πορεία συνοδεύονταν από αρνητικές συνδηλώσεις, αποτελούν σήμερα τις πλέον στιγματισμένες ασθένειες.

Ο στιγματισμός είναι μια κοινωνική διαδικασία που ξεκινά από την απόδοση ενός έντονα μειωτικού χαρακτηρισμού, μιας ανεπιθύμητης, δυσφημιστικής ιδιότητας σε ένα άτομο ή σε μία ομάδα, από την οποία είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγούν. Το γεγονός αυτό στερεί από το άτομο το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και επιφέρει διακρίσεις σε βάρος του, αναγκάζοντάς το έτσι να κρύβει την αιτία που προκαλεί αυτή

την αντιμετώπιση. Παράλληλα, οι στιγματιστικές στάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος ενδοβάλλονται και υιοθετούνται από το ίδιο το στιγματιζόμενο άτομο, το οποίο διαμορφώνει το υποκειμενικό του βίωμα και τον αυτοπροσδιορισμό του βάσει αυτών των αρνητικών συνδηλώσεων που προσδιορίζουν την κοινωνική του ταυτότητα.

Τόσο ο στιγματισμός που προέρχεται από το κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνικό στίγμα) όσο και ο αυτοστιγματισμός εμπεριέχουν ως αλληλένδετες συνιστώσες τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις. Τα στερεότυπα είναι υπεραπλουστευμένες, συχνά παραπλανητικές και παρερμηνευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για τα άτομα και τις ομάδες στις οποίες αποδίδονται. Η προκατάληψη είναι η συναισθηματική αντίδραση που απορρέει από ένα στερεότυπο, αποκαλύπτοντας την προδιάθεση του ανθρώπου να ενεργήσει θετικά ή αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης. Το περιεχόμενο των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων επάγει συμπεριφορές διακρίσεων στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Έτσι, άτομα ή ομάδες μιας κοινωνίας ενεργούν σε βάρος άλλων και τους αποστερούν από τα δικαιώματά τους ως ισότιμα μέλη της εν λόγω κοινωνίας.

Συνεπώς, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνδέονται με την ψυχική ασθένεια προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπιση του ατόμου που νοσεί, με εμφανείς τις επιδράσεις τους τόσο στις αντιλήψεις που διαμορφώνονται απέναντί του όσο και στις συμπεριφορές και πρακτικές διακρίσεων που υιοθετούνται και οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό του. Σε κάθε περίπτωση, οι επιπτώσεις του στίγματος επηρεάζουν άμεσα τη ζωή του ατόμου και των οικείων του που συμπάσχουν μαζί του αντιμετωπίζοντας έναν μεγάλο βαθμό κοινωνικής απόρριψης. Η ψυχολογική πίεση και οι δυσχερείς συνθήκες που διαμορφώνουν την καθημερινότητα των ανθρώπων αυτών διαβρώνουν την αυτοεικόνα τους δημιουργώντας αμφιβολίες και ενοχές, οι οποίες οδηγούν, τελικά, στον αυτοστιγματισμό τους.

Όμως, οι επιπτώσεις του στίγματος δεν περιορίζονται μόνο στο άτομο που πάσχει και στο στενό του περιβάλλον. Εκτός από την οικογένειά του, το στίγμα της ψυχικής ασθένειας επεκτείνεται και σε όλους όσους σχετίζονται με τον ασθενή: ο στιγματισμός πλήττει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά ιδρύματα, τους θεσμούς παροχής ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών και τις μεθόδους θεραπείας. Έτσι, το στίγμα ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την αποφυγή της θεραπευτικής αντιμετώπισης ενός προβλήματος ψυχικής υγείας. Οι αρνητικές συνδηλώσεις που φέρει η ψυχική ασθένεια αποτρέπουν τον πάσχοντα από το να αναγνωρίσει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να αποφύγει την «ετικέτα» του ψυχικά ασθενούς.

Παράλληλα, οι στιγματιστικές αντιλήψεις που περιβάλλουν τις μεθόδους αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποθαρρύνουν τον ασθενή από την αναζήτηση της βοήθειας ενός ειδικού.

Η φαρμακευτική αγωγή, ιδίως, συνοδεύεται από τις πιο αρνητικές και στερεοτυπικές αντιλήψεις που περιλαμβάνουν πλήθος παρερμηνειών και λανθασμένων πεποιθήσεων. Το γεγονός αυτό καθορίζει και τη στάση των ίδιων των ασθενών, αποτρέποντάς τους από τη θεραπεία. Η μη αξιοποίηση των θεραπευτικών μέσων οδηγεί στη διαιώνιση του προβλήματος ψυχικής υγείας, το οποίο μπορεί να γίνει χρόνιο, με όλες τις συνέπειες που αυτό επιφέρει στη ζωή του πάσχοντα και της οικογένειάς του. Παράλληλα, η έλλειψη θεραπευτικής αντιμετώπισης οδηγεί στην επιδείνωση των συμπτωμάτων και των εν γένει δυσλειτουργικών συμπεριφορών του ασθενούς. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιβεβαιώνονται στον κοινό νου οι πιο αρνητικές και ανέλπιδες πεποιθήσεις για τις ψυχικές διαταραχές, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο που συντηρεί και διαιωνίζει το στίγμα.

Ιδίως όσον αφορά το προεξάρχον στερεότυπο που εμφανίζει τον ψυχικά ασθενή ως απρόβλεπτο, βίαιο και επικίνδυνο, πρέπει να σημειωθεί ότι είναι αλληλένδετο με την αρνητική στάση προς τα ψυχιατρικά φάρμακα. Τα περιστατικά ανάρμοστης ή βίαιης συμπεριφοράς των ατόμων με ψυχική ασθένεια εντοπίζονται κυρίως σε αυτές ακριβώς τις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επομένως, η μη συμμόρφωση του ασθενούς με τη φαρμακευτική θεραπεία ως ασυνείδητη προσπάθεια αποφυγής του στίγματος αποτελεί μέρος αυτού του φαύλου κύκλου, καθώς συνδέεται με την εμφάνιση εκείνων ακριβώς των συμπεριφορών που οδηγούν στην επιβεβαίωση του στιγματιστικού στερεοτύπου.

Παράλληλα, οι στάσεις αποφυγής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας οδηγούν στην ανεπαρκή αξιοποίηση των υπηρεσιών αποκατάστασης, επαγγελματικής εκπαίδευσης και κοινωνικής ενσωμάτωσης των ψυχικά ασθενών που έχουν δημιουργηθεί ακριβώς για την καταπολέμηση του στίγματος και του κοινωνικού αποκλεισμού. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι η εγκατάσταση αυτών των δομών εγείρει συχνά και την αντίσταση των τοπικών κοινωνιών –παρά τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και την έκβαση της ασθένειας–, γίνεται κατανοητό το εύρος και οι διαφορετικές εκφάνσεις που το στίγμα αποκτά, καθώς και η αρνητική του επίδραση τόσο απέναντι στον ίδιο τον πάσχοντα όσο και στην κοινωνία συνολικά.

Δυστυχώς ο κύκλος δεν κλείνει εδώ. Οι στερεότυπες πεποιθήσεις αναφορικά με τον κοινωνικό παρασιτισμό, την περιορισμένη παραγωγικότητα των ατόμων με ψυχική

ασθένεια και τη χρονιότητα των ψυχικών διαταραχών –ιδιαιτέρα της σχιζοφρένειας–, στερεότυπα που ενδυναμώνονται από τη φτωχή έκβαση της ασθένειας λόγω της ελλιπούς ή ανύπαρκτης θεραπευτικής αντιμετώπισης, οδηγούν σε μεγαλύτερη απαξίωση των ατόμων με ψυχική ασθένεια και των δομών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μία από τις σημαντικότερες συνέπειες αυτού του στιγματιστικού φαύλου κύκλου είναι η μείωση των κονδυλίων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και η απουσία πρωτοβουλιών για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ανεπάρκεια πόρων περιορίζει σημαντικά το εύρος των θεραπευτικών παρεμβάσεων και τη δυνατότητα επιλογής της συμβατότερης και αποτελεσματικότερης θεραπείας. Η ελλιπής χρηματοδότηση οδηγεί στην έκπτωση της ποιότητας της θεραπείας, λόγω ανεπάρκειας υλικοτεχνικής υποδομής, μελών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των δυνατοτήτων που παρέχονται στους τελευταίους να διευρύνουν και να εκσυγχρονίσουν το γνωστικό τους πεδίο με περαιτέρω εκπαίδευση. Ο στιγματισμός των ειδικοτήτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και οι δύσκολες συνθήκες εργασίας αποτρέπουν τους επαγγελματίες να επιλέξουν να εργαστούν σε μια δομή παροχής συναφών υπηρεσιών, αποδυναμώνοντας τον χώρο της ψυχικής υγείας από ανθρώπους με ικανότητες και δυνατότητες προσφοράς. Το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών, η οποία αντανακλάται ευθέως στην ποιότητα και στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας.

Ο φαύλος κύκλος του στίγματος διαιωνίζεται, καθώς η φτωχή έκβαση της ασθένειας –με τις παράπλευρες συνέπειες της βίας και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς–, παγιώνει στις προσλήψεις της κοινής γνώμης το αρνητικά χρωματισμένο πλαίσιο όπου τοποθετείται η ψυχική ασθένεια. Το πλαίσιο αυτό καθιστά την προσπάθεια προάσπισης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική ασθένεια και βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους ιδιαίτερα δύσκολη, ενώ έχει επιπτώσεις και στις σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις. Οι πεποιθήσεις που σχετίζονται με την υποτιθέμενη επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια οδηγούν σε σκεπτικισμό τις νομοθετικές αρχές αναφορικά με αιτήματα για τον σεβασμό της προσωπικής ελευθερίας του ατόμου και την αποφυγή του εγκλεισμού του, όταν αυτό δεν κρίνεται απαραίτητο, και συντελούν στην εφαρμογή αυστηρών μέτρων περιοριστικού και καταναγκαστικού χαρακτήρα.

Ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές, η πιο σοβαρή από αυτές, η σχιζοφρένεια, είναι αυτή που φέρει και το βαρύτερο στιγματιστικό φορτίο. Με αυτό το σκεπτικό, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (WPA) ξεκίνησε το 1996 ένα μεγάλο διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τη σχιζοφρένεια, με κεντρικό μήνυμα

«Open the doors» («Ας Ανοίξουμε τις Πόρτες»), μήνυμα που αντιστρατεύεται τη λογική που θέλει τους ασθενείς «εκτός των τειχών» και σηματοδοτεί ένα άνοιγμα προς την κοινωνία αλλά και από την κοινωνία προς τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Για τη χώρα μας, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) τη διαμόρφωση, ανάπτυξη και υλοποίηση του Ελληνικού Προγράμματος κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας. Έτσι, το 2000, με κεντρικό μήνυμα «Σχιζοφρένεια: Ας ανοίξουμε τις πόρτες», ξεκίνησε και στην Ελλάδα το «Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας», με κύριο στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τη σχιζοφρένεια, την ανάπτυξη δράσεων για την αλλαγή των αρνητικών απόψεων και τη βελτίωση της στάσης του κόσμου.

Σήμερα, με στόχο την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες συνολικά, το ΕΠΨΥ υλοποιεί ένα ευρύτερο πρόγραμμα, το Πρόγραμμα κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών «αντί-στίγμα». Πρόκειται για ένα επιστημονικό πρόγραμμα που δραστηριοποιείται πολυεπίπεδα στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας.

Στον ερευνητικό τομέα, έμφαση δίδεται στη διερεύνηση των γνώσεων για τις ψυχικές διαταραχές και της στάσης απέναντι στους πάσχοντες από κάποια ψυχική ασθένεια και εστιάζεται τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, φοιτητές, μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οικογένειες και ασθενείς, κατοίκους περιοχών όπου λειτουργούν ψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης για ψυχικά ασθενείς).

Επίσης, το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζονται θέματα που αφορούν την ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά ασθενείς. Για τον λόγο αυτό συλλέγονται, μελετώνται, αναλύονται και αξιολογούνται σε καθημερινή βάση δημοσιεύματα από τον ελληνικό ημερήσιο και περιοδικό Τύπο, τα οποία αναφέρονται σε θέματα ψυχικής υγείας/ψυχικής ασθένειας.

Ο εκπαιδευτικός τομέας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τον ερευνητικό, καθώς μέσα από τη διερεύνηση των γνώσεων και της στάσης του κόσμου αναδύθηκε η επιτακτική ανάγκη ενημέρωσης. Η επιστημονική ομάδα του Προγράμματος «αντί-στίγμα» έχει σχεδιάσει ειδικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες της εκάστοτε πληθυσμιακής ομάδας (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ασθενείς και οικογένειες, μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, φοιτητές Ιατρικής και Ψυχολογίας κ.ά.), με απώτερο πάντα στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση.

Ο τομέας επικοινωνίας του Προγράμματος «αντί-στίγμα» προωθεί τη διάχυση της πληροφόρησης στο ευρύ κοινό, απαραίτητο συστατικό μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης και περιλαμβάνει: τη συνεργασία με τα ΜΜΕ, τη δημιουργία επικοινωνιακού και ενημερωτικού υλικού και ειδικών εκδόσεων (οδηγοί αυτοβοήθειας για τη Σχιζοφρένεια και τη Διπολική Διαταραχή), τον συντονισμό δικτύου εθελοντών, την υλοποίηση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης τοπικών κοινωνιών, την οργάνωση πολιτιστικών εκδηλώσεων, τη διατήρηση εξειδικευμένων ιστοσελίδων –[www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr), [www.openthedoors.com](http://www.openthedoors.com), [www.depressionanxiety.gr](http://www.depressionanxiety.gr), [www.dipoliki.gr](http://www.dipoliki.gr)) και τη λειτουργία της Γραμμής Βοήθειας για την Κατάθλιψη (210- 6515600).

Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη (210-6515600) λειτουργεί στο Πρόγραμμα «αντί-στίγμα» του ΕΠΙΨΥ από τον Μάιο του 2008. Πρόκειται για μια εμπιστευτική, πανελλαδικής εμβέλειας υπηρεσία που παρέχει επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες για την κατάθλιψη, συναισθηματική στήριξη και ενημέρωση για τις διαθέσιμες δημόσιες υπηρεσίες που βρίσκονται στον τόπο διαμονής του ενδιαφερομένου. Η γραμμή λειτουργεί καθημερινά (Δευτέρα έως Παρασκευή, 9:00–18:00) και στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, υπό την εποπτεία ψυχιάτρων.

Ο τέταρτος τομέας δράσης του προγράμματος είναι αυτός της συνηγορίας. Η έννοια της συνηγορίας για την ψυχική υγεία αναπτύχθηκε για να προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις. Σε αυτήν εντάσσεται μια ποικιλία δραστηριοτήτων, οι οποίες έχουν σκοπό να άρουν τόσο τα κύρια διαρθρωτικά εμπόδια όσο και αυτά που σχετίζονται με τις κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις. Σε αυτό λοιπόν το πλαίσιο, το Πρόγραμμα «αντί-στίγμα» διατηρεί στενή συνεργασία τόσο με Συλλόγους Οικογενειών ατόμων με ψυχική ασθένεια όσο και με Συλλόγους Χρηστών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, καθώς και με πλήθος Κυβερνητικών και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που μάχονται για την προάσπιση και προώθηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι οι κοινωνικές στάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν, όπως εξίσου δύσκολο είναι να καταρριφθούν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή. Η επιβίωση, άλλωστε, αυτών των νοητικών κατασκευών στον χρόνο, σε πείσμα της πολιτισμικής εξέλιξης, μαρτυρεί την ανθεκτικότητά τους. Η σωστή ενημέρωση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αλλαγή τους, αλλά δεν αρκεί. Η ρήξη των προκαταλήψεων και των σχετικών στερεοτύπων που συντελούν στη διαμόρφωση της αρνητικής στάσης απέναντι σε ομάδες «διαφορετικές»

είναι μια διαδικασία που απαιτεί συντονισμένες ενέργειες, μακρόχρονη προσπάθεια, διάχυση της πληροφόρησης, συνεργασία και εμπλοκή πολλών διαφορετικών ανθρώπων και φορέων από διάφορους τομείς της κοινωνίας και του πολιτισμού.

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Angermeyer M.C., Dietrich S., "Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies", *Acta Psychiatr Scand* 113 (2006), 163-197.
- Corrigan P.W. & Kleinman P., "The impact of mental illness stigma" In: P.W. Corrigan (Ed.), *Practical strategies for research and social change*, Washington DC, American Psychological Association, 2005.
- Corrigan P.W., River L.P., Lundin R.K. et al, "Three strategies for changing attributions about severe mental illness", *Schizophr Bull* 27 (2001), 187-195.
- Goffman E., *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, London: Penguin books. 1963.
- Economou M., Gramandani C., Richardson C., & Stefanis C., "Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece", *World Psychiatry*, 4 (2005), 40-44.
- Levinson M.C., Druss B.G., Dombrowski E.A., Rosenheck R.A., "Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center", *Psychiatr. Serv.* 54 (2003), 1158-1160.
- Sartorius N. & Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness*, New York, Cambridge University Press (2005)<sup>2</sup>.
- Schulze B. & Angermeyer M.C., "Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals", *Social Science & Medicine*, 56 (2003), 299-312.
- Οικονόμου Μ., Γραμανδάνη Χ., Λουκή Ε., Γιώτης Α., Στεφανής Κ., "Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό" Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής. *Ψυχολογία*, 13 (3) (2006). 28-43.
- Οικονόμου Μ., Χαρίτση Μ., Λουκή Ε., "Η Γραμμή Επικοινωνίας για την Κατάθλιψη του Προγράμματος «αντι-στίγμα» του ΕΠΙΨΥ: Αξιολογητικά στοιχεία του 1<sup>ου</sup> χρόνου λειτουργίας", *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 108, 37-44.



## Ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση

---

**Μαρία-Βερονίκη Καρύδη**

*Επίκ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ*

*Επιστ. Υπεύθυνη του Κέντρου Επαγγελματικής Προεργασίας*

*της Α΄ Πανεπιστημιακής Κλινικής του Αιγηνιτείου Νοσοκομείου*

*& της Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης του ΕΠΙΨΥ*

Η ψυχοκοινωνική επαγγελματική αποκατάσταση μετρά στην Ελλάδα σχεδόν τέσσερις δεκαετίες ζωής. Από τη δεκαετία του '70, η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό τη διεύθυνση του καθηγητή Κ. Ν. Στεφανή, πρωτοστάτησε στη δημιουργία νέων δομών σε κοινοτικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης: το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (έτος ιδρύσεως 1977), το Νοσοκομείο Ημέρας (1979), το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας (1984), ο Μεταβατικός Ξενώνας (1984), οι Συνεργατικές Μονάδες (1987), το Ειδικό Ιατρείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (1987). Με τις παραπάνω δομές ετέθησαν οι αρχές για τη λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών. Η νέα αυτή προσέγγιση αποτέλεσε την αφετηρία για την ανάπτυξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας, η οποία τυπικά άρχισε να υλοποιείται με την έγκριση του Κανονισμού 815/84, εξασφαλίζοντας παράλληλα τους όρους για την εξέλιξή της, η οποία συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές που αφορούν κυρίως στην αντιμετώπιση των χρόνιων ψυχωσικών διαταραχών και ιδιαίτερα της σχιζοφρένειας, εισάγοντας και κατοχυρώνοντας παράλληλα μια ολοκληρωμένη δέσμη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Ένα επόμενο αναγκαίο βήμα στην ανάπτυξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης υπήρξε η αυτοοργάνωση των ίδιων των ασθενών. Έτσι, το 1984 ιδρύθηκε η πρώτη δομή αυτοδιαχείρισης στη χώρα μας, το Σωματείο Ενάντια στην Προκατάληψη για τις Ψυχικές

Διαταραχές «Η Αναγέννηση». Πρόκειται για έναν σύλλογο ο οποίος δημιουργήθηκε από άτομα με ψυχικές διαταραχές, χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στα πιλοτικά προγράμματα επαγγελματικής προεργασίας της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το 1998, με την υποστήριξη της Ειδικής Μονάδας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), το Σωματείο ξεκίνησε να δραστηριοποιείται σε προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να οργανώνει δίκτυο συλλόγων ατόμων με ψυχικές διαταραχές από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το σωματείο είναι μέλος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ) και μέλος της Ομοσπονδίας Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Σήμερα, το Σωματείο «Η Αναγέννηση» πρωτοστατεί στην ίδρυση της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

Η εμπειρία της Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης του ΕΠΨΥ, στην οποία βασίζεται η παρουσίαση που ακολουθεί, συμπυκνώνει την ιστορία της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Ελλάδα.

Όλες οι μεγάλες ψυχιατρικές θεωρητικές σχολές έχουν επηρεάσει και οπωσδήποτε συμβάλει στον σχεδιασμό και την εφαρμογή της ψυχοκοινωνικής επαγγελματικής αποκατάστασης. Ο αρχικός σχεδιασμός ενός ολοκληρωμένου προγράμματος αποκατάστασης καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τη μελλοντική κατεύθυνση της υλοποίησης των παρεμβάσεων –τόσο ως προς τους ασθενείς όσο και ως προς τη μεθοδολογία και το περιβάλλον όπου εξελίσσεται το πρόγραμμα–, καθώς προσδιορίζει τους τρόπους και τις τεχνικές εφαρμογής του. Σε κάθε περίπτωση, ο αρχικός σχεδιασμός οφείλει να εκκινεί από την εκτίμηση των προβλημάτων και των αναγκών που αφορούν τους ίδιους τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ένα πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης δεν καλείται να αντιμετωπίσει μόνο τα προβλήματα που προκύπτουν εξαιτίας της ανεργίας και της περιθωριοποίησης αλλά και τα συνοδά προβλήματα των χρόνιων ψυχωσικών: τη χαμηλή λειτουργικότητα, την έκπτωση από τους πάσης φύσεως κοινωνικούς ρόλους, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τις συχνές διακυμάνσεις στην έκφραση και στη συμπεριφορά, την αρνητική στάση του ασθενούς για το ίδιο το πρόβλημά του και τον εαυτό του και την ελλιπή ικανότητα αυτοπροστασίας, υπό την έννοια της παντελούς έλλειψης διεκδίκησης των πάσης φύσεως δικαιωμάτων. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, προκύπτει ένα πολύπλοκο πλέγμα αναγκών, τέτοιων που να καθιστούν τον θεραπευόμενο εξαιρετικά ευάλωτο και

ευπαθή. Ιδιαίτερα στην αγορά εργασίας, καθώς ο ασθενής δεν διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες για κοινωνική και επαγγελματική συναλλαγή, η ευαλωτότητά του τον οδηγεί άμεσα στον αποκλεισμό και τη μακροχρόνια ανεργία.

Κατά συνέπεια –και παράλληλα με την καθαυτή θεραπευτική-φαρμακευτική αντιμετώπιση– η ανάπτυξη των γνωσιακών, κοινωνικών και εργασιακών δεξιοτήτων των ασθενών αποτέλεσε το κύριο ζητούμενο για όλα τα αποκαταστασιακά προγράμματα. Η εξέλιξη και η εφαρμογή μεθόδων γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας την περασμένη δεκαετία άλλαξε ριζικά τη θεραπευτική οπτική σε όλο το πεδίο της ψυχοκοινωνικής προσέγγισης και έρευνας. Η αντιμετώπιση της χρονιότητας της ψυχικής νόσου και της λειτουργικής ανεπάρκειας των ψυχωσικών απαιτεί ειδικά εστιασμένες θεραπείες. Προκειμένου να χαράξει μια συστηματική θεραπευτική στρατηγική, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση βασίζεται στους άξονες της ψυχοκοινωνικής προσέγγισης και της αξιολόγησης της λειτουργικότητας.

Η ανάπτυξη αποτελεσματικών και συγκεκριμένων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στους χρόνιους ψυχωσικούς απαιτεί μια ξεκάθαρη κατανόηση των μηχανισμών με τους οποίους βιώνουν τόσο την ίδια την ασθένεια όσο και τις νοσηλείες, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη συνεπαγόμενη ανεπάρκεια στις κοινωνικές, γνωστικές και συναισθητικές λειτουργίες. Οι μέθοδοι προσέγγισης των ασθενών πρέπει να στηρίζονται άμεσα στην ακριβή κατανόηση των βιωμάτων τους για την έναρξη, την πορεία της νόσου και τη φαρμακευτική αγωγή. Στο πλαίσιο αυτό, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση στοχεύει να μειώσει την ψυχοπαθολογία, να εξασφαλίσει τη συναίνεση του ασθενούς στη βιολογική θεραπεία μέσω της ψυχοεκπαίδευσης, να βελτιώσει τη λειτουργικότητα των θεραπευόμενων με τη συστηματική, εξατομικευμένη εξάσκηση γνωσιακών, εργασιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων και να αναπτύξει τεχνικές διαχείρισης του στρες και του αυτοστιγματισμού. Ο αυτοστιγματισμός θεωρείται ένας από τους βασικούς παράγοντες αναστολής τόσο της λειτουργικότητας του ασθενούς όσο και της συμμετοχής του στη θεραπεία και την επικοινωνία του με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Είναι απαραίτητο η προσέγγιση της αποκατάστασης να υποστηρίζεται από την κατανόηση της ειδικής εικόνας των κλινικών προβλημάτων που εμφανίζει ο χρόνιος ψυχωτικός. Συγκεκριμένα, η αποκαταστασιακή θεραπευτική προσέγγιση είναι αποτελεσματική μόνο όταν περιλαμβάνει τις ιδιαίτερες δυνατότητες, αδυναμίες, καθώς και τους παράγοντες που συντηρούν τα προβλήματα του ασθενούς. Η έμφαση στους αιτιολογικούς παράγοντες είναι χρήσιμη στις γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες. Οι γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις προϋποθέτουν επίσης την επίγνωση ότι κάθε

μεμονωμένη, ατομική περίπτωση αποτελεί έναν ιδιαίτερο συνδυασμό των εμπλεκόμενων παραγόντων συντήρησης συγκεκριμένων διαταραχών και ότι η κατανόηση μιας τέτοιας ιδιαιτερότητας είναι κρίσιμη για την καθοδήγηση του θεραπευτή. Ο τελευταίος καλείται να συνεργαστεί με τον ασθενή στην εξεύρεση και εφαρμογή ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος. Έτσι, η θεραπεία ενός χρόνιου ψυχωσικού ασθενή καλείται να αντιμετωπίσει –εκτός από την ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία–, το επίπεδο κατάθλιψης και αυτοστιγματισμού, τη σημασία της βιωματικής εμπειρίας της ασθένειας, τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του ασθενούς και, τέλος, κατόπιν της αξιολόγησής του, να συμπεριλάβει την κατανόηση των ποικίλων μηχανισμών που εμπλέκονται στη συντήρηση των συμπτωμάτων του.

Από τους βασικούς στόχους της ψυχοκοινωνικής προσέγγισης, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι η διαχείριση του αυτοστιγματισμού. Με τον όρο αυτό εννοούμε το σύστημα των παραμέτρων εκείνων που δηλώνουν τους τρόπους με τους οποίους ο ασθενής αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τα βιώματα που προκύπτουν αφενός από την ίδια τη νόσο συνολικά, αφετέρου από τις αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος. Ο αυτοστιγματισμός των ψυχωσικών βιβλιογραφικά εκλαμβάνεται ως σοβαρός παράγοντας που συνδέεται με τα καταθλιπτικά στοιχεία που πιθανώς τους επιβαρύνουν ή τη μειωμένη αυτοεκτίμηση που πολλές φορές παρουσιάζουν. Εκτός των άλλων, ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει τις δικές του προκαταλήψεις και στερεότυπα που είτε είχε πριν την εμφάνιση της νόσου είτε διαμόρφωσε κατά τη διάρκειά της. Τα συμπτώματά του, οι νοσηλείες του, η συνύπαρξή του με άλλους ασθενείς, οι γνώμες των θεραπειών, η στάση της κοινωνίας επηρεάζουν τον ασθενή τόσο στο επίπεδο της συμπεριφοράς όσο και στο επίπεδο της έκβασης της θεραπείας του γενικότερα.

Συχνά ο ασθενής ιδρύματοποιείται –πιθανώς με τη συνδρομή και της οικογένειας του– παραμένοντας εσώκλειστος στο σπίτι του ή σε προστατευμένες στεγαστικές δομές, αρνείται να συμμετάσχει σε προγράμματα αποκατάστασης ή απομακρύνεται από αυτά και τελικά ταυτίζεται αποκλειστικά με τον ρόλο του ασθενούς. Εκτός από τη βελτίωση της λειτουργικότητας, τα προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τον ασθενή να υπερβεί τα στερεότυπα που συνοδεύουν τη νόσο και να του αποδώσουν τον ρόλο του εκπαιδευομένου, γενικά ενός ατόμου που εμπλέκεται δημιουργικά στις δραστηριότητες της ζωής, στο μέτρο πάντα των δεδομένων δυνατοτήτων του.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής και η οικογένειά του κρατούν μυστική τη νόσο από τον κοινωνικό περίγυρο, δημιουργείται ένας κύκλος αντιδράσεων στον ίδιο τον ασθενή,

γεγονός που έχει αντίκτυπο στο άμεσο περιβάλλον του αλλά και αντιστρόφως. Η επαγγελματική αποκατάσταση, η οποία αναφέρεται στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών και στην προετοιμασία τους για την είσοδό τους στη ζωή, έχει ως βασικό στόχο, παράλληλα με την επαγγελματική εκπαίδευση, την έξοδο από τη μυστικοπαθή απομόνωση, την εκπαίδευση στη διαχείριση του αυτοστιγματισμού, την ενθάρρυνση και την ενδυνάμωση των ασθενών προκειμένου να μπορέσουν οι ίδιοι να έλθουν σε επαφή με τις ικανότητές τους, έτσι ώστε να επιτύχουν μια ομαλή προσωπική ζωή. Επιπλέον, μέσα από τη λειτουργία ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, τόσο στους ίδιους όσο και στις οικογένειές τους, τονίζεται η βιολογική υπόσταση της ψυχικής διαταραχής, η εξομίωση δηλαδή της ψυχικής νόσου με κάθε άλλη βιολογικής προέλευσης πάθηση, ενώ παράλληλα τονίζεται η σημασία των αξιών αυτοβοήθειας και αλληλοβοήθειας μεταξύ τους.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων κρίνεται η διαμόρφωση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας, η οποία καθιστά επιτυχή την αποκαταστασιακή θεραπεία και είναι απαραίτητη για την κατάλληλη εφαρμογή των εκπαιδευτικών/επαγγελματικών προγραμμάτων. Εντούτοις, μια καλή θεραπευτική συμμαχία μπορεί να αποτελέσει συνέπεια παρά αιτία της κλινικής αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αποκατάστασης.

Το μοντέλο της επαγγελματικής εκπαίδευσης στην Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανεξέταξης του ΕΠΠΨΥ στηρίζεται στην εξάσκηση γνωσιακών (μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση, κ.ά.), εργασιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων, σε ένα καλά οργανωμένο πρόγραμμα καθημερινής εκπαίδευσης, διάρκειας δεκαοκτώ μηνών. Το θεραπευτικό πρόγραμμα στην επαγγελματική εκπαίδευση είναι απαραίτητο να διαθέτει τη μέγιστη δυνατή συμπληρωματικότητα μεταξύ ενεργειών θεραπείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής επανεξέταξης των ασθενών και να βασίζεται:

1. Στις αρχές της ολιστικής προσέγγισης.
2. Στις αρχές της τακτής εξατομικευμένης αξιολόγησης της ψυχοπαθολογίας και των δεξιοτήτων των ασθενών με σταθμισμένα εργαλεία αξιολόγησης [*Cogtest*, *Progressive Matrices Test* (J.C. Raven), *Wechsler Adult Intelligent Scale* κ.ά.] βάσει εργαλείων που έχουν κατασκευαστεί στο πλαίσιο της λειτουργίας της Ειδικής Μονάδας (*Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Αυτοστιγματισμού*, Κ. Ν. Στεφανής, Μ. Β. Καρύδη & συν., 2000, *Κλίμακα Εργασιακών Ικανοτήτων και Εργασιακής Προσαρμογής*, Κ. Ν. Στεφανής, Μ. Β. Καρύδη & συν., 2000).

3. Στη δημιουργία εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδιασμού στη βάση των υγιών στοιχείων των ασθενών και των αναγκών τους.
4. Στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη θεραπεία τους και στην οργάνωση ομάδων αυτοβοήθειας μέσα στο πρόγραμμα.
5. Στη λειτουργία οργανωμένου follow up (διαρκούς συμβουλευτικής υποστήριξης) των εργαζομένων στην κοινότητα ασθενών.

Για τους ασθενείς για τους οποίους δεν είναι εφικτή η τοποθέτηση στην αγορά εργασίας, η συμμετοχή τους στο Σωματείο Ενώντια στην Προκατάληψη για τις Ψυχικές Διαταραχές, «Η Αναγέννηση», εξασφαλίζει την αλληλεγγύη των ομάδων αυτοβοήθειας των μελών και τη διαρκή θεραπευτική και συμβουλευτική υποστήριξη της Επιστημονικής Επιτροπής του Σωματείου. Η ολοκληρωμένη, διαρκής υποστήριξη συνίσταται στην οργάνωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επανεκπαίδευσης, στη λειτουργία κοινωνικής λέσχης, στη διοργάνωση πολιτιστικών εκδηλώσεων, σεμιναρίων για τη συνηγορία και τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών κ.ά. Σκοπός των παραπάνω δράσεων είναι αφενός οι ασθενείς να παραμένουν κοινωνικά ενεργοί και μετά την ολοκλήρωση του βασικού αποκαταστασιακού προγράμματος και αφετέρου, κατά αυτόν τον τρόπο, να συνεχίσει να λειτουργεί ένα σύστημα θεραπευτικής υποστήριξης για την πρόληψη τυχόν υποτροπών και νοσηλείων.

Η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων και ο θεραπευτικός σχεδιασμός απ' όλη τη θεραπευτική ομάδα είναι το βασικότερο ίσως στοιχείο της αποκαταστασιακής προσέγγισης του ψυχωσικού ασθενούς. Στην αποκατάσταση, όσο σημαντικός είναι ο θεραπευτικός σχεδιασμός και η δυναμική αξιολόγηση άλλο τόσο χρήσιμος είναι ο διάλογος και η διαπραγμάτευση με τον ασθενή, ο οποίος καλείται να εμπλακεί στη θεραπευτική διαδικασία, ως υπεύθυνος «συνεργάτης» του θεραπευτικού έργου.

Στην επαγγελματική αποκατάσταση, καμία θεραπευτική προσέγγιση δεν μπορεί να είναι πλήρης και επιτυχής, αν δεν εξασφαλίζει την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς, την κινητοποίηση και την ενδυνάμωσή του, έτσι ώστε να μπορεί να εμπλέκεται ενεργά στον θεραπευτικό σχεδιασμό της αποκατάστασής του, με αρχικό στόχο την ενημέρωσή του για τη θεραπευτική πρόοδο που παρουσιάζει. Η θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να καταρρεύσει εύκολα μπροστά στις ποικιλόμορφες αντιστάσεις του ασθενούς, οι οποίες απορρέουν είτε από το άγχος της εκπαιδευτικής διαδικασίας είτε από την αυτουποτίμησή του ή ακόμα από τις εξωπραγματικές επιθυμίες του αλλά και τη στάση του απέναντι στο πρόβλημα ψυχικής υγείας που βιώνει.

Στην επαγγελματική αποκατάσταση, κύριος άξονας της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η αντιμετώπιση των αδυναμιών του ασθενούς με τρόπο ώστε οι αποφάσεις να λαμβάνονται μαζί με αυτόν και να είναι βασισμένες στα μέτρα των ρεαλιστικών αναγκών και δυνατοτήτων του. Επομένως, η θεραπευτική προσέγγιση του ψυχωσικού στοχεύει κυρίως στο να τον καταστήσει σταδιακά ικανό να αναλάβει πιο ενεργητικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, ώστε να γίνει εφικτή μια μεγαλύτερη ευελιξία στην πρόσληψη κινήτρων, στην ανάδειξη στόχων και, τελικά, στην ανάληψη ευθυνών από την πλευρά του.

Εν κατακλείδι, ο στόχος της ψυχοκοινωνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης εμπερι-κλείει θεραπευτικές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων που βασίζονται στη θεωρία της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και οδηγούν στην ενδυνάμωση του ατόμου έτσι ώστε ό,τι έχει αποκτήσει μαθησιακά στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής θεραπείας να μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ευελιξία σε άλλες μελλοντικές καταστάσεις της ζωής του. Στην ψυχοκοινωνική επαγγελματική αποκατάσταση, η θεραπευτική ομάδα επιζητεί να κινητοποιήσει τις ικανότητες των ατόμων για την επίλυση των κοινών προβλημάτων, αρχικά με το να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο έχουν προκύψει –λόγω της ασθένει-ας– αναζητώντας, από κοινού με τους ασθενείς, ρεαλιστικές απαντήσεις στα αδιέξοδα που δημιουργούν οι αντίξοες κοινωνικές συνθήκες –όπως ανεργία, φτώχεια, κοινωνικός στιγματισμός και περιθωριοποίηση. Η θεραπευτική κινητοποίηση των ιδιαίτερων ικα-νοτήτων των ασθενών κορυφώνεται και συμπυκνώνεται σε από κοινού δράσεις με τους θεραπευτές, οι οποίες αποσκοπούν στη δυναμική διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους ως ασθενών και ως ανθρώπων.

Μέσα από τη συμμετοχή του σε πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής επαγγελματικής αποκατάστασης, κάθε ασθενής καλείται να διανύσει μια δύσκολη διαδρομή που απαιτεί σημαντικό αγώνα και πολλή προσπάθεια για την επίτευξη των προσωπικών του στόχων. Η προσπάθεια αυτή του ασθενούς μπορεί να είναι αυστηρά προσωπική αλλά δεν μπορεί (και δεν πρέπει) να είναι μοναχική· αυτό αποτελεί ίσως το σημαντικότερο καθήκον των θεραπειών που εργάζονται στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής επαγγελματικής αποκατάστασης. Όμως η διαδρομή του ασθενούς δεν ολοκληρώνεται στο τέλος του αποκαταστασιακού προγράμματος, καθώς η θεραπευτική-ψυχοκοινωνική υποστήριξη μέσω του follow up συνεχίζεται, μετατρέποντας πρακτικά την κοινή προσπάθεια του ατόμου με ψυχικές διαταραχές και των θεραπειών σε έναν αγώνα ολόκληρης ζωής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Καρύδη Μ.Β., *Μελέτη ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην αποκαταστασιακή δυνατότητα ψυχωσικών ασθενών*, Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 1984.
- Καρύδη Μ.Β., *Στοιχεία ψυχοκοινωνικής προσέγγισης στην επαγγελματική αποκατάσταση ψυχωσικών ασθενών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2007.
- Καρύδη Μ. Β., Τζεδάκη Μ., Παπακωνσταντίνου Κ., Βασιλοπούλου Δ., και συν. "Αυτο-διαχειριζόμενες δομές. Ο ρόλος των θεραπειών", *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89 (2005), 51-59.
- Καρύδη Μ.Β., "Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις" στο: Σολδάτος Κ., Λύκουρας Α., *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2006.
- Καρύδη Μ.Β., Τζεδάκη Μ., Παπακωνσταντίνου, Κ., Στεφανής Ν., Στεφανής Κ. Ν., "Μελέτη Αξιολόγησης Αυτοστιγματισμού σε ψυχωσικούς ασθενείς", *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 87(2004), 25-45.
- Καρύδη Μ.Β., Τζεδάκη Μ., Βασιλοπούλου Δ., Ραμπαβίλας Α., Πιλοτικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Εθελοντών στη Ψυχική Υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 95 (2006), 63-73.
- Μαδιανός Μ.Δ., *Ψυχοκοινωνική Επαγγελματική Αποκατάσταση. Από το άσυλο στην κοινότητα*, Ελληνικά Γράμματα, 1994.
- Στεφανής Κ.Ν., και συν (Επιμ. Έκδ.) *Θέματα ψυχιατρικής*, Αθήνα, Εκδόσεις Συμμετρία, 1990, 124-28.
- Beck J.S., *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, New York, Guilford Press, 1995.
- Boeker H., Kleiser M., Lehman D., Jaenke L., Bogerts B., Northoff G., "Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality", *Compr Psychiatry*, Jan-Feb; 47 (1) (2006), 7-19.
- Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Kiosseoglou G., Karavatos A., "Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia", *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 47, Issue 2 (2006), p. 136-143.
- Farkas M.D., O'Brien W.F., and Nemes P.B., "A graduate level curriculum in psychiatric rehabilitation: Filling a need, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(2) (1988), 53-66.
- Freeman A., Simon K.M., Beutler L.E., Arkowitz A., *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*, New York, Plenum Press, 1989.
- Giebler U., Georgescu D., Niethammer M., Thiel C., *Cognitive dysfunctions predicting the outcome of rehabilitation in schizophrenia*, *European Psychiatry*, Volume 12, Supplement 2, 1997, Page 156s.
- Griffiths R.D., "Rehabilitation of chronic psychotic patients: An assessment of their psychological handicap, an evaluation of the effectiveness of rehabilitation, and observations of the factors, which predict outcome", *Psychol. Medicine* 4 (1974) 316-325.

- Hawton K.A., Kirk J., "Problem solving", In: Hawton K.A., Kirk J., Clark D.M. (eds), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*, Oxford, Oxford University Press 1989, 406-426.
- Lezak M.D., *Neuropsychological Assessment*, New York, Oxford, Oxford University Press. 1995.
- Karidi M.V., Tzedaki M. & Stefanis N., *Self-Stigmatisation Study. First International Conference on Reducing Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia*. Leipzig. Book of Abstracts, 45, 2001.
- Karidi M.V., Papakonstantinou K., Stefanis N., Zografou M., Karamouzi G., Skaltsi P., et al, "Occupational Abilities and Performance Scale: Reliability-Validity Assessment Factor Analysis", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40 (2005) 417-24.
- Karidi M.V., Thleritis C., Stefanis N.C., "Stigma and schizophrenia", *Lancet* 373 (2009). (9672), 1335-1336.
- Karidi M.V., Stefanis C.N., Thleritis C., Tzedaki M., Rabavilas A.D., Stefanis N.C., "Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia", *Compr Psychiatry* 51 (2010), 19-30.
- Karidi M.V. (Aeginition Hospital - Greece), Flowerdew J. (Alisa Hospital – Scotland), Feliu M (Hospital Psiquiatrico – Spain), Ferguson A. (Northern Ireland Association for Mental Health – N. Ireland), Rebeiro N. (Hospital Miguel Bombarda – Portugal), Moisiadou E. (Centre de Readaptation – Greece), Kuna H. (Pro Mente Informis – Austria), Anderson K. (Baggensuddens Therapeutic Community – Sweden), Schock I. (Dachverband Psychozialer – Germany), Siguroardottir S. (National University Hospital – Iceland), McDaid P. (Western Health Board – Ireland), *Helios Model: Promoting Independence*, Greece, Published by E.U. Helios Programme, 1995.
- Karidi, M.V., Tzedaki M., Kondilis K., Armeniakou A., Karamouzi G., Zografos M., Coccosi M., Antonopoulou V., Scaltsi P., Stefanis C.N., *Rehabilitation Outcome in Relation to Psychosocial - Psychiatric Factors in Psychotic Patients University of Athens*, Department of Psychiatry, Eginition Hospital, Athens VII World Congress of Psychiatry, Abstracts, Session 65 (434), 12-19 October 1989, Athens.
- McClure M.M., Bowie C.R., Patterson T.L., Heaton R.K., Weaver C., Anderson H., Harvey P.D., "Correlations of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: evidence for specificity of relationships?", *Schizophr Res*, 2007 Jan; 89 (1-3), 330-338.
- Walls R.T., Zane T., Werner T.J., "The Vocational Behavior Checklist" (experimental edition), Dunbar, WV: Research and Training Center Press, 1978.



## **Η δημιουργία και η λειτουργία συλλόγων αυτοβοήθειας και αυτοδιαχείρισης ασθενών**

---

**Ιωάννης Χειλάκος**

*Πρόεδρος Σωματείου Ενάντια στην Προκατάληψη  
για τις Ψυχικές Διαταραχές «Η Αναγέννηση»*

Το Σωματείο Ενάντια στην Προκατάληψη για τις Ψυχικές Διαταραχές «Η Αναγέννηση» ιδρύθηκε το 1984 από άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία συμμετείχαν στα πιλοτικά προγράμματα επαγγελματικής προεργασίας που δημιούργησε η Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Όλα αυτά τα χρόνια, το Σωματείο υποστηρίζεται από επιστημονική επιτροπή που στελεχώνεται από θεραπευτές της Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανενταξης (ΕΜΑΕΕ) του ΕΠΙΨΥ. Όπως αναγράφεται στον πλήρη τίτλο του, πρόκειται για ένα σωματείο που έχει συσταθεί προκειμένου να εναντιωθεί στην προκατάληψη για τις ψυχικές διαταραχές, το κοινωνικό στίγμα αλλά και τον αυτοστιγματισμό. Ως φορέας, έχουμε ενεργή παρουσία σε πολλές ημερίδες, συνέδρια και γενικότερα σε εκδηλώσεις σχετικές με τα θέματα της ψυχικής υγείας.

Οι στόχοι του συλλόγου είναι η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας, η αλληλοβοήθεια ανάμεσα στα μέλη μας, η ενδυνάμωση για τη διαχείριση του αυτοστιγματισμού και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Γενικότερα, διεκδικούμε τα δικαιώματά μας στη δίκαιη και ισότιμη συμμετοχή στη ζωή. Εδώ θα ήθελα να επισημάνω ότι –ύστερα από προσπάθεια πολλών ετών– ο σύλλογός μας κατόρθωσε να ενταχθεί στην Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ) και, σε συνεργασία με άλλους συλλόγους ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προχωρά στη δημιουργία Ομοσπονδίας Συλλόγων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, με τον τίτλο «Δύναμη Ψυχής».

Ως άνθρωποι που αγωνίζονται και διεκδικούν, είμαστε ιδιαίτερα χαρούμενοι να συναντούμε ανθρώπους οι οποίοι, μέσα από το λειτούργημα που ασκούν, βρίσκονται σε

θέση και έχουν τη διάθεση να μας προσφέρουν πολλά. Όμως και εμείς είμαστε πλέον σε θέση να αξιοποιήσουμε την προσφορά τους, έτσι ώστε αυτή η συνεργασία, πέρα από τα όποια πρακτικά οφέλη, να χαρίζει ικανοποίηση σε καθαρά προσωπικό επίπεδο σε όλους τους εμπλεκόμενους. Για εμάς, αυτή η συνεργασία είναι άλλη μια σημαντική πτυχή της δυνατότητας που πλέον έχουμε, με τη δική μας γνώμη και τις απόψεις μας, να συμμετέχουμε τόσο στη θεραπεία όσο και στο τελικό στάδιο της αποθεραπείας μας.

Πριν από μερικά χρόνια θα φάνταζε περίεργο αν μιλούσαμε για δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο, όπου τα δικαιώματα είναι βεβαίως δύσκολο να εναρμονιστούν και να αναγνωριστούν ισότιμα σε όλες τις κοινωνίες, όσο και στη χώρα μας, όπου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παλεύουν ανάμεσα στον αυτοστιγματισμό και το κοινωνικό στίγμα. Στις μέρες μας, ύστερα από μεγάλες προσπάθειες των τελευταίων χρόνων, μπορούμε να πούμε ότι το άτομο με ψυχικές διαταραχές έχει πλέον την ευκαιρία να ενημερωθεί σχετικά με το τι είναι τα προβλήματα ψυχικής υγείας, να βοηθήσει και ο ίδιος στην αποθεραπεία του και, χάρη στη σύγχρονη φαρμακολογία και την κατάλληλη υποστήριξη, να φτάσει σε ένα επίπεδο που να μπορεί να ελέγχει την πορεία του ως ασθενής αλλά και ως ισότιμο μέλος της κοινωνίας. Μιλάμε επομένως αρχικά για το αυτονόητο δικαίωμα της γνώσης, μιας γνώσης που θα δρομολογήσει όλες τις κινήσεις που χρειάζεται το άτομο με ψυχικές διαταραχές για να βοηθηθεί αλλά και να μπορέσει να βοηθήσει τον συνασθενή του. Να μπορέσει δηλαδή να αναπτύξει δράσεις αυτοβοήθειας και αλληλοβοήθειας, μέσα από προγράμματα ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.

Αναμφισβήτητα, τέτοιες κατακτήσεις δεν είναι ούτε εύκολες ούτε αυτονόητες. Για τον καθένα είναι δύσκολο, όταν καλείται να εναρμονιστεί σε ένα καινούργιο πλαίσιο και να προσαρμοστεί σε καινούργια δεδομένα, να συμμετέχει σε διαδικασίες οι οποίες μπορούν να τον βαραίνουν ή ακόμα και να μοιάζουν, σε πρώτη ματιά, ανούσιες και άσκοπες από τη σκοπιά της βελτίωσης της ψυχικής υγείας του. Αυτό που έχω να καταθέσω από την προσωπική μου εμπειρία είναι ότι εδώ και αρκετά χρόνια που συμμετέχω σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, μου δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσω καλύτερα τι σημαίνει ψυχική πάθηση, να μπορέσω να δομήσω μια καινούργια επαγγελματική ταυτότητα, να χαράξω τη δική μου πορεία αντιμετωπίζοντας το πρόβλημά μου, πράγματα που εν γένει δικαιούται ο καθένας και που για όλους τους άλλους ανθρώπους θεωρούνται αυτονόητα.

Αναφέρω ορισμένα από τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα οποία υπάρχουν καταγεγραμμένα σε εθνικά και διεθνή κείμενα:

- *Το δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη.*

Κάθε άτομο με ψυχική διαταραχή έχει δικαίωμα στην αξιοπρεπή περίθαλψη, η οποία μάλιστα θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις προσωπικές του ανάγκες. Μετά δε από το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων χάρη στο πρόγραμμα «Ψυχαργός», η περίθαλψη έχει σαφώς βελτιωθεί ή τουλάχιστον έτσι θέλουμε να πιστεύουμε. Όμως υπάρχουν ακόμα πολλά προβλήματα, όπως γνωρίζουμε και από την εμπειρία της κυρίας Αθανασίας Ζέρβα που συμμετείχε στην Επιτροπή Παρακολούθησης και Ελέγχου Δικαιωμάτων των ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ενημέρωνε τακτικά το Δ.Σ. του Σωματίου μας. Ειδικά μάλιστα στα κλειστά τμήματα νοσηλείας, όπου ακόμα δεν έχουν επιτευχθεί όσα εμείς θα θέλαμε, πιστεύουμε ότι ο δρόμος είναι μακρύς.

- *Το δικαίωμα στην ισότητα.*

Ζητούμε ισότητα ως προς την αντιμετώπισή μας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αλλά απαιτούμε ισότητα και όσον αφορά στην ένταξή μας μέσα στην ίδια την κοινωνία.

- *Το δικαίωμα στην ενημέρωση.*

Κάθε άτομο με ψυχική διαταραχή έχει δικαίωμα να ενημερώνεται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σχετικά με τη νόσο, τα φάρμακα, τη θεραπεία του αλλά και για τα δικαιώματα και για τις υποχρεώσεις του. Όλα αυτά υλοποιούνται τόσο μέσα από τις ομάδες που οργανώνει ο σύλλογός μας όσο και από ομάδες ψυχοεκπαίδευσης στις οποίες μετέχουν μέλη του συλλόγου και πραγματοποιούνται από το θεραπευτικό προσωπικό της Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης του ΕΠΙΨΥ. Επιπλέον, η ένταξη του Σωματίου «Η Αναγέννηση» στην ΕΣΑμεΑ μάς δίνει τη δυνατότητα να ενημερωνόμαστε για ποικίλα θέματα που αφορούν την αναπηρία μας.

- *Το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων.*

Είναι σημαντική η τήρηση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων του κάθε ατόμου. Η παραβίαση αυτού του δικαιώματος και η πιθανή έκθεση του ασθενούς μπορεί να διαταράξει τη σχέση του με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και την πορεία της θεραπείας του.

- *Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.*

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι δικαίωμά μας, δικαίωμα που εξασφαλίζει, στο μέτρο του δυνατού, την κοινωνική και εργασιακή μας ένταξη. Όμως, αυτό που

έχει διαπιστωθεί από τη συμμετοχή μας στα προγράμματα αποκατάστασης, είναι ότι ενώ ο στόχος τους είναι τόσο η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση όσο και η ένταξη στην εργασία, τελικά οι δυσκολίες για την τοποθέτηση στην αγορά εργασίας αποδεικνύονται πολύ σημαντικές, ιδιαίτερα στην σημερινή εποχή της οικονομικής κρίσης. Αυτές οι δυσκολίες έχουν συχνά ως αποτέλεσμα να περιφερόμαστε εξ ανάγκης από το ένα πρόγραμμα αποκατάστασης στο άλλο, κατάσταση που είναι γνωστή ως το φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας».

- *Το δικαίωμα στη ζωή, στην κοινότητα.*

Αναφέρομαι στο δικαίωμα που έχει το άτομο με ψυχική διαταραχή, όπως όλοι οι άνθρωποι, για αξιοπρεπή ένταξη στην κοινότητα, χωρίς διακρίσεις και προκαταλήψεις. Δικαίωμα λοιπόν στην ίδια τη ζωή, στην κατοικία, στη στέγαση. Οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας θέλουν ασφαλώς να ζουν σε δικό τους σπίτι αλλά, σε περίπτωση που συντρέχουν απαγορευτικοί λόγοι, πρέπει να υπάρχουν ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα, οικοτροφεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης σε δομές προστατευμένης στέγασης. Όταν όμως το άτομο με ψυχική διαταραχή οφείλει πρώτα να νοσηλευτεί για ένα διάστημα, προκειμένου κατόπιν να ενταχθεί σε ξενώνα, πώς είναι δυνατόν να μιλάμε για αποασυλοποίηση και αποϊδρυματισμό;

- *Το δικαίωμα στη διεκδίκηση των αξιώσεων.*

Σύμφωνα με το άρθρο 5 του Συντάγματος, «ο καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Έτσι λοιπόν είμαστε υποχρεωμένοι να αγωνιζόμαστε για τον εαυτό μας, να έχουμε λόγο στη λήψη αποφάσεων, να παρεμβαίνουμε στα κοινωνικά και τα πολιτικά μέτρα που μας αφορούν. Όπως λέει και η ΕΣΑμεΑ: «Τίποτα για τα άτομα με ψυχική αναπηρία, χωρίς τα άτομα με ψυχική αναπηρία». Με τη συνηγορία, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, έχουν την ευκαιρία να θέτουν στο προσκήνιο τα αιτήματά τους.

Με αυτή τη μικρή αναφορά στα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, θα καταλήξω στο συμπέρασμα ότι κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στην ενημέρωση για το τι είναι ψυχική νόσος, έχει επίσης δικαίωμα να κρατήσει το στοιχείο της μοναδικότητάς του αφού ο κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός, και βεβαίως να αντλήσει θεραπευτική στοργή και περίθαλψη από κάθε επαγγελματία και γενικότερα κάθε βοήθεια που συνάδει με το προσωπικό πρόβλημα που, στην περίπτωσή μας, τυχαίνει να ορίζεται ως ψυχιατρικό.

Οφείλω σε αυτό το σημείο να αναφερθώ σε συγκεκριμένα πρακτικά βήματα και επιτεύγματα των δράσεών μας. Ο σύλλογος συμμετέχει αλλά και οργανώνει πολλές

δραστηριότητες, όπως οργάνωση ομάδων εθελοντών, ενέργειες συνηγορίας για τα δικαιώματα των ασθενών, οργάνωση και λειτουργία απογευματινής Κοινωνικής Λέσχης, οργάνωση διαπολιτισμικής ομάδας για τους μετανάστες ασθενείς. Οργανώνει επίσης πολιτιστικές, εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (θεατρική ομάδα, θέατρο σκιών, χορωδία κ.λπ.). Συμμετέχει επίσης στην έκδοση του περιοδικού «Η δική μας φωνή» της Ειδικής Μονάδας Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Συμμετέχει, τέλος, στη λειτουργία της Κοινωνικής Επιχείρησης Kosmos Horizon.

Η Kosmos - Horizon είναι μια αστική μη κερδοσκοπική Κοινωνική Επιχείρηση η οποία δραστηριοποιείται κυρίως στην καλλιτεχνική βιβλιοδεσία και χρυσοτυπία, στη βυζαντινή και λαϊκή τέχνη, στη ζωγραφική και την κατασκευή χρηστικών αντικειμένων τέχνης. Η επιχείρηση δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του κοινοτικού προγράμματος Horizon - Kosmos (Αξονας-Απασχόληση), το οποίο υλοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).

Στη συνέχεια θα ήθελα να τονίσω την ανάγκη ίδρυσης άλλων Μονάδων Επαγγελματικής Κατάρτισης και Κοινωνικής Επανένταξης καθώς και άλλων παρόμοιων μονάδων τόσο στην Αθήνα όσο και στην περιφέρεια. Τέλος, να εκφράσουμε από την πλευρά μας τις ευχαριστίες μας προς πολλούς διακεκριμένους πανεπιστημιακούς καθηγητές, γιατρούς και θεραπευτές που οργανώνουν και εργάζονται στα αποκαταστασιακά προγράμματα. Πιστεύω όμως ότι η δική τους ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη όταν μας βλέπουν ενεργούς, να συμπράττουμε και εμείς σε ανάλογες δραστηριότητες.

Κλείνοντας, θα ήθελα να δηλώσω ότι ο σύλλογός μας θα συνεχίσει, όπως άλλωστε πράττει χρόνια τώρα, να καταπολεμά το κοινωνικό στίγμα και τον αυτοστιγματισμό, θα επιδιώκει τη συνεργασία με άλλους συλλόγους και θα υπερασπίζεται τα ιδανικά μας, στον αγώνα πάντα υπέρ του λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τόσο για τα δικαιώματα όσο και για τις υποχρεώσεις του.



## **Η ανάπτυξη συλλόγων των ληπτών ψυχιατρικών υπηρεσιών και των οικογενειών τους: ο δρόμος για κοινωνική ενσωμάτωση**

---

**Νίκη-Ελένη Νομίδου**

*Πρόεδρος ΠΟΣΟΨΥ & ΣΟΦΨΥ*

*Ν. Σερρών*

Εκπροσωπώ τις οικογένειες ως πρόεδρος του Δ.Σ. του Συλλόγου Οικογενειών και Φύλων για την Ψυχική Υγεία του Νομού Σερρών και ως Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων για την Ψυχική Υγεία. Βρίσκομαι όμως εδώ και με την ιδιότητα της μητέρας που παλεύει επί 21 χρόνια με τα κύματα της σχιζοφρένειας, με μακρόχρονη συνεπώς εμπειρία και γνώση, οι οποίες μου επιτρέπουν να υπηρετώ τον χώρο και τους στόχους του. Η ευκαιρία να ακούγεται η φωνή των οικογενειών αποτελεί τη βάση μιας ισχυρής και ελπιδοφόρας συμμαχίας οικογενειών-ειδικών-ασθενών και μια νέα αντίληψη για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Ο ΣΟΦΨΥ του Νομού Σερρών ιδρύθηκε το 1998 με κίνητρο τις ελλείψεις εξωνοσοκομειακών δομών και τις ανάγκες των οικογενειών και των ίδιων των χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών, με βασικούς σκοπούς και στόχους:

- Την αλλαγή των αντιλήψεων της κοινότητας αναφορικά με την ψυχική ασθένεια και τα άτομα που πάσχουν από αυτή.
- Την εξάλειψη του στίγματος των ψυχικών διαταραχών.
- Την υποστήριξη και την ψυχοεκπαίδευση τόσο των χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών όσο και των οικογενειών τους.
- Τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους.

Ξεκινήσαμε με έναν αρχικό σχεδιασμό γνωρίζοντας τις ανάγκες και τις ελλείψεις, έχοντας την αμέριστη βοήθεια κάποιων ρομαντικών ψυχιάτρων και ψυχολόγων. Έτσι, μπορέσαμε να καταστρώσουμε το πλάνο δράσης μας που θα έκανε εφικτή την πραγμάτωση των στόχων μας. Πρώτη ενέργεια ήταν η κινητοποίηση της τοπικής

κοινότητας, με σκοπό την υποστήριξη του έργου μας. Δεύτερη ενέργεια, η κινητοποίηση –ειδικών και μη– ανθρώπων με ευαισθησία για την ανάπτυξη ενός δικτύου εθελοντών που θα αποτελεί το ανθρώπινο δυναμικό του συλλόγου μέσω εθελοντικής εργασίας. Τρίτη ενέργεια, η ανεύρεση χώρου για την ανάπτυξη των παραπάνω δράσεων. Γρήγορα εξασφαλίστηκαν οι χώροι που αποτελούν την έδρα για την ανάπτυξη των στόχων μας, οι οποίοι εξωραΐστηκαν, εξοπλίστηκαν και τέθηκαν σε λειτουργία χάρη στη συγκινητική υποστήριξη των συμπολιτών μας.

Οι στόχοι αρχικά επιτυγχάνονται με αρκετές δυσκολίες, η επιθυμία για την πραγμάτωσή τους σπάει τη σιωπή στην οποία ζούσαμε μέχρι τότε και καταφέρνουμε να πείσουμε και να συμπαρασύρουμε όλους στην προσπάθειά μας. Μιλάμε καθημερινά για το πρόβλημά μας βάζοντας με κάθε τρόπο στο τραπέζι το ζήτημα της ψυχικής ασθένειας, την προσωπική μας ιστορία, το θέμα της ποιότητας ζωής των ανθρώπων μας αλλά και της δικής μας, πράγματα για τα οποία έπρεπε να αγωνιστούμε και τα οποία οφείλουμε να διεκδικήσουμε με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχιατρικών ασθενών μελών μας. Σε αυτόν τον αγώνα έχουμε συμμάχους στο πλευρό μας τα τοπικά μέσα ενημέρωσης και όλους τους τοπικούς φορείς. Στο κάλεσμά μας ανταποκρίνονται πολλοί συμπολίτες μας και, ύστερα από επιλογή και ταχύρρυθμη εκπαίδευση, δημιουργείται μια αξιόλογη δυναμική ομάδα εθελοντών από διάφορες ειδικότητες στην οποία στηριζόμαστε και με την οποία προγραμματίζουμε από κοινού τις δράσεις μας.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν στα εξής αποτελέσματα:

#### *1. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας.*

Η ανάγκη ενημέρωσης σε θέματα ψυχικής υγείας και πληροφόρησης για τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας επιτυγχάνεται με συχνές ημερίδες και εκδηλώσεις σε συνδιοργάνωση με τους τοπικούς φορείς (Εκκλησία, Νομαρχία, Δήμους του Νομού) καθώς και σε συνεργασία με το ΚΨΥ Νομού Σερρών και την Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Σερρών, με τους οποίους αναπτύσσουμε ένα άριστο κλίμα συνεργασίας με την έκδοση έντυπου ενημερωτικού υλικού, τριμηνιαίου περιοδικού, τη μετάφραση και την έκδοση εγχειριδίων για τις οικογένειες. Άλλη σημαντική δράση που αναπτύσσεται στο πλαίσιο της προαγωγής της ψυχικής υγείας και της πρόληψης, μέσα από τον χώρο της εκπαίδευσης αυτή τη φορά, είναι η ενημέρωση των εκπαιδευτικών και των μαθητών. Πραγματοποιούνται ενημερωτικές παρεμβάσεις στους μαθητές των Γυμνασίων του Νομού από ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους, οικογένειες αλλά και χρήστες ψυχιατρικών υπηρεσιών, προσβλέποντας στην αλλαγή των αντιλήψεων των εφήβων για τους ψυχικά πάσχοντες αλλά και στην πρόληψη της ψυχικής διαταραχής.

Επίσης, η συνεργασία με τα τοπικά ΜΜΕ βοηθά αποτελεσματικά στη δημοσιοποίηση των δράσεών μας κατά του στίγματος.

## *2. Υποστήριξη και ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών.*

Ενθαρρύνεται η εμπλοκή τους στις δράσεις του συλλόγου και οργανώνονται κάθε χρόνο ομάδες οικογενειών με συντονιστή κάποιον εθελοντή ψυχίατρο. Τους δίνεται η ευκαιρία να εκφράσουν ελεύθερα τις σκέψεις και τους προβληματισμούς τους, να μιλήσουν ανοιχτά για τα συναισθήματά τους σε ανθρώπους που θα τους καταλάβουν και θα τους βοηθήσουν να αντεπεξέλθουν στον δύσκολο ρόλο τους. Μέσα από αυτές τις συναντήσεις έχουν επίσης τη δυνατότητα να μοιραστούν κοινές αλλά και πολύτιμες εμπειρίες, να εκφράσουν ακόμα και το πιο αρνητικό συναίσθημα που μπορεί να κρύβουν μέσα τους, να πάντων να νιώθουν μόνοι και να ανακουφιστούν λαμβάνοντας βοήθεια και συμπαράσταση.

Επίσης, μέσα από αυτές τις ομάδες ενημερώνονται σωστά και επαρκώς για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια που ταλανίζει τον άνθρωπό τους και εκπαιδεύονται σε πρακτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργεί καθημερινά. Τέλος, αποκτούν την ευχέρεια δραστηριοποίησης και συμμετοχής τους στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των χρηστών και της απαιτούμενης ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι συνειδητοποιημένες και κατάλληλα καταρτισμένες οικογένειες αποτελούν ένα σταθερό υποστηρικτικό πλαίσιο που αρχικά βοηθά σε μια σταθερή θεραπευτική πορεία της νόσου και κατ' επέκταση στην ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς. Αποδεικνύεται έμπρακτα ότι οι οικογένειες και ο εθελοντισμός μπορούν να διαδραματίσουν ένα σπουδαίο επικουρικό ρόλο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

## *3. Υποστήριξη και κοινωνική ένταξη/επανένταξη των ληπτών Ψυχιατρικών Υπηρεσιών.*

Οι πολλαπλές και πολλές φορές μακρόχρονες νοσηλείες, ο κοινωνικός αποκλεισμός λόγω του στίγματος της ασθένειας, το ελλιπές πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών, η λανθασμένη συμπεριφορά των οικογενειών λόγω άγνοιας ή/και κούρασης περιθωριοποιούν τους πάσχοντες και τους καθιστούν ανενεργούς και αντικοινωνικούς, με αποτέλεσμα την απώλεια των δεξιοτήτων τους και τη δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και στη διαχείριση των προσωπικών τους υποθέσεων.

Η έλλειψη εξωνοσοκομειακών υποστηρικτικών δομών στον τόπο μας δεν προσφέρει δυστυχώς καμία εναλλακτική λύση στην αποθεραπεία ούτε στην ανακούφιση των οικογενειών. Με την ανάπτυξη εθελοντικών ομάδων και σε συνεργασία με τις υπάρ-

χουσες δομές (Κέντρο Ψυχικής Υγείας και Ψυχιατρική Κλινική), ο σύλλογός μας έρχεται να καλύψει, στο ελάχιστο, κάποιες βασικές ανάγκες τους. Λαμβάνουν υποστήριξη μέσα από ομάδες αυτοβοήθειας, επανακτούν δεξιότητες και αναπτύσσουν διαπροσωπικές σχέσεις μέσα από τις ομάδες δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου τους. Με σεβασμό στην προσωπικότητά τους και χωρίς αυστηρούς υπηρεσιακούς κανόνες, καλλιεργείται κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αναγνώρισης των ρόλων.

Χωρίς υπηρεσιακή γραφειοκρατία και με ευελιξία διοργάνωσης δράσεων, τους δίνεται η δυνατότητα της εμπλοκής τους στα κοινωνικά δρώμενα (πολιτιστικά, εκπαιδευτικά, ψυχαγωγικά). Τους προσφέρεται επίσης η ευκαιρία να οριοθετήσουν στόχους για ανεύρεση εργασίας, σε συνεργασία του συλλόγου με τον ΟΑΕΔ και το Εμπορικό Επιμελητήριο (επιδοτούμενα προγράμματα). Καθιερώνονται δράσεις όπως:

- Ετήσια έκθεση με έργα ζωγραφικής και κατασκευών. Η μεγάλη προσέλευση επισκεπτών και η πώληση των έργων τους ανεβάζει την αυτοεκτίμησή τους, τους φέρνει σε επαφή με τους συμπολίτες τους και βοηθά στην αποβολή του αισθήματος της απόρριψης.
- Ετήσιες καλοκαιρινές διακοπές με χρήση δελτίων κοινωνικού τουρισμού στα ελληνικά νησιά. Η συμμετοχή των χρηστών στις καλοκαιρινές διακοπές βοηθά στην ανάπτυξη κοινωνικών επαφών και ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις, προωθώντας την κοινωνική προσαρμογή, τη διαδικασία αυτονόμησης και της κοινωνικής επανένταξης/ενσωμάτωσης.
- Ημερήσιες και διήμερες εκδρομές στο εσωτερικό και το εξωτερικό.
- Διάφορες συνεστιάσεις (γιορτές) επ' ευκαιρία εορτών και γενεθλίων.

Όλα τα παραπάνω βοηθούν στην αλλαγή της συχνά κάκιστης αυτοεικόνας τους και τους καθιστούν ενεργούς πολίτες.

Αναπτύσσοντας ένα ισχυρό δίκτυο συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς (Κοινωνική Πρόνοια, Νομαρχία, Δήμους, Επιμελητήριο, Εκκλησία, Εκπαίδευση, Αστυνομία, βουλευτές, Δικηγορικό Σύλλογο, επιχειρήσεις, ιδιώτες, οικογένειες, εθελοντές) επιτυγχάνεται μια αποδοτική και αποτελεσματική λειτουργία κοινής αποδοχής, στην οποία σημαντικό ρόλο παίζει η εμπλοκή των ίδιων των χρηστών ψυχιατρικών υπηρεσιών στη διοργάνωση των δράσεων. Ένα τέτοιο κλίμα συνεργασίας εξασφαλίζει εκ των προτέρων την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τη μείωση του στίγματος και ενισχύει τη χαμένη αυτοεκτίμηση των πασχόντων.

Δεδομένου ότι η αιτία για τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν σχετίζεται με την ασθένειά τους αλλά με τα στερεότυπα και το

στίγμα που την ακολουθεί, η πρωτοβουλία των οικογενειών που ξεκινά από την αγωνία για το αύριο τολμά, αμφισβητεί, ενοχλεί, ανατρέπει. Δεν στέκεται στα στερεότυπα αλλά επινοεί τρόπους για την επίτευξη των στόχων της. Θεωρούμε ότι η ουσιαστική και συνεχής οικογενειακή υποστήριξη στα ασθενή μέλη με σκοπό τη συνειδητοποίηση της κατάστασής τους, τη δραστηριοποίηση στις καθημερινές τους ανάγκες, την εμπλοκή τους σε ομαδικές κοινωνικές και πολιτιστικές δράσεις βοηθά στη διαδικασία οριοθέτησης των αναγκών τους, προβάλλοντας τα υγιή κομμάτια τους. Αναπτύσσεται έτσι η επιθυμία τους για εργασία και δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Σήμερα, το αποτέλεσμα αποδεικνύει ότι η ανάπτυξη δράσης των οικογενειών και των ψυχιατρικών ασθενών στο πλαίσιο του τετράπτυχου: οικογένεια-ασθενής-ειδικοί Ψ- κοινότητα εξασφαλίζει μια ομαλή πορεία στον δρόμο της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

### **Το κίνημα των οικογενειών και φίλων στην Ελλάδα –ΠΟΣΟΨΥ**

Ακολουθώντας τις διεθνείς πρακτικές της ανάπτυξης του κινήματος των οικογενειών, το 2002 ιδρύεται η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία-ΠΟΣΟΨΥ, με κύριο στόχο να ενδυναμωθεί η φωνή και να συντονιστούν κοινές δράσεις των Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία που «Σπάζοντας τη Σιωπή» άρχισαν να ιδρύονται από το 1993. Στην Ομοσπονδία συμμετέχουν όλοι οι σύλλογοι οικογενειών που σταδιακά ιδρύονται στην Αθήνα και άλλες πόλεις της χώρας. Ήδη τα τελευταία χρόνια, οι περισσότεροι σύλλογοι οικογενειών έχουν τροποποιήσει τα καταστατικά τους ώστε να συμπεριλαμβάνονται στα μέλη τους αλλά και στα διοικητικά τους όργανα λίγες υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Έρευνες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι μία στις πέντε οικογένειες επηρεάζεται από μια διαγνωσμένη ψυχική νόσο και η οικογένεια επιβαρύνεται αισθητά με τη φροντίδα του πάσχοντος. Οι οικογενειακοί φροντιστές εμπλέκονται στη θεραπεία και σε θέματα υποστήριξης. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο μέσος χρόνος της εβδομαδιαίας φροντίδας ενός ατόμου με ψυχική νόσο κυμαίνεται από 55 έως 61 ώρες εβδομαδιαίως, πράγμα που σημαίνει ότι τουλάχιστον ο ένας ή και οι δύο γονείς αφήνουν τη δουλειά τους και αναζητούν πρόωρη συνταξιοδότηση για να ανταποκριθούν στις ανάγκες. Σε μια σύγχρονη κοινωνία, όμως, το μέλος της οικογένειας –εκτός από οικογενειακός φροντιστής– πρέπει να αντιμετωπίζεται και ως ανεξάρτητο άτομο με προσωπικά δικαιώματα και όχι μόνο ως βοηθός του συστήματος υγείας.

Με τα παραπάνω δεδομένα, οι σύλλογοι οικογενειών στην Ελλάδα ενεργοποιήθη-

καν στη δημιουργία και προώθηση ομάδων ψυχοεκπαίδευσης-υποστήριξης των φροντιστών αλλά και των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου η απόκτηση γνώσεων και η ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των μελών είναι πολύ σημαντικός παράγων αναπροσαρμογής της στάσης της οικογένειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

### **Στόχοι και δράσεις**

Οι κυριότεροι στόχοι και δράσεις της ΠΟΣΟΨΥ-Ομοσπονδίας συνοψίζονται στους εξής:

- Να αφουγκράζεται πάντα τις ανάγκες των οικογενειών-φροντιστών και των ληπτών και να προβάλλει τις ανάγκες αυτές προς την πολιτεία, ώστε να αντιμετωπίζονται μέσω των εμπλεκόμενων αρχών.
- Να παρεμβαίνει για ενδυνάμωση της πολιτικής για την ψυχική υγεία με νομοθετικές ρυθμίσεις.
- Να μεταδίδει ευρύτερη γνώση για το θέμα της ψυχικής υγείας, που είναι απαραίτητη για όλη την κοινωνία.
- Να προωθεί την ενημέρωση χρησιμοποιώντας τα ΜΜΕ αλλά και την έκδοση έντυπου ενημερωτικού υλικού.
- Να συμμετέχει στον σχεδιασμό του συστήματος ψυχικής υγείας και τις διαβουλεύσεις.
- Να συνεργάζεται: η συνεχής αλληλοενημέρωση είναι αναγκαία για τον τομέα μας, ο οποίος βρίσκεται σε μια δυναμική αλλαγής ιδεών, νοοτροπιών και πρακτικών. Για τον σκοπό αυτό, η Ομοσπονδία είναι τακτικό μέλος της ΕΣΑμεΑ, του Ελληνικού Κλάδου της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WAPR), των Ευρωπαϊκών Δικτύων Οργανώσεων Οικογενειών και Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας EUFAMI και GAMIAN. Παράλληλα, συνεργάζεται στενά και με άλλους φορείς ψυχικής υγείας (ΕΠΨΥ), νοσοκομεία, εθελοντικές οργανώσεις και επαγγελματικούς φορείς (Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία και Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος).

Ωστόσο, έχουν περάσει 20 χρόνια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (ψυχιατρικά νοσοκομεία έκλεισαν, δημιουργήθηκαν εξωνοσοκομειακές δομές για την αποκατάσταση των ασυλικών ψυχικά ασθενών) χωρίς να επιτευχθεί η εφαρμογή των δικαιωμάτων των πασχόντων που είναι δεδομένα και θεσμοθετημένα από ευρωπαϊκά σύμφωνα και διεθνείς συμβάσεις. Παρ' όλες τις κινητοποιήσεις και μολοντί έγιναν αρκετές αλλαγές στα ψυχιατρικά πράγματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, παρόλο που διατέθηκαν

ανυπολόγιστα κονδύλια της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη βελτίωση την υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η άσχημη εικόνα του παρελθόντος για τον ψυχικά πάσχοντα και το σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, γενικότερα, δεν μπόρεσε να αλλάξει.

Είναι αλήθεια ότι έγιναν ορισμένα βήματα, όμως δεν φτάσαμε ακόμη στον τελικό στόχο. Ίσως η κατάσταση να βελτιωθεί μέσα στην επόμενη εικοσαετία. Ο νόμος για την ψυχική υγεία και τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων υφίσταται θεωρητικά και θεσμικά· στην πράξη, όμως, δεν εφαρμόζεται και τα δικαιώματά τους παραμένουν ευχολόγια. Με τον τρόπο που μέχρι σήμερα δρομολογείται ο εθνικός σχεδιασμός για την ψυχική υγεία και κατ' επέκταση για τα δικαιώματα των πασχόντων (δηλαδή χωρίς τη συμμετοχή των άμεσα ενδιαφερομένων και ωφελουμένων απ' αυτόν), καθίσταται αναποτελεσματικός και μάλιστα άδικος: ευνοεί όλους τους υπολοίπους εκτός των αποδεκτών του, περιορίζεται στα πλαίσια του ασύλου, των δομών και των πελατών τους και η ψυχική νόσος συρρικνώνεται στους συγκεκριμένους χώρους σαν να μην υπάρχει εκτός αυτών.

Για ποια δικαιώματα λοιπόν μιλάμε, όταν σε καμία διαβούλευση δεν έχουν ερευνηθεί ουσιαστικά το εύρος και οι ανάγκες των ψυχικά πασχόντων; Οι ασυλικοί ασθενείς που τυγχάνουν αποκατάστασης αποτελούν το 10% ή το 15% των πασχόντων ανά την επικράτεια. Όμως ποτέ δεν έχει τεθεί το θέμα του 85% των πασχόντων που ζουν στην κοινότητα με τις οικογένειες τους ή μόνοι. Ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο υπηρεσιών ψυχικής υγείας θα έπρεπε να σχεδιάζεται με γνώμονα τον πραγματικό αριθμό όλων των ασθενών της Ελλάδας, των επιμέρους αναγκών τους και την αναγνώριση των δικαιωμάτων τους. Γνωρίζουμε όλοι πολύ καλά ότι ο ψυχικά πάσχων ακόμη και σήμερα τελεί στον αποκλεισμό του λόγου του. Δεν του αναγνωρίζεται απόλυτα καν το δικαίωμα της συνηγορίας, όταν οι ευρωπαίοι εταίροι μας μιλούν για το δικαίωμα της δικαιοπραξίας και αυτοσυνηγορίας.

Ας εστιάσουμε και στα δικαιώματα της οικογένειας. Τι γίνεται με το 85% των ασθενών που ζουν στην κοινότητα με την οικογένεια τους, η οποία επωμίζεται όλο το βάρος της φροντίδας χωρίς υποστήριξη και χωρίς να έχει εξασφαλισμένη τη διαβίωσή της; Οι μεν επαγγελματίες ασκούν το επάγγελμά τους με συγκεκριμένο ωράριο, πενθήμερα, αργίες, διακοπές και, πάνω απ' όλα, την υποστήριξη για αποφυγή επαγγελματικής εξουθένωσης, οι οικογένειες όμως καθίστανται μόνιμοι φροντιστές χωρίς δικαίωμα επιλογής ή δυνατότητα παραίτησης, με αποτέλεσμα να στερούνται όλα τα παραπάνω, να συνυφαίνουν αναγκαστικά τη ζωή τους με την ασθένεια και να εξουθενώνονται αναλαμβάνοντας την πλήρη φροντίδα επί εικοσιτετράωρου βάσεως, γεγονός που οδηγεί μοιραία στην αναπαραγωγή νέων ψυχικά ασθενών (κατάθλιψη κ.λπ.). Ένα μεγάλο δε ποσοστό

μελών των οικογενειών είναι ηλικιωμένοι και επιβαρυνόμενοι με προβλήματα υγείας. Τι γίνεται με αυτούς, με το ευνόητο για τα άτομα τρίτης ηλικίας δικαίωμα σε μια ήσυχη ποιοτική ζωή;

Ως ομοσπονδία, θεωρούμε αναγκαίο να προβάλλουμε για άλλη μια φορά τις ανάγκες των οικογενειών που επιβαρύνονται με τη φροντίδα συγγενών τους που πάσχουν από ψυχική νόσο αλλά και των ίδιων των πασχόντων, οι οποίες δυστυχώς έχουν ικανοποιηθεί σε έναν πολύ μικρό βαθμό. Αν θέλουμε να μιλούμε για δικαιώματα και μεταρρυθμίσεις, πρέπει να τεθεί ως προτεραιότητα ο εκσυγχρονισμός των πολιτικών και της νομοθεσίας στον χώρο της ψυχικής υγείας που θα εξασφαλίζει το δικαίωμα στην ποιότητα ζωής.

## **Η ιστορική αναδρομή της δημιουργίας του Σωματείου Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας «Αυτοεκπροσώπηση»**

---

**Λεονάρδος Σκόρδος**

*Πρόεδρος Σωματείου*

*Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας «Αυτοεκπροσώπηση»*

Η ίδρυση του Σωματείου ήταν ένας από τους σκοπούς της Ομάδας Αυτοβοήθειας και Ενδυνάμωσης. Η ομάδα αυτή δεν ήταν θεραπευτική αλλά είχε ως στόχο να βοηθήσει και να ενδυναμώσει ψυχολογικά τους χρήστες που συμμετείχαν σε αυτήν, μέσα από τη φιλία και την αλληλεγγύη των μελών της, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την έκδοση τριμηνιαίας εφημερίδας και, τέλος, τη δημιουργία του εν λόγω Σωματείου.

Η ομάδα συναντιόταν από τον Νοέμβριο του 2001 μέχρι τον Οκτώβριο του 2006 στην Πανελλαδική Ένωση για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Επαγγελματική Επανένταξη (ΠΕΨΑΕΕ), στον χώρο του Κέντρου Κοινωνικού Διαλόγου κάθε Δευτέρα απόγευμα. Υπεύθυνος της ομάδας ήμουν εγώ, ενώ την εποπτεία είχε μια επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Η προσπάθειά μας υποστηριζόταν από το Δ.Σ. της ΠΕΨΑΕΕ.

Την ιδέα ίδρυσης του Σωματείου μάς την έδωσε ένας Ολλανδός πρώην χρήστης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Χρηστών και Επιζησάντων από την Ψυχιατρική (ENUSP), ο Clemens Huiting. Σε αυτήν την προσπάθεια μάς βοήθησε επίσης το βιβλίο-οδηγός του Humlet Trust, το οποίο μεταφράστηκε και εκδόθηκε από την ΠΕΨΑΕΕ.

Κατ' αρχάς, η ομάδα ξεκίνησε με βασικό πυρήνα τους τέσσερις εργαζόμενους (χρήστες της ΠΕΨΑΕΕ πριν από εννέα χρόνια) και σιγά-σιγά προστέθηκαν επιπλέον μέλη από διαφορετικούς φορείς και δομές της Αθήνας. Πιστεύουμε ότι η εργασία που είχε γίνει τα έξι χρόνια πριν τη δημιουργία του Σωματείου (και η οποία συνεχίζεται), μας κάνει

αργά αλλά σταθερά πιο ώριμους. Θέλουμε να λειτουργούμε ως σύλλογος που εκφράζει πραγματικά και ελεύθερα απόψεις και όχι ως σύλλογος-σφραγίδα.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσω την αναγκαιότητα της ανάπτυξης ισχυρών σχέσεων του Σωματείου με ευρωπαϊκά και παγκόσμια δίκτυα και οργανώσεις χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ENUSP και WNUSP). Θα ήταν αξιόλογο να αναφέρω τη συμμετοχή του ομιλούντος και μιας ακόμη εργαζόμενης της ΠΕΨΑΕΕ στο συνέδριο της ENUSP στη Δανία το καλοκαίρι του 2004. Στο συνέδριο ακούστηκαν πολύ ενδιαφέρουσες ιδέες και απόψεις. Πραγματοποιήθηκαν εργαστήρια και ομάδες γύρω από τα οικονομικά προβλήματα των χρηστών στις χώρες τους, τις μεθόδους θεραπείας, τη συμμετοχή και την εκπροσώπηση στα κέντρα λήψης αποφάσεων, τον ρόλο των MME, ιδέες για τη δημιουργία κοινωνικών επιχειρήσεων με καινοφανές αντικείμενο απασχόλησης.

Οι σκοποί του Σωματείου είναι κοινωνικοί, ενημερωτικοί, επαγγελματικής επανένταξης των μελών και παρέμβασης στα αρμόδια όργανα της πολιτείας για βελτίωση του ιατρικού και νομοθετικού πλαισίου. Ειδικότερα:

- Η ενιαία δράση των ατόμων που έχουν ή είχαν αντιμετωπίσει ψυχοκοινωνικά προβλήματα στη ζωή τους.
- Η επεξεργασία προγραμμάτων ενημέρωσης και κοινωνικής ένταξης των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Η υποβολή προτάσεων στους αρμόδιους κρατικούς φορείς και στον Συνήγορο του Πολίτη για επίλυση συγκεκριμένων ζητημάτων.
- Η προώθηση και προβολή των θέσεων και απόψεων των ατόμων με ψυχοκινητικά προβλήματα και η ενημέρωση της κοινής γνώμης και των MME για τα προβλήματά τους.
- Ο αποστιγματισμός των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Η εκπροσώπηση των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε εθνικά και διεθνή συντονιστικά όργανα και η ανάπτυξη σχέσεων με άλλα ομοειδή σωματεία και κοινωνικές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις της Ελλάδας και του εξωτερικού.
- Η υπεράσπιση, γενικότερα, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης και η προώθηση της συμμετοχής των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην κοινωνική ζωή της χώρας.

Η φιλοσοφία του Σωματείου «Αυτοεκπροσώπηση» είναι ότι δεν στηρίζεται σε συγγενικά πρόσωπα ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή επαγγελματίες, αλλά χαρακτηρίζεται από την ανεξάρτητη και αυτόνομη δράση του σε θέματα που αφορούν

τα άτομα με ψυχικές δυσκολίες. Τέλος, με την ευκαιρία αυτής της εκδήλωσης που γίνεται για να παρουσιαστούν οι μορφές οργάνωσης των ληπτών, θα ήθελα να κάνω ένα κάλεσμα στα μέλη όλων των συλλόγων για μεγαλύτερη ενεργή συμμετοχή και κατάθεση προτάσεων για την ανάπτυξη ενός μαζικού κινήματος των ληπτών και τη διεκδίκηση των αιτημάτων μας.



## Ουσιοεξαρτήσεις: η κατάσταση στην Ελλάδα

---

**Μανίνα Τερζίδου**

*Ψυχολόγος*

*Επιστ. Υπεύθυνη ΕΚΤΕΠΝ/ΕΠΙΨΥ*

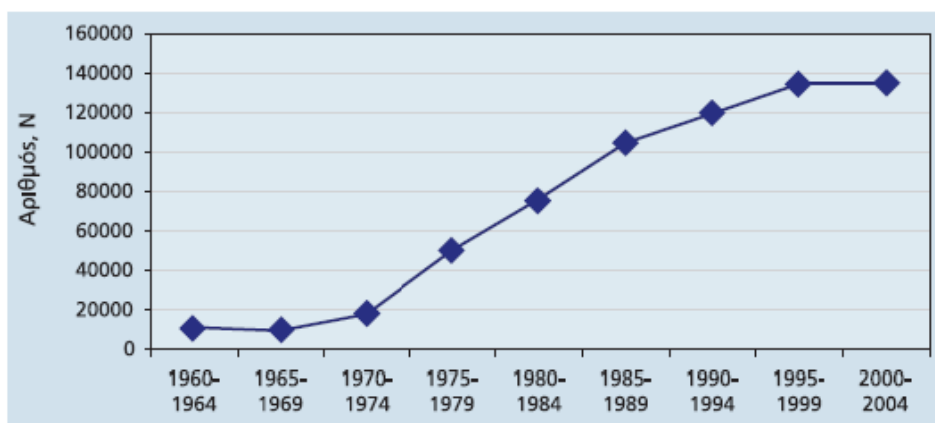
### 1. Το ΕΚΤΕΠΝ

Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) αποτελεί ένα από τα 28 Εθνικά Εστιακά Σημεία του Ευρωπαϊκού Δικτύου Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (REITOX) του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ). Το ΕΚΤΕΠΝ χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).

Σκοπός του ΕΚΤΕΠΝ είναι η συλλογή, επεξεργασία και δημοσίευση ποιοτικά άριστων εθνικών στοιχείων για όλες τις παραμέτρους που αφορούν τα ναρκωτικά, συγκρίσιμων με αυτά των υπολοίπων Εθνικών Κέντρων. Τα στοιχεία που συλλέγει απ' όλους τους φορείς που δραστηριοποιούνται στον χώρο της αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα δημοσιοποιούνται στην Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα, την οποία το ΕΚΤΕΠΝ εκδίδει κάθε χρόνο. Τα παρακάτω στοιχεία και τα εικονιζόμενα γραφήματα προέρχονται από την Ετήσια Έκθεση που εκδόθηκε το 2009 και αφορούν το 2008.

### 2. Η επικράτηση της χρήσης

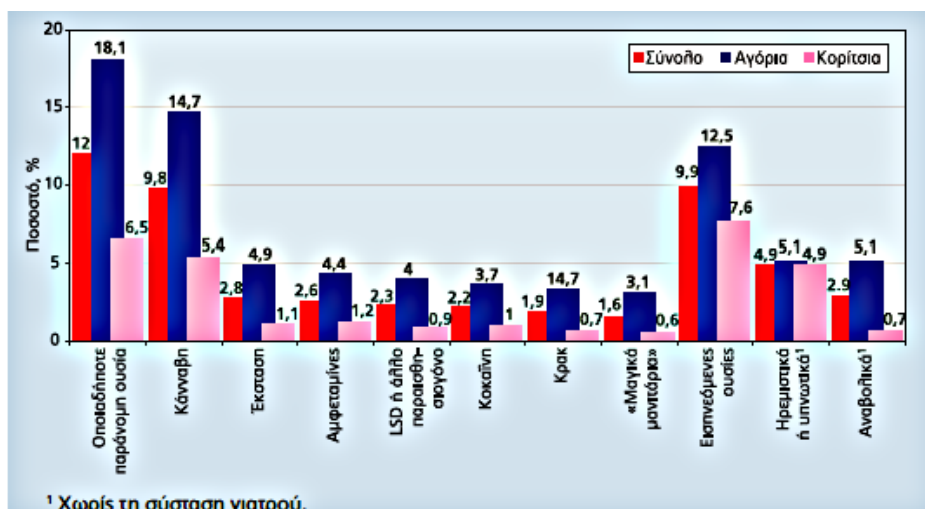
Επιδημιολογικές έρευνες για τη χρήση ουσιών στην Ελλάδα πραγματοποιεί το ΕΠΙΨΥ από το 1984, με τελευταία εκείνη που πραγματοποιήθηκε το 2004. Σύμφωνα με τα διαχρονικά στοιχεία των ερευνών αυτών, η απαρχή μιας αυξητικής τάσης στις νέες περιπτώσεις χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα καταγράφεται στις αρχές της δεκαετίας του '70 και κορυφώνεται στα τέλη της δεκαετίας του '90, οπότε και αρχίζει να καταγράφεται αναστολή της ανοδικής τάσης. (γράφημα 1).



ΠΗΓΗ: Κοκκέβη και συν. 2009.

Γράφημα 1: Εκτιμώμενος αριθμός νέων περιπτώσεων χρήσης ναρκωτικών ανά πενταετία 1960-2004.

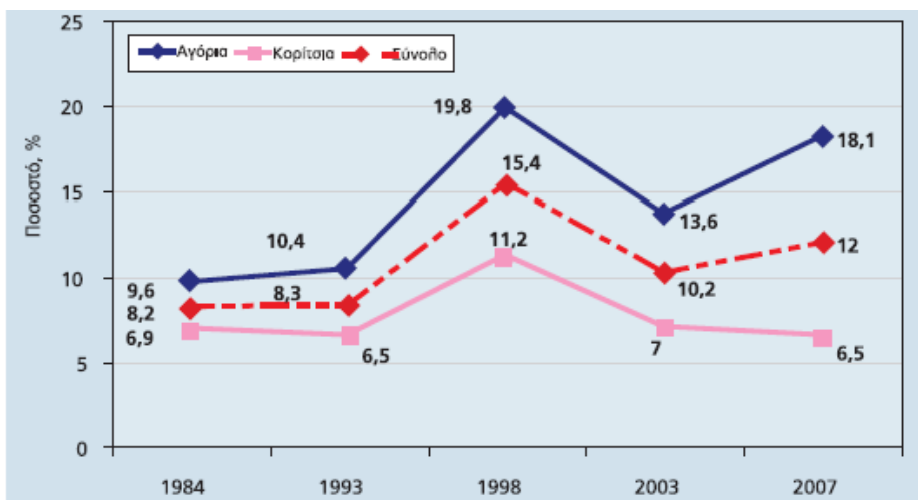
Στον μαθητικό πληθυσμό, σύμφωνα με τα στοιχεία της πανελλήνιας έρευνας του ΕΠΙΨΥ το 2007, το 12% των μαθητών, ηλικίας 13-18 ετών, δηλώνουν ότι έχουν πειραματιστεί ή χρησιμοποιούν κάποια παράνομη ουσία (18% των αγοριών και 6,5% των κοριτσιών). Η δημοφιλέστερη ουσία είναι η κάνναβη, ενώ και οι εισπνεόμενοι διαλύτες εμφανίζουν υψηλή επικράτηση (γράφημα 2).



ΠΗΓΗ: Προσαρμογή από Κοκκέβη και συν. 2009.

Γράφημα 2: Χρήση παρανόμων ουσιών (έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή) στους μαθητές 13-18 ετών στο σύνολο και ανά φύλο.

Διαχρονικά, μεταξύ του 1984 και του 2007, στον μαθητικό πληθυσμό έχει διπλασιαστεί το ποσοστό των μαθητών που έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια δεν καταγράφεται αξιοσημείωτη μεταβολή. Παρακολουθώντας την εξέλιξη του φαινομένου μέσα στο παραπάνω χρονικό διάστημα, διαπιστώνεται μια σημαντική αύξηση της χρήσης στα τέλη της δεκαετίας του '90, οπότε και ανακόπτεται στη συνέχεια ως το 2003. Από το 2003 έως το 2007 αύξηση καταγράφεται μόνο στα αγόρια (γράφημα 3).



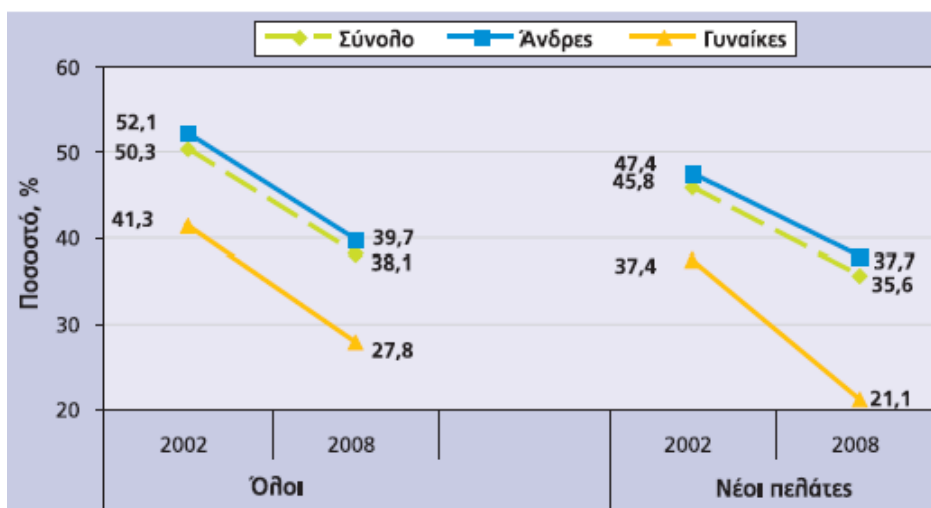
ΠΗΓΗ: Κοκκέβη και συν. 2009.

Γράφημα 3: Διαχρονικές μεταβολές στη χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας (έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή) στους μαθητές 13-18 ετών στο σύνολο και ανά φύλο.

Οι προβληματικοί χρήστες ηρωίνης, δηλαδή τα άτομα που κάνουν χρόνια και συστηματική χρήση της ουσίας, είναι 20.181. Αυτή η εκτίμηση είναι στο ίδιο επίπεδο με τα δυο προηγούμενα χρόνια (20.516 το έτος 2007 και 20.146 το 2006).

### 3. Θεραπεία

Ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ) αφορά την καταγραφή του αριθμού και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς και των χαρακτηριστικών της χρήσης των ατόμων που ζητούν –ή ξεκινούν– θεραπεία στα θεραπευτικά προγράμματα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Δείκτη, η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών παρουσιάζει μείωση την τελευταία πενταετία, από το 2002 έως το 2008 (γράφημα 4), τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η μείωση αφορά όλους τους θεραπευόμενους καθώς και τους νέους, δηλαδή όσους ξεκίνησαν θεραπεία για πρώτη φορά το 2002 ή το 2008 αντίστοιχα.



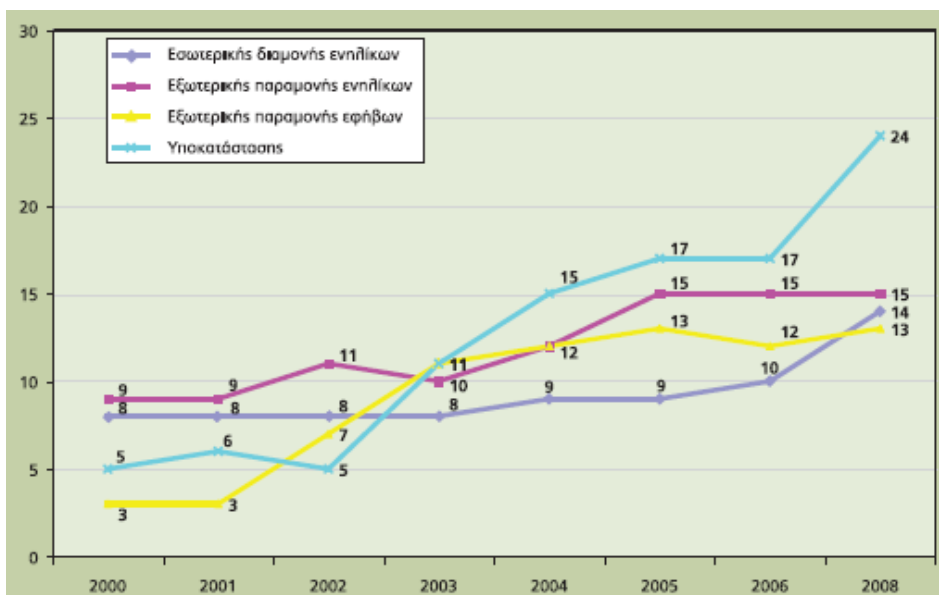
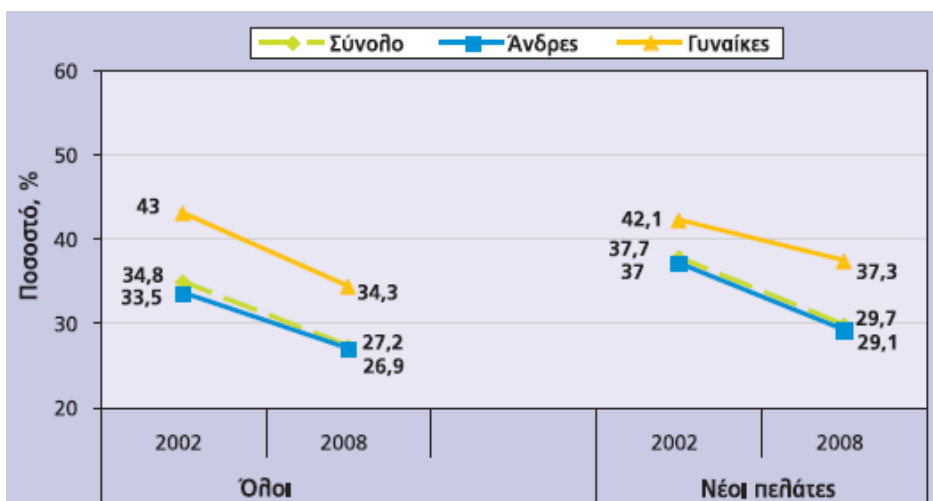
ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2009.

Γράφημα 4: Ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα για «όλους» και «νέους» θεραπευόμενους ανά φύλο.

Η ενδοφλέβια χρήση εγκυμονεί πολλούς κινδύνους για την υγεία και για την ίδια τη ζωή των χρηστών, επομένως η μείωσή της θα μπορούσε να συνιστά θετική εξέλιξη. Υπάρχουν βέβαια και οι μακρόχρονοι χρήστες, οι οποίοι είναι συνήθως προχωρημένης ηλικίας (άνω των 40 ετών), οι οποίοι αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν την ηρωίνη με ενδοφλέβιο τρόπο, καθώς οι φλέβες τους έχουν καταστραφεί από τη μακροχρόνια χρήση.

Οι κίνδυνοι αυξάνονται στις περιπτώσεις που οι χρήστες μοιράζονται μεταξύ τους τις σύριγγες που χρησιμοποιούν. Αυτός είναι και ο πλέον συνήθης τρόπος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών μεταξύ των χρηστών (HIV/AIDS, ηπατίτιδες κ.ά.). Η κοινή χρήση σύριγγας είναι ευρέως διαδεδομένη ανάμεσα στους χρήστες που κάνουν ενδοφλέβια χρήση, ακόμα και στην Ελλάδα, όπου οι σύριγγες είναι εύκολα προσβάσιμες και με χαμηλό κόστος. Την τελευταία πενταετία παρατηρείται μείωση και στην κοινή χρήση συριγγών, όπως φαίνεται στο γράφημα 5.

Τα επίσημα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν σήμερα στη χώρα είναι συνολικά 66. Ο αριθμός των θεραπευτικών προγραμμάτων υπερδιπλασιάστηκε κατά το διάστημα 2000-2005. Στη συνέχεια παρέμεινε στα ίδια επίπεδα μέχρι το 2006, ενώ παρουσιάστηκε και πάλι αύξηση ως το 2008 (γράφημα 6).



ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2009.

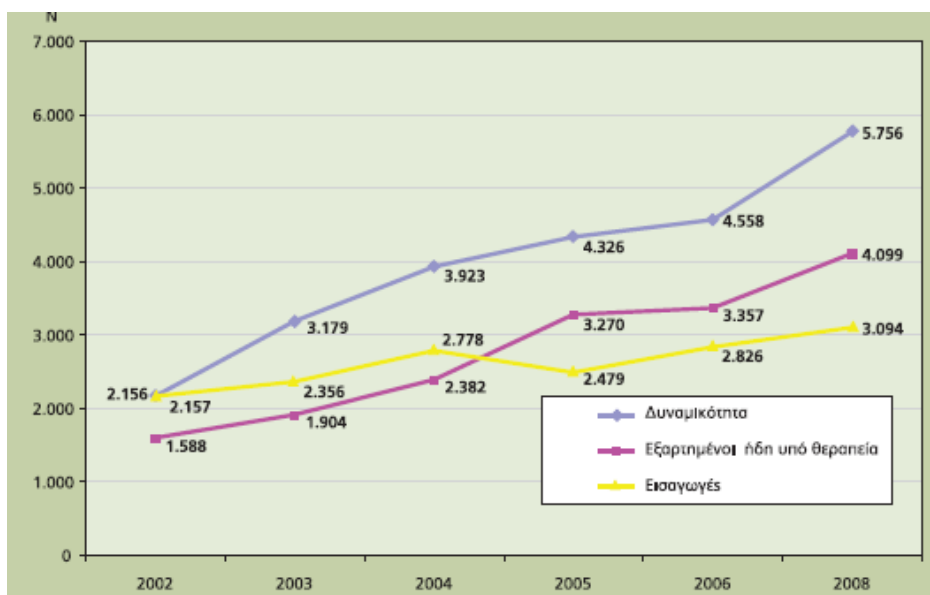
Γράφημα 6: Θεραπευτικά προγράμματα ανά τύπο.

Τα προγράμματα απεξάρτησης που πρόσφεραν υπηρεσίες θεραπείας το 2008 διακρίνονται στους ακόλουθους τύπους:

- 24 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, από τις οποίες 7 μονάδες με κύρια ουσία χορήγησης τη μεθαδόνη και 17 μονάδες υποκατάστασης βουπρενορφίνης.
- 35 «στεγνά» προγράμματα, εκ των οποίων 10 προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, 14 εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και 11 εξωτερικής παραμονής εφήβων.

Τη μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζουν οι μονάδες του Προγράμματος Υποκατάστασης, οι οποίες το 2008 είναι συνολικά 24 σε όλη την Ελλάδα. Οι μονάδες εκτός Αθηνών και Θεσσαλονίκης βρίσκονται κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία. Υπεύθυνος για τη λειτουργία του Προγράμματος Υποκατάστασης ορίζεται από τον νόμο ο ΟΚΑΝΑ.

Το 2008, η δηλωθείσα συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων (ο ανώτατος αριθμός θεραπευομένων που μπορεί να εξυπηρετηθεί σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή) σε θέσεις ήταν 5.756 άτομα (γράφημα 5.2).



ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2009.

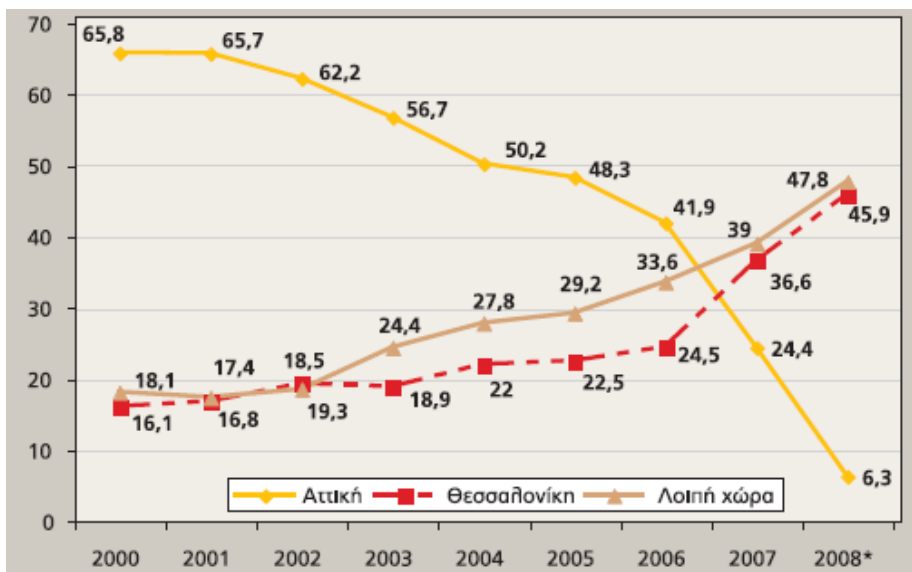
Γράφημα 7: Δυναμικότητα, εξαρτημένοι που βρίσκονται ήδη υπό θεραπεία και εισαγωγές για θεραπεία.

Τον μεγαλύτερο αριθμό σε προσφερόμενες θέσεις θεραπείας διαθέτουν οι μονάδες υποκατάστασης (83,46%), έναντι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων (16,54%). Συγκεκριμένα, με την έναρξη του 2008, 4.099 άτομα βρίσκονταν ήδη υπό θεραπεία στις υπάρχουσες δομές, ενώ στη διάρκεια του έτους εισήχθησαν 3.094 εξαρτημένοι για θεραπεία. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σταθερή αύξηση στον αριθμό των θέσεων θερα-

πείας. Στο γράφημα 7 αποτυπώνεται η αύξηση που έχει σημειωθεί από το 2002, άμεσο αποτέλεσμα της αύξησης των δομών θεραπείας στη διάρκεια των ετών (η ανάλυση για το 2002 αφορά 26 θεραπευτικά προγράμματα, 31 για το 2003, 40 για το 2004, 50 για το 2005 και 50 για το 2006). Αντίστοιχα, διαπιστώνεται αύξηση στο σύνολο των ατόμων που παρακολούθησαν θεραπευτικά προγράμματα ανά έτος, όπως αυτό προκύπτει από το άθροισμα των ατόμων που βρίσκονται ήδη σε θεραπεία και των εισαγωγών (το 2002 ήταν 3.745 άτομα, ενώ το 2008 7.193 άτομα). Η αύξηση αυτή αφορά σχεδόν αποκλειστικά το Πρόγραμμα Υποκατάστασης, αφού στα «στεγνά» προγράμματα εμφανίζεται μείωση των εισαγωγών.

#### 4. Θάνατοι από ναρκωτικά

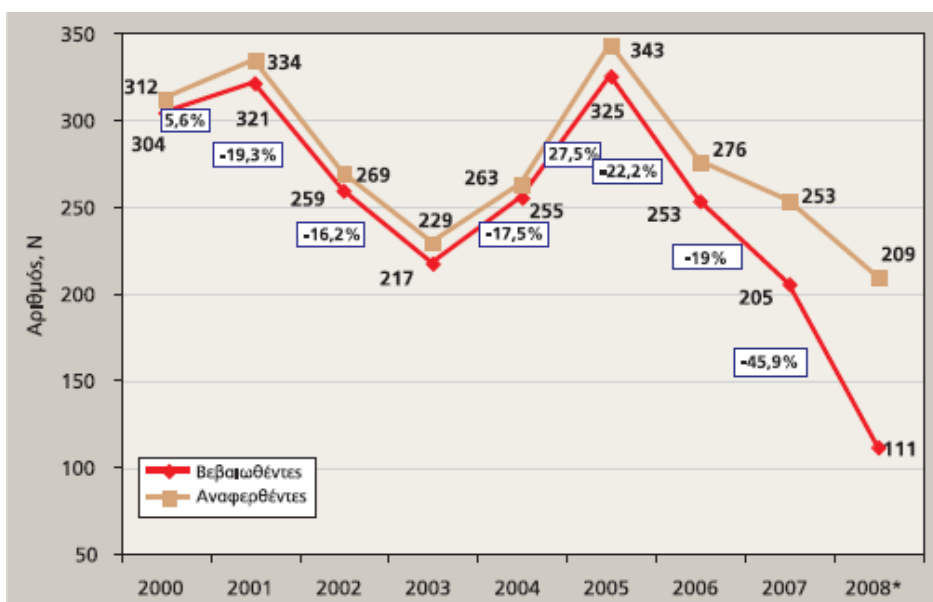
Οι άμεσα σχετιζόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι καταγράφονται από το Τμήμα Ναρκωτικών της Διεύθυνσης Δημόσιας Ασφάλειας της Ελληνικής Αστυνομίας και αφορούν μόνο οξείες δηλητηριάσεις από ναρκωτικές ουσίες. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, που αφορούν και το α' εξάμηνο του 2009, το έτος 2008 αναφέρθηκαν 209 θάνατοι από ναρκωτικά, από τους οποίους οι 111 (53,1%) έχουν επιβεβαιωθεί με τις απαραίτητες τοξικολογικές αναλύσεις. Διαχρονικά συνεχίζεται τα τελευταία χρόνια η μείωση του αριθμού των βεβαιωθέντων θανάτων από ναρκωτικά (γράφημα 8).



ΠΗΓΗ: Ελληνική Αστυνομία, 2009.

Γράφημα 9: Ποσοστό βεβαιωθέντων θανάτων ανά περιοχή.

Η συντριπτική πλειονότητα των θανάτων (98,2%), σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης. Η πλειονότητα των θανόντων ήταν άνδρες (95,5%), ελληνικής καταγωγής (94,6%), άγαμοι (89,2%) και άνεργοι (82%), το 56,8% των θανόντων ήταν ηλικίας άνω των 30 ετών, το 37,8% ηλικίας 21-30 ετών και το 5,4% μικρότεροι των 21 ετών. Στην Αττική παρατηρούνταν παραδοσιακά πολύ μεγαλύτερος αριθμός θανάτων από ναρκωτικά απ' ό,τι στην υπόλοιπη Ελλάδα, τα τελευταία 3 χρόνια, όμως, από το 2007, η εικόνα έχει αντιστραφεί. Μόνο το 6,3% των θανόντων από ναρκωτικά καταγράφηκε στην Αττική το 2008, ενώ στη Θεσσαλονίκη και την υπόλοιπη χώρα τα ποσοστά είναι 45,9% και 47,8% αντίστοιχα (γράφημα 9).



ΠΗΓΗ: Ελληνική Αστυνομία, 2009.

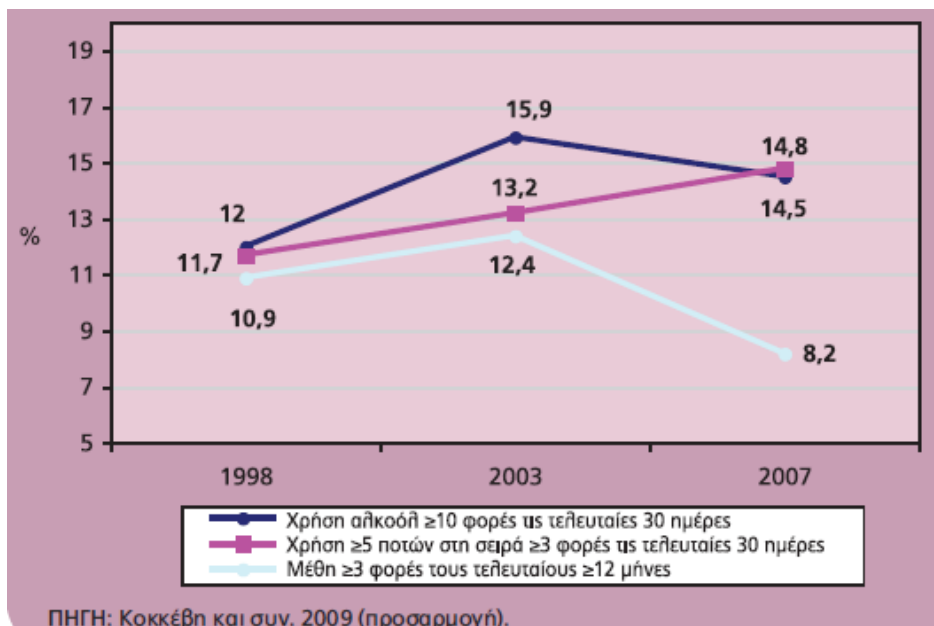
Γράφημα 8: Αριθμός αναφερθέντων και βεβαιωθέντων θανάτων από ναρκωτικά (έως 30/6/09).

## 5. Αλκοόλ

Το αλκοόλ αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ στις χώρες της Ευρώπης βρίσκεται στο υψηλότερο επίπεδο σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο (WHO 2004<sup>1</sup>). Η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών

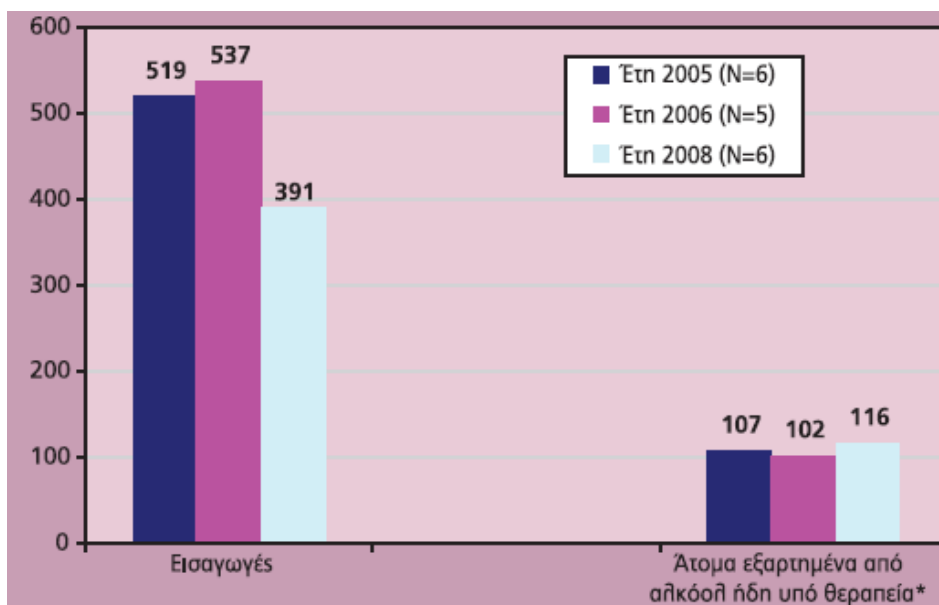
1. WHO (2004). WHO Global Status Report on Alcohol. WHO Geneva..

εκτιμάται ότι είναι υπεύθυνη για το 7,4% των προβλημάτων υγείας και των πρόωρων θανάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το ΕΚΤΕΠΝ ξεκίνησε το 2002 τόσο την καταγραφή των προσφερόμενων υπηρεσιών μείωσης της ζήτησης για προβλήματα σχετικά με την εξάρτηση από αλκοόλ, όσο και τη συγκέντρωση ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την έκταση της κατανάλωσης στον ελληνικό πληθυσμό.



Γράφημα 10: Διαχρονικά στοιχεία για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών στο γενικό πληθυσμό ερευνάται από τις επιδημιολογικές έρευνες του ΕΠΙΨΥ. Σύμφωνα με τα στοιχεία των ερευνών αυτών, παρατηρούνται μικρές αυξομειώσεις στη συχνή κατανάλωση αλκοόλ, ενώ η υπερβολική κατανάλωση εμφανίζει αυξητική τάση (γράφημα 10). Σύμφωνα με τα στοιχεία από τις θεραπευτικές υπηρεσίες για τα άτομα που έχουν προβλήματα με τη κατάχρηση αλκοόλ, το 2008, 391 άτομα, αριθμός αρκετά μικρότερος από αυτόν του 2008 (537). Πολύ λιγότερα άτομα βρίσκονταν ήδη σε θεραπεία όταν ξεκίνησε το έτος (116) (γράφημα 11).



ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ, 2009

Γράφημα 11: Άτομα με προβληματική χρήση αλκοόλ σε θεραπεία.

## 6. Κύρια σημεία

Από τα στοιχεία που συλλέγει το ΕΚΤΕΠΝ απ' όλους τους σχετικούς με τα ναρκωτικά φορείς, προκύπτει ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ο πειραματισμός με τις ουσίες στα αγόρια μαθητές αλλά παραμένει σταθερός ο αριθμός των προβληματικών χρηστών ηρωίνης. Αυξάνονται, όμως οι χρήστες που απευθύνονται στις σχετικές με τα ναρκωτικά υπηρεσίες ζητώντας θεραπεία για κοκαΐνη ή κάνναβη. Αντίθετα, μειώνεται ο αριθμός των χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση, καθώς και αυτών που κάνουν κοινή χρήση χρησιμοποιημένων συριγγών.

Το πρόγραμμα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ επεκτείνεται με τη δημιουργία νέων μονάδων στην επαρχία, ενώ παράλληλα αυξάνεται και η λίστα αναμονής. Τα θεραπευτικά προγράμματα στις φυλακές είναι λιγοστά –εξακολουθεί να υφίσταται ένα μόνο δημόσιο– ενώ οι έρευνες για την επικράτηση της χρήσης στις φυλακές έχουν σταματήσει εδώ και αρκετά χρόνια. Τα εναλλακτικά της φυλάκισης μέτρα (δηλαδή η θεραπεία αντί της φυλάκισης) είναι νομοθετικά κατοχυρωμένη στην Ελλάδα, όχι όμως και θεσμικά.

Οι θάνατοι που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μειώνονται τα τελευταία χρόνια. Η συντριπτική πλειονότητα των θανάτων βρίσκονται εκτός Αττικής. Στη μείωση των

θανάτων έχει συμβάλλει αποφασιστικά το Πρόγραμμα Υποκατάστασης, το οποίο λειτουργεί και ως πρόγραμμα μείωσης βλάβης αλλά και οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, δηλαδή αυτές που αφορούν ενεργούς χρήστες (δουλειά στον δρόμο, ανταλλαγή συριγγών, κ.λπ.).

Τέλος, τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αντιληπτό και στην Ελλάδα ότι το πρόβλημα της εξάρτησης δεν περιορίζεται στις ουσίες, νόμιμες ή παράνομες. Εμφανίζονται προγράμματα που είτε απευθύνονται σε άλλου είδους εξαρτήσεις, όπως είναι ο τζόγος, η παθολογική χρήση του διαδικτύου, οι διατροφικές διαταραχές, είτε περιλαμβάνουν παρεμβάσεις για άλλες εξαρτήσεις παράλληλα με αυτές των ναρκωτικών. Η εξέλιξη αυτή είναι θετική επειδή μπορεί να οδηγήσει σε μια ολιστική θεώρηση της εξάρτησης και στην ένταξή της σε ένα γενικότερο πλαίσιο κοινωνικών διαταραχών.

Η Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα 2009 είναι διαθέσιμη από το ΕΚΤΕΠΝ σε έντυπη μορφή και μπορεί να μεταφορτωθεί από τον δικτυακό τόπο του ΕΚΤΕΠΝ: [www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr).



## Η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης

---

**Δόμνα Τσακλακίδου, MsC**

*Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Α΄*

*Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝΑ ΑΤΤΙΚΟΝ*

### **Εισαγωγή**

Η πολυπαραγοντική φύση της διαταραχής της εξάρτησης επιβάλλει την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής προσέγγισης ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες – προσωπικές και κοινωνικές– κάθε ατόμου. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εξάρτηση είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, ψυχοκοινωνικοί και συμπεριφορικοί. Αντίστοιχοι θα πρέπει να είναι και οι τομείς με τους οποίους θα ασχοληθεί η θεραπεία.

Η καταγραφή της θεραπείας της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη καθώς και η αναφορά των εμπειριών από βέλτιστες πρακτικές αποτελεί σπουδαία ενέργεια, αφού παρέχει στοιχεία σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στις επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπευτικές πρακτικές και συμβάλλει έτσι στην ανάπτυξή τους, καθώς διευκολύνει επίσης την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των θεραπευτικών προγραμμάτων και μεταξύ των χωρών-μελών.

### **Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην Ευρώπη**

Σύμφωνα με τη σχετική Έκθεση του Ινστιτούτου Ουσιοεξαρτήσεων (ZIS) του Πανεπιστημίου του Αμβούργου για λογαριασμό της ΕΕ (EU-Report, 2008), στην Ευρώπη υπάρχουν αρκετές αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την απεξάρτηση από οπιοειδή. Όλες λαμβάνουν υπόψη τον τρόπο χρήσης, την κατάσταση υγείας του χρήστη και την πορεία της χρήσης του.

Η χορήγηση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης είναι αποτελεσματικές στην αποτοξίνωση της εξάρτησης από οπιοειδή. Η μεθαδόνη είναι η συχνότερα χορηγούμενη

ουσία στην Ευρώπη και θεωρείται ο πλέον αποτελεσματικός αγωνιστής οπιοειδών καθώς οδηγεί στη μείωση των στερεητικών συμπτωμάτων και στην αύξηση του αριθμού των χρηστών που ολοκληρώνουν επιτυχώς τη θεραπεία. Η μεθαδόνη είναι, επίσης, η πλέον αποτελεσματική και διαδεδομένη ουσία που χρησιμοποιείται στα προγράμματα συντήρησης. Η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη δοσολογία χορήγησης.

Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη είναι σχεδόν ισοδύναμες ως προς την αποτελεσματικότητά τους στη μείωση της χρήσης οπιοειδών και στη διατήρηση του χρήστη στη θεραπεία, όμως η χορήγηση βουπρενορφίνης, συγκριτικά με τη χορήγηση μεθαδόνης στη θεραπεία συντήρησης, παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια στις υψηλότερες δόσεις, μειωμένα περιθώρια κατάχρησης καθώς και τη δυνατότητα για μη καθημερινή χορήγηση.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση της χρήσης, στη διατήρηση της αποχής και στη βελτίωση της διατήρησης του χρήστη στη θεραπεία. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμες σε περιπτώσεις που δεν είναι διαθέσιμα φαρμακολογικά θεραπευτικά προγράμματα (π.χ. υποκατάσταση). Για τη θεραπεία της εξάρτησης από ηρωίνη, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις ενισχύουν την επιτυχία της θεραπείας, σε συνδυασμό πάντοτε με τη θεραπεία συντήρησης.

Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων ποικίλλει ανάλογα με την ομάδα-στόχο κάθε παρέμβασης. Οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις έχουν μια μάλλον μακροπρόθεσμη επίδραση στη διατήρηση του χρήστη στη θεραπεία, καθώς και στην αποχή ή στη μείωση της χρήσης, ιδιαίτερα σε χρήστες κοκαΐνης. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην κινητοποιητική συνέντευξη βελτιώνουν το κίνητρο ως προς τον περιορισμό της χρήσης, ιδιαίτερα σε χρήστες που εμφανίζουν αρχικά χαμηλό κίνητρο. Η θεραπεία οικογένειας αποδεικνύεται αποτελεσματική κυρίως για νεαρούς χρήστες κάνναβης. Οι διάφορες προσεγγίσεις συμβουλευτικής εμφανίζουν μείωση της χρήσης, κυρίως σε χρήστες κοκαΐνης και σε χρήστες με παράλληλη χρήση οπιοειδών στη θεραπεία συντήρησης.

### **Τύποι θεραπευτικών παρεμβάσεων στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

Ένας από τους πρόσφατους στόχους της ΕΕ ήταν η δημιουργία ενός καταλόγου με τις διαθέσιμες θεραπευτικές υπηρεσίες για τα ναρκωτικά, στα 27 κράτη-μέλη της ΕΕ και στη Νορβηγία. Το κύριο ερώτημα ήταν πώς διαμορφώνεται η κατάσταση στη θεραπεία των ναρκωτικών σε σχέση με τη διαθεσιμότητα και την κάλυψη θεραπευτικών θέσεων.

Οι απαραίτητες πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από τις Ετήσιες Εκθέσεις και από τους Τυποποιημένους Πίνακες που υποβάλλουν τα Εθνικά Κέντρα κάθε χώρας στο Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA, 2009). Κατόπιν, προσδιορίστηκαν δείκτες για τον χαρακτηρισμόν της παροχής θεραπείας σε εθνικό επίπεδο με συγκρίσιμο τρόπο. Οι δυσκολίες που προέκυψαν στη συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών-μελών σχετίζονταν κυρίως με: α. την έλλειψη κοινού ορισμού για τη θεραπεία των ναρκωτικών και τους τύπους παρεμβάσεων, και β. τους περιορισμούς στην εγκυρότητα και την πληρότητα των διαθέσιμων στοιχείων. Λαμβάνοντας υπόψη αυτούς τους περιορισμούς, τα κυριότερα ευρήματα που σχηματίστηκαν για τα συστήματα θεραπείας των χωρών-μελών της ΕΕ είναι:

- Η πλειονότητα των χωρών (26 από 28) έχουν εκπονήσει Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά ή Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, όπου ορίζονται οι στόχοι της θεραπείας της ουσιοεξάρτησης.
- Η θεραπεία για τα ναρκωτικά παρέχεται κυρίως από δημόσιους φορείς, ιδιαίτερα στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Αντίθετα, στη Γερμανία, την Ισπανία, τη Μάλτα, την Ολλανδία και τη Φινλανδία η θεραπεία παρέχεται κυρίως από ΜΚΟ. Στην πλειονότητα των χωρών, η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό του κράτους ή των περιφερειών είτε από τα ασφαλιστικά συστήματα. Ωστόσο, η χρηματοδότηση της θεραπείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο της παρέμβασης.
- Στα κράτη-μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία, η μεγάλη πλειονότητα των τοξικομανών εντάσσονται σε προγράμματα εξωτερικής παραμονής. Επιπλέον, οι περισσότερες χώρες αναφέρουν ότι οι χρήστες παρακολουθούν κυρίως προγράμματα εξωτερικής παραμονής φαρμακολογικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Μόνο στην Ουγγαρία, την Πολωνία, τη Σλοβακία και την Τσεχία οι περισσότεροι εξαρτημένοι χρήστες παρακολουθούν προγράμματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, τα λεγόμενα «στεγνά». Οι εξαρτημένοι στην Ισπανία, τη Ρουμανία, τη Σλοβενία και τη Σουηδία είναι εξίσου μοιρασμένοι στους δύο τύπους θεραπείας.
- Η θεραπεία συντήρησης αποτελεί έναν από τους κυριότερους τύπους θεραπείας για τους προβληματικούς χρήστες ηρωίνης. Από το 2001, η μεθαδόνη είναι διαθέσιμη σε 26 κράτη-μέλη και τη Νορβηγία ενώ από το 2007 και στην Κύπρο.

Η χορήγηση βουπρενορφίνης αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια, ειδικά από ιδιώτες γιατρούς. Σήμερα, 4 κράτη-μέλη δεν διαθέτουν θεραπεία βουπρενορφίνης (Βουλγαρία, Ουγγαρία, Πολωνία και Ρουμανία).

### **Βέλτιστες πρακτικές στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης στην ΕΕ**

Στα πλαίσια της ΕΕ, έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί και να καταγραφεί η τρέχουσα κατάσταση αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης, καθώς επίσης να ενισχυθεί η μεταφορά τεχνογνωσίας και αποτελεσματικών πρακτικών, καθώς και η ανάδειξη σχετικών συστημάτων ανταλλαγής πληροφοριών στον τομέα της θεραπείας της ουσιοεξάρτησης (EMCDDA, 2002).

Η διερεύνηση αυτή έδειξε ότι η πλειονότητα των χωρών έχει αναπτύξει συστήματα διασφάλισης της ποιότητας. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί και έχουν τεθεί σε εφαρμογή κατευθυντήριες γραμμές για τη λειτουργία των θεραπευτικών υπηρεσιών. Τα κριτήρια ποιότητας και οι αποτελεσματικές πρακτικές είναι περισσότερο ανεπτυγμένα στη θεραπεία συντήρησης, ενώ είναι ανεπαρκή σε άλλους τύπους θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Γενικά, μέχρι στιγμής εφαρμόζονται μερικώς μόνο οι κύριες παράμετροι της μεταφοράς της τεχνογνωσίας και της εφαρμογής βέλτιστων πρακτικών. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την αξιολόγηση, την έρευνα, τις επισκοπήσεις, την εφαρμογή μιας συστηματικής διαδικασίας παραγωγής και ελέγχου νέων πρωτοκόλλων και τη διαδικασία συναίνεσης μεταξύ των επαγγελματιών για την εκπόνηση κατευθυντήριων γραμμών. Αυτό, σε γενικές γραμμές, σημαίνει ότι ο τομέας των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών και των κατευθυντήριων γραμμών βρίσκεται σε αρχικό στάδιο σε σύγκριση με άλλους τομείς του συστήματος υγείας ή άλλων δράσεων του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά.

Για την ενίσχυση της μεταφοράς γνώσης και τεχνογνωσίας, προτείνεται η δημιουργία και η στήριξη από τα κράτη-μέλη μιας κουλτούρας επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών και υποδομών γνώσεων σχετικά με τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Η επιτυχία της θα είναι πρωτίστως αποτέλεσμα πολιτικών αποφάσεων σχετικά με την πιστοποίηση των φορέων, τον συντονισμό και τον επιμερισμό καθηκόντων, καθώς και τη διασφάλιση της ποιότητας.

### **Αρχές Αποτελεσματικής Θεραπείας στις ΗΠΑ**

Το Εθνικό Ινστιτούτο της Εξάρτησης από Ναρκωτικά των ΗΠΑ (National Institute of Drug Addiction - NIDA), ύστερα από μακροχρόνια μελέτη του φαινομένου καθώς και

των εγκυρότερων σχετικών επιστημονικών δοκιμών, κατέληξε στις παρακάτω Αρχές Αποτελεσματικής Θεραπείας της Ουσιεξάρτησης (NIDA, 1999):

- Δεν υπάρχει μία θεραπεία-«πανάκεια», ίδια για όλα τα άτομα.
- Η θεραπεία πρέπει να προσφέρεται απρόσκοπτα.
- Η αποτελεσματική θεραπεία ασχολείται με το σύνολο των αναγκών του ατόμου και δεν περιορίζεται μόνο στα συμπτώματα εξάρτησης.
- Το θεραπευτικό πλάνο του κάθε ατόμου προσαρμόζεται και τροποποιείται ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του στην πορεία της θεραπείας του.
- Η διάρκεια συμμετοχής ενός ατόμου στη θεραπεία είναι σημαντικός παράγοντας επιτυχίας της θεραπευτικής προσπάθειας.
- Η παράλληλη χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά.
- Τα θεραπευτικά προγράμματα επιβάλλεται να διενεργούν ελέγχους για εντοπισμό HIV/AIDS, ηπατίτιδας Β και C, φυματίωσης και άλλων μολυσματικών νοσημάτων, καθώς επίσης και να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην υιοθέτηση ασφαλέστερων συμπεριφορών με στόχο την πρόληψη μετάδοσης μολυσματικών νοσημάτων.
- Η θεραπεία από την εξάρτηση απαιτεί μακροχρόνια προσπάθεια και πιθανώς πολλαπλές προσπάθειες μέχρις ότου επιτευχθεί η πλήρης αποχή.
- Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη (συμβουλευτική, θεραπεία συμπεριφοράς) κρίνεται απαραίτητη για όλους τους τύπους θεραπευτικών προσεγγίσεων. Οι πλέον ενδεδειγμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις θεωρούνται η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η συστηματική συντελεστική ενίσχυση (contingency management) και η κινητοποιητική συνέντευξη.
- Σε συγκεκριμένες διαταραχές κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση φαρμάκων, η οποία θα πρέπει να συνοδεύεται από συμβουλευτική ή/και θεραπεία συμπεριφοράς.
- Εξαρτημένα άτομα με συννοσηρότητα πρέπει να αντιμετωπίζονται και να θεραπεύονται ταυτόχρονα και για τις δύο διαταραχές που παρουσιάζουν. Δεν θα πρέπει να παραμελείται η φροντίδα μίας εκ των δύο.
- Η ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου είναι μόνο η αρχή της θεραπείας της ουσιοεξάρτησης και δεν αποτελεί θεραπευτική προσέγγιση ικανή να αλλάξει μακροχρόνιες εξαρτητικές συμπεριφορές.
- Η θεραπεία απεξάρτησης δεν χρειάζεται να είναι πάντα εθελοντική για να αποδειχθεί αποτελεσματική (τα λεγόμενα Drug courts στις ΗΠΑ έχουν

αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια σε μεγάλο βαθμό και έχουν επιδείξει την ίδια αποτελεσματικότητα με τα προγράμματα απεξάρτησης που η συμμετοχή είναι εθελοντική) (Μ.Μαλλιώρη και συν., 2009).

### **Τα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα**

Οι μέχρι σήμερα επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα στη χώρα μας είναι οι εξής: ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ – Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ στην ελληνική περιφέρεια (σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ), το σωματείο ΘΗΣΕΑΣ – Δήμος Καλλιθέας, το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και το Υπουργείο Δικαιοσύνης (φυλακές Ελαιώνα-Θηβών).

Τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν σήμερα στη χώρα είναι συνολικά 66 και διακρίνονται στους ακόλουθους τύπους (ΕΚΤΕΠΝ, 2009):

- 24 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, από τις οποίες επτά (7) μονάδες με κύρια ουσία χορήγησης τη μεθαδόνη και δεκαεπτά (17) μονάδες υποκατάστασης βουπρενορφίνης.
- 35 «στεγνά» προγράμματα, εκ των οποίων δέκα (10) προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, δεκατέσσερα (14) εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και έντεκα (11) εξωτερικής παραμονής εφήβων.

Η συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων σε θέσεις ανέρχεται στα 5.756 άτομα. Τον μεγαλύτερο αριθμό σε προσφερόμενες θέσεις θεραπείας διαθέτουν οι μονάδες υποκατάστασης (83,46%), έναντι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων (16,54%).

Συνολικά, το 2008, παρακολούθησαν την κυρίως φάση των προγραμμάτων 7.193 άτομα. Σημειωτέον ότι για το ίδιο έτος, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού προβληματικών χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη ανέρχεται περίπου στα 20.181 άτομα (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Ως προς τη δημιουργία καινοτόμων θεραπευτικών προσεγγίσεων, το θεραπευτικό πρόγραμμα 18 ΑΝΩ ίδρυσε το νέο «Τμήμα Διατροφικών Διαταραχών», ένα εξειδικευμένο Κέντρο Υποδοχής και αντιμετώπισης περιστατικών που παρουσιάζουν συνύπαρξη τοξικομανίας και διατροφικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες του αφορούν άτομα εξαρτημένα και μη από ουσίες που είχαν ή έχουν στο ιστορικό τους

οιουδήποτε τύπου διατροφική διαταραχή, και είναι οιασδήποτε ηλικίας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι: α. ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, β. ομάδες τέχνης και σωματικής έκφρασης και γ. εναλλακτικές ομάδες ψυχο-εκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Επίσης ιδρύθηκε το «Τμήμα Παθολογικής Χρήσης Διαδικτύου», ένα Κέντρο Υποδοχής και αντιμετώπισης περιστατικών που παρουσιάζουν συνύπαρξη τοξικομανίας και παθολογικής χρήσης του διαδικτύου. Οι υπηρεσίες του αφορούν ενήλικα άτομα εξαρτημένα ή μη από ουσίες, τα οποία είχαν ή έχουν στο ιστορικό τους οιαδήποτε τύπου διαταρακτική επαφή με το ίντερνετ. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι οι εξής: α. ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, β. ομάδες τέχνης και σωματικής έκφρασης και γ. εναλλακτικές ομάδες ψυχο-εκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Παράλληλα, το τμήμα έχει εντάξει στις δραστηριότητές του το «networking» και την «ηλεκτρονική διασυνδετική». Το «networking», κατ' αναλογία με το streetworking της ουσιοεξάρτησης, αφορά τη θεραπευτική παρουσία σε διαδικτυακούς τόπους υψηλής επισκεψιμότητας, με στόχο την ευαισθητοποίηση των χρηστών. Στο πλαίσιο αυτό έχει ήδη συγκροτηθεί ένα group συζήτησης στον ιστότοπο κοινωνικής δικτύωσης Facebook, με τίτλο «Εξαρτημένοι ενήλικες από το διαδίκτυο στην Ελλάδα». Η ηλεκτρονική διασυνδετική αφορά την παρουσία κόμβων που οδηγούν στη σελίδα και το ιστολόγιο του τμήματος, σε ιστοσελίδες άλλων φορέων και το αντίστροφο. Στόχος είναι η ταχύτερη πρόσβαση των ενδιαφερομένων στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στο πλαίσιο της ηλεκτρονικής διασυνδετικής έχει ήδη δημιουργηθεί κόμβος διασύνδεσης στην ιστοσελίδα της «Ομάδας δράσης για την Ψηφιακή Ασφάλεια» DART (Digital Awareness & Response to Threats).

Συνοψίζοντας, παρατηρείται ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνεται σταθερά ο αριθμός των θέσεων θεραπείας στη χώρα μας, ως αποτέλεσμα της αύξησης των δομών θεραπείας στη διάρκεια των ετών. Αντίστοιχα, διαπιστώνεται αύξηση στο σύνολο των ατόμων που παρακολούθησαν θεραπευτικά προγράμματα ανά έτος, όπως αυτό προκύπτει από το άθροισμα των ατόμων που βρίσκονται ήδη σε θεραπεία και των εισαγωγών (το 2002 ήταν 3.745 άτομα, ενώ το 2008 7.193 άτομα). Η αύξηση αυτή αφορά σχεδόν αποκλειστικά το Πρόγραμμα Υποκατάστασης, αφού στα «στεγνά» προγράμματα εμφανίζεται μείωση των εισαγωγών (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

### **Θεραπεία υποκατάστασης**

Το υπάρχον πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων υποκατάστασης OKANA θεωρεί ως επιτυχή συμμετοχή σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης –ανεξάρτητα από τον χρόνο

παραμονής σε αυτό– τη μείωση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, τη μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς και τη βελτίωση της υπαρξιακής ευεξίας του ατόμου, ενώ ως επιτυχή αποπεράτωση του προγράμματος θεωρεί την αποχή για έναν τουλάχιστον χρόνο από την ουσία υποκατάστασης, αποχή για την οποία δίδεται βεβαίωση και από τη μονάδα κοινωνικής επανένταξης.

Η γενική φιλοσοφία του Προγράμματος Υποκατάστασης αντιμετωπίζει την εξάρτηση από τα οπιούχα ως νόσο, δηλαδή ως κατάσταση ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας του ατόμου. Η θεραπεία υποκατάστασης παρέχεται είτε με τη μορφή προοδευτικής αποτοξίνωσης/απεξάρτησης είτε, συνηθέστερα, με τη μορφή συντήρησης, δηλαδή μακροπρόθεσμης χορήγησης επαρκούς ποσότητας της ουσίας με στόχο τον περιορισμό της επικίνδυνης και βλαβερής συμπεριφοράς (ΟΚΑΝΑ 2002).

Ταυτόχρονα, η συνδυασμένη παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης μεγιστοποιεί τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας. Η θεραπευτική έμφαση τοποθετείται στην ιατρική/ψυχιατρική αντιμετώπιση και στην ατομική/υποστηρικτική συμβουλευτική (το σύνολο των προγραμμάτων δίνουν μεγάλο βάρος σε αυτές).

Δύο είναι οι βασικοί τύποι των θεραπευτικών μονάδων υποκατάστασης, σύμφωνα με την κύρια φαρμακευτική ουσία που χορηγείται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης: α. οι μονάδες που εφαρμόζουν θεραπεία υποκατάστασης με κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη, και β. οι μονάδες που συνταγογραφούν αποκλειστικά βουπρε-νορφίνη ως υποκατάστατο.

### **«Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ (ΕΚΤΕΠΝ, 2009) για τη λειτουργία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, η συνολική δυναμικότητα σε θέσεις εμφανίζει τα τελευταία χρόνια μείωση της τάξης του 27,2% των προσφερόμενων θέσεων. Τις περισσότερες θέσεις θεραπείας διαθέτουν οι δομές εξωτερικής παραμονής (61,7%) σε σύγκριση με τις μονάδες εσωτερικής διαμονής (38,3%).

- Ο κυριότερος λόγος εξόδου από τα προγράμματα εσωτερικής διαμονής είναι η εθελοντική αποχώρηση, όπου περίπου ένας στους δύο ασθενείς διακόπτει πρόωρα τη θεραπευτική διαδικασία ίδια βουλήσει (47,25%). Από την άλλη, ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό ασθενών φαίνεται να αποχωρεί από το πρόγραμμα έχοντας ολοκληρώσει τη θεραπεία (40,78%).
- Η οικειοθελής αποχώρηση (43,2%) αλλά και η ολοκλήρωση της διαδικασίας

(34,01%) αποτελούν τους επικρατέστερους λόγους εξόδου από τα προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων.

- Στα προγράμματα εφήβων, ένας στους δύο ασθενείς αποχωρεί οικειοθελώς (50,39%), γεγονός το οποίο ενδεχομένως σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας και τη δυσκολία του εφήβου να αναγνωρίσει τη χρήση ως πρόβλημα. Περίπου ένα στα δέκα άτομα λαμβάνει πρόωρη χορήγηση εξιτηρίου, ενώ περίπου ένας στους τέσσερις εφήβους που φεύγει από το πρόγραμμα έχει ολοκληρώσει την παρακολούθησή του. Ως «πρόωρη χορήγηση εξιτηρίου» ορίζεται η αποπομπή από το πρόγραμμα λόγω παραβιάσεων των κανονισμών πλαισίου (ΚΕΘΕΑ, 2009).

### **Μονάδες σωματικής αποτοξίνωσης**

Στη χώρα μας λειτουργούν δύο εξειδικευμένες δομές σωματικής αποτοξίνωσης: ο ΙΑΝΟΣ, στο πλαίσιο του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων (ΨΝΘ), εσωτερικής διαμονής και δυναμικότητας 19 ατόμων, και η Μονάδα Εφήβων ΑΤΡΑΠΟΣ, εξωτερικής διαμονής και δυναμικότητας 20 ατόμων ανά τρίμηνο.

Βασικός στόχος των παραπάνω μονάδων αποτελεί η παροχή φαρμακευτικής βοήθειας σε χρήστες –κυρίως ηρωίνης αλλά και άλλων ουσιών– για την αντιμετώπιση των σωματικών στερητικών συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα, επιδιώκεται η ενημέρωση σε θέματα υγείας, η πρόληψη της υποτροπής, καθώς και η ευαισθητοποίηση και η προετοιμασία για τη φάση της θεραπείας με τη λειτουργία ομάδων ψυχοθεραπείας. Η κινητοποιητική συνέντευξη κρίνεται στη φάση αυτή της θεραπείας άκρως βοηθητική.

Η προγραμματισμένη διάρκεια του Προγράμματος ΙΑΝΟΣ είναι 21 ημέρες, ενώ της Μονάδας Εφήβων ΑΤΡΑΠΟΣ 120 ημέρες (90 ημέρες σωματική αποτοξίνωση).

### **Μονάδες εφήβων έγκαιρης παρέμβασης**

Οι μονάδες εφήβων λειτουργούν στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της έγκαιρης παρέμβασης, δηλαδή σε αρχικά στάδια της χρήσης, όταν η εξάρτηση δεν έχει ακόμα εδραιωθεί. Ο αριθμός των θεραπευτικών δομών που απευθύνονται στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα και στοχεύουν στην έγκαιρη παρέμβαση έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.

Η διαχρονική τάση μείωσης της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Κοκκέβη, 2005), η δυσκολία των εφήβων να αναγνωρίσουν τη χρήση ως πρόβλημα αυτό καθαυτό, καθώς και η αντίστασή τους στην αναζήτηση

βοήθειας έχουν ως αποτέλεσμα τη σχετικά περιορισμένη προσέλευση, η οποία παρατηρείται στις θεραπευτικές υπηρεσίες απεξάρτησης για εφήβους, καθώς και το υψηλό ποσοστό των ατόμων που αποχωρούν οικειοθελώς από τα εν λόγω προγράμματα. Τα τέσσερα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης που έχουν ιδρυθεί τα τελευταία χρόνια προσβλέπουν στην ανάπτυξη ενός πολυφασικού θεραπευτικού σχήματος, το οποίο θα περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών κυρίως θεραπείας. Προς το παρόν παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες βραχείας διάρκειας, που βασίζονται κατά κύριο λόγο στη συμβουλευτική, ενώ παράλληλα στοχεύουν στην κινητοποίηση των εφήβων χρηστών για προσέλευση και παραμονή στο πρόγραμμα.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της Μονάδας Εφήβων ΑΤΡΑΠΟΣ - OKANA, λειτουργεί με οργανωμένο τρόπο και σε συστηματική βάση το πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης για πειραματικούς χρήστες, το οποίο το έτος 2008 παρακολούθησαν συνολικά 36 άτομα.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ως προς τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, η τελευταία επιδημιολογική έρευνα στον γενικό πληθυσμό της χώρας πραγματοποιήθηκε το 2004, έξι χρόνια πριν, και πλέον η ανάγκη για συλλογή νέων στοιχείων σχετικά με την επικράτηση της χρήσης στην Ελλάδα κρίνεται επιτακτική. Από την έρευνα ESPAD, που πραγματοποίησε το ΕΠΙΨΥ το 2007 (Κοκκέβη και συν., 2008) στον μαθητικό πληθυσμό, διαφαίνεται όμως ότι η χρήση παράνομων ουσιών αυξήθηκε σημαντικά από τη δεκαετία του '80, και μάλιστα διπλασιάστηκε στα αγόρια, η δε μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται μεταξύ 2003 και 2007 (Κοκκέβη και συν., 2009). Η αύξηση αναμένεται αντίστοιχη και στις μεγαλύτερες ηλικίες, όμως η έλλειψη στοιχείων για μεγαλύτερες των 18 ετών ηλικιακές ομάδες δυσχεραίνει τον σχεδιασμό προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού που κινδυνεύει ή έχει ήδη εξαρτηθεί.

Ως προς την ουσιοεξάρτηση, ο αριθμός των προβληματικών χρηστών παραμένει σταθερός τα τελευταία χρόνια, μειώνεται όμως τελευταία ο αριθμός των χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση (ΕΚΤΕΠΝ, 2009). Αυτό μπορεί να σημαίνει είτε ότι αυξάνεται ο αριθμός των χρηστών που χρησιμοποιούν άλλους τρόπους χρήσης της ουσίας εκτός από την ένεση, είτε ότι ο πληθυσμός των Ελλήνων χρηστών «γηράσκει» και δεν μπορεί πλέον να κάνει χρήση σε ενέσιμη μορφή.

Ο «γηράσκων πληθυσμός» των χρηστών είναι ευρωπαϊκό φαινόμενο και υπολογίζεται ότι ο αριθμός των χρηστών μεγαλύτερης ηλικίας θα υπερδιπλασιαστεί μεταξύ 2001 και 2020. Αυτό σημαίνει αφενός μεν ότι αυξάνονται τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής

υγείας με την ηλικία, αφετέρου δε ότι θα δημιουργηθούν νέες απαιτήσεις από τις θεραπευτικές υπηρεσίες (EMCDDA, 2009).

Αν και η ηρωίνη εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια ουσία για τη συντριπτική πλειονότητα των χρηστών, τα ποσοστά όσων αναφέρουν την κάνναβη ή την κοκαΐνη ως κύριες ουσίες αυξάνονται. Σε αυτή την αύξηση, ενδεχομένως, οφείλεται και η σχετική βελτίωση σε ορισμένα χαρακτηριστικά των χρηστών, αφού, σε σύγκριση με τους χρήστες άλλων ουσιών, οι χρήστες κάνναβης είναι νεαρότεροι σε ηλικία, ενώ οι χρήστες κοκαΐνης είναι σε υψηλότερα ποσοστά κάτοικοι αστικών περιοχών και εργαζόμενοι.

Η αύξηση των χρηστών άλλων –εκτός ηρωίνης– ουσιών, μεταξύ των χρηστών που ζητούν βοήθεια, σημαίνει ενδεχομένως αυξημένη διεισδυτικότητα του συστήματος μείωσης της ζήτησης στους προβληματικούς χρήστες, υπόθεση που επιβεβαιώνεται και από τα αυξημένα ποσοστά αλλοδαπών οι οποίοι απευθύνονται στις σχετικές υπηρεσίες.

Οι παραπάνω σχετικά θετικές εξελίξεις είναι, μεταξύ άλλων, το αποτέλεσμα των προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας, μείωσης της βλάβης και κοινωνικής επανένταξης που υλοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια, με άλλα λόγια του τρόπου με τον οποίο η πολιτεία ανταποκρίθηκε στο πρόβλημα των ναρκωτικών.

Ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση, η απόδοση «ευσήμων» στις υπηρεσίες μείωσης της βλάβης και στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης είναι δικαιολογημένη, αφού προσφέρουν αρκετές ενδείξεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών στην Ελλάδα: η μείωση των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, είτε λόγω επιλογής ασφαλέστερων τρόπων χρήσης είτε λόγω γηράσκοντος πληθυσμού, η τάση μείωσης της επικράτησης της Ηπατίτιδας C και η σταθερή τα τελευταία τρία χρόνια μείωση των θανάτων από ναρκωτικά. Και είναι ακριβώς αυτός ο στόχος των εν λόγω προγραμμάτων: η διατήρηση στη ζωή και η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, μικρή αύξηση παρουσιάζει και ο αριθμός των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων («στεγνά» προγράμματα), η οποία αφορά κυρίως τις θεραπευτικές κοινότητες (εσωτερικής παραμονής). Ο αριθμός των εισαγωγών όμως έχει μειωθεί κατά 23% την τελευταία τριετία, όπως επίσης μειώθηκε για πρώτη φορά μετά από χρόνια το ποσοστό των θεραπευομένων που ολοκλήρωσε τη θεραπεία, ενώ αυξήθηκε το ποσοστό όσων αποχωρούν πρόωρα οικειοθελώς (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Οι μονάδες εφήβων που λειτουργούν στο πλαίσιο της έγκαιρης παρέμβασης εξακολουθούν να δυσκολεύονται να συγκρατήσουν τους εφήβους που απευθύνονται σε αυτές, αφού ένας στους δύο εφήβους αποχωρεί οικειοθελώς από τις αντίστοιχες μονάδες.

Το γεγονός ότι ο πληθυσμός των χρηστών, όπως προαναφέρθηκε, «γηράσκει» και ότι οι μονάδες εφήβων έχουν χαμηλή συγκράτηση, οδηγεί στον προφανή φόβο ότι η θεραπεία των ναρκωτικών στην Ελλάδα κινδυνεύει να περιοριστεί στις ανάγκες του μεσήλικα πληθυσμού σε βάρος των έγκαιρων παρεμβάσεων. Αυτό, παρά το ότι δεν αποτελεί ελληνική πρωτοτυπία, είναι ίσως ένα ζήτημα που θα έπρεπε να απασχολήσει τους χαράσσοντες πολιτική για τα ναρκωτικά, με δεδομένο ότι τόσο η Ευρωπαϊκή όσο και η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά θέτουν την έγκαιρη παρέμβαση μέσα στις προτεραιότητές τους (EMCDDA, 2009).

Το μεγαλύτερο «αγκάθι» στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης από τα ναρκωτικά στην Ελλάδα είναι η ποινική αντιμετώπιση χρηστών και εξαρτημένων: η απουσία εναλλακτικών της φυλάκισης μέτρων (λεγόμενα drug courts), οι φυλακισμένοι χρήστες, η θεραπεία στις φυλακές και άλλα σχετικά ζητήματα.

Είναι γνωστό ότι η ένταξη σε θεραπεία –ως εναλλακτική της φυλάκισης λύση– αν και νομικά κατοχυρωμένη, δεν εφαρμόζεται στην πράξη, όπως επίσης είναι γνωστό από έρευνες προηγούμενων ετών ότι, ανεξάρτητα από το αδίκημα για το οποίο φυλακίστηκαν, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό κρατουμένων –σε κάποιες περιπτώσεις η πλειονότητα– είναι χρήστες ναρκωτικών. Το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων στον Ελαιώνα Θηβών παραμένει το μοναδικό δημόσιο θεραπευτικό πρόγραμμα στις φυλακές. Το βάρος της ψυχοκοινωνικής στήριξης και θεραπείας στις φυλακές σηκώνουν οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, με κύριο εκπρόσωπο το ΚΕΘΕΑ και δευτερευόντως το ΨΝΑ.

Η ποινική αντιμετώπιση των χρηστών είναι αποκλειστική ευθύνη της πολιτείας. Μέχρι τώρα αντιμετωπίζεται αποσπασματικά. Η λύση δεν είναι απλώς η δημιουργία περισσότερων θεραπευτικών προγραμμάτων ή η έναρξη προγραμμάτων μείωσης της βλάβης ούτε η εφαρμογή του νόμου περί θεραπείας αντί της φυλάκισης. Χρειάζεται μια τελείως διαφορετική θεώρηση του ζητήματος: ένα σύστημα, μια φιλοσοφία, που θα ξεκινά από τη νομοθεσία, την εφαρμογή της (κατασταλτική και δικαστική), τη θεραπευτική φροντίδα μέσα στις φυλακές και τη μέριμνα για τους αποφυλακισμένους χρήστες ή απεξαρτημένους. Σχετικά συστήματα εφαρμόζονται στα διάφορα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αρκετά από αυτά έχουν αξιολογηθεί ως επιτυχή.

Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και περισσότερο αντιληπτό ότι το πρόβλημα της εξάρτησης δεν περιορίζεται στα ναρκωτικά, στο αλκοόλ και στον καπνό. Έτσι, εμφανίζονται προγράμματα που είτε απευθύνονται σε άλλου είδους εξαρτήσεις –όπως ο τζόγος– η παθολογική χρήση του διαδικτύου, οι διατροφικές διαταραχές,

είτε περιλαμβάνουν παρεμβάσεις για άλλες εξαρτήσεις παράλληλα με αυτές των ναρκωτικών. Αυτό πιθανότατα οδηγεί όχι μόνο σε μια ολιστική θεώρηση της εξάρτησης αλλά και στην ένταξή της σε ένα γενικότερο πλαίσιο κοινωνικών διαταραχών. Οι φορείς που ασχολούνται με τα ναρκωτικά, επειδή έρχονται σε άμεση επαφή με τον πληθυσμό των χρηστών, μπορούν, όπως προαναφέρθηκε, να σχεδιάζουν παρεμβάσεις που ανταποκρίνονται αμεσότερα στις νέες ανάγκες, στις νέες συνθήκες, και ενώ η πρωτοβουλία για τη χάραξη στρατηγικής για τα ναρκωτικά ανήκει θεσμικά στην πολιτεία, εν τούτοις την πρωτοβουλία πήραν ήδη τα ίδια τα θεραπευτικά προγράμματα και «ξεπέρασαν» τους χαράσσοντες πολιτική.

Κλείνοντας, κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί, άλλη μία φορά, η επικρατούσα σήμερα επιστημονική αντίληψη σχετικά με τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης, η οποία προτείνει την πολυμορφία των θεραπευτικών προγραμμάτων, την εξειδίκευση και τον πλουραλισμό των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Στόχος των προγραμμάτων πρέπει να είναι η κατά το δυνατόν πληρέστερη κάλυψη των διαφοροποιημένων αναγκών του κάθε χρήστη, η παραπομπή του στο καταλληλότερο γι'αυτόν θεραπευτικό πρόγραμμα και η μακροχρόνια παρακολούθησή του, μέσω συστηματικής μεταθεραπευτικής φροντίδας. Μόνο έτσι εξασφαλίζεται η επιτυχέστερη δυνατή έκβαση της θεραπείας της ουσιοεξάρτησης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΕΚΤΕΠΝ, *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιο-  
πνευματωδών στην Ελλάδα 2008*, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα, 2009.
- EMCDDA, *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη 2008*, Ευρωπαϊκό Κέ-  
ντρο Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, 2009:
- EMCDDA, Selected issue. "Successful treatment", In: EMCDDA 2002, *Annual report on the  
state of the drugs problem in the European Union and Norway*, 2002.
- HEALTH AND CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE- GENERAL, *EU-Report Qual-  
ity of Treatment Services in Europe – Drug Treatment Situation and Exchange of Good  
Practice*, Centre for Interdisciplinary Addiction Research, University of Hamburg, 2008.
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Κίτσος Γ., *Τρόπος ζωής και αντιλήψεις εφήβων μαθητών: Νεότερα στοι-  
χεία από τη διεθνή έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ελλάδα και σε άλλες 40  
χώρες*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008.
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Κίτσος Γ., *Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από άλλες 34 χώρες*, Εκδό-  
σεις Παπαζήση, Αθήνα, 2009.
- ΚΕΘΕΑ (2009): ΚΕΘΕΑ 2008: *Απολογισμός έργου*. ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.
- Μαλλιώρη Μ., Κωνσταντοπούλου Κ., *Εναλλακτικά της φυλάκισης προγράμματα για παραβάτες  
χρήστες παράνομων ουσιών*, ΠοινΔικ 4/2009 (ΕΤΟΣ 12ο), 471-75.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health (1999), *Principles of  
drug addiction treatment. A research-based guide*, NIH Publication No. 99-4180 Printed  
October 1999.
- ΟΚΑΝΑ, *Έκθεση Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών: Απολογισμός έργου τριετίας 1999-2002*.  
ΟΚΑΝΑ, Αθήνα, 2002.

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- <http://www.dart.gov.gr>  
[http://europa.eu/legislation\\_summaries](http://europa.eu/legislation_summaries)  
<http://www.ektepn.gr>  
<http://www.emcdda.europa.eu>  
<http://www.ministryofjustice.gr>  
<http://www.okana.gr>  
<http://www.nida.nih.gov>  
<http://www.prevention.gr>

## Γενικές αρχές θεραπευτικής αντιμετώπισης στην ουσιοεξάρτηση και τον αλκοολισμό

---

**Ιωάννης Α. Λιάπας**

*Καθηγητής Ψυχιατρικής*

*Επιστημονικός Υπεύθυνος Προγράμματος «Αθηνά»*

*Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο*

Η κατάχρηση αλκοόλ και η εξάρτηση απ' αυτό αναφέρονται κοινώς ως αλκοολισμός. Εξαιτίας της ασάφειάς του ωστόσο, ο όρος αλκοολισμός δεν χρησιμοποιείται πλέον στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV), όπως και στα περισσότερα άλλα επίσημα αναγνωρισμένα διαγνωστικά συστήματα.

Η διάκριση μεταξύ της φυσιολογικής και παθολογικής χρήσης αλκοόλ δεν είναι πάντοτε εύκολη, γι' αυτό και η οριοθέτηση μεταξύ εξάρτησης-μη εξάρτησης είναι συχνά δύσκολη. Στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ο Σουηδός ιατρός Huss χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο αλκοολισμός. Η δεκαετία του 1960 αποτέλεσε σταθμό όσον αφορά τον προβληματισμό για τη σαφήνεια και τη λειτουργικότητα των όρων αλκοολισμός και αλκοολικός. Το '60, ο Αμερικανός ιατρός Jellinek υποστήριξε ότι ο όρος αλκοολισμός δηλώνει διαφορετικές καταστάσεις σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Με το ίδιο σκεπτικό, την ίδια χρονιά ο Keller πρότεινε ότι κανένας μονοδιάστατος ορισμός του αλκοολισμού δεν είναι κατάλληλος για όλους τους ερευνητικούς σκοπούς. Κατά τον Bleuler, αλκοολικός είναι εκείνος ο οποίος λόγω της κατάχρησης του οινοπνεύματος βλάπτει την οικογένειά του, αδυνατώντας να το καταλάβει και δίχως να έχει τη θέληση και τη δύναμη να βελτιωθεί. Το 1977, ο Edwards διαφοροποίησε αυτό που ονόμασε «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» από τα «προβλήματα ή τις ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ». Το σύνδρομο αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ τα προβλήματα στις ψυχολογικές, σωματικές

και κοινωνικές δυσλειτουργίες/βλάβες που οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλ. Πολύ συχνά το σύνδρομο και τα προβλήματα συνυπάρχουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, τα παραπάνω εμφανίζονται ανεξάρτητα το ένα από το άλλο.

Σε γενικές γραμμές, αλκοολικός χαρακτηρίζεται ο πότης ο οποίος εξαιτίας των σωματικών ή ψυχικών επιπτώσεων από την κατάχρηση αλκοόλ βλάπτει την κοινωνική του θέση. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς με επαναλαμβανόμενη χρήση οινοπνευματωδών ποτών σε ασύμβατη ποσότητα με τις διαιτητικές συνήθειες και τα κοινωνικά πρότυπα τα οποία επηρεάζουν την υγεία και τη λειτουργικότητα του χρήστη. Ο όρος αλκοολικός τείνει τα τελευταία χρόνια να αντικατασταθεί από τον όρο εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα.

Παράλληλα, και τα ναρκωτικά συνιστούν ένα μείζον πρόβλημα σε διεθνές επίπεδο. Στη διάρκεια του 20ού αιώνα, η ραγδαία ανάπτυξη της χημείας οδήγησε στη σύνθεση πολλών ψυχοτρόπων ουσιών. Ταυτόχρονα, η μεγάλη ανάπτυξη της επικοινωνίας μεταξύ των κρατών είχε ως αποτέλεσμα την εύκολη διάδοση και διακίνηση των ψυχοτρόπων ουσιών. Όλοι γνωρίζουμε πως το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης έχει τραγικές πολλές φορές επιπτώσεις και στο εξαρτημένο άτομο αλλά και στο στενό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.

Η εξάρτηση από ουσίες ή από οινόπνευμα αποτελεί την πλέον διαδεδομένη ψυχική διαταραχή. Πρώτη θέση κατέχει η εξάρτηση από το οινόπνευμα, ακολουθεί η κατάχρηση κάνναβης και στη συνέχεια η διπλή/πολλαπλή εξάρτηση (μεθαδόνη/οινόπνευμα, μεθαδόνη/κοκαΐνη, μεθαδόνη/κοκαΐνη/οινόπνευμα). Διάφορες ψυχικές παθήσεις συνυπάρχουν με τη χρήση ουσιών σε ποσοστό >50%, με αποτέλεσμα η συννοσηρότητα να αποτελεί σχεδόν τον κανόνα στις περιπτώσεις των χρηστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η παράλληλη διάγνωση κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας κυμαίνεται από 50-90%, η διάγνωση συναισθηματικής ή και αγχώδους διαταραχής μεταξύ 20-60% και των ψυχωσικών διαταραχών μεταξύ 0-20%.

Η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και της ψυχοπαθολογίας είναι σύνθετη. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ψυχικές διαταραχές προϋπάρχουν της χρήσης και πως η χρήση ουσιών γίνεται στα πλαίσια αυτοθεραπείας. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι οι ψυχικές διαταραχές συνιστούν είτε αποτέλεσμα της φαρμακολογικής δράσης των ουσιών καθυπνών είτε έκφραση των κοινωνικοπολιτισμικών συνεπειών που προκαλεί η χρήση. Τέλος, η συνύπαρξη των δύο καταστάσεων μπορεί να αποτελεί διαφορετική ή και παράλληλη έκφραση μιας αιτιολογικής κοινής διαταραχής.

Εν γένει, ο όρος συννοσηρότητα ή παράλληλη νοσηρότητα αναφέρεται στη χρονική συνύπαρξη δύο διαφορετικών διαταραχών –είτε στον άξονα Ι ή ΙΙ του DSM-IV είτε του ICD-10– και όχι στην ταυτόχρονη κλινική εκδήλωση αλληλοεπικαλυπτόμενων ομάδων συμπτωμάτων. Ο όρος συννοσηρότητα παραπέμπει στη δυνατότητα ύπαρξης διπλής ή πολλαπλής διάγνωσης, όπου ο κλινικός δεν δίνει αξιολογικά προτεραιότητα σε καμία από τις διαγνώσεις. Οι χρήστες είναι κυρίως άνδρες, με θετικό οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό ή αλκοολισμό. Χρήστες με διπολική συναισθηματική διαταραχή εμφανίζουν βαρύτερη ψυχοπαθολογία και μεγαλύτερη διακύμανση στη διάθεση. Οι χρήστες με παράλληλη ψυχοπαθολογία έχουν χειρότερη πρόγνωση, περισσότερες υποτροπές, πτωχή συμμόρφωση, χαμηλή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και μεγαλύτερη δυσκολία να πετύχουν αποχή. Οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, οι συνθετικές ουσίες, τα παραισθησιογόνα και η κάνναβη προκαλούν ψυχιατρικά συμπτώματα ή πυροδοτούν υποτροπές των ψυχικών νόσων. Πολλές ψυχοτρόπες ουσίες χρησιμοποιούνται από τους χρήστες για λόγους αυτοθεραπείας. Πολλοί ψυχικά πάσχοντες νεαρής ηλικίας προτιμούν τον εαυτό τους χρήστη από ψυχασθενή. Η προοδευτική έκπτωση λόγω ψυχικής νόσου τούς περιθωριοποιεί μαζί με τους χρήστες ουσιών. Παράλληλη χρήση οπιοειδών, διεγερτικών ουσιών, βενζοδιαζεπινών ή οινόπνευματος συνοδεύεται συχνά με υψηλή ψυχοπαθολογία του τύπου έντονου άγχους, κατάθλιψης, παρανοϊκού ιδεασμού και ψυχωσικής συνδρομής. Άτομα με ψυχιατρική συμπτωματολογία εμπλέκονται συχνότερα με χρήση ουσιών.

Όλες οι υποομάδες χρηστών δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν με την ίδια θεραπευτική προσέγγιση, λόγω των διαφορετικών αναγκών τους. Χρήστες με παράλληλη ψυχοπαθολογία είναι αποδέκτες της μικρότερης ψυχιατρικής βοήθειας: οι αρμόδιες υπηρεσίες θεωρούν ότι τα άτομα αυτά δεν εμπίπτουν εντός των κριτηρίων αποδοχής, με αποτέλεσμα τα θεραπευτικά αποτελέσματα να είναι πτωχά και η πρόγνωση δυσμενής. Η ψυχοπαθολογία που προκύπτει από τη χρήση συχνά υποτιμάται και οι χρήστες παραπέμπονται σε αμιγώς ψυχιατρικές υπηρεσίες. Άλλα προβλήματα είναι ότι η πλειονότητα των ψυχιατρικών θεραπευτικών υπηρεσιών δεν επαρκεί για να αντιμετωπίσει τη συνολική φύση του προβλήματος και τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα δεν διαθέτουν το απαιτούμενο ψυχιατρικό υπόβαθρο γνώσεων.

Για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων από το οινόπνευμα ατόμων και των ουσιοεξαρτημένων θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα παρακάτω. Η απόσυρση από το αλκοόλ οδηγεί σε στερητικό σύνδρομο που εκδηλώνεται με ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων που κατά κανόνα αναπτύσσονται στα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα μέσα σε 6 έως 72 ώρες από την κατανάλωση του τελευταίου

ποτού. Τα συμπτώματα απόσυρσης από το αλκοόλ είναι συχνά ήπια αλλά μπορούν να εξελιχθούν σε σοβαρή –και σε σπάνιες περιπτώσεις θανατηφόρα– κατάσταση. Στην πλειοψηφία τους αντιπροσωπεύουν υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλαδή το αντίστροφο της αλκοολικής τοξίκωσης. Σε πολλές περιπτώσεις, τα συμπτώματα της απόσυρσης από το αλκοόλ δεν απαιτούν φαρμακοθεραπεία και εξαλείφονται μέσα σε δύο έως επτά ημέρες μετά το τελευταίο ποτό. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις ενδείκνυται φαρμακοθεραπεία δεδομένου του κινδύνου των επιληπτικών κρίσεων και του αλκοολικού στερητικού παραληρήματος. Εφόσον η βαρύτητα της απόσυρσης ποικίλλει πολύ και δεν μπορεί να προβλεφθεί με βάση την κατανάλωση αλκοόλ στη βασική γραμμή αναφοράς, η ποσότητα των φαρμάκων που απαιτείται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων πρέπει να εξατομικεύεται.

Όλες οι βενζοδιαζεπίνες φαίνεται ότι είναι εξίσου αποτελεσματικές στη θεραπεία της απόσυρσης από το αλκοόλ, αλλά τα φάρμακα μακράς δράσης μπορεί να είναι αποτελεσματικότερα στην πρόληψη των οφειλόμενων στην αποτοξίνωση επιληπτικών κρίσεων. Η χρήση των βενζοδιαζεπινών, κυρίως της διαζεπάμης 25-100 mgg/ημέρα per os και ενδομυϊκώς, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την αποφυγή και την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου. Επίσης, χορηγούνται πολυβιταμινούχα σκευάσματα (θειαμίνη ή βιταμίνη B<sub>1</sub>, βιταμίνη B<sub>6</sub>, βιταμίνη B<sub>2</sub>). Στους εξαρτημένους από το οινόπνευμα χρησιμοποιούνται φάρμακα όπως η ναλτρεξόνη, η δισουλφιράμη και η ακαμπροζάτη –χωριστά ή σε συνδυασμό– για την αντιμετώπιση κυρίως της επιθυμίας για αλκοόλ, καθώς και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Από την άλλη, η θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων από τα ναρκωτικά γίνεται με χρήση υποκατάστατων, όπως μεθαδόνη, βουπρενορφίνη, ανταγωνιστές οπιοειδών. Στο πλαίσιο της μεταθεραπευτικής φροντίδας, δηλαδή μετά τη διαδικασία αποτοξίνωσης, εντάσσεται η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Πολλοί ειδικοί τονίζουν ότι ο χρήστης πριν αρχίσει την ψυχοθεραπεία θα πρέπει να κάνει αποχή τουλάχιστον έξι μήνες.

Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί ένα σοβαρό διεθνές πρόβλημα. Η ουσιοεξάρτηση έχει ως επακόλουθο πλήθος προβλημάτων σχετιζόμενων με τους χρήστες, τον οικογενειακό, τον εργασιακό και τον ευρύτερο κοινωνικό τους χώρο. Παρά την εμπειρία της ανθρωπότητας με τα ναρκωτικά για διάστημα μισού αιώνα, λίγες είναι αναλογικά οι προσπάθειες που έγιναν στον προληπτικό τομέα. Τα προληπτικά μοντέλα που κατά καιρούς εφαρμόστηκαν ξεκινούν από απλοϊκές, εκφοβιστικού τύπου τεχνικές και φτάνουν ως τις πιο σύνθετες και πολυπαραγοντικές πολιτικές πρόληψης, οι οποίες περιλαμβάνουν την καταστολή, τις προσπάθειες ελέγχου της παραγωγής, της διακίνησης,

της προσφοράς και γενικότερα της ζήτησης και της διαθεσιμότητας των ψυχοτρόπων ουσιών.

Μετά την επιδημία των ναρκωτικών κατά την περίοδο 1960-1970, παράλληλα με την καταστολή (αστυνόμευση), άρχισαν να εφαρμόζονται και προγράμματα ανάπτυξης της ψυχοκοινωνικής υγείας των ομάδων υψηλού κινδύνου με στόχο τη μείωση της ζήτησης. Οι αρχικές προσπάθειες βασίζονταν σε περιοριστικά μέτρα και εκφοβιστικές νουθεσίες, χειρισμοί που πολλές φορές έφερναν αντίθετα αποτελέσματα εξάπτοντας τη φαντασία των νέων (εφηβική ατρωτότητα). Κλασικό μοντέλο πρόληψης υπήρξε το 1945 εκείνο του G.Caplan, το οποίο περιλαμβάνει τρεις μορφές πρόληψης:

- Την *πρωτογενή πρόληψη* που περιλαμβάνει την αποτροπή της χρήσης ουσιών και απευθύνεται στις ομάδες υψηλού κινδύνου.
- Τη *δευτερογενή πρόληψη* που αποτελείται από δύο σκέλη:

Το πρώτο σκέλος περιλαμβάνει τις έγκαιρες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενός συμπτώματος, μιας ψυχοπαθολογικής ή κοινωνικής δυσλειτουργίας του ατόμου, παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν μια ευτρωτότητα σε κάποιους, με συνακόλουθο την εμπλοκή τους με τις ουσίες.

Το δεύτερο σκέλος συνιστά εξειδικευμένη διαδικασία εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων ομάδων πρόληψης, ομάδων γειτονιάς, ειδικών κέντρων νέων κ.ο.κ. που απευθύνονται σε νέους και σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Επίσης, το δεύτερο σκέλος προσπαθεί να αποτρέψει τους νέους που πειραματίζονται με ουσίες να εγκαταστήσουν σταθερές συμπεριφορές χρήσης.

- Την *τριτογενή πρόληψη* που αποτελεί μεταθεραπευτική διαδικασία και αποσκοπεί στην πρόληψη των υποτροπών και την επανένταξη του «καθαρού» χρήστη σε ένα προσαρμοστικό τρόπο ζωής (π.χ. ο πρώην αλκοολικός). Στην πράξη υπάρχει αλληλοεπικάλυψη των ορίων μεταξύ των τριών τομέων πρόληψης.

Στο παρελθόν επικρατούσε η λανθασμένη άποψη ότι οι τεχνικές και το μήνυμα έπρεπε να απευθύνονται με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις ομάδες πληθυσμού, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δημογραφικές, μορφωτικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές διαφορές, το είδος της ουσίας και ο τρόπος χρήσης. Η τρέχουσα επιστημονική γνώση υποστηρίζει ότι:

- Η οικογένεια, η πορεία της ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης και η προηγούμενη σχετικά με τις ουσίες ενημέρωση και εμπειρία του κάθε ατόμου διαμορφώνει

μια μεγάλη ετερογένεια αναφορικά με τις απόψεις και τις συμπεριφορές των χρηστών σχετικά με τα ναρκωτικά.

- Εκτός των ομάδων υψηλού κινδύνου μεταξύ των ατόμων προεφηβικής, εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, υπάρχουν ομάδες υψηλού κινδύνου μεταξύ πληθυσμών, όπως οι γυναίκες που πάσχουν από χρόνια αλγινά ή αγχώδη σύνδρομα και τους συνταγογραφούνται εθιστικά φάρμακα, οι ιατρογενείς χρήστες, οι κινητοί πληθυσμοί, οι μειονότητες και εν γένει άτομα που βρίσκονται σε κρίσιμες και επιβαρυνμένες περιόδους της ζωής τους.

Πέρα από τη στείρα ενημέρωση και την καταστολή της διακίνησης ουσιών, οι νέες προληπτικές τεχνικές επικεντρώνονται στον χρήστη και όχι στην ουσία. Τα μοντέλα αυτά δίνουν έμφαση σε ψυχοπαθολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, στην ανάπτυξη και τη λειτουργία της οικογένειας, στην υγιεινοδιαιτητική αγωγή του ατόμου, στα προβλήματα των διαπροσωπικών του σχέσεων και στο αίσθημα της γενικότερης κοινωνικής ασφάλειας, παράγοντες που συνδέονται στενά με την έναρξη, την ανάπτυξη και τη συντήρηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης.

Ο κοινός τρόπος πληροφόρησης προς όλες τις ομάδες πληθυσμού αποτελεί μια εσφαλμένη τακτική. Ο τρόπος προσέγγισης προς μια ομάδα υψηλού κινδύνου πρέπει να διαμορφώνεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, από το είδος του μηνύματος και από τον επιδιωκόμενο στόχο. Τα νέα προληπτικά προγράμματα αποσκοπούν στην ανάπτυξη των θετικών μηχανισμών του ατόμου ώστε να εκπαιδευτεί και να ασκηθεί για να μπορέσει να πει όχι όταν συναντηθεί με τα ναρκωτικά. Οι τεχνικές αυτές απευθύνονται στον έφηβο, στην οικογένεια και στο σχολείο.

Τα μέτρα καταστολής και κοινωνικού ελέγχου που αφορούν νομοθετήσεις σχετικές με την παραγωγή, τη διακίνηση, την κατοχή, την εμπορία και τη χρήση ουσιών δεν είναι δυνατόν να επιλύσουν ολοκληρωτικά ένα τόσο πολυπαραγοντικό πρόβλημα. Τα μέτρα αυτά γίνονται αποτελεσματικότερα εφόσον συνδυαστούν με νεότερες προληπτικές, καθώς δεν γίνεται να περιμένουμε τα πάντα από τα νομοθετικά μέτρα. Εξάλλου, η συναισθηματική προσέγγιση τοποθετεί την τοξικομανία μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Η τεχνική αυτή αποσκοπεί στην ανάπτυξη των απαραίτητων δεξιοτήτων ώστε το άτομο να αντιπαρέλθει την προσφορά των ναρκωτικών όταν τύχει να διασταυρωθεί μαζί τους (βλ. Προγράμματα «Λέγε όχι!»).

## Προγράμματα εκπαίδευσης για την προαγωγή της υγείας

Με πρωτοβουλία της ΕΟΚ τα προγράμματα αυτά άρχισαν το 1981. Πληθυσμοί-στόχοι αποτελούν τα παιδιά της σχολικής ηλικίας, οι έφηβοι, το οικογενειακό και το ευρύτερο σχολικό περιβάλλον τους. Στις συμπεριφορές εξάρτησης συμπεριλαμβάνονται εξίσου νόμιμες και παράνομες εθιστικές ουσίες (καπνός, αλκοόλ). Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί μέρος ενός συνόλου παθολογικών συμπεριφορών που συνδέονται και αλληλοενισχύονται. Κύρια αντίληψη είναι ότι η αγωγή υγείας συνιστά εκπαιδευτική διαδικασία που ενισχύει το άτομο ώστε να δρα σωστά και αποτελεσματικά στην καθημερινή του ζωή. Στόχοι αποτελούν η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η κοινωνικοποίηση, η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, η ενεργητική μάθηση και η επισήμανση της αξίας ενός υγιούς τρόπου ζωής.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να υπάρχει ποικιλομορφία προληπτικών τεχνικών, οι στόχοι και οι ανάγκες ενός πληθυσμού-στόχου θα πρέπει να είναι ξεκάθαροι και όλες οι εθιστικές ουσίες (με τη σχετική προτεραιότητα) θα πρέπει να αποτελούν στόχους των προγραμμάτων. Η οικογένεια, οι φίλοι, οι συμμαθητές και οι διάφορες κοινωνικές ομάδες επίδρασης παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της γνώμης του νέου για τα ναρκωτικά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Davis K.M, Wu J.Y., "Role of glutamatergic and GABAergic systems in alcoholism", *J Biomed Sci* 8 (2001), 7-19.
- Hughes P.H., Baldwin D.C., Sheehan D.V., Conrad S., Storr C.L., "Resident physician substance use, by specialty", *Am J Psychiatry* 149 (1992) 1348.
- Jellinek E.M., *The disease concept of alcoholism*, New Haven, CT, College and University Press, 1960.
- Liappas I.A., Jenner F.A., Vicente B., "Withdrawal symptom", *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 21(3) (1987), 214-218.
- Λιάππας Ι.Α., Πομίνι Β., *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα θέματα*, ITACA Ελληνικό Τμήμα, 2004.
- Λιάππας Ι.Α., Μέλλος Ε.Δ., Πομίνι Β., *Κατάχρηση & Εξάρτηση από οινόπνευμα, προβλήματα & αντιμετώπιση*. ITACA Ελληνικό Τμήμα, 2006.
- Λύκουρας Α., Σολδάτος Κ., *Αλκοολισμός. Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*, Εκδόσεις Βήτα, 2007.



## Η ευθραυστότητα της εφηβείας και οι συμπεριφορές κινδύνου

---

**Άννα Κοκκέβη**

*Αναπ. Καθηγήτρια Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*

*Μέλος του Δ.Σ. του ΕΠΙΨΥ*

### Εισαγωγή

Είμαστε όλοι λίγο έως πολύ ευάλωτοι. Η ευθραυστότητα είναι δεδομένη στη ζωή όλων μας. Με άλλα λόγια, σε όλους μας μπορεί να συμβούν δυσάρεστες καταστάσεις σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής μας. Μπορεί να αρρωστήσουμε, να τραυματιστούμε σοβαρά, να μην καταφέρουμε να αξιοποιήσουμε τις ικανότητές μας, μπορεί να τινάξουμε στον αέρα κάποια ευκαιρία που μας δόθηκε. Κάποιοι από εμάς είναι περισσότερο ευάλωτοι από άλλους. Μπορεί να έχουμε γεννηθεί με μικρότερη φυσική αντοχή ή σε λιγότερο ευνοϊκές κοινωνικές συνθήκες. Χωρίς να ευθυνόμαστε εμείς οι ίδιοι, ενδέχεται να ζήσουμε καταστάσεις βίας ή να αρρωστήσουμε σοβαρά. Άτομα με αναπτυγμένη την προσωπική ευθύνη κάνουν ό,τι μπορούν για να περιορίσουν την προσωπική τους ευάλωτη φύση. Επίσης, μια υπεύθυνη κοινωνία αναπτύσσει μέτρα και πολιτικές για να μειώσει τους κινδύνους νοσηρότητας που διατρέχουν τα μέλη της.

Από την άλλη μεριά, για πολλές από τις καταστάσεις που μας κάνουν ευάλωτους ευθυνόμαστε εμείς οι ίδιοι. Τις δημιουργούμε. Υιοθετούμε, για παράδειγμα, κακές συνήθειες διατροφής, δεν ασκούμεθα αρκετά, κάνουμε κατάχρηση ουσιών, δεν προσέχουμε στην οδήγηση. Πιστεύουμε ότι το κακό δεν θα συμβεί σε εμάς, διακατεχόμενοι από την αίσθηση ότι είμαστε άτρωτοι. Η αίσθηση ότι κάποιος είναι άτρωτος είναι πιο έντονη στα νεότερης ηλικίας άτομα: χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τους εφήβους και συνδέεται με την εξ ορισμού καλή κατάσταση της υγείας στις νεαρές ηλικίες. Η μειωμένη αντίληψη που έχει ο έφηβος για τον κίνδυνο τον κάνει συχνά να δοκιμάζει τα όριά του με ακραίες συμπεριφορές, τις λεγόμενες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στις τελευταίες οφείλονται πολλά σοβαρά ατυχήματα (αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου στην εφηβική ηλικία),

η χρήση ναρκωτικών και άλλες καταστάσεις που αυξάνουν τη νοσηρότητα αργότερα στην ενήλικη ζωή. Συμπεριφορές και συνήθειες των ενηλίκων που απειλούν την υγεία τους υιοθετούνται τις περισσότερες φορές στην προεφηβική και στην εφηβική περίοδο.

### **Τα χαρακτηριστικά της εφηβείας ως παράγοντες ευθραυστότητας**

Η περίοδος της εφηβείας χαρακτηρίζεται από ραγδαίες σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές που κάνουν δύσκολη τη ζωή, όχι μόνον του εφήβου αλλά και του περιβάλλοντός του. Οι μεταβολές αυτές συνδέονται με βιολογικούς/γενετικούς (κληρονομική προδιάθεση) καθώς και με περιβαλλοντικούς παράγοντες (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα, διαπαιδαγώγηση, πρότυπα). Οι βιολογικοί και οι γενετικοί παράγοντες βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο βαθμός συμμετοχής τους στα χαρακτηριστικά του κάθε εφήβου.

Το πόσο ευάλωτη είναι η εφηβική ηλικία τεκμηριώνεται από το γεγονός ότι στη διάρκεια της εφηβείας εμφανίζονται συνήθως –με διαφορετική ένταση στην κάθε περίπτωση– διαταραχές στη συμπεριφορά και στο συναίσθημα. Συνηθέστερες από τις διαταραχές αυτές είναι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, οι βίαιες ή παραπρωματικές συμπεριφορές, οι διαταραχές στη λήψη τροφής –βουλιμία, ανορεξία–, το καταθλιπτικό συναίσθημα, οι απόπειρες αυτοκτονίας. Στα αγόρια εμφανίζονται συχνότερα οι διαταραχές συμπεριφοράς, όπως παρορμητικότητα και επιθετικότητα. Αντίθετα, στα κορίτσια εκδηλώνονται συχνότερα συναισθηματικές διαταραχές, όπως ψυχοσωματικά συμπτώματα, καταθλιπτικό συναίσθημα ή διαταραχές που σχετίζονται με το σώμα, λόγου χάρη η ψυχογενής ανορεξία.

Μεταξύ των κυριότερων τυπικών χαρακτηριστικών της εφηβείας που καθιστούν το άτομο ευάλωτο είναι τα ακόλουθα:

- *Περίεργεια*: ωθεί τον έφηβο στην αναζήτηση νέων εμπειριών, όπως ριψοκίνδυνων δραστηριοτήτων με συνέπεια τους τραυματισμούς είτε τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.
- *Συναισθηματική δυσφορία*: η προσπάθεια ανακούφισης του οδυνηρού συναισθήματος μπορεί να οδηγήσει στη χρήση ουσιών ως ένα είδος αυτοθεραπείας ή και στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- *Αυξημένη ευαισθησία ως προς την εικόνα του εαυτού*: μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές όπως αυτές της διατροφής (π.χ. ψυχογενής ανορεξία).
- *Ανάγκη αποδοχής από τους συνομηλίκους*: συντελεί στην απομάκρυνση του εφή-

βου από την οικογένεια και την προσκόλληση –με ενδεχόμενη και την υπερβολική του συμμόρφωση– σε συμπεριφορές της ομάδας των φίλων που θέτουν σε κίνδυνο την ψυχοσωματική του υγεία.

Δεν είναι εύκολο να διαχωριστούν τα όρια του φυσιολογικού από το παθολογικό στην περίοδο της εφηβείας. Για τους περισσότερους εφήβους οι αποκλίσεις στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά αποτελούν χαρακτηριστικά του εξελικτικού σταδίου της εφηβείας, τα οποία στη συνέχεια υποχωρούν ή εξαλείφονται.

Δύσκολα θα βρει κανείς γονείς εφήβων που να μην τους απασχολούν ερωτήματα όπως : «Τι θα πρέπει να κάνω; Το παιδί μου... Άρχισε να καπνίζει, Μέθυσε για πρώτη φορά, θα το επαναλάβει; Πήρε ναρκωτικά, Δεν τα πάει καλά στο σχολείο, Κάνει σκασιαρχείο, Έφυγε από το σπίτι, Κοιτάζει πολλές ώρες τηλεόραση, Κάθεται με τις ώρες στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, Θέλει να κάνει τατουάζ, Ονειρεύεται να υποβληθεί σε αισθητική χειρουργική, Το κοροϊδεύουν στο σχολείο, Ενδιαφέρεται μόνο για τη μουσική, Χρησιμοποιεί άσχημες λέξεις, Θυμώνει με το παραμικρό, Είναι επιθετικό και βίαιο, Έκανε απόπειρα αυτοκτονίας, Έχει πρόβλημα με το φαγητό: είναι βουλιμικό ή είναι ανορεκτικό, Συναναστρέφεται άσχημες παρέες, Δεν έχει όρεξη για τίποτα, κοιμάται την ημέρα, Έχει σεξουαλικές σχέσεις, κ.ο.κ.».

Αν και στην πλειοψηφία των εφήβων οι καταστάσεις αυτές είναι παροδικές, σε άλλους αποτελούν πρόωρους προγνωστικούς δείκτες για την εμφάνιση νοσηρών καταστάσεων αργότερα στην εφηβεία αλλά και στην ενήλική ζωή. Η προστασία κατά της εξέλιξης των συμπεριφορών κινδύνου σε νοσηρές καταστάσεις προϋποθέτει την έγκαιρη αναγνώρισή τους και την έγκαιρη παρέμβαση. Όσο νωρίτερα επέμβουμε τόσο περισσότερο μειώνουμε τις πιθανότητες της παγίωσης συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο την ψυχοκοινωνική υγεία στη διάρκεια της εφηβείας αλλά και αργότερα. Για παράδειγμα, επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι όσο καθυστερεί η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών τόσο μειώνεται η πιθανότητα της εξάρτησης καθώς και άλλων προβλημάτων σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας που συνδέονται με τη χρήση.

Η γνώση της έκτασης και της μορφής των συμπεριφορών που απειλούν τη σωματική και ψυχική υγεία των εφήβων καθώς και των παραγόντων που συνδέονται με τις συμπεριφορές αυτές αποτελούν την επιστημονική βάση για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης. Έρευνες που ανταποκρίνονται στην ανάγκη αυτή πραγματοποιούνται στη χώρα μας από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).

## **Οι πανελλαδικές έρευνες του ΕΠΙΨΥ στους εφήβους μαθητές**

Στη χώρα μας, η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και στη συνέχεια το ΕΠΙΨΥ υλοποιούν από τις αρχές της δεκαετίας του '80 πανελλήνιες έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό εφηβικής ηλικίας, οι οποίες τις δύο τελευταίες δεκαετίες επαναλαμβάνονται συστηματικά ανά τετραετία. Οι έρευνες αυτές εντάσσονται από τα μέσα της δεκαετίας του '90 στο πλαίσιο δύο πανευρωπαϊκών ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό: α. της έρευνας ESPAD που πραγματοποιείται υπό την αιγίδα της Ομάδας Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης και επικεντρώνεται στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, και β. της έρευνας HSBC που πραγματοποιείται υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και επικεντρώνεται στις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία. Το πανευρωπαϊκό πλαίσιο των ερευνών μάς επιτρέπει να συγκρίνουμε τους εφήβους στη χώρα μας με αυτούς 35-40 περίπου άλλων χωρών που συμμετέχουν στα δύο προγράμματα.

Στις πανελλήνιες έρευνες, στις οποίες στο εξής θα αναφερόμαστε χρησιμοποιώντας τη σύντμηση των πανευρωπαϊκών ερευνών, συμμετέχουν περίπου 4.000 μαθητές ηλικίας 11, 13 και 15 ετών (έρευνα HBSC - Currie και συν, 2008) και περίπου 10.000 μαθητές ηλικίας 13-18 ετών (έρευνα ESPAD - Hibell και συν, 2009). Στη συνέχεια παρουσιάζονται, από τις δύο πανελλήνιες έρευνες, ορισμένα από τα σημαντικότερα ευρήματα για τις συμπεριφορές των εφήβων που θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχοκοινωνική τους υγεία. Τα στοιχεία αυτά βασίζονται στις δύο τελευταίες έρευνες που έγιναν το 2006 (HBSC - Κοκκέβη και συν, 2008α, 2008β) και το 2007 (ESPAD - 2008α, 2009).

## **Συμπεριφορές κινδύνου για τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία**

### *Σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία*

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, το πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι διαδεδομένο στους Έλληνες εφήβους με ένα στα τέσσερα αγόρια να είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Τα κορίτσια, αν και σε μικρότερο ποσοστό παχύσαρκα σε σύγκριση με τα αγόρια, φαίνεται να επιδεικνύουν ιδιαίτερη ευαισθησία στο βάρος τους, με ένα στα τρία να θεωρεί το σώμα του βαρύ και ένα περίπου στα τέσσερα να αναφέρει πως κάνει δίαιτα. Ως προς τις διατροφικές συνήθειες, θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι πάνω από τα μισά παιδιά φεύγουν καθημερινά για το σχολείο χωρίς να έχουν πάρει πρωινό. Τέλος, συχνοί είναι και οι τραυματισμοί, ιδιαίτερα στα αγόρια, τα οποία αναφέρουν ότι είχαν τουλάχιστον δύο

τραυματισμούς μέσα στον τελευταίο χρόνο. Αρκετοί είναι οι μαθητές που εμφανίζουν συχνά ψυχοσωματικά ενοχλήματα, όπως πονοκεφάλους, νευρική, δυσκολία στον ύπνο, δυσκολία στη συγκέντρωση της προσοχής. Ιδιαίτερη ευαισθησία στα ψυχοσωματικά συμπτώματα χαρακτηρίζει τα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια.

**Πίνακας 1. Σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία (Έρευνα HBSC/WHO<sup>1)</sup>)**

|                                              | ΦΥΛΟ        |               |
|----------------------------------------------|-------------|---------------|
|                                              | Αγόρια<br>% | Κορίτσια<br>% |
| <b>ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b>                        |             |               |
| Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι                       | 24,5        | 12,8          |
| Πιστεύουν ότι το σώμα τους είναι παχύ        | 24,6        | 32,4          |
| Κάνουν δίαιτα αυτήν την περίοδο              | 10,6        | 23,9          |
| Δεν τρώνε πρωινό κάθε μέρα                   | 52,8        | 60,8          |
| Είχαν ≥2 τραυματισμούς τον τελευταίο χρόνο   | 19,6        | 10,3          |
| <b>ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ</b>               |             |               |
| Πονοκέφαλος (≥1 φορά την εβδομάδα)           | 8,6         | 23,4          |
| Νευρική (≥1 φορά την εβδομάδα)               | 27,8        | 39,3          |
| Δυσκολία στον ύπνο (≥1 φορά την εβδομάδα)    | 12,6        | 17            |
| Δυσκολία συγκέντρωσης (≥1 φορά την εβδομάδα) | 19,5        | 28,4          |

<sup>1)</sup> Στοιχεία έρευνας HBSC/WHO 2006 σε 1.762 αγόρια και 1.953 κορίτσια - Ηλικίες 11,13 και 15.

#### *Σχολική προσαρμογή και υπερβολική παραμονή μπροστά στην οθόνη*

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι πάνω από τα μισά αγόρια (60%) και σχεδόν τα μισά κορίτσια (41%) αναφέρουν ότι συμμετείχαν, μέσα στους δύο τελευταίους μήνες, σε εκφοβισμό άλλων μαθητών (έντονη υποβιβαστική κοροϊδία ή και άλλου τύπου επιθετική συμπεριφορά), ενώ λίγο χαμηλότερα είναι τα ποσοστά των μαθητών που έχουν υποστεί εκφοβισμό από τους άλλους μαθητές χωρίς, σε ίδιο ποσοστό και στα δύο φύλα (51%). Όπως φαίνεται στον πίνακα 2, συχνή συμπεριφορά εκφοβισμού (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα) εκδηλώνει μια μεγάλη μειοψηφία των αγοριών, ενώ αντιθέτως περισσότερα κορίτσια απ' ό,τι αγόρια αναφέρουν ότι υπήρξαν, με την ίδια συχνότητα, θύματα εκφοβισμού. Τέλος, αρκετοί μαθητές αναφέρουν ότι έλειψαν αδικαιολόγητα από το σχολείο, τρεις ή περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα.

Στον πίνακα 2, περίπου ένα στα τέσσερα αγόρια αλλά σημαντικά λιγότερα κορίτσια, ασχολούνται με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, ενώ περίπου οι μισοί μαθητές περνούν τρεις ή περισσότερες ώρες κάθε μέρα μπροστά στην οθόνη της τηλεόρασης.

**Πίνακας 2. Σχολική προσαρμογή και υπερβολική ενασχόληση μπροστά στην οθόνη (Έρευνες HBSC/WHO<sup>1</sup> και ESPAD<sup>2</sup>)**

|                                                                                                                  | ΦΥΛΟ   |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|
|                                                                                                                  | Αγόρια | Κορίτσια |
| ΣΧΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ                                                                                               | %      | %        |
| Έκαναν εκφοβισμό σε άλλους μαθητές σχεδόν μία φορά την εβδομάδα τους 2 τελευταίους μήνες <sup>1)</sup>           | 16,8   | 6,5      |
| Υπήρξαν θύματα εκφοβισμού από άλλους μαθητές σχεδόν μία φορά την εβδομάδα τους 2 τελευταίους μήνες <sup>1)</sup> | 13,8   | 14,4     |
| Αδικοιολόγητες απουσίες από το σχολείο (≥3 φορές τον τελευταίο μήνα) <sup>2)</sup>                               | 19,7   | 14,3     |
| <b>ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ, Η/Υ &amp; ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ</b>                                                                |        |          |
| Ενασχόληση στον Η/Υ (≥ 3 ώρες την ημέρα) <sup>1)</sup>                                                           | 10,6   | 4        |
| Ηλεκτρονικά παιχνίδια (≥ 3 ώρες την ημέρα) <sup>1)</sup>                                                         | 27,1   | 5,9      |
| Τηλεόραση, DVD, βίντεο (≥ 3 ώρες την ημέρα) <sup>1)</sup>                                                        | 48,8   | 52,2     |

<sup>1)</sup> Στοιχεία έρευνας HBSC/WHO 2006 σε 1.762 αγόρια και 1.953 κορίτσια - Ηλικίες 11,13 και 15.

<sup>2)</sup> Στοιχεία έρευνας ESPAD 2007 σε 4.869 αγόρια και 5.517 κορίτσια - Ηλικίες 13-18 ετών.

#### *Διαταραχή του συναισθήματος και της συμπεριφοράς*

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά των μαθητών που εμφανίζουν σημεία διαταραχής του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Μελαγχολικό συναισθημα αναφέρεται από σχεδόν τα μισά κορίτσια αυτής της ηλικίας, ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό των κοριτσιών που αναφέρουν ότι έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Αντίθετα προς τα κορίτσια, στα αγόρια φαίνεται να επικρατεί η επιθετική και η αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορά, όπως καυγάδες με ξυλοδαρμό, κλοπές από καταστήματα, πρόκληση ζημιών στην ιδιοκτησία τους σχολείου τους.

**Πίνακας 3. Διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς (Έρευνα ESPAD<sup>1)</sup>)**

|                                                                                       | ΦΥΛΟ   |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|
|                                                                                       | Αγόρια | Κορίτσια |
| ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ                                                              | %      | %        |
| Μελαγχολικό συναίσθημα (αρκετές φορές ή τον περισσότερο καιρό την τελευταία εβδομάδα) | 20,2   | 40,8     |
| Απόπειρα αυτοκτονίας (≥1 φορά σε όλη τη ζωή)                                          | 7,7    | 17,9     |
| <b>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ/ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ)</b>                              |        |          |
| Συμμετοχή σε καυγά με ξυλοδαρμό (τον τελευταίο χρόνο)                                 | 26,3   | 4,6      |
| Κλοπή από κατάστημα (τον τελευταίο χρόνο)                                             | 13,8   | 6,9      |
| Ζημιά σε ιδιοκτησία του σχολείου (τον τελευταίο χρόνο)                                | 20,5   | 6,2      |

<sup>1)</sup> Στοιχεία έρευνας ESPAD 2007 σε 4.869 αγόρια και 5.517 κορίτσια - Ηλικίες 13-18 ετών.

#### *Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών*

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4, το κάπνισμα αποτελεί διαδεδομένη συνήθεια και στα δύο φύλα, με συστηματικούς καπνιστές περίπου έναν στους πέντε μαθητές εφηβικής ηλικίας. Επιπλέον, ένα στα πέντε αγόρια αναφέρει τρία ή περισσότερα επεισόδια μέθης, ενώ ένας αντίστοιχος αριθμός αναφέρει πως έχουν κάνει –μία ή περισσότερες φορές– χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Τα κορίτσια που αναφέρουν μέθη ή χρήση ναρκωτικών είναι πολύ λιγότερα από τα αγόρια.

**Πίνακας 4. Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εφήβων μαθητών, ανά φύλο (Έρευνα ESPAD<sup>1)</sup>)**

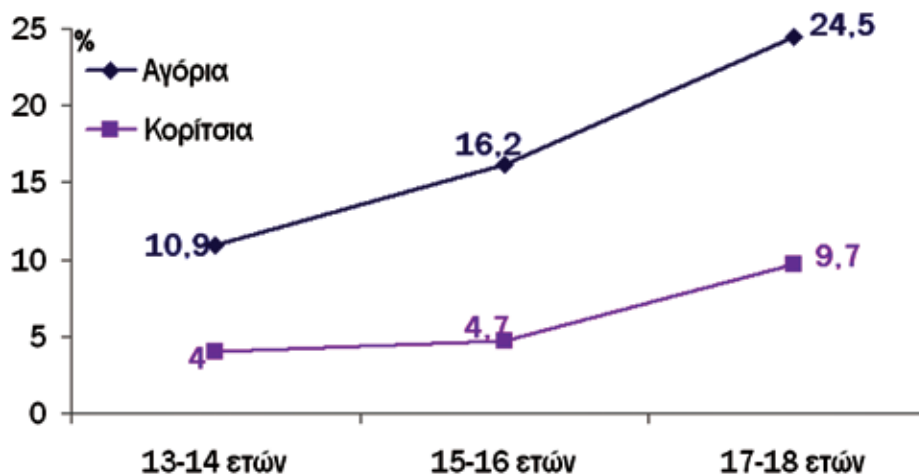
|                                                        | ΦΥΛΟ   |          |
|--------------------------------------------------------|--------|----------|
|                                                        | Αγόρια | Κορίτσια |
| ΚΑΠΝΙΣΜΑ                                               | %      | %        |
| Κάπνισμα $\geq 1$ φορά σε όλη τη ζωή                   | 52,8   | 50,8     |
| Συστηματικό κάπνισμα ( $\geq 1$ τσιγάρο την ημέρα)     | 21,8   | 18,2     |
| Βαρύ κάπνισμα ( $\geq 11$ τσιγάρα την ημέρα)           | 13     | 8,3      |
| <b>ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ</b>                                  |        |          |
| Μέθη $\geq 3$ φορές (σε όλη τη ζωή)                    | 21,1   | 13,4     |
| Μέθη $\geq 1$ φορά (30 τελευταίες ημέρες)              | 14,9   | 9,5      |
| <b>ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ</b>                                |        |          |
| Χρήση παράνομης ουσίας ( $\geq 1$ φορά σε όλη τη ζωή)  | 18,1   | 6,5      |
| Χρήση παράνομης ουσίας ( $\geq 3$ φορές σε όλη τη ζωή) | 11,9   | 3,8      |

<sup>1)</sup> Στοιχεία έρευνας ESPAD 2007 σε 4.869 αγόρια και 5.517 κορίτσια - Ηλικίες 13-18 ετών.

<sup>2)</sup> Παράνομη ουσία: κάνναβη, έκσταση, κοκαΐνη, κρακ, LSD ή άλλα παραισθησιογόνα, ηρωίνη, αμφεταμίνες, GHB και «μαγικά μανιτάρια»

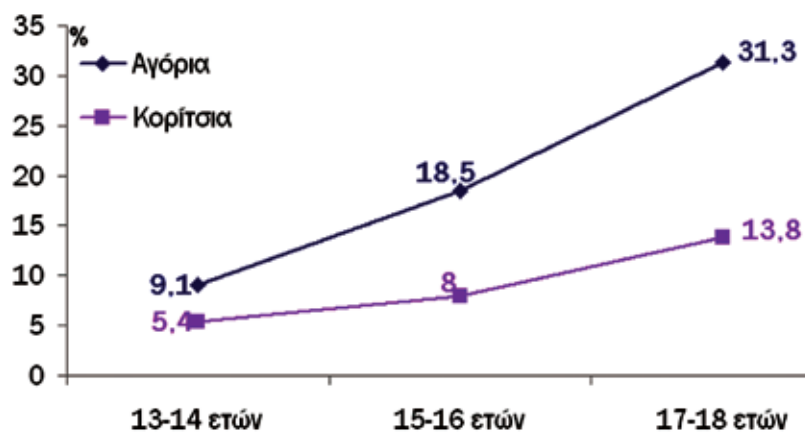
Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι περισσότερες συμπεριφορές κινδύνου στις οποίες αναφερθήκαμε αυξάνονται σημαντικά με την ηλικία από την αρχή της εφηβείας έως το τέλος της. Παράδειγμα σημαντικών μεταβολών στις συμπεριφορές κινδύνου όσο ο έφηβος μεγαλώνει αποτελεί η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως φαίνεται πιο παραστατικά στα τρία γραφήματα που ακολουθούν.

**Γράφημα 1: Ποσοστό εφήβων μαθητών 13-18 ετών που καπνίζουν  $\geq 11$  τριγάρια καθημερινά, ανά φύλο και ηλικία (Έρευνα ESPAD<sup>1)</sup>)**



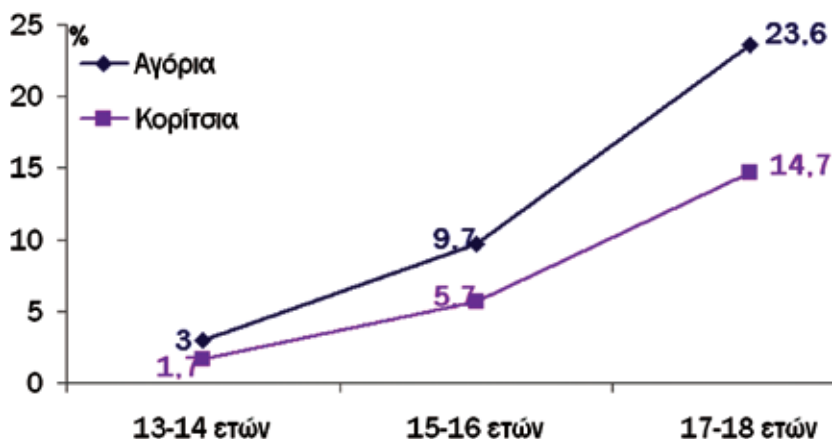
<sup>1)</sup> Στοιχεία έρευνας ESPAD 2007 σε 4.869 αγόρια και 5.517 κορίτσια -Ηλικίες 13-18 ετών.

**Γράφημα 2: Ποσοστό εφήβων μαθητών 13-18 ετών που έχουν πει κάποιο οινόπνευματόδες ποτό  $\geq 10$  φορές κατά τον τελευταίο μήνα, ανά φύλο και ηλικία (Έρευνα ESPAD<sup>1)</sup>)**



<sup>1)</sup> Στοιχεία έρευνας ESPAD 2007 σε 4.869 αγόρια και 5.517 κορίτσια -Ηλικίες 13-18 ετών.

**Γράφημα 3: Ποσοστό εφήβων μαθητών 13-18 ετών που έχουν κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας  $\geq 1$  φορά σε όλη τη ζωή, ανά φύλο και ηλικία (Έρευνα ESPAD<sup>2</sup>)**



<sup>1)</sup> Παράνομη ουσία: κάνναβη, έκσταση, κοκαΐνη, κρακ, LSD ή άλλα παραισθησιογόνα, ηρωίνη, αμφεταμίνες, GHB και «μαγικά μανιτάρια»

<sup>2)</sup> Στοιχεία έρευνας ESPAD 2007 σε 4.869 αγόρια και 5.517 κορίτσια -Ηλικίες 13-18 ετών.

Από τα τρία παραπάνω γραφήματα γίνεται φανερό ότι φθάνοντας στην ηλικία των 17-18 ετών καπνίζουν πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα ένα στα τρία αγόρια και ένα στα τέσσερα κορίτσια, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά με συχνότητα περίπου 2-3 φορές την εβδομάδα ένα στα τρία αγόρια και σχεδόν ένα στα πέντε κορίτσια, ενώ έχουν δοκιμάσει ή χρησιμοποιήσει περισσότερες φορές κάποια παράνομη ουσία (κυρίως κάνναβη) ένα στα τέσσερα αγόρια και το 10% των κοριτσιών.

### **Συμπεράσματα**

Οι πανελλήνιες έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό της χώρας μάς παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για ποικίλες συμπεριφορές στη διάρκεια της εφηβείας που είναι πιθανό να αποτελούν πρώιμα σημάδια κινδύνου για τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Τα στοιχεία των ερευνών στον εφηβικό πληθυσμό της χώρας μας επιβεβαιώνουν διαπιστώσεις άλλων διεθνών μελετών που υποστηρίζουν ότι οι προβληματικές συμπεριφορές στους εφήβους δεν εμφανίζονται μεμονωμένα, αλλά ως μέρος ενός συμπλέγματος προβληματικών συμπεριφορών διαφόρων τύπων. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα των ερευνών στη χώρα μας δείχνουν ότι οι έφηβοι που

καπνίζουν συστηματικά είναι πιθανότερο να κάνουν χρήση οινόπνευματων ή κάποιας παράνομης ουσίας, να εκδηλώσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, να έχουν χαμηλή σχολική απόδοση συγκριτικά με τους εφήβους που δεν καπνίζουν. Οι έφηβοι που έχουν κάνει χρήση –έστω και μια-δυο φορές– κάποιας παράνομης ουσίας έχουν αυξημένες πιθανότητες να καπνίζουν, να πίνουν, να εκδηλώνουν αντικοινωνική συμπεριφορά, να έχουν χαμηλή επίδοση στο σχολείο, να έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Κοκκέβη και συν, 2009).

Τα σημάδια αυτά κινδύνου στη διάρκεια της εφηβείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη ο σχεδιασμός των πολιτικών πρόληψης, με στόχο να αποτραπεί η ενδεχόμενη εξέλιξη και παγίωσή τους σε βαθμό δύσκολα αναστρέψιμο. Εξάλλου, για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη, πρέπει να αρχίζει πριν την εφηβεία. Σε αυτό συνηγορούν αποτελέσματα επιστημονικών μελετών μεταξύ των οποίων και της πανευρωπαϊκής έρευνας HBSC, τα οποία δείχνουν ότι η πρόωγη έναρξη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην αρχή της εφηβείας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης αργότερα, καθώς και προβλημάτων στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία στο τέλος της εφηβείας (Kokkeni και συν., 2006).

Μια αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης θα πρέπει να εστιάζει στην οικογένεια και στο σχολείο που αποτελούν τους βασικούς κοινωνικοποιητικούς θεσμούς για τους εφήβους. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα χαρακτηριστικά κινδύνου. Απαραίτητη όμως είναι και η υποστήριξή τους για να μπορέσουν να λειτουργήσουν προστατευτικά προς τους εφήβους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Currie C., Gabhainn N.S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Picket W., Richter M., Morgan A., Barnekow V., *Inequalities in Young People's Health*. World Health Organization, 2008.
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakierova O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L., *The 2007 ESPAD report: Substance use among students in 35 European countries*. CAN, Council of Europe, Pompidou Group, Stockholm, 2009.
- Kokkevi A., Gabhainn N.S., Spyropoulou M. and the Risk Behaviour Focus Group of the HSBC, "Early initiation of cannabis use: a cross-national European perspective", *Journal of Adolescent Health*, v. 39 (5) (2006), p.712-719.
- Κοκκέβη Α., Κίτσος Γ., Φωτίου Α., *Εφηβεία: συμπεριφορές και ψυχοκοινωνική υγεία*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2008α.
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Κίτσος Γ., *Τρόπος ζωής και αντιλήψεις εφήβων μαθητών: Νεότερα στοιχεία από τη διεθνή έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ελλάδα και άλλες 40 χώρες*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008β.
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Κίτσος Γ., *Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους έφηβους μαθητές: Νεότερα στοιχεία από την έρευνα ESPAD στην Ελλάδα και σε άλλες 34 χώρες*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2009.

## Ποιότητα ζωής: εννοιολογική προσέγγιση

---

**Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση**

*Επικ. Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας*

*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*

### **Ο όρος «ποιότητα ζωής»**

Ο όρος *ποιότητα ζωής* εμφανίζεται σχετικά πρόσφατα στο πεδίο της επιστημονικής κοινωνικής έρευνας, όπου καθιερώνεται διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες, παρουσιάζοντας μια αρχική εννοιολογική συνάφεια με τον όρο *βιοτικό επίπεδο* (Allison, Locker, Feine, 1997). Ως κοινωνικό και οικονομικό φαινόμενο, το βιοτικό επίπεδο των πολιτών άρχισε να απασχολεί τις δυτικές κοινωνίες μετά τη συνθήκη των Βερσαλλιών, με την οποία τελείωσε ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος. Η αναζήτηση στοιχείων σχετικά με το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων μιας περιοχής αναδύθηκε στο πλαίσιο της βιομηχανικής ανάπτυξης των δυτικών κοινωνιών και αρχικά απασχόλησε τους οικονομολόγους, λόγω των επιπτώσεων από την παρατεταμένη οικονομική ύφεση και την ανεργία που ακολούθησαν την κρίση του 1929 στις ΗΠΑ (Maynard Keynes, 2009).

Μετά τη δεκαετία του 1950, η *ποιότητα ζωής* μελετάται στο πλαίσιο των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας. Ο όρος αποκτά ιδεολογική χροιά, καθώς ταυτίζεται με την προάσπιση των *δικαιωμάτων των πασχόντων για καλύτερη ζωή και υγεία* αλλά και γενικότερα σηματοδοτεί τη διασφάλιση της ψυχικής, κοινωνικής και περιβαλλοντικής ευμάρειας όλων των μελών των κοινωνιών (Orley, Kuyken, 1994, Allison, Locker, Feine, 1997, Diener, Oishi, Lucas, 2003, Cremieu 2009).

Στον χώρο των υπηρεσιών Υγείας, η καθιέρωση του όρου *ποιότητα ζωής* συντελείται κυρίως τις τελευταίες δύο δεκαετίες και συνδέεται με ποικίλες επιστημονικές και κοινωνικές πρωτοβουλίες. Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντική η συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), υπό την αιγίδα του οποίου διεξήχθη τη δεκαετία του 1990 η αναφερόμενη στη σχετική βιβλιογραφία ως *διαπολιτισμική μελέτη εκτίμησης της ποιό-*

τητας ζωής-*WHOQOL* (WHO, 1995). Η μελέτη αυτή αποτελεί πρότυπο ως προς τη διαπολιτισμική μεθοδολογία και τις διαδικασίες που ακολουθήθηκαν σε 15 χώρες ανά τον κόσμο, μέσω των οποίων αναπτύχθηκε ένας ορισμός της *ποιότητας ζωής* αποδεκτός από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, ο οποίος αποτέλεσε τη βάση για τη δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου εκτίμησης της ποιότητας ζωής: τα ερωτηματολόγια *WHOQOL-100* και *WHOQOL-BREF*. Τα εργαλεία αυτά διακρίνονται για τη διαπολιτισμική εγκυρότητά τους και την ευρεία εφαρμογή που έχουν σήμερα σε εθνικές, διεθνικές, κλινικές και κοινωνικοδημογραφικές μελέτες (Power, Bullinger, Harper, 1999, Ginieri-Coccossis, Triadafilou, Tomaras, Liappas, Christodoulou, Papadimitriou, 2009).

Στο πλαίσιο της πολυετούς λειτουργίας του, ο Π.Ο.Υ. υποστηρίζει συστηματικά μεθυσμικά και ερευνητικά μέτρα δραστηριότητες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός επιστημονικού πεδίου για την ποιότητα ζωής και την υγεία των πολιτών. Ως εκ τούτου, έχει αναπτυχθεί ένα ευρύ πλαίσιο διεθνών συνεργασιών που προάγουν τη διαπολιτισμική και διεπιστημονική προσέγγιση και μελέτη της ποιότητας ζωής κλινικών αλλά και υγιών πληθυσμών. Οι σχετικές μελέτες συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των κοινωνιών και στη διαμόρφωση κοινωνικής συνείδησης αναφορικά με τα δικαιώματα του ατόμου στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, στις οποίες θα πρέπει να καλύπτονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι ατομικές ανάγκες για την υγεία. Επιπλέον, συμβάλλουν στην ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας αλλά και ειδικότερα των ατόμων που νοσούν και των συγγενών τους, ώστε να καταφέρουν να διατηρήσουν σε ικανοποιητικό επίπεδο την ποιότητα ζωής τους, παρά την εμφάνιση της νόσου και τις πιθανές επιπτώσεις της θεραπείας (Najman, Levine, 1981, WHO, 1985, Kickbusch, 2003).

Μεταξύ των θεμελιακών πρωτοβουλιών του Π.Ο.Υ., συμπεριλαμβάνεται η ευρύτατα γνωστή ως Διεθνής Διακήρυξη για την Υγεία, η οποία διατυπώθηκε στα μέσα του 20ού αιώνα και αναφέρει ότι «η Υγεία δεν ορίζεται ως απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά ως κατάσταση που χαρακτηρίζεται από *σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία*» (WHO, 1948). Η διατύπωση αυτή εμπεριέχει την ιδεολογική και θεωρητική βάση στην οποία στηρίχθηκε αργότερα ο όρος *ποιότητα ζωής*. Οι τρεις παράμετροι που υποδεικνύονται στη Διακήρυξη για την Υγεία –δηλαδή η *σωματική*, η *ψυχική* και η *κοινωνική ευεξία*– αποτελούν μαζί με τον παράγοντα *περιβάλλον*, τους τέσσερις βασικούς θεματικούς άξονες που συνθέτουν τη σύγχρονη εννοιολογική απόδοση του όρου. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες *σωματική υγεία*, *ψυχολογική ευεξία*, *κοινωνικές σχέσεις* και *περιβάλλον* έχουν αναδειχθεί μέσω εκτεταμένης έρευνας ως οι πλέον σημαντικές συνιστώσες της ποιότητας ζωής, καθώς αποτυπώνουν τα αποτελέσματα της

σχετικής διαπολιτισμικής μελέτης που εκπονήθηκε κατά τη δεκαετία του '90 από τον Π.Ο.Υ. (The WHOQOL Group, 1993, 1995, 1998).

### **Ποιότητα ζωής και υγεία**

Η αδιαμφισβήτητη σχέση της ποιότητας ζωής με την υγεία διαφαίνεται με σαφήνεια σε μια επόμενη Διεθνή Διακήρυξη του Π.Ο.Υ., το 1991, όπου ορίζεται ότι «όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το *σχετιζόμενο με την υγεία δυναμικό τους*, έτσι ώστε να ζήσουν τη ζωή τους με τέτοιο τρόπο που να τους *ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά*» (Nutbeam, 1998). Ο συσχετισμός της υγείας με την ποιότητα ζωής ισχυροποιείται ακόμη περισσότερο και με άλλες διεθνείς διακηρύξεις, συνέδρια και προγράμματα, όπως το πλαίσιο προτάσεων και ενεργειών με την ονομασία «Υγεία για Όλους» (WHO, 1984). Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν εκ των τεσσάρων βασικών στόχων του πλαισίου αυτού, και οι οποίοι είναι: α. αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής, β. ισότητα στην υγεία, γ. καλύτερη υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής, και δ. καλύτερη ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της ζωής (WHO, 1985).

Η ποιότητα ζωής παραπέμπει στη *διασφάλιση της υγείας* –σωματικής και ψυχικής– χωρίς να παραμελούνται άλλοι παράγοντες που αφορούν την κάλυψη αναγκών σε βασικούς τομείς της ζωής του ανθρώπου, μεταξύ των οποίων η οικονομική ευμάρεια, η κοινωνική αναγνώριση, η ερωτική ικανοποίηση, η δυνατότητα να απολαμβάνει κανείς τον ελεύθερο χρόνο, η πρόσβαση στη γνώση και σε δημιουργικές δραστηριότητες, η ασφάλεια ως προς τα πολιτικά και νομικά δικαιώματα του ατόμου (Lehman, 1982).

### **Αντικειμενικοί και υποκειμενικοί δείκτες**

Η εμπειρική κατανόηση της έννοιας σήμερα παραπέμπει σε έναν προφανή σημασιολογικό προσδιορισμό του όρου *ποιότητα ζωής*, ως κάλυψη βασικών βιολογικών, περιβαλλοντικών ή κοινωνικών αναγκών και προϋποθέσεων. Στο πλαίσιο αυτής της συλλογιστικής αναπτύχθηκαν *κοινωνικοί* δείκτες που αποσκοπούν στη συγκεκριμενοποίηση της έννοιας της ποιότητας ζωής ως *αντικειμενικής* και ποσοτικοποιούμενης διάστασης. Πέραν τούτων, πολύ γρήγορα διαφάνηκε ότι η έννοια εμπεριέχει και άλλου τύπου παραμέτρους, οι οποίες αφορούν σε ψυχικές και διανοητικές ιδιότητες –όπως η ευεξία, η συναισθηματική διάθεση, η πνευματική δραστηριότητα, η ικανοποίηση– οι οποίες έχουν *υποκειμενική* βάση, και των οποίων η μεταφορά σε ποσοτικά μεγέθη δεν μπορεί παρά να είναι συμβατική (Testa, 1996).

Ο πλέον γνωστός και περιεκτικός ορισμός της *ποιότητας ζωής* διατυπώθηκε από τον Π.Ο.Υ. με βάση την προαναφερθείσα διαπολιτισμική μελέτη (The WHOQOL Group, 1993, 1995, 1998). Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η «υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια αξιολόγησης, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του» (WHO, 1995). Ο ορισμός αυτός αποτελεί εν δυνάμει σημείο εκκίνησης για την ανάπτυξη σημασιολογικών προσεγγίσεων σχετικά με την έννοια της *ποιότητας ζωής*, η οποία ως όρος είναι σύγχρονος και συνδέεται με τις κοινωνικές επιστήμες και την ιατρική· όμως η ενασχόληση με το ζήτημα της ποιότητας ζωής και την ουσία του ανθρώπινου βίου, αποτελεί πανάρχαιο και διαχρονικό ερώτημα για τον άνθρωπο, τη φιλοσοφία και την ηθική (Elias, 1997, Frede, 2008, Williams, 2009).

### **Υποκειμενική βάση και νοηματοδότηση της ποιότητας ζωής**

Στο πλαίσιο του ορισμού του Π.Ο.Υ., διαφαίνεται ότι η ποιότητα ζωής προσλαμβάνει έναν ισχυρό *υποκειμενικό* χαρακτήρα, δηλαδή δίνει έμφαση στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του (self-reported quality of life) (Kennedy L, Northcott H. Kinzel C., 1978). Παράλληλα, διαφαίνεται η σημασία που αποδίδεται στην *αλληλεπίδραση* ανάμεσα στο *υποκειμενικό* στοιχείο αφενός, στο οποίο συναρτώνται τα *προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου* –που σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ. περιλαμβάνουν προσωπικούς στόχους, προσδοκίες, κριτήρια, ενδιαφέροντα και ανησυχίες–, και αφετέρου στο *πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον* (δηλαδή την εξωτερική πραγματικότητα με την πολυδιάστατη συμβολή της στη ζωή, την υγεία και τη σκέψη του ατόμου).

Υπ' αυτή την έννοια, η *ποιότητα ζωής* μπορεί να θεωρηθεί ότι παραπέμπει στο *υποκείμενο*, με την ιδιότητα του *δημιουργού σημασίας* ή του νοηματοδοτούντος. Η έμφαση, δηλαδή, στην *υποκειμενική (προσωπική)* διάσταση αποκαλύπτει ότι σε κάθε περίπτωση το πώς βιώνεται και πώς αξιολογείται από το άτομο η ζωή του είναι αποκλειστικά υποκειμενική διεργασία, είτε η αξιολόγηση αφορά στη συνολική ζωή είτε σε μια μεμονωμένη συνθήκη ή εμπειρία. Επίσης, μπορεί να υπονοηθεί ότι η *υποκειμενική* διάσταση παραπέμπει στην υποκείμενη *ευθύνη*, με την έννοια της κριτικής θέσης απέναντι στο πώς ζει κανείς και τι βιώνει στη ζωή του αλλά και κατά πόσο είναι ικανοποιημένος/η. Θα μπορούσε επίσης να υποστηριχθεί ότι η συμπερίληψη ερωτήσεων στη θεματολογία των ψυχομετρικών εργαλείων του Π.Ο.Υ. (WHOQOL), οι οποίες αφορούν στα *πνευμα-*

τικά ενδιαφέροντα και στις σχετικές με την πνευματικότητα αναζητήσεις του ατόμου, ενισχύει την υποκειμενική βάση της ποιότητας ζωής. Συνεπώς, το περιεχόμενο των σχετικών με την πνευματικότητα ερωτήσεων (π.χ. «Θεωρείτε ότι έχετε κάποιες πεποιθήσεις ή πνευματικά ενδιαφέροντα που σας στηρίζουν για να αντιμετωπίσετε δυσκολίες στη ζωή;»), δεν μπορεί παρά να ανακινήσει στον ερωτώμενο ένα πλαίσιο σκέψης, στο οποίο θα αναδυθεί το προσωπικό στίγμα νοηματοδότησης της ζωής του. Ως εκ τούτου, η υποκειμενική βάση της ποιότητας ζωής αναδεικνύεται ακόμη περισσότερο, καθώς παραπέμπει σε πράξεις κριτικής και διανόησης, μια κατηγορία εσωτερικών διαδικασιών κατά βάση συνειδησιακού χαρακτήρα.

Διαφαίνεται συνεπώς ότι η υποκειμενική βίωση της ποιότητας ζωής αποτελεί πεδίο στο οποίο το υποκείμενο μπορεί να αποδίδει νόημα, όχι μόνο συμμετέχοντας στην κοινωνική, συλλογική ερμηνεία του όρου αλλά και «δημιουργώντας προσωπικό νόημα», όπως αυτό μπορεί να διαφανεί παραθέτοντας μερικά ερωτήματα προς στοχασμό: Πώς προκύπτει να ζει κανείς με έναν συγκεκριμένο τρόπο ο οποίος επαναλαμβάνεται σε εμπειρίες και διατρέχει σε μεγάλο βαθμό τη ζωή του; Ποιες είναι οι επιρροές και οι ατομικές ιδιότητες που συνυφαίνονται κατά τη διάρκεια του βίου και σε όλα τα στάδια ανάπτυξης του ατόμου, ώστε η υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής σε μια δεδομένη στιγμή να προσλαμβάνει μια συγκεκριμένη μορφή και αξιολόγηση, δηλαδή να βιώνεται από το άτομο με ένα χαρακτηριστικά μοναδικό τρόπο, έχοντας παράλληλα αποκτήσει συγκεκριμένα κοινωνικά χαρακτηριστικά;

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής στο πλαίσιο του Π.Ο.Υ. αποκτά πρόσθετο νόημα όταν ειδωθεί ως κατάκτηση αγαθού υψίστης σημασίας, που ορίζεται με τις συνιστώσες των πολυεπίπεδων επιτευγμάτων. Σε αυτό περιλαμβάνονται όχι μόνο περιβαλλοντικά αγαθά αλλά και όσα αφορούν στις σχέσεις με τους άλλους, στις συναισθηματικές και στις πνευματικές δραστηριότητες του ατόμου, δηλαδή αγαθά που βιώνονται ως υποκειμενική κατάσταση (επιλογής), η οποία αποφέρει ψυχικές ικανοποιήσεις.

Βλέπουμε άρα ότι τα αγαθά, οι συνθήκες και όλες οι πτυχές της ζωής εν γένει δεν μπορούν παρά να διηθηθούν μέσα στον ψυχισμό ή στον νου του ατόμου, αποκτώντας το νόημα και τον συναισθηματικό χρωματισμό που το άτομο μπορεί σε κάθε στιγμή να αποδίδει. Πέραν τούτου, η αναζήτηση νοήματος στο βίωμα της ποιότητας ζωής μπορεί να σηματοδοτεί ένα πνευματικό αγαθό για τον σύγχρονο άνθρωπο, όπως την αναγωγή στην ψυχική πληρότητα και στη δημιουργία, ιδιότητες πανανθρώπινα επιθυμητές που δεν προσεγγίζονται εύκολα, ιδιαίτερα όταν δεν υποστηρίζονται από την εξωτερική πραγματικότητα.

Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ότι ο ορισμός της ποιότητας ζωής στο πλαίσιο του Π.Ο.Υ., και της γενικότερης πολιτικής που ακολουθεί δίνει ιδιαίτερη σημασία στην επίδραση που έχει η εξωτερική, κοινωνική πραγματικότητα στο άτομο. Το *πολιτισμικό* και *κοινωνικό πλαίσιο* έχουν ουσιαστική επιρροή στην ποιότητα ζωής του ατόμου και των πολιτών γενικότερα, καθώς στο πλαίσιο του ορισμού τονίζονται ιδιαίτερα οι *αξίες* και τα *πολιτισμικά χαρακτηριστικά* του περιβάλλοντος. Η θέση αυτή φαίνεται να παραπέμπει στον ρόλο της πολιτείας, της κοινότητας και της οικογένειας, σχετικά με την ευθύνη που μπορεί να τους αποδοθεί στη διασφάλιση της ποιότητας του περιβάλλοντος και στη διαμόρφωση ενός υγιούς κοινωνικού πλαισίου γενικότερα.

### **Συμπερασματικά σχόλια**

Συμπερασματικά, οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο άτομο ως προσωπικότητα και στην εξωτερική συνθήκη ως στοιχείο του πολιτισμού αποτελούν ένα δυναμικό, διεπιστημονικό πεδίο μελέτης, στο πλαίσιο του οποίου αναπτύσσονται προβληματισμοί και ποικίλες προσεγγίσεις αναφορικά με την ποιότητα ζωής του ατόμου (Diener, Oishi, Lucas, 2003). Οι θέσεις –είτε είναι επιστημολογικές, διεπιστημονικές ή προσωπικές– ασφαλώς δεν εξασφαλίζουν την ορθότητα των απόψεων αλλά τίθενται στην υπηρεσία της παρατήρησης και του διαλόγου μέσω των οποίων μπορεί να προωθηθεί η ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί και να στοχάζεται το νόημα που αποδίδει στην ποιότητα ζωής του.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allison P., Locker D., Feine J., "Quality of life: A dynamic construct", *Social Science and Medicine* 45 (1997) 221-230.
- Cremieu A., *Όλοι ελεύθεροι και ίσοι! Συνοπτική αποκωδικοποίηση της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*, Κονιδάρης, Αθήνα, 2009.
- Diener E., Oishi S., Lucas R.E., "Personality, culture, and subjective well being: Emotional and cognitive evaluation of life", *Annual Review of Psychology* 54 (2003) 403-425.
- Elias N., *Η εξέλιξη του πολιτισμού. Ήθη και κοινωνική συμπεριφορά στην νεώτερη Ευρώπη*, Νεφέλη, Αθήνα, 1997.
- Frede M., *Η αρχαία ελληνική φιλοσοφία*, Εκδ. Εκκρεμές, Αθήνα, 2008.
- Ginieri-Coccosiss M., Triadafilou E., Tomaras V., Liappas I.A., Christodoulou G.N., Papadimitriou G.N., "Quality of life differences between psychiatrically and physically ill individuals: The use of WHOQOL-100" Greek version. Available: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/8/1/23>. March 2009.
- Kennedy L., Northcott H., Kinzel C., "Subjective evaluation of well-being: problems and prospects", *Social Indicators Research* 51 (1978), 457-474.
- Kickbusch I., "The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion", *American Journal of Public Health* 93(3) (2003), 383-388.
- Lehman A.F., Ward N.C., Linn L.S., "Chronic mental patients: the quality of life issue", *American Journal of Psychiatry* 139 (1982), 1271-1276.
- Maynard Keynes J., *Οι οικονομικές συνέπειες της ειρήνης*, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2009.
- Najman J.M., Levine S., "Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: A review and critique", *Social Science and Medicine* 15F (1981), 107-115.
- Nutbeam D., "Health Promotion Glossary", *Health Promotion International* 13(4) (1998) 349-364.
- Orley J., Kuyken W. (Eds), *Quality of life Assessment: International perspectives*, Springer-Verlag, Berlin, Germany, 1994.
- Power M., Bullinger M., Harper A., "The World Health Organization Quality of Life Group: The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide", *Health Psychology* 5 (1999) 495-505.
- Testa M., Simonson D., "Assessment of Quality-of-Life Outcomes", *The New England Journal of Medicine* 334(13) (1996), 835-840.
- Williams B., *Η Ηθική και τα όρια της Φιλοσοφίας*, Εκδ. Αρσενίδη, Αθήνα, 2009.
- The WHOQOL Group: Study protocol for the World Health Organization project to develop a

- quality of life assessment instrument (WHOQOL), *Quality of Life Research* 2 (1993), 153-159.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41(10) (1995), 1403-1409.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 46(12) (1998), 1569-1585.
- World Health Organization, *Constitution*, WHO, Geneva, 1948.
- World Health Organization, *Health for All Targets*, WHO, Copenhagen, Denmark, 1984.
- World Health Organization, Summary report of the working group on concepts and principles of health promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984, *The Journal of the Institute of Health Education* 23 1(1985), 5-9.

## **Εγκέφαλος και κοινωνία: οι αρνητικές συνέπειες της «μετάφρασης» του επιστημονικού λόγου σε κοινωνική πρακτική**

---

**Σπύρος Μανουσέλης**

*Βιολόγος, Δημοσιογράφος*

Οφείλω εξ αρχής να ομολογήσω την αμηχανία μου να μιλήσω για ένα τόσο πολύπλοκο θέμα. Όπως έχω διαπιστώσει από την εμπειρία μου ως επιστήμονα-δημοσιογράφου που ασχολείται με την εκλαΐκευση των νέων επιστημονικών κατακτήσεων, η πρόσφατη διείσδυση στα μυστικά του εγκεφάλου δεν γεννά στο ευρύ κοινό μόνο ενθουσιασμό για τις εντυπωσιακές ανακαλύψεις των νευροεπιστημών αλλά και έντονη ανησυχία για τις νέες νευροτεχνολογικές δυνατότητες επέμβασης στη λειτουργία της μηχανής του νου.

Παραφράζοντας τον Σαίξπηρ, θα λέγαμε ότι είμαστε φτιαγμένοι από ύλη και όνειρα. Για κανένα άλλο όργανο του σώματός μας δεν ισχύει αυτός ο αφορισμός όσο για τον εγκέφαλό μας. Έδρα κάθε ανώτερης νοητικής μας λειτουργίας –της μνήμης, της γλώσσας, της συνείδησης και των συναισθημάτων– αποτελεί ασφαλώς το ευγενέστερο των οργάνων του σώματός μας. Ζούμε, σκεφτόμαστε, ονειρευόμαστε, κυριολεκτικά υπάρχουμε ως νοήμονα όντα αποκλειστικά χάρη στην καλή λειτουργία του εγκεφάλου μας. Ωστόσο, ο ανθρώπινος εγκέφαλος παραμένει το πιο αινιγματικό αντικείμενο στο γνωστό μας σύμπαν: μια πολύπλοκη βιολογική μηχανή γνώσης που αποτελείται από 100 δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα (νευρώνες), τα οποία με τις διασυνδέσεις τους (συνάψεις) σχηματίζουν τα νευρωνικά δίκτυα, τα κυκλώματα και τα λειτουργικά κέντρα του εγκεφάλου μας, τα οποία ρυθμίζουν σχεδόν όλες τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματός μας.

### **Ανοίγοντας το «μαύρο κουτί» της μηχανής του νου**

Όσον αφορά τώρα στην επιστημονική ιδιοποίηση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου μας, τις τρεις τελευταίες δεκαετίες είδαμε διαφορετικούς και απομονωμένους

κατά το παρελθόν επιστημονικούς κλάδους –όπως η νευρολογία, η νευροφυσιολογία, η νευροβιολογία, η νευροχημεία και η νευροψυχολογία– να συγκλίνουν τις ερευνητικές τους προσπάθειες για να διαμορφώσουν ένα νέο, ισχυρότατο διεπιστημονικό πρόγραμμα έρευνας, τη νευροεπιστήμη. Στις μέρες μας βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη η επανάσταση των νευροεπιστημών, η οποία στηρίχθηκε στις πρωτοφανείς δυνατότητες ανάλυσης και απεικόνισης της οργάνωσης και της λειτουργίας των ζωντανών εγκεφάλων. Εκτός από τις νέες μεθόδους κατανόησης της χημικής δομής και της κυτταρικής αρχιτεκτονικής του εγκεφάλου, αποφασιστική για την αύξηση των γνώσεών μας ήταν και η συνεισφορά των λεγόμενων «μη επεμβατικών» τεχνικών απεικόνισης και χαρτογράφησης των λειτουργιών του (Brain Imaging).

Για παράδειγμα, οι πρόσφατες τεχνικές παρακολούθησης του εγκεφάλου –είτε με απεικόνιση λειτουργικού μαγνητικού συντονισμού (fMRI) είτε με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET)– επέτρεψαν για πρώτη φορά στους νευροεπιστήμονες να εντοπίζουν επακριβώς και κυρίως να παρακολουθούν ζωντανά τις μέχρι χθες αόρατες δραστηριότητες εξειδικευμένων περιοχών του εγκεφάλου, χωρίς να χρειάζεται να ανοίξουν το κρανίο. Οι ερευνητές μπορούν πλέον να διακρίνουν μέσα στον λαβύρινθο των νευρωνικών μικροκυκλωμάτων ποιοι μεμονωμένοι νευρώνες ή ποιες συγκεκριμένες χημικές ουσίες εμπλέκονται στην πραγμάτωση ακόμη και των πιο «αιθέριων» νοητικών διεργασιών: αισθήματα ηδονής ή μίσους, κατανόηση και εκφορά της γλώσσας, εκτέλεση μαθηματικών πράξεων, κ.ο.κ. Αυτή η εντυπωσιακή συσσώρευση γνώσεων μάς προσφέρει, για πρώτη φορά στην ιστορία, τη δυνατότητα να παρεμβαίνουμε ποικιλοτρόπως στη λεπτοφυή δομή και λειτουργία του εγκεφάλου μας, τροποποιώντας την κατά βούληση για θεραπευτικούς ή άλλους σκοπούς.

Στο πεδίο της νευροπαθολογίας, για παράδειγμα, είναι από καιρό γνωστό ότι οι περισσότερες νευρολογικές ασθένειες πλήττουν συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, προκαλώντας σοβαρές αλλοιώσεις στη φυσιολογική συμπεριφορά του ασθενούς. Ορισμένες, μάλιστα, εγκεφαλικές παθήσεις έχουν πολύ πιο δραματικές ατομικές και κοινωνικές συνέπειες, δεδομένου ότι επηρεάζουν το σύνολο της προσωπικότητας και της ψυχικής υγείας του ασθενούς. Επιπλέον, πλήθος ιατρικών δημογραφικών ερευνών προβλέπουν ότι στο άμεσο μέλλον θα υπάρξει μια ραγδαία αύξηση των νευροεκφυλιστικών παθήσεων (όπως οι νόσοι Πάρκινσον και Αλτσχάιμερ), οι οποίες σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού αλλά και εμφάνιση νέων επιδημικών φαινομένων κατάθλιψης ή διαταραχών της προσοχής ακόμη και σε άτομα νεαρής ηλικίας. Δεδομένου λοιπόν ότι ο μέσος όρος ζωής στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ έχει αυξηθεί σημαντικά, διατυπώνεται η

δυσοίωνα πρόβλεψη ότι μέχρι το 2030 περίπου το 50% του πληθυσμού θα υποφέρει από κάποια νευρολογική ασθένεια.

Μέχρι σήμερα, τέτοια ιατρικά-κοινωνικά προβλήματα αντιμετωπίζονταν –λιγότερο ή περισσότερο επιτυχώς– από το κράτος πρόνοιας που διέθετε η κάθε ανεπτυγμένη χώρα. Και η πολιτική της ΕΕ, καθώς και η απόφαση για άμεση παράταση του χρόνου συνταξιοδότησης των πολιτών της, σχετίζονται στενά με αυτές τις προβλέψεις. Όμως, τα μικρό- ή μακρό-πολιτικά προβλήματα που προκύπτουν από την επιλογή παράτασης του χρόνου συνταξιοδότησης, καθώς και οι γνωστές αντιπαραθέσεις των κομμάτων, αποτελούν τη μία μόνο όψη του προβλήματος. Μια άλλη διάσταση του προβλήματος, που συχνά παραγνωρίζεται συστηματικά, είναι ότι ο εγκέφαλος δεν βγαίνει ποτέ... στη σύνταξη. Συνεπώς, η διαχείριση της ψυχοφυσικής υγείας των ηλικιωμένων, έτσι ώστε η αύξηση του προσδόκιμου της ζωής τους να συνεπάγεται όχι απλώς μια παράταση ζωής αλλά και μια ζωή άξια να τη ζει κανείς, αποτελεί σήμερα ένα μείζον κοινωνικό και επιστημονικό ζήτημα. Και υπάρχουν ήδη επιστημονικοί τρόποι για να βελτιώσουμε, ως κοινωνία και ως άτομα, την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων.

Αν συνεπώς, όπως όλα δείχνουν, στο άμεσο μέλλον είμαστε σε θέση να επεμβαίνουμε στην εγγενή πλαστικότητα του εγκεφάλου ενός ασθενούς ώστε να βελτιώνουμε την κατάσταση της υγείας του, θα ήταν άραγε εξίσου σωστό –δηλαδή κοινωνικά δίκαιο ή ηθικά αποδεκτό– να επιτραπεί η χρήση τέτοιων επεμβατικών τεχνικών και από άτομα με υγιή εγκέφαλο; Ποιος θα αποφασίζει, σε μια κοινωνία ελεύθερης αγοράς, *πότε και από ποιον* θα επιτρέπεται να κάνει χρήση τέτοιων νευροδιεγερτικών ουσιών (ή άλλου τύπου επεμβάσεων) για να βελτιώνει τις εγκεφαλικές του επιδόσεις;

Και οι πρόσφατες κατακτήσεις των νευροεπιστημών μπορούν άραγε να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των σοβαρών νευροεκφυλιστικών παθήσεων; Μολονότι για πολλές νευροεγκεφαλικές ασθένειες δεν υπάρχει ακόμα πραγματική θεραπεία, σε αρκετές περιπτώσεις είναι ήδη εφικτή, μέσω της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, η επιβράδυνση ή η καταστολή της εκδήλωσης των συμπτωμάτων τους. Παράλληλα, βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο νέες και πολλά υποσχόμενες θεραπευτικές μέθοδοι, όπως π.χ. η βαθιά εγκεφαλική διέγερση, δηλαδή η εμφύτευση μικροηλεκτροδίων στις πληγείσες περιοχές του εγκεφάλου για να επιτευχθεί η μερική αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας τους ή η περίφημη μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων, τα οποία θεωρητικά θα μπορούσαν να αντικαταστήσουν τους εκφυλισμένους ή κατεστραμμένους νευρικούς ιστούς.

## Η νευροηθική του διαφανούς εγκεφάλου

Δεν χρειάζεται να είναι κανείς ειδικός για να διαπιστώσει ότι, χάρη στην εντυπωσιακή πρόοδο των νευροεπιστημών τα τελευταία χρόνια, ο εγκέφαλός μας, η έδρα των ανομολόγητων συναισθημάτων μας και των πιο μύχιων σκέψεών μας, έχει γίνει όχι μόνο διαφανής στην επιστημονική γνώση αλλά και δυνητικά χειραγωγήσιμος απ' όσους κατέχουν αυτή τη γνώση. Πράγματι, ήδη οι ειδικοί είναι σε θέση να εντοπίζουν και να αναλύουν με νευροβιολογικούς όρους τις εγκεφαλικές δομές που ενεργοποιούνται όταν π.χ. ερωτεύομαστε, όταν μαθαίνουμε ή απομνημονεύουμε κάτι, όταν λέμε ψέματα, όταν κοιτάζουμε ένα έργο τέχνης ή το αγαπημένο μας πρόσωπο.

Όπως μάλιστα υποδεικνύουν ορισμένες πρόσφατες έρευνες, αυτές οι ιδιωτικές εγκεφαλικές διεργασίες επιτελούνται με σχετικά διαφορετικό τρόπο από έναν αρσενικό και από έναν θηλυκό εγκέφαλο. Αν αυτό ισχύει πράγματι, τότε ο εγκέφαλος των ανδρών διαφέρει –τόσο από μικροανατομική όσο και από λειτουργική άποψη– από εκείνον των γυναικών! Πρόκειται για ένα τυπικό παράδειγμα ανακάλυψης των νευροεπιστημών, που αν παρερμηνευθεί –σκοπίμως ή από άγνοια– υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να οδηγήσει σε ξεπερασμένες και επικίνδυνες κοινωνικές προκαταλήψεις σχετικά με τα δύο φύλα.

Μια άλλη εντυπωσιακή ανακάλυψη αφορά στην εξαιρετική πλαστικότητα του εγκεφάλου: όταν ο εγκέφαλός μας μαθαίνει καινούργια πράγματα και βιώνει νέες εμπειρίες ή όταν υποστεί κάποιο σοβαρό τραυματισμό, διαθέτει εφ' όρου ζωής την ικανότητα να αναδιοργανώνεται, μπορεί δηλαδή να ανανεώνει συνεχώς τα νευρωνικά του κυκλώματα. Αυτή η αισιόδοξη και φαινομενικά αθώα διαπίστωση έχει, ωστόσο, σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις και δημιουργεί δυσεπίλυτα ηθικά προβλήματα.

Επομένως, είναι –ή μάλλον θα έπρεπε να είναι– ολοφάνερο ότι η ανάπτυξη των νευροεπιστημών, και ειδικά της νευροθεραπευτικής, έχει ζωτική σημασία για την ποιότητα ζωής και το μέλλον μας. Ωστόσο, η εισαγωγή νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων ενέχει, μεταξύ άλλων, τον κίνδυνο της γενικευμένης ιατροκοποίησης των πιο ιδιωτικών πτυχών της ανθρώπινης ζωής. Με άλλα λόγια, την άκρως απειλητική προοπτική να εκχωρήσουμε στη δικαιοδοσία μιας παντοδύναμης βιοϊατρικής εξουσίας ολόένα και μεγαλύτερα κομμάτια της καθημερινής μας ζωής. Επομένως, η συντελούμενη στις μέρες μας νευροεπιστημονική επανάσταση έχει μια βαθύτατη ηθικό-πολιτική διάσταση και γεννά εύλογα ερωτήματα και ανησυχίες:

- Είναι θεμιτός –και σε ποιες περιπτώσεις– ο έλεγχος ή/και η βελτίωση με νευροτεχνολογικά μέσα των νοητικών μας ικανοτήτων; Κι αν μπορούμε να γνωρίζουμε

τις ψυχονοητικές ικανότητές μας, θα πρέπει να επιτρέπεται η καταγραφή τους σε δημόσια και ιδιωτικά αρχεία και η χρήση τους για την αξιολόγησή μας;

- Τα υποκειμενικά χαρακτηριστικά μας και η προσωπικότητά μας εξαντλούνται άραγε στην πλήρη επιστημονική περιγραφή του εγκεφάλου μας;
- Αν, όπως υποστηρίζουν ορισμένοι επιφανείς νευροεπιστήμονες, η προσωπική μας ταυτότητα ή –αν προτιμάτε– η ψυχή μας ταυτίζεται με τον εγκέφαλό μας, τότε τι νόημα μπορεί να έχει η περιβόητη ελευθερία βουλήσεως σε μια κοινωνία όπου οι ειδικοί (και όχι μόνο) θα μπορούν να διαβάζουν τις σκέψεις μας πριν ακόμα τις κάνουμε;

Τέτοια βασανιστικά ερωτήματα αποτελούν το αντικείμενο έρευνας της νευροηθικής, ενός νεοσύστατου τομέα της βιοηθικής που επιχειρεί να κατανοήσει τις συνέπειες που έχει για την κοινωνία και το άτομο η εκρηκτική ανάπτυξη της νευροεπιστήμης και των εφαρμογών της (νευροτεχνολογία). Βέβαια, ο νεολογισμός νευροηθική υποδηλώνει δύο συμπληρωματικά αλλά, για την ώρα, εντελώς ασύνδετα αντικείμενα έρευνας: αφενός την ηθική των νευροεπιστημών, δηλαδή την ηθική αξιολόγηση των επιτευγμάτων και κυρίως των εφαρμογών της νευροεπιστήμης, και αφετέρου τη νευροεπιστήμη της ηθικής, δηλαδή την κατανόηση των εγκεφαλικών προϋποθέσεων και των νευροβιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ηθικές μας κρίσεις και γενικότερα την ηθική μας συμπεριφορά!

Για να κατανοήσει κανείς πώς εισβάλλουν στην καθημερινή μας ζωή οι νέες νευροτεχνολογικές πρακτικές δημιουργώντας ασυνήθιστα νευροηθικά προβλήματα, αρκεί να εξετάσει την όλο και συχνότερη προσφυγή των δικαστηρίων σε προσωπικά νευροεγκεφαλικά δεδομένα. Πράγματι, τα τελευταία χρόνια οι δικαστικές αποφάσεις επηρεάζονται σημαντικά από τις πολυάριθμες επιστημονικές ανακαλύψεις σχετικά με τις νευροβιολογικές προϋποθέσεις της ανθρώπινης εγκληματικότητας.

Για παράδειγμα, το αμερικανικό νομικό σύστημα αποδέχεται (σχεδόν επιβάλλει) κατά την εκδίκαση υποθέσεων που ενδεχομένως να επισύρουν τη θανατική ποινή του κατηγορουμένου, να γίνονται συστηματικές εξετάσεις του εγκεφάλου του ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο να πάσχει από κάποια σοβαρή νευρολογική ασθένεια. Σήμερα, χάρη στις νέες απεικονιστικές μεθόδους –όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI)–, μπορούμε να εντοπίσουμε επακριβώς τις ανατομικές ή και τις λειτουργικές ανωμαλίες που προκαλούνται από ασθένειες ή τραύματα του εγκεφάλου. Και οι συνήγοροι υπεράσπισης καταφεύγουν συστηματικά σε τέτοιες εξετάσεις και νευρολογικές γνωματεύσεις, με την ελπίδα ότι θα τις χρησιμοποιήσουν ως ελαφρυντικό ή και –γιατί όχι;– ως απαλλακτικό στοιχείο.

Κανείς δεν μπορεί να αγνοήσει σήμερα τις επιστημονικές κατακτήσεις και τις μεθόδους των νευροεπιστημών, ούτε καν η ανεξάρτητη και σχεδόν παντοδύναμη δικαστική αρχή. Το πρόβλημα ωστόσο είναι ποιος θα πρέπει να αποφασίζει για το πού βρίσκεται το όριο μεταξύ φυσιολογικής, παθολογικής ή εγκληματικής συμπεριφοράς. Από νομικής απόψεως, αυτό που προέχει είναι να καθοριστεί επακριβώς εάν, απέναντι σε μια προδιάθεση (γενετική ή εγκεφαλική;) να διαπράξει κανείς ένα έγκλημα, υπάρχει στον νου του κατηγορουμένου μια ηθική ή νευρολογική τροχοπέδη, ένα αντίβαρο που θα του επέτρεπε όχι μόνο να έχει επίγνωση της παραβατικής του συμπεριφοράς αλλά και να είναι σε θέση να την ελέγχει: αν δηλαδή μπορεί να θεωρηθεί ο ίδιος υπεύθυνος για τις πράξεις του. Όταν όμως ο κατηγορούμενος δεν διαθέτει αυτό το φρένο λόγω κάποιας διαγνώσιμης εγκεφαλικής ανωμαλίας, τότε θα πρέπει προφανώς να χαρακτηριστεί ως ασθενής και όχι ως υπαίτιος. Ο Γιόσουα Γκριν, καθηγητής νευροψυχολογίας στο πανεπιστήμιο Χάρβαρντ και από τους πλέον ένθερμους υποστηρικτές της αξιοποίησης των νευροεπιστημονικών μεθόδων κατά την απονομή της δικαιοσύνης, υποστηρίζει: «Η συμπεριφορά μας εξαρτάται από διεργασίες που συντελούνται στον εγκέφαλό μας, με τον οποίο έχουμε απλώς προικιστεί, και από τίποτε άλλο».

Εννοείται πως δεν συμφωνούν όλοι με τόσο ακραίες αναγωγιστικές αντιλήψεις, οι οποίες επιπλέον παραβλέπουν παντελώς τις κοινωνικές ή ηθικές παραμέτρους της ανθρώπινης εγκληματικότητας. Αυτή ωστόσο η συστηματική αποσιώπηση των κοινωνικοοικονομικών αιτιών της εγκληματικότητας ενέχει πολύ σοβαρούς κινδύνους: αφενός υπονομεύει την αυθεντία της νομικής εξουσίας και μας προϋδεάζει για την έλευση μιας νέας μορφής κοινωνικής αυθαιρεσίας και αφετέρου ανοίγει τον δρόμο για μια πρωτόγνωρη εκμετάλλευση των νέων κατακτήσεων της νευροεπιστήμης. Ίσως τα βαθύτερα κίνητρα για την κοινωνική αξιοποίηση των πρόσφατων γνώσεών μας για τον ανθρώπινο εγκέφαλο να μην είναι οι νεωτερικές ιδέες περί ελεύθερης βούλησης, κοινωνικής δικαιοσύνης και ελευθερίας αλλά, αντίθετα, η μετανεωτερική αναγκαιότητα να αντιμετωπίζονται οι άνθρωποι ως ανώνυμες βιολογικές μονάδες και όχι πλέον ως πρόσωπα υπεύθυνα για τις πράξεις τους.

Πάντως, με βάση όσα αναφέραμε μέχρι τώρα, θα πρέπει να έγινε σαφές ότι στα παραπάνω καυτά επιστημονικά και κοινωνικά ζητήματα ούτε μπορούν ούτε και πρέπει να απαντήσουν από μόνοι τους οι ειδικοί. Οι ίδιοι οι πολίτες θα πρέπει να αποφασίζουν, αφού βέβαια πρώτα ενημερωθούν κατάλληλα, για το τι πρέπει να θεωρείται *κοινωνικά εφικτό* και τι *ευκαίο* απ' όλες τις δυνατές εφαρμογές των νευροεπιστημών.

## Ψυχική συνάντηση δύο δημιουργών: Caspar Friedrich και Mark Rothko

---

**Τιτίκα Σάλλα**

*Ζωγράφος*

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της διδακτικής της τέχνης*

*Ανωτάτη Σχολή Καλών Τεχνών*

*Πιστεύω ότι το σημαντικότερο για έναν καλλιτέχνη  
είναι να προσεγγίσει και να αναπτύξει  
μια φιλοσοφία για τη ζωή  
–εάν έχει αναπτύξει αυτήν τη φιλοσοφία,  
δεν βάζει το χρώμα στον καμβά,  
μπαίνει ο ίδιος στον καμβά.*

Jacob Lawrence\*

Από τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου, αυτή του γενετήσιου ένστικτου και της αναπαραγωγής εμπεριέχει τη δημιουργία σε κυριολεκτικό λόγο και εξορκίζει την απώλεια του θανάτου. Ένα μεγάλο κομμάτι του εαυτού διατρέχει τον χρόνο πέρα από τα όρια μιας ζωής, με το πέρασμα στη συνέχεια, στη διαιώνιση.

Στο ανάλογό της, η καλλιτεχνική δημιουργία είναι διαδικασία σύλληψης, κυοφορίας ψυχικής και πνευματικής, κατά την οποία η παραγωγή του έργου τέχνης από τον καλλιτέχνη θα μπορούσε να προσδιοριστεί ως αντίστοιχη ανάγκη. Ακόμη, όπως και η βιολογική, συνοδεύεται από άγχος και αβεβαιότητα για το αναμενόμενο αποτέλεσμα, ενώ η ολοκλήρωσή της προκαλεί ανάταση ψυχής στον δημιουργό. Συχνά η ζωή του έργου, ως παραχθέν υλικό προϊόν –μέσω του περιεχομένου, των πνευματικών και των μορφικών

---

\* Jacob Lawrence (1917-2000): Αφροαμερικανός καλλιτέχνης του δυναμικού κυβισμού.

1  ποιοτήτων που προβάλλει— αποκτά πολύ μεγαλύτερη διάρκεια απ’ αυτή της ζωής του καλλιτέχνη που το δημιούργησε, υπερβαίνει τη φθορά, ανοίγει ένα πέρασμα και κερδίζει την αθανασία. Κατ’ ακολουθία, μέσα από τις δημιουργίες του, το όνομα του καλλιτέχνη καταγράφεται στην ιστορία του πολιτισμού για να κερδίσει την είσοδο στο πάνθεον των αθανάτων.

2  Είναι κοινός τόπος ότι ο εικαστικός καλλιτέχνης θεωρείται άτομο με ιδιαίτερο ψυχισμό: η διαπίστωση κατά το μάλλον ή ήττον δεν φαίνεται ανακριβής. Αρκετοί μάλιστα είναι οι καλλιτέχνες που κάποια περίοδο της ζωής τους έχασαν τα όρια του εαυτού τους, γεγονός που αποτυπώθηκε στο έργο τους (εικόνες 1, 2, 3, 4, 5). Σύμφωνα με την ψυχολογία, κτίζουμε την ταυτότητά μας τόσο μέσα από την εικόνα που έχουμε φτιάξει οι ίδιοι για τον

3  εαυτό μας όσο και από το πώς μας βλέπουν οι άλλοι. Αυτήν την ταυτότητα του εαυτού προσπαθεί να αποδώσει ο εικαστικός καλλιτέχνης κατ’ αρχήν στις αυτοπροσωπογραφίες του (εικόνες 6, 7, 8, 9, 10) αλλά και σε οτιδήποτε απεικονίζει, ανεξάρτητα από το θέμα που αναπαριστά ή την τεχνική που χρησιμοποιεί· καθετί που δημιουργεί είναι μέρος του εαυτού του, ώστε καταλήγει ακόμη και να ομοιάζει φυσιογνωμικά με αυτόν (εικόνες 11, 12).

4  Στην πραγματικότητα, αποτυπώνει διάφορες εκδοχές της προσωπογραφίας του. Η σχέση άρα του καλλιτέχνη με το έργο που δημιουργεί είναι αφενός ένας εσωτερικός διάλογος που αναδεικνύει το περιεχόμενο που επενδύεται στην παραγόμενη εικόνα και αφετέρου εικόνα της ίδιας της ταυτότητάς του (εικόνες 13, 14).

6  Η καλλιτεχνική παραγωγή δύο σημαντικών δημιουργών, του Friedrich και του Rothko, παρουσιάζει έντονα τη σχέση αυτή. Εκ διαμέτρου αντίθετες μεταξύ τους χρονικά και εικονογραφικά, παρακαίμενες όμως και συγγενείς στο πνευματικό και ψυχικό αίσθημα που εκπορεύεται από αυτές. Ο

7  1, 2. Edward Munch ▪ 3, 4. Van Gogh ▪ 5. Egon Schiele ▪ 6, 7, 8 .Frieda Kahlo  
9, 10. Francis Bacon ▪ 11, 12. Γιαννούλης Χαλεπάς ▪ 13, 14. Μιχάλης Οικονόμου.



κυριότερος εκπρόσωπος της γερμανικής ρομαντικής τοπιογραφίας, ο Friedrich, απαντάται στις εκφραστικές αναζητήσεις του Rothko, ενός από τους σημαντικότερους εκπροσώπους του αφηρημένου εξπρεσιονισμού. Σε χρονικό πλαίσιο τοποθετούνται σε μεγάλη απόσταση μεταξύ τους, περίπου 130 χρόνια τούς χωρίζουν: στο πρώτο μισό του 19ου αιώνα ο πρώτος, στον 20ό αιώνα ο δεύτερος. Σε εικονοπλαστικό πλαίσιο, παραστατικά ο πρώτος, ανεικονικά ο δεύτερος (εικόνες 15, 16), πραγματεύονται το ίδιο περιεχόμενο: τη γραμμική καμπύλη προς τον θάνατο με τις διακυμάνσεις που προσφέρει η δημιουργική διαδικασία, η πορεία της ίδιας της ζωής. Οι δύο δημιουργοί αποκτούν συνάφεια και συγγένεια όχι μόνο μέσα από το αίσθημα του θανάτου που βίωσαν και οι δύο σε πολύ μικρή ηλικία –στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον ο Friedrich, στο κοινωνικό περιβάλλον ως ρωσοεβραίος ο Rothko– και το οποίο διατρέχει το σύνολο του έργου αμφοτέρων, αλλά και μέσω της μεταφυσικής που υποβάλλει το έργο τους.



15



16

Η τέχνη, ως προεξάρχουσα δημιουργική διαδικασία του ανθρώπου, εκφράζει και καταγράφει την προσπάθειά του να προσδιοριστεί ως αυτόνομο άτομο<sup>1</sup>. Σε ένα ευρύ σχήμα, θα μπορούσε να λεχθεί ότι στην πορεία της εικονογραφίας του ο καλλιτέχνης περνά από τον ιδεαλισμό και την εξιδανίκευση, με το καθαρό περίγραμμα και τα σαφή όρια της μορφής, σε μια υλικότητα ως προς την απόδοση της φόρμας, με την εμφανή καταγραφή της χειρονομίας και την αδρότητα στη χρήση του υλικού. Περνάει δηλαδή από τα μορφικά στοιχεία που συναντούμε στην Αναγέννηση (τα οποία αντλούν την προέλευσή τους από το ελληνορωμαϊκό ιδεώδες και την πλατωνική φιλοσοφία ή αλλιώς το απολλώνιο πνεύμα) στη μετουσίωση των μορφών προς την υλικότερη αναπαράστασή τους (έτσι όπως μας τις καταθέτει ο εξπρεσιονισμός και τα ρεύματα που προέκυψαν απ' αυτόν, όπου ενυπάρχει το διονυσιακό πνεύμα σύμφωνα με τη νιτσεϊκή θεώρηση).

Ο 19ος αιώνας, με το κίνημα του ρομαντισμού, μπορεί να θεωρηθεί ότι προσδιορίζεται ως η χρονική απαρχή της μοντέρνας τέχνης. Χαρακτηριστικό στοιχείο του ρομαντισμού η emphatic πρόταξη της φαντασίας που τροφοδοτεί την προσωπική καλλιτεχνική έκφραση. Θέση που αντιπαρά τέθηκε στην ορθολογική τάξη των εξιδανικευμένων προτύπων του νεοκλασικισμού, βάσει του οποίου διαμορφωνόταν το μέχρι τότε ιδεώδες της τέχνης που εξέφραζε τα ιδανικά της δημοκρατίας και του πατριωτισμού (εικόνα 17). Τα πρότυπα αυτά, μέσα από το πέρασμα που προετοίμασε ο ρομαντισμός όχι τόσο σε επίπεδο φόρμας (εικόνα 18) αλλά κυρίως σε πε-



17



18



19

ριεχόμενο, παραμερίστηκαν για να οδηγηθεί η καλλιτεχνική δημιουργία προς έναν χώρο ενεργειακό, προς μια ρευστότητα (εικόνα 19), προς το ερεβώδες αλλά και την υλικότητα των εικόνων του εξπρεσιονισμού και του αφηρημένου εξπρεσιονισμού.

Ο ρομαντισμός, κατά κύριο λόγο γερμανικό κίνημα, είναι περισσότερο φιλοσοφική θέση που καλύπτει ευρύ φάσμα των μορφών έκφρασης (μουσική, λογοτεχνία). Η κυρίαρχη ιδέα του στρέφεται προς τη δύναμη και το θεϊκό πνεύμα της φύσης, την οποία ο καλλιτέχνης προσπαθεί να προσεγγίσει για να διεισδύσει στη μαγεία και το μεγαλείο της. Η μελαγχολία, η φθορά που φέρνει ο χρόνος, το πεπερασμένο της ζωής και η αγωνία του θανάτου είναι το περιεχόμενο των εικόνων του ρομαντικού καλλιτέχνη. Η πρόκληση ισχυρής συγκίνησης μέσω της τέχνης και η κυριαρχία του συναισθήματος έναντι της λογικής αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά του, που κατά τον Μπωντλαίρ –πέρα από το θέμα και την αλήθεια του– είναι ένας τρόπος να αισθάνεται κανείς τον κόσμο.

Ο εξπρεσιονισμός, ως συνέχεια και μετάπλαση του ρομαντισμού στη Γερμανία, αναζήτησε την αναπαράσταση όχι του εξωτερικού αντικειμενικού κόσμου, αλλά το αποτύπωμα που αφήνει στον καλλιτέχνη στον εσωτερικό του κόσμο, στην ψυχή του και



20

τα συναισθήματα που του προκαλεί η εμπειρία που βιώνει στην παρατήρησή του. Καταλυτικό ρόλο στην άρθρωση του προσωπικού εκφραστικού ιδιώματος παίζει η ψυχαναλυτική θεωρία, που στρέφει τη ματιά στο εσωτερικό του σώματος, στην ψυχή, στην έκφραση των εσωτερικών διεργασιών και των προσωπικών ψυχικών καταστάσεων.



21



22

Στην εξπρεσιονιστική εικόνα, μορφολογικά η πραγματικότητα παραμορφώνεται με σκοπό να εκφράσει τα συναισθήματα, την ιδιαίτερη εσωτερική διάσταση και οπτική του καλλιτέχνη. Για να εκφραστεί αυτή η πραγματικότητα γίνεται χρήση έντονων αντινατουραλιστικών χρωμάτων και πυκνής ύλης, ενώ οι μορφές παύουν να υπακούουν στις νατουραλιστικές, αναλογικές σχέσεις (εικόνες 20, 21, 22). Μέσα από τη ρευστοποίηση της φόρμας υπερβαίνουν τα όρια και φτάνουν στη διάλυση της μορφής, στην καταστροφή και τον μεταφορικό της θάνατο.



23

### **Gaspar David Friedrich, ο ζωγράφος της μελαγχολίας (εικόνα 23)**

Ο Caspar David Friedrich (1774-1840) είναι ο κυριότερος εκπρόσωπος της γερμανικής ρομαντικής τοπιογραφίας. Από τους ιστορικούς χαρακτηρίζεται ως ο ζωγράφος της σιωπής. Οι εικόνες του, όπως σε ολό-

κληρη σχεδόν τη γερμανική παραστατική τέχνη, διακρίνονται από εξαιρετικά λεπτολόγα παρατήρηση της πραγματικότητας, η οποία αποδίδεται με σχεδόν αχειροποίητο τρόπο, ώστε στη ζωγραφική επιφάνεια να προσδίδεται έντονα το μεταφυσικό στοιχείο (εικόνες 24, 25).

Η οπτική του τοπίου υποβάλλει την ενατένιση και την εποπτεία από μεγάλο ύψος, έτσι όπως θα μπορούσε να προσλάβει κανείς εν πτήση, σαν πουλί, ίσως μια ψυχή που υπερίπταται του φυσικού κόσμου (εικόνα 26). Το ίδιο το τοπίο διακατέχεται από ζωογόνο πνεύμα, εμπεριέχει ψυχή, είναι ένα ανιμιστικό τοπίο το οποίο γίνεται απειλητικό, τρομακτικό και σε καθηλώνει (εικόνα 27). Το παιχνίδι με το φως, η πάλη του με τη σκιά σε επίπεδο εικαστικής γλώσσας, αντιπαραθέτει δύο νοήματα του κόσμου: το φυσικό με το μεταφυσικό (εικόνα 28).

Στη ζωγραφική του Friedrich συχνά συναντούμε σε πρώτο επίπεδο μορφές, φιγούρες παρατηρητών, συνήθως με γυρισμένη την πλάτη, που ατενίζουν με προσμονή το άπειρο, το βάθος του ορίζοντα (εικόνες 29, 30, 31, 32). Η γυρισμένη πλάτη, που δεν δηλώνει αλλά αφαιρεί την ταυτότητα, δημιουργεί υπόγειες εσωτερικές ταυτίσεις του θεατή με την εικονιζόμενη φιγούρα και προκαλεί τη συμμετοχή του στη συγκινησιακή φόρτιση του εικονιζόμενου. Το μικρό μέγεθος της μορφής, που μοιάζει να αιωρείται μεταξύ γης και ουρανού και η σχεδόν φωτογραφική αναπαράσταση εντείνει τη μεγαλοσύνη της φύσης (εικόνες 33, 34): οπτική που μετατρέπει τα φυσικά φαινόμενα σε αντικείμενα θρησκευτικού δέους και στοχασμού, που προσκαλεί προς το άγνωστο, το άπειρο, το αιώνιο. Συχνά το θρησκευτικό στοιχείο χρησιμοποιείται και απεικονιστικά από τον Friedrich, ενεργοποιώντας και εντείνοντας τα συναισθήματα του δέους που κινούνται μεταξύ απειλής και φόβου για το άγνωστο (εικόνες 35, 36).



24



25



26



27



28



29



30



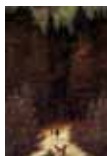
31



32



33



34



35



36

- 37  Στον ρομαντισμό, η φύση είναι η ζωογόνα μητέρα-φύση η οποία ταυτίζεται με τη γυναικεία υπόσταση που γεννά, δημιουργεί και προστατεύει, ενώ η ανδρική μορφή συχνά μέσα από την αυστηρή αναπαράσταση συμβολίζει τον θάνατο (εικόνες 37, 38). Ο διπλός αυτός συμβολισμός απεικονίζεται πολύ καθαρά στο έργο «Άνδρας και γυναίκα προσηλωμένοι στο φεγγάρι», με τη ζωντανή θαλερή φύση από την πλευρά της γυναικείας μορφής και την ξερή, κατεστραμμένη φύση πλάι στην ανδρική φιγούρα (εικόνα 39). Το έργο αυτό του Friedrich ενέπνευσε μεγάλους εικαστικούς δημιουργούς του 20ού αιώνα αλλά και συγγραφείς όπως τον Μπέκετ, ο οποίος υποστήριξε ότι ο συγκεκριμένος πίνακας στάθηκε πηγή έμπνευσης του *Περιμένοντας τον Γκοντό*.
- 38 
- 39 
- 40 
- 41  Η αναπόληση των μνημείων φέρει το αποτύπωμα της φθοράς με ερειπωμένα κτίρια που μετατρέπονται σε κοιμητήρια και όπου χωρίς ζωή η φύση γίνεται μακάβρια απειλητική φρουρός (εικόνες 40, 41). Στα τελευταία έργα του Friedrich το χρώμα γίνεται βαρύ και σιωπηλό και, όπως γράφτηκε γι' αυτόν, «περιβάλλεται από ένα παχύ μελαγχολικό και σκοτεινό σύννεφο πνευματικής αστάθειας<sup>2</sup>». Το σώμα και η ψυχή, το φθαρτό και το αθάνατο, το γήινο και το θεϊκό, η ζωή και ο θάνατος, τα δύο μέρη της ύπαρξης βρίσκουν την κορύφωσή τους μέσα στη δημιουργική δύναμη του έργου του.

- 42  **Mark Rothko (1903-1970) (εικόνες 42, 43)**  
Ο Mark Rothko, εβραϊκής καταγωγής Αμερικανός ζωγράφος, είναι από τους σημαντικότερους του αφηρημένου εξπρεσιονισμού. Η θητεία του στην παραστατική τέχνη ήταν περισσότερο μια πορεία προς την αφαίρεση, η οποία και χαρακτηρίζει το έργο του (εικόνες 44, 45).
- 43  Σίγουρα δεν υπάρχει κάποια καινοτομία λέγοντας ότι σημαντικοί καλλιτέχνες με το έργο τους βρίσκονται σε δημιουργικό διάλογο με τους άμεσους ή μακρινούς προγόνους τους που με μια σπειροειδή ανέλιξη δημιουργούν μια συνέχεια στον εικαστικό λόγο. Σε επίπεδο πνευματικής αναζήτησης και έκφρασης, οι θεωρητικοί της τέχνης βρήκαν συγγένειες του Rothko με το ρομαντικό κίνημα. Το φως που αντιπαλεύει με τη σκιά, το σκοτάδι, μια κατ' εξοχήν ρομαντική σύγκρουση, έτσι όπως παρουσιάστηκε ως κορυφαίος προβληματισμός στο έργο του Friedrich, συναντιέται και στα έργα κυρίως της τελευταίας περιόδου του Rothko. Ο ιστορικός Robert Rosenblum συγκρίνει το έργο του Friedrich «Ο Μοναχός στη θάλασσα» με αυτό του
- 44 
- 45 

Rothko του 1954 «Φως, Γη και Μπλε» σχολιάζοντας: «Ο Rothko όπως ο Friedrich [...] μας βάζουν στην πύλη του άμορφου απείρου που οι φιλόσοφοι χαρακτηρίζουν Υπέρτατο<sup>3</sup>» (εικόνες 46, 47, 48, 49).

Αλλά ο Rothko έτσι κι αλλιώς ανοίγει έναν πολύ παραγωγικό διάλογο με τους εικαστικούς γονείς ή παππούδες του. Λόγου χάρη, ο τόπος θυσιαστηρίου στον «Σταυρό» του Friedrich (εικόνα 50) έχει μεγάλη συγγένεια –οπτική και νοηματική– με «Το Νησί των Νεκρών» του Boecklin (εικόνα 51) και μπορεί να συνδεθεί με έργα του Rothko όπως αυτά που παραπέμπουν σε σκοτεινό πέραςμα, πύλη προς κάτι άλλο, τον θάνατο και προς ένα βωμό, τράπεζα, ή θυσιαστήριο (εικόνες 52, 53). Με εντελώς ανεικονικό τρόπο, μέσα από την καθαρά εικαστική γλώσσα που έχει τη δύναμη να αυτοσημαίνεται, τα έργα του μετατρέπονται σε έντονα ενεργειακά πεδία, υποβάλλουν εικόνες και συναισθήματα (εικόνα 54).

Ο καλλιτέχνης ταυτίζεται με το έργο του και αυτό γίνεται συνέχεια της σωματικότητάς του. Μέσα από αυτό καταγράφονται οι εσωτερικές διεργασίες που αποκτούν υπαρξιακό χαρακτήρα. Το τμήμα του έργου του που αναγνωρίζεται αυτόματα ως η ταυτότητα του Rothko αναπτύσσεται σε μεγάλα χρωματικά πεδία, γεωμετρικές φόρμες με ενεργειακή ένταση και αντιθέσεις που αλληλεπιδρούν και παράγουν εκρηκτικά φορτία, αλλά δημιουργούν και οσμώσεις με αλληλοδιεισδύσεις των επιπέδων (εικόνα 55). Σαν να εικονογραφούν την ακτινοβολία των φυσικών σωμάτων, αναπαριστώντας τη ρήση του Πλωτίνου «και χρώας φώτα όντα» (Ιγκόρ Γκραβάρ) (εικόνα 56) ή και την αύρα που εκπέμπει το ζωντανό κορμί και καταγράφεται σε επιστημονικές έρευνες (εικόνες 57, 58).

Θεωρείται ότι το παραλληλόγραμμο, που σε πλήθος χρωματικών και τονικών παραλλαγών επαναλαμβάνεται στα έργα του, είναι αναφορά στην ανάμνηση της εμπειρίας των τάφων των παιδικών του χρόνων (εικόνα 59). Τα έργα της ώριμης περιόδου του αποκτούν μεγάλες δια-



46



47



48



49



50



51



52



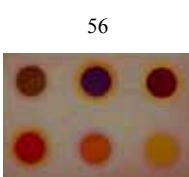
53



54



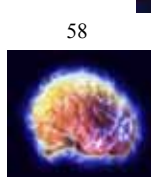
55



56



57



58



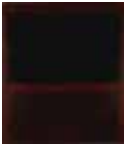
59

60  στάσεις, ανατρέπουν τις σχέσεις των μεγεθών του χώρου και δημιουργούν μια χαοτική δύναμη. Μορφές γεωμετρικές που πάλλονται, ζωντανεύουν, επιβάλλουν την ύπαρξή τους και μέσα από την υλικότητά τους αλλά και το μέγεθός τους μετουσιώνονται και υποβάλλουν μια άλλη υπόσταση, υπερ-βατική· μοιάζουν να απορροφούν τον θεατή και να τον εντάσσουν μέσα στο έργο, πρό-

61  θεση άλλωστε δηλωμένη και από τον ίδιο τον Rothko. Το ανάλογό του συναντούμε και στη βυζαντινή τέχνη. Αυτό που απασχόλησε τον Rothko ήταν η φύση του ανθρώπινου δράματος που αναπαρίσταται όπως πίστευε με τον ουσιαστικότερο τρόπο μέσα από την αφαίρεση. «Το μόνο θέμα που αξίζει», έλεγε, «είναι το τραγικό και το άχρονο», το οποίο προσπάθησε να αποδώσει με τις πα-

62  ραλλαγές πάνω στη φόρμα του ορθογώνιου, χωρίς την ύπαρξη χώρου και χρόνου (εικόνες 60, 61). «Μπερδευόμαστε με εικόνες ενώ μόνο η αφηρημένη τέχνη μπορεί να μας οδηγήσει στα όρια του θεϊκού<sup>4</sup>», σημειώνει κάπου.

Σταδιακά, και αφού αποποιείται τους τίτλους στα έργα του, ο Rothko περνάει από το κορεσμένο ζωντανό χρώμα σε μια γκρίζα παλέτα έντονης εσωτερικότητας που τον οδηγεί σε πολύ βαθιές σκούρες μπλε και μωβ τονικές κλίμακες που φτάνουν στο μαύρο. Φεύγει δηλαδή από την επιλογή του ζωογόνου ενεργειακού χρώματος, το οποίο είναι γνωστό ότι επιδρά καταλυτικά τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχικό κομμάτι του ανθρώπου, για να περάσει στη δήλωση της απομάκρυνσης από τη ζωή και να υποβάλλει την αποχώρηση από αυτήν (εικόνες 62, 63, 64).

64  Σε πλήρη ανάπτυξη τη συναντούμε στο Rothko Chapel του Χιούστον, όπου οι μεγάλων διαστάσεων σκούρων χρωματικών επιφανειών πίνακες δημιουργούν έναν χώρο αυτοσυγκέντρωσης και θρησκευτικού στοχασμού.

Το έργο αυτό γίνεται και η αυλαία που κλείνει τη ζωή του με την αυτοχειρία του (εικόνες 65, 66, 67). «Θα ήταν ωραίο, αν μπορούσαν να δημιουργηθούν παντού χώροι που να μοιάζουν με εξωκλήσια, όπου ο ταξιδιώτης ή ο οδοιπόρος θα είχε τον χρόνο και τη δυνατότητα της περισυλλογής σε ένα μικρό δωμάτιο, μπροστά στη μία και μόνη εικόνα», σημειώνει ο ίδιος.



65



66



67

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Foucault M., *Τι είναι Διαφωτισμός*, Αθήνα, Έρασμος, 1988.

Carus 1929, Caspar David Friedrich [en.wikipedia.org/](https://en.wikipedia.org/)

Rosenblum Robert, "The Abstract Sublime", [ART news](#), 1961.

Rothko M., *Wikipedia, the free encyclopedia*, Dominique De Menil (February 28 1971 dedication).

[en.wikipedia.org/wiki/Mark\\_Rothko](https://en.wikipedia.org/wiki/Mark_Rothko)

Caspar David Friedrich, *Wikipedia*, free encyclopedia



## Ψυχασθένεια και λογοτεχνία: σχέσεις αμφίδρομες

---

Ευγενία-Αννα Λεωνίδου-Σακαλή

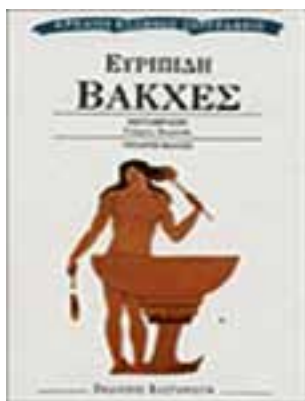
*Θεωρία της Λογοτεχνίας και Ερμηνευτική των κειμένων (ΑΠΘ)*

*Συνεργάτιδα του Πανεπιστημίου Paris III (Sorbonne Nouvelle)*

Η ευρύτητα του θέματος και τα ασαφή του όρια, καθώς και το περιορισμένο πλαίσιο μιας ανακοίνωσης δεν επιτρέπουν μια συστηματική, διεξοδική και εξαντλητική διερεύνηση του θέματος. Γι' αυτό θα αρκεστούμε σε μια περιδιάβαση. Επιχειρώντας κάποιες τομές στο θέμα μας, θα προσπαθήσουμε να σταθούμε σε μερικά κεντρικά και ουσιαστικά θέματα-σημεία. Ας ξεκινήσουμε από μια πρώτη διαπίστωση που θα μας οδηγήσει σε ένα καίριο ερώτημα: Γιατί τελικά από τον Όμηρο και τους αρχαίους τραγικούς μέχρι σήμερα, τους ποιητές και τους λογοτέχνες του 20ού αιώνα, η ψυχική διαταραχή άσκησε πάντοτε έλξη ως θεματολογία πάνω στη λογοτεχνία;

Ανέφερα τους τραγικούς μας, ας θυμίσω ότι ο Ευριπίδης λόγου χάρη, στο τελευταίο του έργο *Βάκχες*, θέτει αυτό το πρόβλημα. Οι Βάκχες είναι οι γυναίκες-συνοδοί του Διόνυσου που γίνονται μαινάδες και εμπλέκονται σε ένα τραγικό γεγονός: μεταξύ τους βρίσκεται η Αγαυή, μητέρα του Πενθέα, του βασιλιά της Θήβας, ο οποίος δεν δέχεται στην πολιτεία την παρουσία του Διόνυσου. Αρνείται τη θεότητα, είναι άκαμπτος, αλαζονικός και ταπεινώνει τον θεό ο οποίος αποφασίζει να τον τιμωρήσει ανελέητα: τον παρασύρει παραλογισμένο μέσα στο δάσος και τον παραδίδει στις μαινάδες. Η Αγαυή χάνει τα λογικά της και όταν επιστρέφει στο παλάτι, εμφανίζεται κρατώντας το κεφάλι του αποκεφαλισμένου από την ίδια γιου της Πενθέα (μήπως η ετυμολογία του ονόματος παραπέμπει στον εγωτικό και εσωστρεφή χαρακτήρα του προσώπου;). Το ερωτηματολόγιο στο οποίο υποβάλει την Αγαυή ο Κάδμος, ο πατέρας της, μέσα στην αγωνία του να καταλάβει τη φριχτή κατάσταση, συνιστά υπόδειγμα νευροψυχολογικής διερεύνησης για τους διαταραγμένους ασθενείς. Ο Διόνυσος είναι το αντίθετο του ορθολογικού στοιχείου, ο Ευριπίδης όμως μας θυμίζει ότι το στοιχείο αυτό υπάρχει, τόσο

γύρω όσο και μέσα μας. Το θυμικό, συγκινησιακό στοιχείο σπάζει τα περιχαρακωμένα όρια του ατομικού στοιχείου και μέσα από το συλλογικό στοιχείο μάς διαχέει μέσα στη φύση. Και αν δεν το λάβουμε υπόψη μας γίνεται καταστροφικό. Απολλώνιο και Διονυσιακό στοιχείο, Αρμονία και Χάος είναι ανθρωπολογικές οντότητες.



Θα παρατηρήσουμε λοιπόν ότι το θέμα της ψυχικής διαταραχής εμφανίζεται μέχρι σήμερα, φτάνει μέχρι τους υπερρεαλιστές που το κάνουν κεντρικό τους θέμα αλλά και μέχρι τους συγκαιρινούς ποιητές. Περνώντας από το σαιξπηρικό θέατρο, να θυμίσουμε τον αιρετικό και ανατρεπτικό λόγο που ακούμε από τον τρελό του *Βασιλιά Ληρ*. Η αναφορά στον Μπωντλαίρ, στα μέσα του 19ου αιώνα, είναι επιβεβλημένη γιατί παρουσιάζεται ως ξεχωριστή περίπτωση. Η οραματική και παραληρηματική ποίηση του Μπωντλαίρ (που πάσχει ολοφάνερα από το διπολικό σύνδρομο) θα φωτίσει για πρώτη φορά την παθογένεια

της πόλης και του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Για να ξαναγυρίσουμε λοιπόν στον υπότιτλο, υπάρχουν σχέσεις αμφίδρομες ανάμεσα στη λογοτεχνία και την ψυχασθένεια; Υπάρχει κάτι σαν διαχρονική αμοιβαιότητα μεταξύ τους; Η απάντηση είναι ότι από τον Φρόνυτ (αναφορές στις τραγωδίες του Σοφοκλή για τον Οιδίποδα, σε κείμενα του Σαίξπηρ, του Ρουσώ, του Γκαίτε, του Ίψεν, του Μπαλζάκ, του Ντοστογιέφσκι) μέχρι τον Ίρβιν Γιάλομ (προσωπικές αναγνώσεις του Γκαίτε, του Νίτσε, ακόμα και του Καζαντζάκη), η λογοτεχνία πρόσφερε άφθονο υλικό στις έρευνες για την ψυχασθένεια, ενώ από την άλλη η αναφορά στην ψυχασθένεια θα επιτρέψει στη λογοτεχνία να ανοίξει τον ορίζοντά της, να ανακαλύψει καινούργιους τρόπους ανίχνευσης της ανθρώπινης ύπαρξης, της ανθρώπινης κατάστασης.

Τώρα θα θέλαμε να σκύψουμε πάνω από τη λειτουργία της λογοτεχνίας, να διαλύσουμε κάποιες παρανοήσεις. Η ποίηση και η λογοτεχνία εμπεριέχουν ενέργεια. Η μεταφορική και εικονοποιητική ενέργεια της ποίησης όχι μόνο δεν αποστρέφεται και δεν απομακρύνει τον στοχασμό, αλλά τον προϋποθέτει. Αυτό το σύμπαν που έχει συστατικά την εικόνα, τον ήχο, τη γλώσσα, τη μουσική, τη διάνοια, το συναίσθημα κατευθύνει την ατομική συνείδηση και την προσανατολίζει προς την οικουμενικότητα. Η μεγάλη ποίηση, η μεγάλη λογοτεχνία δεν οδηγεί σε εφησυχασμό, σε αδράνεια· αντιθέτως αφυπνίζει, αναστατώνει, σπέρνει τον σπόρο της ανησυχίας μέσα μας, μέσα από τη σύγκρουση των λέξεων αναδεικνύεται και αποκαλύπτεται η παραδοξότητα του κόσμου, γιατί

είμαστε βέβαια πλάσματα που ζούμε στο τώρα, αλλά είμαστε προσανατολισμένοι με τη φαντασία, το αίσθημα, τον στοχασμό προς την υπέρβαση ακριβώς του τώρα. Με αυτό τον τρόπο προκαλείται μια ριζική διερώτηση γύρω από τη βιο-κοινωνική μας οντότητα, γύρω από την ύπαρξή μας. Αυτό ακριβώς υπογραμμίζει ο Μίλαν Κούντερα, ο Τσέχος πεζογράφος και διανοούμενος. Σε ένα πρόσφατο βιβλίο με τίτλο *Ο πέπλος*, ρίχνει μια λοξή ματιά πάνω στο πραγματικό. Το βλέμμα μας δεν είναι πια το βλέμμα της μέδουσας που καθλώνει. Αποσπάται από εκεί και απομακρύνεται από τον επιβαλλόμενο λόγο. Ας αναρωτηθούμε: έχει σώας τας φρένας η Αντιγόνη; Ή ο Τειρεσίας απέναντι στον λόγο του Κρέοντα; Ανασηκώνεται ο πέπλος και αυτό που θεωρούμε πάρα πολύ φυσιολογικό αρχίζει να δείχνει την παραδοξότητά του, μας καλεί να θέσουμε ερωτήσεις και σπέρνει τον σπόρο της ανησυχίας.

Η λογοτεχνία είναι πάνω απ' όλα γλώσσα, το σώμα της ένα εργαλείο. Να αναρωτηθούμε ποια είναι η πρώτη και καίρια ιδιότητα της γλώσσας: να γλιστράει, αδιάκοπα, χαμαιλεοντικά πάνω σε δύο άξονες. Αδιάκοπα επιλέγουμε, και μάλιστα την ίδια στιγμή, το πώς θα πλέξουμε συντακτικά τον λόγο στον οριζόντιο άξονα και συγχρόνως επιλέγουμε το σημαίνον (ήχος, εικόνα, γραφή, ρυθμός, χρόνος, διαστρωμάτωση της γλώσσας) από τα πολλαπλά σημαίνοντα που μας προσφέρονται στον κάθετο άξονα. Το σημαίνον όμως κι εκείνο γλιστράει στα πολλαπλά σημαινόμενα. Δουλεύουμε μπροστά σε ένα αληθινό ορυχείο της γλώσσας. Η λογοτεχνία διαλέγει την ελευθερία, την ευρηματικότητα, την έκπληξη και μας παραδίδει το κλειδί που ανοίγει την πόρτα για να περάσουμε από τον γνωστό και περιχαρακωμένο κόσμο προς το παράδοξο, από το οικείο στο ανοίκειο, από το προφανές και καθησυχαστικό προς το αβέβαιο. Μεταφορά, αλληγορία, μετωνυμία, ένταση του αφηγηματικού λόγου, ο κεραυνός της ποιητικής λέξης: όλα αυτά δηλώνουν κίνηση, διαγράφουν ένα τεκτονικό ρήγμα που μας μετακινεί για να δούμε αλλιώς. Από τον εκλογικευμένο κόσμο του αιτίου και αιτιατού στο χαοτικό, στις εσωτερικές αβύσσους και τον ιστορικό ορυμαγδό. Ο Κάφκα είπε με συγκλονιστικό τρόπο: «Η λογοτεχνία είναι το τσεκούρι που σπάζει την παγωμένη θάλασσα μέσα μας». Ο Καμύ το είπε με τον δικό του τρόπο: «Ο λογοτέχνης είναι κάποιος που παίρνει θέση ανάμεσα σε δυο καρέκλες πάνω από την άβυσσο».

Ας θυμηθούμε την τριλογία του Αισχύλου *Αγαμέμνων-Χοηφόροι-Ευμενίδες* και ας σταθούμε στο θέμα του Ορέστη όταν τον κυνηγάνε οι Ερινύες και περνάει σε μια άλλη κατάσταση. Για τους αρχαίους, η τρέλα είχε πολλές σημασίες: η έννοια, η λέξη τρέλα μπορεί να είναι ένα λειτουργικό σύμβολο, μια τελετουργική σύνδεση με τους θεούς και υπάρχει μάλιστα ο διαχωρισμός ανάμεσα στον τρελό του θεού και στους

δαιμονισμένους. Ως εντεταλμένος του Απόλλωνα, ο Ορέστης γνωρίζει και τις δύο όψεις, γιατί θα κυνηγηθεί από τις Ερινύες και τελικά θα γνωρίσει και τη μεταμόρφωση των Ερινυών σε Ευμενίδες. Η ακρίβεια με την οποία παρουσιάζεται η διαταραχή του Ορέστη στις *Χοηφόρες* είναι εκπληκτική. Θα λέγαμε, μια κλινική εικόνα ενός ψυχικά διαταραγμένου. Ο Ορέστης λέει χαρακτηριστικά: «Σαν με άλογα τα χαλινάρια μου κρατώ έξω από τον ίσιο δρόμο, γιατί με σέρνουν δυσκολοχαλιναγώγητες σκέψεις» («εξωτέρω δρόμου εξωτέρω ημιστροφώ»). Τις Χοηφόρες τις βλέπει σαν τις γοργόνες σταχτόμαυρα ντυμένες και πλοκαμοζωσμένες με πλήθος από φίδια. Στις *Ευμενίδες*, χάρη στην παρέμβαση της Αθηνάς, ο Λόγος θα αποδώσει Δικαιοσύνη: έτσι περνάμε στον θεσμοποιημένο λόγο και στη θεσμοποιημένη δικαιοσύνη και πια έχουμε ένα βήμα ξεπεράσματος της αρχαϊκής εποχής και την κυριαρχία μέσα στην Αθήνα του Λόγου και της Δικαιοσύνης ως θεσμούς. Με αυτό τον τρόπο, οι Ερινύες θα μεταμορφωθούν σε Ευμενίδες και ακούμε έναν ύμνο στη Δημοκρατία. Το ότι σώθηκε ολόκληρη η τριλογία είναι πολύ σημαντικό. Ο ειρηνιστής Αισχύλος μάς υπενθυμίζει τις ωμότητες του πολέμου και δείχνει ότι αναπόδραστα η βία του πολέμου δεν τελειώνει. Αναπαράγεται. Δείχνει την κοινωνική και ατομική ρήξη και είναι ένας άθλος το ότι ξεκινά από την ακραία βία για να καταλήξει στην ειρήνη του θεσμοθετημένου Δικαίου.

Ο Σοφοκλής χαράζει μια γραμμή από την *Αντιγόνη* μέχρι σήμερα περνώντας μέσα από τον Σαίξπηρ και από άλλους μεγάλους λογοτέχνες για να πολιορκήσει την έννοια της τρέλας. Είναι η τρέλα σαν λόγος αντίστασης απέναντι στην εξουσία. Ο τρελός στον *Βασιλιά Αηρ* είναι η απελευθερωμένη γλώσσα, σκέψη και κριτική. Ο τρελός τολμά να λέει ατιμώρητα, χωρίς να τον ισοπεδώνει η εξουσία, αλήθειες. Έχουμε ένα καταπληκτικό κείμενο του Γιώργου Χειμωνά πάνω στον *Άμλετ*: ο Άμλετ σκηνοθετεί την τρέλα με διαισθητική ματιά και η μαστοριά του Σαίξπηρ θέτει προβλήματα γύρω από την ύπαρξή μας, καθώς διασχίζει τις συμπληγάδες της ιστορίας και της ύπαρξης και γυρίζει γύρω από το ερώτημα πώς να βρεις έναν τρόπο να ζεις. Ο Χειμωνάς για τον *Άμλετ* μάς λέει ότι το κεντρικό ερώτημα «να ζεις ή να μην ζεις», που συμπυκνώνει όλη του την αγωνία, υποκρύπτει ένα άλλο ερώτημα πολύ πιο αγωνιώδες: «Πώς να ζεις;» Ο Άμλετ δεν θα βρει ποτέ τρόπο να ζήσει την ύπαρξή του! Καμιά χρήση –είναι χαρακτηριστική η φράση του Χειμωνά– καμιά χρήση του κόσμου δεν είναι καλή, είναι αναγκασμένος να ζήσει, καταναγκασμένος να πράξει, να περιοριστεί και να ορισθεί. Ένας υπερκίνητος, υστερικός δαίμονας γίνεται παράφορος, ιδιότροπος, εκδικητικός, και βέβαια εκδικείται τον φόνο. Όλη η διαδρομή του, όλο το φέρσιμό του είναι ένα συνεχές ανοιγοκλείσιμο, ένα αδιάκοπο πηγαϊνέλα ανάμεσα στο κενό και τον ανούσιο

κόσμο και καταφεύγει συχνά στην τρέλα, την οποία ονομάζει δραματοποιημένη υποκρισία της ζωής.

Και τώρα, πριν περάσουμε στον Μπωντλαίρ, ας θυμίσουμε τον περίφημο τρελό με τον οποίο ο Θερβάντες εγκαινιάζει ένα καινούργιο λογοτεχνικό είδος, το μυθιστόρημα, με τον Δον Κιχώτη που βλέπει οράματα, ανοίγεται στο πέρα, θέτει ερωτήματα. Δέκα χρόνια μετά την καταστροφή της μεγάλης Αρμάδας, σε μια εποχή παρακμής της Ισπανίας, ο Δον Κιχώτης προσπαθεί να ασκηθεί στην ελευθερία. Η ζωή είναι αλλού; Η ειρωνεία που διατρέχει υποδόρια το κείμενο δείχνει τη γύμνια του κόσμου και την κατευθυνόμενη τρέλα του Δον Κιχώτη που προσπαθεί να τον επανοηματοδοτήσει.

Περνάμε στον Μπωντλαίρ και στα μέσα του 19ου αιώνα. Είναι ένας σημαντικός σταθμός γιατί εισάγει στο έργο του τη θεματολογία της πόλης, την παθογένεια της μεγαλούπολης. Η άνοδος του καπιταλισμού και της αστικής τάξης κατά την περίοδο της δεύτερης Αυτοκρατορίας φέρνει την εξαθλίωση: συνθήκες υγιεινής άθλιες, αλκοολισμός, πορνεία, παιδική εργασία, περιθωριοποίηση. Ο κόσμος του Ντίκενς και του Ζολά δεν είναι βέβαια μακριά. Ο κοινωνικός αντίκτυπος είναι η έλλειψη επικοινωνίας, η περιθωριοποίηση, η αναζήτηση ταυτότητας, η αποξένωση, η μοναξιά, το αίσθημα εξορίας, ο ατομικισμός, η βία και η εγκληματικότητα. Η ματιά του Μπωντλαίρ είναι διεισδυτική για να εικονογραφήσει το εσωτερικό και εξωτερικό τοπίο και έχουμε στα έργα του εικόνες του εγκλωβισμένου εγώ που ονειρεύεται ουρανό, αθωότητα, αλλά βλέπει γύρω του απωθητικές εικόνες. Ένα από τα ποιήματά του τιτλοφορείται «Το ψοφίμι»: βλέπει το ψοφίμι μέσα στην καρδιά της πόλης, μες το φως του ήλιου. Το ποίημα είναι συγκλονιστικό. Ο Μπωντλαίρ είναι μεταφραστής του Έντγκαρ Άλαν Πόε και προεικονίζει θαρρείς τις θηριώδεις μηχανές βασανιστηρίων που βρίσκουμε και στον Κάφκα.

Μέσα στο ποίημα «Spleen» έχουμε την κλινική εικόνα ενός διαταραγμένου ψυχικά ασθενή: «Όταν ο ουρανός βαρύς και χαμηλός σαν πώμα πιέζει πάνω στο πνεύμα μου... το πνεύμα μου στενάζει βορά στις μακροχρόνιες θλίψεις και αγκαλιάζοντας τον ορίζοντα... όλο τον κύκλο... μας ρίχνει μια μαύρη μέρα πιο θλιβερή από τις νύχτες. Όταν η γη μεταμορφώθηκε σε υγρή φυλακή. Όταν η ελπίδα σαν νυχτερίδα φεύγει χτυπώντας τους τοίχους με το φτερό και προσκρούοντας στις σάπιες οροφές την κεφαλή. Όταν η βροχή απλώνοντας τις τεράστιες κλωστές της μιμείται τα κάγκελα μιας πελώριας φυλακής και ένας άφωνος λαός από αράχνες αισχρές έρχεται να απλώσει τα δίχτυα του στο βάθος του νου μας... καμπάνες ξαφνικά αναπηδούν με



μανία και στέλνουν προς τον ουρανό τρομερό ουρλιαχτό σαν πνεύματα περιπλανώμενα κι απάτριδα... η ελπίδα νικημένη κλαίει, η αγωνία φρικτή, δεσποτική φυτεύει στο σκυμμένο μου κρανίο τη μαύρη της σημαία». Είναι από τα πιο συγκλονιστικά και δυνατά ποιήματα του Μπωντλαίρ. Ο Μπένγιαμιν, με δύο μνημειώδεις μελέτες, έδειξε το καινοτόμο πνεύμα του Μπωντλαίρ: την ώρα που η εποχή του πανηγυρίζει για την τεχνολογική πρόοδο, τον καινούργιο θαυμαστό κόσμο, τον φετιχισμό των αντικειμένων, ο Μπωντλαίρ βλέπει εφιάλτες.

Στον *Ηλίθιο* του Ντοστογιέφσκι συναντάμε στο πρόσωπο του ήρωα τον αθώο στο λάκκο των λεόντων, ο οποίος άθελά του προκαλεί την πιο τρομακτική έκρηξη των πιο αβυσσαλέων παθών των προσώπων που τον περιβάλλουν. Η επιληψία του Ντοστογιέφσκι που τη δανείζει στο κεντρικό πρόσωπο, τον Μίσκιν, δεν είναι ένα πρόσθετο, ανησυχητικό στοιχείο. Πρώτον, επηρεάζει τη δομή του έργου: τα δύο μέρη του έργου οργανώνονται γύρω από τις δύο κρίσεις επιληψίας του ήρωα. Δεύτερον, διαπερνά το μυθιστόρημα σαν ένα τρυπάνι με περιστρεφόμενη κίνηση που φτάνει μέχρι το αποκορύφωμα. Και τρίτον, διαποτίζει την υφή του έργου με τις επαναλήψεις, τις αδιάκοπες αυτοαναφορές, τις περιστροφές εξομολογήσεων, τους επαναπροσδιορισμούς, την επαναφόρτιση λεπτομερειών. Ο Νίτσε και πάλι δεν είναι μακριά: αντηχεί η «αιώνια επιστροφή» ή το «τέλος του χρόνου», όπως κραυγάζει κάποια στιγμή ο ήρωας στον *Ηλίθιο*.

Στη συνέχεια θα έρθουμε στην Ελλάδα, την περίοδο 1800-1900, και συγκεκριμένα στην περίπτωση του Βιζυηνού. Με καταγωγή από τη Θράκη, έχει ζήσει όλα τα προβλήματα της επαφής με αντιπροσώπους της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, είναι ένα φτωχό ορφανό παιδί που θέλει να σπουδάσει και αναζητεί προστάτες. Πηγαίνει πρώτα στην Κωνσταντινούπολη και κατόπιν κάνει εξαιρετικές σπουδές στη Γερμανία. Θεωρείται ανανεωτής της ελληνικής λογοτεχνίας στον χώρο του διηγήματος. Ο ίδιος είχε απόλυτη συνείδηση της αξίας του έργου του, αλλά βέβαια το πνευματικό και λογοτεχνικό κατεστημένο της Αθήνας τον αγνόησε εντελώς. Εκδίδει στην *Εστία* πέντε διηγήματα και το τελευταίο εκδίδεται όταν βρίσκεται ο ίδιος στο Δρομοκαείτιο. Το τελευταίο του διήγημα, «Μοσκόφ Σελίμ», αφηγείται την ιστορία του Τούρκου Σελίμ, ο οποίος ονειρεύεται ότι είναι Ρώσος και θέλει να ξεφύγει από τον τόπο του. Αναγνωρίζουμε μέσα στο ίδιο πρόσωπο μια βαθιά σύγκρουση φυλών και φύλων (όταν ήταν μικρός τον έντυναν κορίτσι). Είναι άνθρωπος που δεν μπορεί να συμβιβαστεί με την ύπαρξή του και δίνει συνέντευξη στον έλληνα διανοούμενο, τον αφηγητή, ο οποίος επίσης νιώθει άβολα.

Ο Μισέλ Φαίξ στο βιβλίο του *Ελληνική αϋπνία*, ένα πολύ πρωτότυπο πεζό, που συνδυάζει μυθιστόρημα και δοκίμιο, αναφέρεται στον Βιζυηνό και αναπαράγει αυτούσια τα ημερολόγια των ψυχιάτρων της εποχής που εργάζονταν στο Δρομοκαεΐτιο. Είναι συγκλονιστική η διαφορά ανάμεσα στην αντιμετώπιση και την προσέγγιση της ασθένειας σήμερα και πώς βλέπανε τον ψυχικά ασθενή στα 1880-1890. Ο Βιζυηνός παρουσιάζει χαρακτηριστικά του συνδρόμου του ψυχικά ασθενούς με την εσωτερική και την εξωτερική του εξορία. Ας αναφέρουμε ένα τετράστιχό του που είναι ίσως το πιο γνωστό από τα ποιήματά του: «Από τότε που θρηνώ το ξανθό και γαλανό και ουράνιο φως μου, μετεβλήθη εντός μου ο ρυθμός του κόσμου». Και ένα μικρό απόσπασμα από τον Μοσκόφ Σελίμ: «Ντόμπρο ντόϊντε μπράουσκα, αναφώνησε ο Τούρκος πλησιάζων μετά προφανούς ταραχής, τουτέστιν καλώς ήλθες αδελφέ. Καθ' ιδίαν στιγμὴν ἐγὼ τοῦ ἀπέδιδον τον χαιρετισμόν κατὰ τον τουρκικόν τρόπον αντιχαιρέτησε ως Ρώσος στρατιώτης».

Ας περάσουμε τώρα στους Έλληνες υπερρεαλιστές και στον Εμπειρικό. Ένα θέμα που επανέρχεται πάρα πολύ συχνά στο έργο του είναι ο εξορκισμός του θανάτου με τον οίστρο της ζωής. Παρουσιάζεται και στην *Οκτάνα* και σε κείμενα με τον γενικό τίτλο *Γραπτά*. Έχουμε μια ένθερμη συγχώνευση της επιθυμίας και της πραγματικότητας σε μια υπερπραγματικότητα. Ο δρόμος για να ξεφύγει κανείς από τα τραύματα, για να φτάσει σε μια έξαρση είναι να ψάξει και να βρει αυτό τον οίστρο της ζωής. Μάλιστα χαρακτηριστικά σε ένα άλλο πολύ γνωστό ποίημά του, στην «Οδό των Φιλελλήνων», στο πέραςμα μιας νεκρικής πομπής ένας φίλος του ποιητή παθαίνει κάτι σαν έξαρση και αρχίζει να φωνάζει από τον φόβο του θανάτου. Ο ίδιος ο Εμπειρικός τότε αισθάνεται ότι περνάει σε έναν άλλο χώρο, αρνείται ότι η αλήθεια είναι από την άλλη πλευρά αλλά μας λέει ότι «το απόλυτο αποκαλύπτεται όχι σ' εκείνους που βλέπουν μόνο την μία πλευρά της ζωής, η αποκάλυψη και η αναγέννηση έρχεται σ' εκείνους που γνωρίζουν να ενώνουν τα αντίθετα». Μια αποδοχή που οδηγεί τελικά στη συμφιλίωση των στοιχείων της ζωής, σε ό,τι υπερβαίνει το αποσπασματικό των φαινομένων, και βέβαια και το μοιραίο.

Θα κλείσω με ένα ποίημα της Κικής Δημουλά από τη συλλογή *Ήχος απομακρύνσεων*. Η ποιήτρια περιμένει σε ένα φουαγιέ θεάτρου και παρατηρεί τα ψάρια ενός ενυδρείου. Περιγράφει ένα περιβάλλον ασφυκτικό και πιεστικό. Και ξαφνικά ακούει μια φωνή δίπλα της: «Λυπάσαι; Χρυσόψαρα είναι, ούτε που γνώρισαν θάλασσα ποτέ τους! Και η δική της φωνή απαντάει: Μην το λες! Και 'μείς τι τάχα γνωρίσαμε; Κι όμως το νοσταλγούμε αυτό το διόλου!». Τελικά νομίζω ότι η ζωή πρέπει να βρει μια διαρκώς διαφεύγουσα, επισφαλή ισορροπία ανάμεσα σε αυτό το απέραντο της επιθυμίας, της φαντασίας και σε αυτό το διόλου.



*Η ψυχική διαταραχή, η οποία αντανακλά μια κοινωνική παθολογία και είναι αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων του ψυχο-βιολογικού υποστρώματος και του φυσικού περιβάλλοντος, έχει αποδειχθεί πως αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και κοινωνικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε τώρα.*

*Τι γνωρίζουμε όμως για το πλήθος των ψυχικών διαταραχών, τη βιολογική τους βάση και τις πολλαπλές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας για τη θεραπεία τους; Πώς αντιμετωπίζει η κοινωνία τους ψυχικά ασθενείς; Τι προσπάθειες γίνονται για την επανένταξή τους;*

*Το Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών & Βιοτεχνολογίας του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών, στην προσπάθειά του να αξιοποιήσει σε θέματα υγείας τις νέες εξελίξεις των βιολογικών ερευνών στη «Συστημική & Υπολογιστική Βιολογία», συνεργάζεται με την Ειδική Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης (ΕΜΑΕΕ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).*

*Καρπός της συνεργασίας αυτής είναι, μεταξύ άλλων, η οργάνωση ενός κύκλου ομιλιών (από 12-01 έως 23-02-2010) με γενικό τίτλο: Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί στον οποίο συμμετείχαν η Α' και η Β' Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.*

*Στον παρόντα τόμο περιλαμβάνονται οι ομιλίες όλων των διαπρεπών επιστημόνων που συμμετείχαν στον ανωτέρω κύκλο με στόχο να παρουσιάσουν τις σύγχρονες απόψεις τους στον τομέα της ειδικότητάς τους και να ευαισθητοποιήσουν το κοινό για τις ψυχικές διαταραχές, πολλές από τις οποίες δικαίως θεωρούνται ασθένειες του πολιτισμού μας.*

## **ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ**

Λεωφ. Βασιλέως Κωνσταντίνου 48, 116 35 Αθήνα  
Τηλ.: 72 73 501, Fax: 72 46 618