

# ΕΝΤΕΛΕΝΕΧΕΙΑ

Δεκέμβριος 2021

Τεύχος 2<sup>ο</sup>



Συνομιλώντας με την Κατάθλιψη μέσω της Ψυχοθεραπείας/  
Αγχώδεις Διαταραχές / Διατροφικές Διαταραχές/ Ψυχωσικές  
Διαταραχές / Αποσυνδεδετικές Διαταραχές / Περί της ψυχικής  
διάστασης των Διαταραχών της Μνήμης... / Διαταραχές της  
Σεξουαλικής Λειτουργίας



## Τεύχος 2<sup>ο</sup>

Δεκέμβριος 2021

Το περιοδικό Εντελέχεια είναι ένα ηλεκτρονικό Free Press περιοδικό προσβάσιμο σε όποιον ενδιαφέρεται να αποκτήσει περαιτέρω γνώσεις για θέματα ψυχολογίας.

**Μπορεί κανείς να το κατεβάσει ελεύθερα στο**

**[www.peripsichis.gr](http://www.peripsichis.gr)**

### **Επιμέλεια**

Λίλιαν Καρρά, Απόφοιτη Ψυχολογίας-Ψυχοθεραπεύτρια

Τηλ. Επικοινωνίας 2108068212, 6949967997

Θησέως 23, Μαρούσι, 15124

[peripsichis.seminars@gmail.com](mailto:peripsichis.seminars@gmail.com)

**Φωτογραφία εξωφύλλου, Λογότυπο, Ηλεκτρονική σελιδοποίηση**

Δημήτρης Καραντινόπουλος

[www.instagram.com/dimitriskarantinopoulos](http://www.instagram.com/dimitriskarantinopoulos)

### Πνευματικά δικαιώματα

Το παρόν έργο πνευματικής ιδιοκτησίας προστατεύεται από τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας (Ν 2121/1993 όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει σήμερα) και από τις διεθνείς συμβάσεις περί πνευματικής ιδιοκτησίας. Απαγορεύεται απολύτως η χωρίς γραπτή άδεια του εκδότη κατά οποιονδήποτε τρόπο ή οποιοδήποτε μέσο (ηλεκτρονικό, μηχανικό ή άλλο) αντιγραφή, φωτοανατύπωση και εν γένει αναπαραγωγή, εκμίσθωση ή δανεισμός, μετάφραση, διασκευή, αναμετάδοση στο κοινό σε οποιαδήποτε μορφή και η εν γένει εκμετάλλευση του συνόλου ή μέρους του έργου.

# Περιεχόμενα

σελ.

- |    |   |
|----|---|
| 4  | Συνομιλώντας με την Κατάθλιψη μέσω της Ψυχοθεραπείας    |
| 12 | Αγχώδεις Διαταραχές                                     |
| 19 | Διατροφικές Διαταραχές                                  |
| 25 | Ψυχωσικές Διαταραχές                                    |
| 33 | Αποσυνδεδετικές Διαταραχές                              |
| 38 | Περί της ψυχικής διάστασης των Διαταραχών της Μνήμης... |
| 46 | Διαταραχές της Σεξουαλικής Λειτουργίας                  |
| 53 | Βιογραφικά Στοιχεία Συγγραφέων                          |

Προς ομοιομορφία του κειμένου και ευανάγνωστη ροή αυτού, οι πηγές παρατίθενται στο τέλος κάθε άρθρου

# Συνομιλώντας με την Κατάθλιψη μέσω της Ψυχοθεραπείας

*Γράφει η Μαριλένα Σμυρνιώτη, Ψυχολόγος, Συστημική Οικογενειακή Ψυχοθεραπεύτρια, Θεραπεύτρια GIM, MA Εγκληματολογίας & Ποινικού Δικαίου*

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα 5% του ενήλικου πληθυσμού παγκοσμίως πάσχει από κατάθλιψη, με τις γυναίκες να πλήττονται περισσότερο.

Στον Ελληνικό πληθυσμό η μείζων κατάθλιψη κυμαινόταν σε ένα 3,3% το 2008, ποσοστό το οποίο αυξήθηκε ραγδαία κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, αγγίζοντας το 12,3% το 2003 (2). Στους ηλικιωμένους άνω των 60 ετών το ποσοστό αυτό πολλαπλασιάζεται, φτάνοντας το 45% (3).

Η κατάθλιψη εντάσσεται στις διαταραχές διάθεσης. Ως «διάθεση» ορίζεται ο σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνει το άτομο εσωτερικά. Μπορεί να επηρεάσει σημαντικά όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο, τον εαυτό του και τους άλλους. Η διάθεση διαφοροποιείται από το συναίσθημα, το οποίο αποτελεί την εξωτερική έκφρασή της. Πολλές φορές διάθεση και συναίσθημα ταυτίζονται, αλλά όχι πάντα.

Ο όρος «**κατάθλιψη**» αγκαλιάζει ένα πλήθος διαταραχών, οι συνηθέστερες εκ των οποίων είναι:

- Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
- Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Δυσθυμική Διαταραχή
- Κατάθλιψη στα πλαίσια Διπολικής ή Κυκλοθυμικής διαταραχής
- Περιγενετική ή Επιλόχειος Κατάθλιψη
- Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή
- Άτυπη κατάθλιψη και
- Κατάθλιψη οφειλόμενη σε γενικότερη ιατρική κατάσταση, σε χρήση φαρμακευτικής αγωγής και σε κατάχρηση ουσιών.

Ανάλογα με τη βαρύτητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων η κατάθλιψη διακρίνεται σε ήπια, μέτρια ή σοβαρή.

Η κατάθλιψη είναι μία συστημική νόσος, η οποία επηρεάζει πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού και ψυχισμού. Η βασική συμπτωματολογία που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη περιλαμβάνει διαταραχές σε πέντε διαφορετικά επίπεδα. Η ποιότητα των συμπτωμάτων διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο της κατάθλιψης και την ηλικία του ασθενούς:

- **Διαταραχές συναισθήματος:** (α) Καταθλιπτικό συναίσθημα, λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, αν και όχι πάντα. Η διαταραχή συναισθήματος μπορεί να βιώνεται πλήρη έλλειψη συναισθημάτων, αδιαφορία ή αίσθηση κενού (β) Ανηδονία – τα άτομο παύει να αντλεί ικανοποίηση από μέχρι πρότινος ευχάριστες δραστηριότητες (γ) Άγχος, εσωτερική δυσφορία

- **Διαταραχές του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος:** (α) Διαταραχές ύπνου: αϋπνία, υπερ-υπνία, συχνές αφυπνίσεις, πολύ πρωινές αφυπνίσεις (β) Διαταραχές όρεξης (γ) Έντονη κόπωση, εξάντληση, έλλειψη ενεργητικότητας (δ) Μείωση σεξουαλικής διάθεσης (ε) Ψυχοκινητική επιβράδυνση: επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου ή των κινήσεων. Το άτομο μπορεί να έχει μία αίσθηση πως το μυαλό και το σώμα του είναι βυθισμένα σε ομίχλη (στ) Ψυχοκινητική διέγερση, κυρίως στους ηλικιωμένους: έντονος εκνευρισμός, ένταση, τάση να βρίσκονται συνεχώς σε κίνηση, σε εγρήγορση

- **Διαταραχές στην κινητοποίηση:** (α) Το άτομο χάνει το ενδιαφέρον και τη διάθεση να ασχοληθεί με καθημερινές δραστηριότητες (β) Αίσθημα ανημπόριας και απελπισίας (γ) Αυτοκτονικός ιδεασμός, αυτοκτονικές σκέψεις λιγότερο ή περισσότερο οργανωμένες, απόπειρες αυτοκτονίας.

- **Διαταραχές σκέψης και αντίληψης:** (α) Αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και ανεπάρκειας, ενοχικές σκέψεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση (β) Δυσκολίες συγκέντρωσης, διαταραχές μνήμης, επιβράδυνση σκέψης και αναποφασιστικότητα (γ) ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες, ψυχωτικά συμπτώματα

- **Επίμονα σωματικά ενοχλήματα χωρίς βιολογική βάση:**



πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυικοί σπασμοί, ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, κνίδωση, πόνοι στο στήθος, δυσκολία στην κατάποση κλπ.

Οι ακριβείς αιτιολογικοί μηχανισμοί της κατάθλιψης εξακολουθούν να είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστοι. Ωστόσο, αναγνωρίζεται πλέον πώς η αιτιοπαθογένεση της κατάθλιψης ανάγεται σε ένα συνδυασμό γενετικής προδιάθεσης, βιοχημικών διαταραχών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας ή του κατάλληλου συνδυασμού θεραπειών γίνεται μετά από αξιολόγηση του ασθενούς από γιατρό ή/ και ειδικό ψυχικής υγείας. Μία αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης ενδέχεται να απαιτεί ένα συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, προσαρμοσμένα στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς.

Σε μέτριες και σοβαρές μορφές κατάθλιψης, η φαρμακοθεραπεία συνήθως αποτελεί πρώτης γραμμής παρέμβαση προκειμένου να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα έντονα συμπτώματα. Οι συνηθέστερες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι οι εξής:

- (α) εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs)
- (β) εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI)
- (γ) τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά
- (δ) άτυπα αντικαταθλιπτικά
- (ε) εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμινοξειδάσης (MAO).

Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης παραμένει ακρογωνιαίος λίθος στη διαχείριση της νόσου. Θεωρείται αποτελεσματική όχι μόνο όσον αφορά στην μείωση των συμπτωμάτων στο εδώ και τώρα, αλλά συνδέεται με μείωση των υποτροπών και μειώνει τις πιθανότητες ένα οξύ καταθλιπτικό επεισόδιο να μετατραπεί σε χρόνια παθολογική ή υποπαθολογική κατάσταση. Υπάρχουν πολλές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι. Κάθε προσέγγιση εστιάζει περισσότερο σε διαφορετική έκφανση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ωστόσο όλες είναι αποτελεσματικές αναλόγως των αναγκών, της συμπτω-

ματολογίας και του σταδίου ζωής του κάθε ασθενούς.

Οι γνωσιοσυμπεριφοριστικές προσεγγίσεις ρίχνουν μεγάλο βάρος στις διαταραχές αντίληψης, στις αρνητικές σκέψεις, στην κινητοποίηση του ασθενούς και στην επίλυση προσβλημάτων. Οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις εστιάζουν στο συναίσθημα, στις ενδοπροσωπικές συγκρούσεις και στα παρελθόντα βιώματα. Οι σχεσιακές, οικογενειακές και συστημικές προσεγγίσεις αγγίζουν το κομμάτι της διαπροσωπικής επικοινωνίας, των λειτουργικών και μη λειτουργικών σχεσιακών μοτίβων, των δεξιοτήτων επικοινωνίας, των ρόλων εντός και εκτός οικογενειακού πλαισίου, και των ορίων.

Σε σοβαρές μορφές κατάθλιψης ενδείκνυνται βιονευρολογικές θεραπείες όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) και ο διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός (rTMS), ο οποίος αποτελεί την πλέον σύγχρονη θεραπεία αντιμετώπισης της ανθεκτικής κατάθλιψης.

Ο ασθενής μέσα από την ψυχοθεραπεία, όποια μέθοδο κι αν ακολουθήσει, καλείται να μάθει να ακούει την κατάθλιψη και να αφουγκράζεται το σώμα του και τις ανάγκες του μέσα από αυτήν. Η κατάθλιψη μιλάει, και μέσα από αυτήν μπορούμε να πάρουμε σημαντικά μαθήματα:

**Πότε το φυσιολογικό γίνεται παθολογικό:** τείνουμε να αντιλαμβανόμαστε την διάθεση ως μία σταθερή κατάσταση η οποία οφείλει να περιφρουρηθεί, και τα συναισθήματα ως «καλά» όταν είναι ευχάριστα και «κακά» όταν είναι δυσάρεστα. Η διάθεση είναι ένα συνεχές και όλα τα συναισθήματα που βρίσκονται πάνω σε αυτό το συνεχές είναι φυσιολογικά. Πριν ορίσουμε την κατάθλιψη ως μία παθολογική διαδικασία η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε πώς όλοι σχεδόν οι άνθρωποι θα βιώσουν τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους μια παρατεταμένη περίοδο θλίψης με καταθλιπτική συμπτωματολογία, είτε σε περίοδο πένθους είτε σε περιόδους μετάβασης – από ένα στάδιο ζωής σε ένα άλλο, από μία δουλειά σε μία άλλη, από μία κατάσταση σε μία άλλη. Είναι πολύ σημαντικό να μάθει κανείς να αναγνωρίζει όλα τα αρνητικά συναισθήματα, τι μπορεί να σημαίνουν και πώς μπορούν να εκφραστούν, ώστε να είναι σε θέση να τα αντέχει, να τα

βιώνει ως φυσιολογικά, και εντέλει να τα επεξεργάζεται και να τα νοηματοδοτεί. Ένας από τους πρωταρχικούς μηχανισμούς του φαύλου κύκλου της κατάθλιψης είναι η δαιμονοποίηση των αρνητικών συναισθημάτων και η εμμονή με μία ιδανική συνθήκη αέναης χαράς και ευτυχίας ως τελικό προσωπικό στόχο (11).

**Το σώμα μιλάει:** Πολλές φορές το σώμα μιλάει δυνατότερα από το συναίσθημα. Η απουσία συναισθήματος και η κενότητα είναι συμπτώματα εξίσου σοβαρά με την υπερβολική παρουσία αρνητικού συναισθήματος. Και στις δύο περιπτώσεις, παρόλο που η κατάθλιψη θεωρείται κατεξοχήν ψυχική νόσος, είναι πάρα πολύ σημαντικό να μάθουμε να ακούμε τι είναι αυτό που λέει το σώμα μέσα από τη συμπτωματολογία του. Το σώμα στην κατάθλιψη συνήθως λέει «κουράστηκα, χρειάζομαι ανάπαυση», και είναι πολύ σημαντικό να μάθουμε και να το ακούμε, και να το σεβόμαστε.

Η επαφή με το σώμα στη θεραπεία της κατάθλιψης δουλεύει σε δύο επίπεδα:

**Σε συμβολικό επίπεδο,** μέσω της ψυχοθεραπείας το άτομο θα κληθεί να επαναδιαπραγματευτεί τη σχέση του με τον εαυτό του και την πραγματικότητα. Σε ένα μεγάλο βαθμό, ορίζουμε τον εαυτό μας και την πραγματικότητά μας μέσα από τις αφηγήσεις, τις ιστορίες και τις λέξεις που χρησιμοποιούμε όταν περιγράφουμε τον κόσμο «Η κατάθλιψη είναι ένα μαύρο κενό που με καταπίνει». «Η κατάθλιψη είναι ένα σημάδι που μου δείχνει πως το σώμα μου έχει φτάσει στα όριά του, και πρέπει να ξεκουραστεί». «Η κατάθλιψη είναι ένας «μαύρος σκύλος» - η διάσημη παρομοίωση του W.Churchill. Τρεις προτάσεις περιγράφουν το ίδιο βίωμα από διαφορετική οπτική γωνία, τοποθετώντας τον πάσχοντα σε πολύ διαφορετική θέση δύναμης ή αδυναμίας, ελέγχου ή απώλειας αυτού, σε σχέση με τη νόσο. Αλλάζοντας τις λέξεις μας, έχουμε τη δυνατότητα να αλλάξουμε και τον κόσμο μας.

**Σε πραγματικό επίπεδο** το σώμα πράγματι πάσχει και ενδέχεται να χρειάζεται φροντίδα κυριολεκτική: χάδι, αγκαλιά, φαγητό, ξεκούραση, ύπνο. Είναι καταγεγραμμένο πως σωματική άσκηση βοηθάει σημαντικά στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω της έκκρισης ενδορφινών.



Υπάρχει επίσης ένα ολοένα αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για την θεραπευτική αξία άλλων σωματικών θεραπειών, όπως το μασάζ ή ο βελονισμός, σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία.

**Η κατάθλιψη είναι νόσος που πλήττει τους δυνατούς:** Η κατάθλιψη αποτελεί ένα παραμορφωμένο φίλτρο μέσα από το οποίο βλέπουμε τον εαυτό μας και τον κόσμο. Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία αποκαλεί τα παραμορφωτικά αυτά φίλτρα «γνωστικές στρεβλώσεις». Πρόκειται για αυτόματες, λανθασμένες, αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις οι οποίες στην κατάθλιψη λειτουργούν σωρευτικά και παγιδεύουν τον ασθενή σε μονοδιάστατες αναγνώσεις του εαυτού, της πραγματικότητας και των άλλων: «είμαι άχρηστος», «είμαι ανίκανος», «είμαι αποτυχημένος», «πάντα έτσι θα είναι», «η ζωή μου θα καταστραφεί αν...», «πρέπει να το κάνω αυτό, ή θα έπρεπε να είχα κάνει περισσότερα...».

Στην πραγματικότητα ένα σημαντικό κομμάτι των ασθενών που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν υπάρξει υπερβολικά δυνατοί, υπερβολικά ικανοί, υπερβολικά βοηθητικοί και υπερβολικά υπεύθυνοι για πάρα πολύ καιρό. Η νόσος είναι το ψυχικό σήμα κινδύνου που τους αναγκάζει να οριοθετηθούν.

Οι σχεσιακές, συστημικές και οικογενειακές θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες ενδέχεται να χρειαστεί να γίνουν συμπληρωματικά με ατομική ψυχοθεραπεία, βοηθούν τον ασθενή να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί τα όριά του, του παρέχουν εργαλεία ώστε να είναι σε θέση να επικοινωνεί πιο αποτελεσματικά και να σχετίζεται ισότιμα και λειτουργικά.

**Ζητάω βοήθεια:** Η απομόνωση, η αποξένωση και η τάση των ασθενών να κρύβουν τα συμπτώματά τους πίσω από προσωπεία χαράς και προσήνειας, αποτελούν κεντρικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Σε σοβαρές μορφές, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Υπάρχει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ανθρώπων παγκοσμίως, το οποίο είτε δεν αναζητά ποτέ βοήθεια, είτε δεν έχει πρόσβαση σε αυτήν. Το σημαντικότερο πράγμα που μας διδάσκει η κατάθλιψη είναι πώς και πότε πρέπει να ζητάμε βοήθεια. Οι ασθενείς που καταφέρνουν να ζητούν και να δέχονται τη βοήθεια που χρειάζονται εγκαίρως τείνουν να έχουν

καλύτερη πρόγνωση, λιγότερες υποτροπές και πιο ελαφριά συμπτωματολογία (16,17).

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένας μεγάλος μαύρος σκύλος που μπορεί να καταπιεί τον ασθενή που νοσεί. Μπορεί όμως να είναι και ένα σήμα, μία φωνή, αν καταφέρουμε να την αφουγκραστούμε:

“ άκου το σώμα και τις ανάγκες σου. Σεβάσου τα συναισθήματά σου, όλα, και τα θετικά και τα αρνητικά. Ξεκουράσου. Προστάτευσε τον εαυτό σου. Βάλε όρια. Ζήτα βοήθεια.”

## **Βιβλιογραφία**

World Health Organization (WHO) – Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (Accessed 18 November 2021).

Οικονόμου Μ, Χαρίτση Μ, Πέππου ΛΕ, Διέτη Ε & Σουλιώτης Κ. (2018) Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: κοινωνικο-οικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης. Archives of Hellenic Medicine; 13(Suppl.1): 17-26.



Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ & Γελαστοπούλου Ε. (2012) Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. *Ψυχιατρική*, 23(1): 39-45.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.

<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> (Accessed 18 November 2021)

Μάνος Ν. (1988) Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής – αναθεωρημένη έκδοση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997

Wong ML & Licinio J. (2001) Research and treatment approaches to depression. *Nat Rev Neurosci* 2:343–351. <https://doi.org/10.1038/35072566>

Brigitta B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues Clin Neurosci*. 2002;4(1):7-20. doi:10.31887/DCNS.2002.4.1/bbondy

Mayo Clinic. Depression (Major Depressive Disorder). <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013> (Accessed 18 November 2021).

Ruscio AM. (2019) Normal Versus Pathological Mood: Implications for Diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2019 May 7;15:179-205. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095644. PMID: 31067413.

Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. New York: Random House

Ford BQ, Shallcross AJ, Mauss IB, Floerke VA, Gruber J. DESPERATELY SEEKING HAPPINESS: VALUING HAPPINESS IS ASSOCIATED WITH SYMPTOMS AND DIAGNOSIS OF DEPRESSION. *J Soc Clin Psychol*. 2014;33(10):890-905. doi: 10.1521/jscp.2014.33.10.890. PMID: 25678736; PMCID: PMC4321693.

# Αγχώδεις Διαταραχές

*Γράφει η Αναστασία Σύμπουρα, Αναστασία Σύμπουρα, Ψυχολόγος – RE&CBT Ψυχοθεραπεύτρια Ενηλίκων & Παιδιών/Εφήβων, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια “Ψυχιατροδικαστικής”, Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ*

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association, APA), την πιο συχνή όσον αφορά το ποσοστό εμφάνισης τους μεταξύ των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν το 30% των ενηλίκων κάποια στιγμή της ζωής τους. Οι περισσότερες αγχώδεις διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν σε κάθε ηλικία, συνήθως όμως εμφανίζονται για πρώτη φορά στο τέλος της εφηβείας ή την αρχή της ενήλικης ζωής.

Ο όρος “άγχος” φαίνεται να αποτελεί ένα συνηθισμένο ομολογουμένως βίωμα, αν συνυπολογίσει κάποιος την συχνότητα εμφάνισης του όρου στις καθημερινές συνομιλίες των ανθρώπων. Ωστόσο, κρίνεται σημαντική η επιστημονική διάκριση του όρου “άγχος” σε σχέση με τον όρο “φόβος” για την εμπειριστατωμένη μελέτη των αγχωδών διαταραχών. Συνήθως, όταν αναφερόμαστε στον όρο φόβο, εννοούμε μία δυσάρεστη αίσθηση ή/και φοβισμένη αντίδραση που σχετίζεται με την επέλευση ενός άμεσου, αντικειμενικού και συγκεκριμένου κινδύνου.

Το αίσθημα του φόβου έχει συσχετιστεί με την άμεση επιβίωση και εξέλιξη του ανθρώπινου είδους, καθώς ενεργοποιεί την αντίδραση πάλης ή φυγής (fight or flight), μια αντίδραση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, το οποίο προετοιμάζει το άτομο να αντιμετωπίσει έναν επικείμενο και αντικειμενικό κίνδυνο είτε με την αντίδραση της πάλης είτε με εκείνη της φυγής. Αντίθετα, όπως υποστήριξε ο Zuckerman (1991), η μειωμένη αίσθηση φόβου έχει συσχετιστεί με την ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, η οποία καθιστά το άτομο περισσότερο ευάλωτο και επιρρεπές στην σωματική βλάβη.

Το άγχος, από την άλλη πλευρά, φαίνεται να μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με τον φόβο, καθώς πρόκειται για ένα



υποκειμενικό βίωμα, το οποίο προκαλεί την ίδια συναισθηματική δυσφορία, τις ίδιες σωματικές, συμπεριφορικές ή/και γνωστικές αντιδράσεις όπως ακριβώς και ο φόβος. Ωστόσο, όπως επισημαίνει ο Barlow (2001), όταν ένα άτομο βιώνει άγχος, η εκτίμηση του περί του κινδύνου δεν είναι ρεαλιστική ή είναι υπερεκτιμημένη (υπερεκτίμηση του κινδύνου). Παράλληλα, η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου φαίνεται να είναι περισσότερο έντονη από εκείνη που θα δικαιολογούσε η εκτίμηση της πραγματικότητας. Επιπρόσθετα, το άτομο φαίνεται να τείνει να υποτιμά τις ικανότητες του προς αντιμετώπιση του επερχόμενου κινδύνου/προκλήσεων (υποτίμηση εαυτού/ικανοτήτων).

Σε αντίθεση με το αίσθημα το φόβου, λοιπόν, το οποίο αναφέρεται σε έναν άμεσο, επικείμενο και αντικειμενικό κίνδυνο, το άγχος σχετίζεται μ' ένα μελλοντικό γεγονός, του οποίου οι συνέπειες κυρίως, λαμβάνονται ως επικίνδυνες υπό την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, ενώ παράλληλα υποτιμά τις ικανότητες του για δράση.

Σύμφωνα με την 5η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5 ), υπάρχουν διάφοροι τύποι, οι οποίοι συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα των αγχώδων διαταραχών. Αυτές οι διαταραχές περιλαμβάνουν:

- τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού
- την επιλεκτική αλαλία, την ειδική φοβία
- την διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)
- την διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία, την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή
- την αγχώδη διαταραχή που προκαλείται από ουσίες/φάρμακα
- την αγχώδη διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης
- την μην προσδιοριζόμενη αλλιώς αγχώδη διαταραχή

Το DSM-5 αναφέρει μία πληθώρα συμπτωμάτων, τα οποία οφείλουν να πληρούνται προκειμένου να διαγνωστεί ο εκάστοτε τύπος της αγχώδους διαταραχής. Παρ'όλα αυτά διάφορα κοινά συναισθηματικά, σωματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα φαίνεται να διατρέχουν τις περισσότερες φορές όλες τις αγχώδεις διαταραχές.

Στα συναισθηματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η υπερβολική ανησυχία/άγχος, δυσφορία που βιώνει το υποκείμενο, καθώς και η αδυναμία πολλές φορές να ελέγξει αυτά τα συναισθήματα.

Στις σωματικές/φυσικές συνέπειες των αγχώδων διαταραχών φαίνεται συχνά να απαντώνται συμπτώματα όπως εφίδρωση, ταχυκαρδία, ναυτία, μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στα άκρα, ζάλη, ή/και δυσκολία στην αναπνοή κ.α.

Στις συμπεριφορικές συνέπειες του άγχους περιλαμβάνονται συμπεριφορές αποφυγής, που στόχο έχουν την αποφυγή καταστάσεων που προκαλούν άγχος (π.χ. αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων) ή μέρη (π.χ. χρήση της σκάλας αντί του ανελκυστήρα) ή την εμπλοκή σε μη υγιείς, επικίνδυνες ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κ.α.), οι οποίες στοχεύουν στην ανακούφιση από το άγχος (Bennett, 2010).

Όσον αφορά την θεραπευτική παρέμβαση των αγχώδων θεραπειών αρχικά κρίνεται απαραίτητο η απόκλιση οργανικών αιτιών που δύνανται να προκαλούν παρόμοια συμπτώματα. Στην συνέχεια, και ενώ έχουν αποκλειστεί άλλα οργανικά αίτια, το άτομο δύνανται να παραπεμφθεί για ψυχιατρική εκτίμηση προκειμένου να διερευνηθεί μέσω της αξιολόγησης εάν το άτομο πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια/συμπτώματα κάποιας αγχώδους διαταραχής. Έπειτα, το άτομο θα παραπεμφθεί σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή ψυχολόγο/ψυχοθεραπευτή) για ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Αξίζει ωστόσο να τονιστεί, ότι ακόμα και αν το άτομο δεν πληροί τα κριτήρια κάποιας διαγνωστικής κατηγορίας αλλά εμφανίζει μερικά μόνον σημεία ή υποκλινικά συμπτώματα, και πάλι έχει να επωφεληθεί τα μέγιστα από την ψυχοθεραπεία, καθώς τα συμπτώματα άγχους μπορεί να επηρεάσουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου όπως η επίδοση στην εργασία, το σχολείο ή τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι παρεμβάσεις επί των αγχώδων διαταραχών περιλαμβάνουν φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ψυχοθεραπευτικές αλλά και το συνδυασμό αυτών. Οι αγχώδεις διαταραχές αντιμετωπίζονται



φαρμακευτικά με δύο διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων, τις οποίες αποτελούν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά.

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες, οι οποίες σύμφωνα με την έρευνα φαίνονται να είναι εμπειρικά τεκμηριωμένες και να έχουν αποτελεσματικότητα.

Η Λογικοθυμική Συμπεριφορική Θεραπεία (Rational-Emotive Behavior Therapy, REBT) είναι η πρώτη μορφή Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας και ιδρύθηκε από τον ψυχολόγο Albert Ellis το 1955. Όπως όλες οι γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες, η Λογικοθυμική εφορμάται από τον στωικό φιλόσοφο Επίκτητο, ο οποίος επεσήμανε ότι : **“Οι άνθρωποι ταραζονται-αναστατώνονται όχι από τα γεγονότα, αλλά από την άποψή τους για τα γεγονότα αυτά”**. Οι σκέψεις, οι γνωσίες λοιπόν, είναι που καθορίζουν την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και κατ’ επέκταση και την συμπεριφορά του.

Ο Albert Ellis επεσήμανε ότι η ποιότητα των σκέψεων/πεποιθήσεων καθορίζει και την ποιότητα των συναισθημάτων αλλά και των συμπεριφορών. Παράλογες, δηλαδή μη ρεαλιστικές, άκαμπτες και μη βοηθητικές πεποιθήσεις θα οδηγήσουν σε μη υγιή συναισθήματα (θετικά είτε αρνητικά) και κατ’ επέκταση σε μη λειτουργικές συμπεριφορές. Αντίστοιχα, ορθολογικές, δηλαδή ρεαλιστικές, ευέλικτες πεποιθήσεις θα οδηγήσουν σε υγιή συναισθήματα και λειτουργικές συμπεριφορές. Ο Albert Ellis τόνισε ότι οι άνθρωποι έχουν εκ φύσεως την τάση να διακατέχονται από παράλογες πεποιθήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την **απαιτητικότητα** (μια προτίμηση/επιθυμία που μετατρέπεται σε απαίτηση), την **καταστροφολογία** (μία άσχημη κατάσταση που μετατρέπεται σε καταστροφική για το άτομο), την **μη ανοχή στην ματαίωση** (μία δύσκολη κατάσταση που μετατρέπεται σε μια μη ανεκτή-ανυπόφορη συνθήκη) και με την **σφαιρική υποτίμηση του εαυτού, των άλλων αλλά και όλης της ζωής του ατόμου**.

Το άγχος σχετίζεται με την ανάγκη το ατόμου για αυτοέλεγχο, ασφάλεια, σιγουριά και βεβαιότητα. Ένας θεραπευτής εκπαιδευμένος στην Λογικοθυμική συμπεριφορική θεραπεία θα βοηθήσει τον πελάτη του να ανακαλύψει παράλογες και μη

βοηθητικές πεποιθήσεις (απαιτητικότητας, καταστροφολογίας, μη ανοχής στην ματαίωση & υποτίμησης εαυτού), προκειμένου να τις αναδομήσει γνωστικά και να αποκτήσει περισσότερο ορθολογικές πεποιθήσεις, συνεπείς προς την πραγματικότητα προκειμένου να αισθανθεί υγιή συναισθήματα και να προβεί σε συμπεριφορική έκθεση.

Σε ένα πιο απλό παράδειγμα κοινωνικού άγχους, παραδείγματος χάρη, αν ένα άτομο παρευρίσκεται σε μία κοινωνική περίσταση, θυμάται την ιδανική κοινωνική συμπεριφορά, εστιάζει την προσοχή του στο γεγονός ότι θα υπολείπεται αυτής της συμπεριφοράς και απαιτεί από τον εαυτό του ότι πρέπει πάντα να ενεργεί σύμφωνα με το ιδανικό πρότυπο και πρέπει να γίνει συμπαθής, τότε είναι πιθανό το άτομο να βιώσει άγχος.

Στην συνέχεια, είναι δυνατόν να παραχθούν πεποιθήσεις **καταστροφολογίας**

-αν δεν συμπεριφερθώ με τον ιδανικό τρόπο, σημαίνει ότι δεν θα γίνω συμπαθής και αυτό θα είναι τραγικό-,

**πεποιθήσεις μη ανοχής στην ματαίωση**

-αν δεν συμπεριφερθώ με τον ιδανικό τρόπο, σημαίνει ότι δεν θα γίνω συμπαθής και αυτό δεν θα το αντέξω-

**και υποτίμησης εαυτού/ζωής**

-αν δεν συμπεριφερθώ με τον ιδανικό τρόπο, σημαίνει ότι είμαι ανάξιος να γίνω συμπαθής-.

Οι πεποιθήσεις αυτές θα οδηγήσουν σε πρόκληση άγχους και συμπεριφορικά είτε το άτομο θα απομονωθεί είτε θα φύγει από την κατάσταση.

Με την βοήθεια, λοιπόν, της **γνωστικής αναδόμησης και της αμφισβήτησης**, το άτομο θα διαμορφώσει ορθολογικές ρεαλιστικές πεποιθήσεις προτίμησης -θα ήθελα/επιθυμώ πάρα πολύ να συμπεριφέρομαι πάντα σύμφωνα με το ιδανικό πρότυπο, αλλά δεν είναι πάντα 100% εφικτό, ούτε είναι ρεαλιστικό να γίνομαι πάντα συμπαθής από όλους- **πεποιθήσεις αντικαταστροφολογίας**

-θα είναι άσχημο αν δεν με συμπαθήσουν κάποιοι άνθρωποι, αλλά δεν ήρθε το τέλος του κόσμου, ούτε είναι οι μοναδικοί άνθρωποι που θα γνωρίσω ποτέ)



## **πεποιθήσεις υψηλής ανοχής στην ματαίωση**

-θα είναι δύσκολο αν δεν με συμπαθήσουν κάποιοι άνθρωποι, αλλά μπορώ να το αντέξω και αξίζει να το αντέξω προκειμένου να γίνω ψυχικά ανθεκτικός και τι να βελτιώσω τις κοινωνικές μου δεξιότητες-

## **ρεαλιστικές πεποιθήσεις εαυτού/ζωής**

-είμαι ένας άνθρωπος που κάνει σωστά και λάθη όπως όλοι οι υπόλοιποι-μπορεί να μην συμπεριφέρομαι πάντα σύμφωνα με το ιδανικό πρότυπο, αλλά δεν είμαι ανάξιος να γίνω συμπαθής-

Υπό το νέο ορθολογικό σκεπτικό, λοιπόν, το άτομο είναι πιθανόν να έχει υγιή επίπεδα άγχους, να παραμείνει στην κοινωνική περίσταση, να προβεί σε συμπεριφορική έκθεση και να συνδιαλλαγεί με τους υπόλοιπους παρευρισκόμενους.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η Λογικοθυμική Συμπεριφορική θεραπεία δίνει έμφαση στην μετα-αναστάτωση που νιώθουν οι άνθρωποι λόγω των συναισθημάτων τους (άγχος για το άγχος). Ιδιαίτερα στην περίπτωση της διαταραχής πανικού η Λογικοθυμική Συμπεριφορική θεραπεία συνήθως αρχικά εστιάζει στην μετα-αναστάτωση του ατόμου (άγχος μην ξαναπάθω κρίση πανικού) και διαχειρίζεται πεποιθήσεις σχετικά τις κρίσεις πανικού (**δεν πρέπει να ξαναπάθω κρίση πανικού, θα είναι τραγικό, δεν θα το αντέξω**), προκειμένου το άτομο να βοηθηθεί να μην υπερεκτιμά τον κίνδυνο και να μην υποτιμά τις ικανότητες του για δράση (Dryden, 2009).

## Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

Baldwin, D. S., Waldman, S., & Allgulander, C. (2011). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International*

*Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(5), 697–710. <https://doi.org/10.1017/S1461145710001434>

Bandelow, B. , Michaelis, S. & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Treatment of anxiety disorders*. (2017). *Dialogues Clin Neurosci*, 19(2).

Bennet, P., (2010). *Κλινική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο

Ellis., A., (1998). *How to Control Your Anxiety Before It Controls You*. NY: Kensington Publishing Corp.

Dryden, W., (2009). *Understanding Emotions*. NY: Routledge

Χριστοπούλου, Α., (2008.) *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος



# Διατροφικές Διαταραχές

## “ Το φαγητό είναι πάντα εκεί για μένα”

*Γράφει η Φωτεινή Καναλουπίτη, Ψυχολόγος, (Msc) Κλινική Ψυχολογία, Διαπιστευμένη εκπαίδευση από το Κέντρο Εκπαίδευσης Διατροφικών Διαταραχών*

Πόσο συχνά μέσα στην ημέρα μας θα αναρωτηθούμε ή καλύτερα, θα κάνουμε οποιαδήποτε σκέψη σχετικά με το βάρος μας; Πόσο συνδεδεμένος, σχεδόν πάντα με αντιστρόφως ανάλογη σχέση, είναι αυτός ο αριθμός με την εμφάνισή μας, και πόσο, με την σειρά της, η αξιολόγηση της εμφάνισής αυτόματα μας προσθέτει ή μας αφαιρεί αξία; Αυτή την στιγμή υπάρχουν κάποια εκατομμύρια άνθρωποι στον πλανήτη που θα κάνουν ακριβώς τις ίδιες σκέψεις “ έφαγα πολύ εχθές, σίγουρα έχω πάρει κιλά”, “πώς θα βγω έξω, σήμερα νιώθω χοντρός/ή”, “έμεινα νηστική εχθές, κάτι θα έχω χάσει”. Αυτές οι τόσο συχνές σκέψεις, είναι ικανές να μας οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι όλοι αυτοί οι άνθρωποι πάσχουν από κάποια Διατροφική Διαταραχή (Δ.Δ.); Η απάντηση είναι πως όχι.

Η ένασχόληση με την τροφή, είναι η πιο βασική και αρχέγονη έγνοια του ανθρώπου. Η τροφή, με το πέρασμα των χρόνων, πέρα από “αναγκαίο καύσιμο” για τον άνθρωπο, έχει μετατραπεί σε απόλαυση, σε πρόσκληση ενότητας και επικοινωνίας μέσα στις οικογένειες, σε σύμβολο συναισθηματικής κατάστασης μεταξύ των μελών της σύγχρονης κοινωνίας.

Συμπερασματικά, η συχνή ενασχόληση με το φαγητό δεν αποτελεί από μόνη της ανησυχητικό παράγοντα για την ψυχική μας υγεία. Η σηματοδότηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς ξεκινά από την στιγμή που ο τρόπος λήψης τροφής ή η συμπεριφορά ελέγχου του βάρους διαταράσσεται σε τέτοιο βαθμό, που επιδεινώνει εμφανέστατα την σωματική υγεία και τον ψυχοκοινωνικό τρόπο λειτουργίας του ατόμου.

Σύμφωνα με το DSM-5 οι είναι: η Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa), η Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa), και η Επεισοδιακή Πολυφαγία ή Αδηφαγική Διαταραχή (Binge Eating).

Τέλος, το διαγνωστικό εγχειρίδιο περιλαμβάνει την διάγνωση Διατροφική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη Διαφορετικά (ED-NOS) Δ.Δ., η οποία λαμβάνει χώρα όταν δεν πληρούνται πλήρως τα κριτήρια των δύο προηγούμενων διαγνώσεων (π.χ. οποιαδήποτε διαταραγμένη σχέση με την λήψη τροφής όπως μία βουλιμική συμπεριφορά χωρίς εκκαθαριστικές συμπεριφορές, δηλαδή, εμέτους). Η διάγνωση έρχεται με την εκπλήρωση των κριτηρίων του DSM-5 τα οποία θα παραθέσουμε συνοπτικά παρακάτω.

## Ψυχογενής Ανορεξία

Η Ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μία από τις πιο επικίνδυνες διατροφικές διαταραχές η οποία μπορεί ακόμα και να απειλήσει την ζωή του ασθενούς. Οι αναφορές για αυτήν ξεκίνησαν ήδη από τον 17ο αιώνα, αλλά μελετήθηκε συστηματικά από τα μέσα του 20ου αιώνα, καθώς παρατηρήθηκε μία ραγδαία αύξηση της νόσου ιδιαίτερα στους κύκλους του θεάματος και της μόδας.

Σύμφωνα με το DSM-5 για την διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας πρέπει να πληρούνται τα τρία κάτωθι κριτήρια:

- Επίμονος περιορισμός της προσλαμβανόμενης τροφής ώστε να οδηγεί σε μείωση του σωματικού βάρους (15% πιο χαμηλό αυτού που αναμένεται με βάση την ηλικία, το φύλο, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και την σωματική υγεία του ατόμου). Η διάγνωση τίθεται όταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι  $< 17,5$ .

- Έντονος φόβος μήπως αυξηθεί το σωματικό βάρος ή αλλάξει το σχήμα του σώματος εξαιτίας του οποίου, ακολουθούνται επίμονες συμπεριφορές που εμποδίζουν την αύξηση του βάρους, ακόμα και όταν βρίσκεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα.

- Διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος ή απόδοση ιδιαίτερης σημασίας στο σχήμα και βάρος του σώματος σε βαθμό που να επηρεάζουν σημαντικά την αξιολόγηση του εαυτού ή παρατεταμένη απώλεια της ικανότητας αναγνώρισης των κινδύνων που ενέχει το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος.

Η απώλεια του βάρους σε όσους νοσούν επιτυγχάνεται μέσω της δίαιτας ή της αποφυγής τροφίμων που πιστεύεται ότι αυξάνουν το βάρος (**Περιοριστικός Τύπος**) και πολλές φορές



μέσω εκκαθαριστικών συμπεριφορών όπως η υπερβολική γυμναστική ή οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι (Βουλιμικός Τύπος Ανορεξίας).

Η Ανορεξία εμφανίζεται συχνότερα σε κορίτσια στην εφηβεία ενώ συχνά υπάρχει ιστορικό παχυσαρκίας στην αρχή της εφηβείας. Έτσι, όταν το άτομο χάνει βάρος λαμβάνει θετικά σχόλια από τον περίγυρό του με αποτέλεσμα το άτομο να αυξάνει όλο και περισσότερο την αφοσίωσή του στην δίαιτα.

## **Ψυχογενής Βουλιμία**

Η ψυχογενής βουλιμία κατά κύριο λόγο παρατηρείται σε έφηβες κοπέλες και μάλιστα συνήθως εμφανίζεται κατά τα τελευταία χρόνια της εφηβείας τους. Την ασθένεια αυτή χαρακτηρίζουν οι επαναλαμβανόμενες σκέψεις σχετικά με την μορφή αλλά και το βάρος του σώματος του ατόμου ενώ η εικόνα του ατόμου είναι είτε φυσιολογικού βάρους είτε αυξημένου.

Σύμφωνα με το DSM 5, η διάγνωση της ψυχογενής βουλιμίας γίνεται όταν το άτομο πληρεί τα παρακάτω κριτήρια.

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Σε μια διακριτή χρονική περίοδο (πχ σε διάστημα 2 ωρών), κατανάλωση ποσότητας φαγητού η οποία είναι αναμφίβολα μεγαλύτερη από αυτή που θα κατανάλωναν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ανάλογο χρόνο και σε ανάλογες συνθήκες και Αίσθηση απώλειας ελέγχου της κατανάλωσης τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

- Επανεπιλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά με σκοπό την αποφυγή της αύξησης του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, παρατεταμένη νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

- Η υπερφαγία και οι απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών.

- Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται υπέρμετρα από την εικόνα και το βάρος του σώματος.

- Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στα πλαίσια ψυχογενούς ανορεξίας.

- Ο βουλιμικός, όπως συχνά λέμε, τρόπος σίτισης συνοδεύεται από συναισθήματα άγχους, ενοχής και μεταμέλειας ενώ απουσιάζει το συναίσθημα της απόλαυσης. Άτομα με βουλιμία καταναλώνουν την τροφή τους με πολύ γρήγορους ρυθμούς και χωρίς καμία αίσθηση γεύσης.

### **Επεισοδιακή Πολυφαγία ή Αδηφαγική Διαταραχή**

Τα κριτήρια διάγνωσης στο DSM-V για την Αδηφαγική Διαταραχή είναι τα ίδια με αυτά της ψυχογενούς βουλιμίας μόνο που:

A) Τα άτομα δεν παρουσιάζουν εκκαθαριστικές συμπεριφορές μετά τα επεισόδια υπερφαγίας αλλά υπάρχει ως κριτήριο η συσχέτιση του επεισοδίου υπερφαγίας με 3 ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- κατανάλωση τροφής με μεγαλύτερη ταχύτητα απ' ότι συνήθως,
- κατανάλωση τροφής μέχρι του σημείου της δυσφορίας,
- κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής χωρίς την παρουσία εκκαθαριστικών συμπεριφορών,
- απομόνωση λόγω ντροπής για την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνεται,
- καταθλιπτικό συναίσθημα, αηδία για τον εαυτό και ενοχή μετά το πέρας του επεισοδίου υπερφαγίας, και

B) Έντονη δυσφορία για το ίδιο το βουλιμικό επεισόδιο.

Συμπερασματικά, και δεδομένης της απουσίας των εκκαθαριστικών συμπεριφορών, τα άτομα με επεισοδιακή πολυφαγία έχουν συνήθως αυξημένο βάρος. Χαρακτηριστικό συναίσθημα των ατόμων αυτών είναι η αδυναμία ελέγχου του εαυτού αλλά και το βαθύ συναίσθημα αυτοτιμωρίας και θλίψης μετά το επεισόδιο.

Παρά το γεγονός ότι οι Δ.Δ. εμφανίζονται όλο και πιο συχνά στον πληθυσμό τα τελευταία χρόνια, είναι διαταραχές οι οποίες μπορούν να αναχαιτιστούν με την λήψη της κατάλληλης φροντίδας από μία ομάδα ειδικών. Η ομάδα αυτή συνήθως αποτελείται από γιατρούς (ψυχίατρο-παθολόγο), διατροφολόγο, ψυχοθεραπευτή και γυμναστή. Έτσι, προσφέρεται μία ολιστική υποστήριξη στο άτομο το οποίο υποφέρει ενώ το σημαντικότερο



είναι ότι χτίζονται υγιής και ισορροπημένες συνήθειες οι οποίες θα το συνοδεύσουν σε όλη του την ζωή. Ψυχοθεραπευτικά, η προσέγγιση η οποία αποδεδειγμένα είναι η αποτελεσματικότερη στην αντιμετώπιση των Δ.Δ. είναι η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική προσέγγιση η οποία έχει στόχο όχι μόνο να ανακουφίσει από τα συμπτώματα αλλά, σε βάθος χρόνου, να γίνουν παρεμβάσεις οι οποίες θα αλλάξουν ριζικά την σχέση του ατόμου με την τροφή.

Πιο συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο θεραπευτής με τον θεραπευόμενο ξεκινούν να επικεντρώνονται γύρω από τα μοτίβα σκέψεων που συνδέουν το φαγητό με τις αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές. Η διατροφική διαταραχή αγκιστρώνεται σε σκέψεις όπως : “είμαι χοντρή/ός”, “δεν με αγαπάει κανείς”, “αξίζω να μαι μόνος”, “το φαγητό είναι το μόνο που είναι πάντα εδώ για μένα”.

Η παρέμβασή μας, δεν έχει στόχο την δημιουργία “θετικών” σκέψεων αλλά τις ερμηνείες που εμείς κάνουμε η οποίες επηρεάζουν βαθιά το συναίσθημά μας. Είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευόμενος από νωρίς να μάθει να ξεχωρίζει το Πώς από το Τί σκέφτεται αλλά και το Πώς νιώθει μετά από τις σκέψεις. Τα πιο συνηθισμένα εμπόδια στην μάχη κατά της Δ.Δ. είναι το Σύνδρομο της Δίαιτας (“αν δεν κάνω δίαιτα σίγουρα θα παχύνω, οι χοντροί δεν πρέπει να τρώνε τίποτα), η παραπληροφόρηση (στην εποχή μας τα social media κυριαρχούν με διατροφικές προτάσεις που υπόσχονται αστραπιαία απώλεια κιλών) και η Νευρωτική Τελειομανία (περιλαμβάνει ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπου το άτομο επικρίνει συνέχεια τον εαυτό του και καταπιέζει το συναίσθημά του στο βωμό της “τελειότητας”).

Όλα τα παραπάνω είναι κάποια μόνο από τα πιο πυρηνικά και επίμονα εμπόδια που κρατούν τους ανθρώπους αγκιστρωμένους σε μια πραγματικότητα που τους δυστυχεί νιώθοντας ανίκανοι να την αλλάξουν αφού συχνά αποτελούν αιτία υποτροπών.

Η Διατροφική Διαταραχή, κάποιες φορές, είναι ο μοναδικός τρόπος των ανθρώπων να εκφράσουν την ανάγκη τους για βοήθεια, για αγάπη, για φροντίδα. Η θεραπευτική σχέση λοιπόν είναι, ίσως, το μόνο μέρος όπου αυτή η ανάγκη, η κραυγή βοήθειας, ακούγεται και παίρνει υπόσταση. Ο θεραπευτής, γίνεται και φροντιστής του ατόμου και η σχέση που δημιουργείται από τούδε και στο

εξής είναι μοναδική. Βασιζόμενοι πάνω στην επίτευξη αυτής της μοναδικής σχέσης, έχουμε την ευκαιρία να εισχωρήσουμε στο τραύμα της διαταραχής και να το επουλώσουμε. Σαν ομάδα, θεραπευτής και θεραπευόμενος προσπαθούμε για έναν πολύ δύσκολο στόχο, να ξεφύγει το άτομο από τον συνήθη τρόπο να υπάρχει, ταλαντευόμενος ανάμεσα στον φόβο να απορροφηθεί και στην αγωνία της μοναξιάς του. Η συναισθηματική πείνα γίνεται ανυπόφορη αλλά και η αγωνία του **“ποιός είμαι, αν δεν είμαι αυτός”** απαιτούν ασφαλή χώρο ελεύθερης έκφρασης και μία θεραπευτική σχέση σχεδόν “καλλιτεχνική”. Μέσα σε όλα αυτό το ταξίδι, ο θεραπευτής γίνεται συνοδοιπόρος και κάπως έτσι, το άτομο αρχίζει και ανακαλύπτει τόσο την ομορφιά της νέας του ύπαρξης όσο και τις στιγμές του φόβου και της δυσκολίας. Ο προορισμός; Η ενέργεια που έτρεφε την Διατροφική Διαταραχή να μετατραπεί σε ζωντάνια για το σώμα και ανάγκη για ζωή.

## Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Beck, A.T., Freeman, A. and Associates (1990) Cognitive therapy of Personality Disorders. New York: Guilford Press

Bruch, J. (1974) Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. London: Rutledge and Kegan Paul.

Crisp, A.H. and McLelland, L. (1996) Anorexia Nervosa: Guidelines for Evaluation and Treatment in Primary and Secondary Care (2nd edn). Hove: Psychology Press

Heatherton, T.F. and Baumeister, R.F. (1991) Binge eating as escape from self-awareness. Psychological Bulletin



# Ψυχωσικές Διαταραχές

Γράφει ο Ιωάννης Παυλίδης, ψυχολόγος MSc ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας

**«Και τώρα φοβάμαι τόσο πολύ  
Βλέπω πράγματα  
Ακούω πράγματα  
Δεν ξέρω ποιά είμαι  
Με κρεμασμένη την γλώσσα  
Οι σκέψεις σταμάτησαν  
Το μυαλό μου είναι τσαλακωμένο»  
Sarah Kane**

Ο όρος «ψύχωση» εισήχθη το 1845 από τον Αυστριακό Ernst Von Feuchtersleben και ενείχε τη σημασία της «νοητικής διαταραχής» ή «τρέλας». Οι ψυχώσεις αποτελούν μια ευρύτερη ομάδα ψυχικών διαταραχών, βασικό χαρακτηριστικό των οποίων είναι η απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα. Στις διαταραχές που περιλαμβάνονται στην κατηγορία αυτή, συχνά εντοπίζονται δυσκολίες του ατόμου να αντιληφθεί, να επεξεργαστεί και να ανταποκριθεί με προσαρμοστικό τρόπο στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, με αποτέλεσμα εκτεταμένες δυσκολίες στη λειτουργικότητα ή και νοσηλεία.

Οι ψυχώσεις διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, **τις λειτουργικές και τις οργανικές ψυχώσεις**. Οι τελευταίες οφείλονται σε οργανικά αίτια, όπως για παράδειγμα το τρομώδες παραλήρημα, ενώ οι πρώτες δεν έχουν γνωστή οργανική αιτιολογία και περιλαμβάνουν τρεις υποκατηγορίες.

Η **πρώτη υποκατηγορία** περιλαμβάνει τις διαταραχές διάθεσης, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η διπολική διαταραχή – δίχως, ωστόσο, οι διαταραχές διάθεσης να είναι πάντα ψυχώσεις –

η **δεύτερη υποκατηγορία**, τις σχιζοφρενικές διαταραχές οι οποίες περιλαμβάνουν διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς

και η **τρίτη υποκατηγορία**, τις παραληρητικές διαταραχές όπου διακριτό ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη παραληρήματος.

Στα ευρέως χρησιμοποιούμενα ταξινομικά συστήματα υπάρχει διακριτή περιγραφή των διαταραχών διάθεσης από τη μια πλευρά και των κλινικών συνδρόμων που αφορούν στις σχιζοφρενικές και παραληρητικές διαταραχές από την άλλη. Κατά αυτόν τον τρόπο και σύμφωνα με την Πέμπτη Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, η σχετική με το «Φάσμα Σχιζοφρένειας και άλλων Ψυχωτικών Διαταραχών» ενότητα περιλαμβάνει τη

- Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας
- την Παραληρητική Διαταραχή
- τη Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή
- τη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή
- τη Σχιζοφρένεια
- τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή
- την Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε άλλη σωματική κατάσταση
- την Προκαλούμενη από ουσίες ψυχωτική διαταραχή
- το Άλλο Προσδιορισμένο
- καθώς και το Απροσδιόριστο φάσμα σχιζοφρένειας.

Η Σχιζοφρένεια αποτελεί τη διαταραχή εκείνη που ευθύνεται για την εδραίωση του κλάδου της ψυχιατρικής ως διακριτής ειδικότητας στην Ιατρική επιστήμη. Περιπτώσεις της διαταραχής εντοπίζονται ήδη από την αρχαιότητα (Παλαιά και Καινή Διαθήκη) ενώ ο Βέλγος ψυχίατρος Benedict Morel θα περιγράψει το 1852 ένα σύνδρομο το οποίο θα περιελάμβανε γνωστική έκπτωση σε νεαρή ηλικία.

Το 1887 ο γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin θα αναπτύξει περαιτέρω την περιγραφή του συνδρόμου, εγκαθιδρύοντας τη σχιζοφρένεια ως κλινική οντότητα, ομομάζοντάς την ωστόσο, «πρώιμη άνοια».

Το 1911 ο Bleuler παρατηρεί ότι το εν λόγω σύνδρομο δεν εμφανίζεται αποκλειστικά πρώιμα και εισήγαγε τον όρο «Σχιζοφρένεια» στηριζόμενος στην αποσύνδεση (σχάση) των ψυχονοητικών λειτουργιών που συνέβαινε στην εν λόγω διαταραχή. Μάλιστα, η άποψη του Bleuler για τη Σχιζοφρένεια ήταν ότι πρόκειται για μια ομάδα συνδρόμων, θεώρηση που υιοθετείται και σήμερα από την πιο πρόσφατη έκδοση του DSM.



Η Σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή με μεγάλη ετερογένεια, η οποία εμφανίζεται στο 1% του γενικού πληθυσμού, ωστόσο, συγκαταλέγεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στις 10 ασθένειες με τη σοβαρότερη επιβάρυνση.

Παρότι η αιτιοπαθογένειά της παραμένει ασαφής, η έρευνα στον χώρο των νευροεπιστημών έχει δείξει ότι πρόκειται για διαταραχή του εγκεφάλου με ισχυρό γενετικό υπόβαθρο με την αλληλεπίδραση μιας σειράς γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων να διαδραματίζουν ισχυρό ρόλο για την εκδήλωσή της.

Στη Σχιζοφρένεια εμφανίζονται μια σειρά από χαρακτηριστικά συμπτώματα τα οποία συνιστούν το κριτήριο Α της διαταραχής και περιλαμβάνουν παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά και αρνητικά συμπτώματα, η παρουσία τουλάχιστον δύο εκ των οποίων είναι απαραίτητη – όσον αφορά τη διάγνωση – για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα.

Επιπλέον, η λειτουργικότητα του ατόμου σε τομείς όπως ο κοινωνικός, ο επαγγελματικός, ο διαπροσωπικός καθώς και ο τομέα της αυτοφροντίδας πλήττεται ενώ η παρουσία των συμπτωμάτων δεν κατανοείται καλύτερα στο πλαίσιο κάποιας συναισθηματικής ή σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και δεν οφείλεται σε κάποια σωματική νόσο, χρήση κάποιας ουσίας ή σε Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή.

Επιπρόσθετα, τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να πληρούνται για διάρκεια άνω των 6 μηνών ώστε το άτομο να λάβει τη διάγνωση της Σχιζοφρένειας.

Συχνά, η έναρξή της περιλαμβάνει την προοδευτική απόσυρση του ατόμου από τα ενδιαφέροντα του ενώ τα συμπτώματα που σταδιακά εμφανίζονται περιλαμβάνουν διαταραχές στη σκέψη και γλώσσα, την αντίληψη, τη διάθεση, βουλητικές και ψυχοκινητικές διαταραχές καθώς και θετικά – αρνητικά – αποδιοργανωτικά συμπτώματα.

Οι κυριότερες **διαταραχές της σκέψης** περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες, δηλαδή λανθασμένες πεποιθήσεις την

πιστότητα των οποίων το άτομο δεν δέχεται να εγκαταλείψει και οι οποίες διακρίνονται σε διωκτικές, μεγαλείου, υποχονδριακές, αποκαλυπτικές, ερωτομανιακές και ζηλοτυπικές, αναφοράς/συσχέτισης (όπου το άτομο νιώθει ότι ουδέτερα περιβαλλοντικά ερεθίσματα λαμβάνουν ένα προσωπικό νόημα και το αφορούν) και ιδέες παθητικότητας/επίδρασης όπου το άτομο νιώθει ότι κάποια εξωτερική δύναμη καθοδηγεί τη σκέψη και τη συμπεριφορά του.

Άλλες διαταραχές της σκέψης περιλαμβάνουν χάλαση συνειρμών, εκτροχιασμό της σκέψης, ανακοπές της σκέψης, καθώς και απώλεια/υποκλοπή σκέψεων. Οι διαταραχές της αντίληψης περιλαμβάνουν τις ψευδαισθήσεις, δηλαδή την παρουσία αντίληψης εν απουσία πραγματικού ερεθισμού και αφορούν και τις πέντε αισθήσεις, καθώς και τις παραισθήσεις που αφορούν αλλοιωμένη αντίληψη ενός πραγματικού ερεθίσματος.

Οι **διαταραχές του συναισθήματος** περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως η αμφιθυμία, η απροσφορότητα, δηλαδή η αναντιστοιχία του επιδεικνυόμενου με το λεκτικά εκφραζόμενο συναίσθημα καθώς και άμβλυνη ή επιπέδωση, δηλαδή την ελάττωση έως και την παντελή άρση της συναισθηματικής διακύμανσης.

Στις **διαταραχές της βούλησης και ψυχοκινητικότητας** συναντούμε αβουλησία, πτωχή σκέψη ή αλογία, κατατονικά συμπτώματα (π.χ. στερεοτυπία, παράδοξη στάση, κ.α.), άχρωμη ομιλία, ανέκφραστο πρόσωπο, διέγερση, παρορμητισμό ή αρνητισμό. Τα θετικά ή θορυβώδη συμπτώματα περιλαμβάνουν τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις, στα αρνητικά συμπτώματα συγκαταλέγονται η αλογία, η απάθεια, η απόσυρση, η άμβλυνη και η ανηδονία ενώ στα αποδιοργανωτικά συμπτώματα συναντούμε τον εκτροχιασμό σκέψης, τους νεολογισμούς και τη μη στοχοκατευθυνόμενη συμπεριφορά.

Η Παραληρητική διαταραχή είναι μια άλλη διαταραχή του φάσματος και περιλαμβάνει μια ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες που διαρκούν έναν ή περισσότερο μήνα, δίχως να πληρείται το κριτήριο Α της Σχιζοφρένειας, με διατηρημένη τη λειτουργικότητα του ατόμου, βραχεία διάρκεια μανιακών ή καταθλιπτικών επεισοδίων, αν έχουν εμφανιστεί, και απουσία

φυσιολογικής δράσης μιας ουσίας ή σωματικής κατάστασης.

Η Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή συνίσταται στην παρουσία ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, η διάρκεια των οποίων είναι τουλάχιστον μία ημέρα αλλά μικρότερη από έναν μήνα και το άτομο επιστρέφει στην προνοσηρή λειτουργικότητά του, ενώ τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή, επίδραση ουσίας ή σωματική κατάσταση.

Η εκδήλωση της Σχιζοφρενικόμορφης Διαταραχής συνίσταται στην παρουσία δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά και αρνητικά συμπτώματα, η διάρκεια των οποίων είναι τουλάχιστον έναν μήνα αλλά λιγότερο από έξι μήνες, με αποκλεισμό συναισθηματικών διαταραχών, φυσιολογικών δράσεων μιας ουσίας ή σωματικής κατάστασης.

Η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή περιλαμβάνει μια περίοδο νόσου στην οποία εμφανίζονται ταυτόχρονα μείζον επεισόδιο διάθεσης (καταθλιπτικό ή μανιακό) ταυτόχρονα με το κριτήριο Α της Σχιζοφρένειας, με τις παραληρητικές ιδέες ή τις ψευδαισθήσεις να διατηρούνται για δύο τουλάχιστον εβδομάδες απουσία μείζονος επεισοδίου διάθεσης, ενώ συνολικά για τη νόσο η διάρκεια των συμπτωμάτων της διάθεσης είναι μεγαλύτερη και έχει αποκλειστεί η επίδραση ουσίας ή σωματικής κατάστασης.

Η Προκαλούμενη από Ουσίες/Φάρμακα Ψυχωτική Διαταραχή περιλαμβάνει παραληρητικές ιδέες ή/και ψευδαισθήσεις οι οποίες προκύπτουν κατά τη διάρκεια ή μέσα σε έναν μήνα μετά από Τοξίκωση ή Στέρση Ουσίας ή έκθεση σε φάρμακα, δεν οφείλονται σε ανεξάρτητη ψυχωτική διαταραχή ή ντελίριο και υπάρχει έκπτωση λειτουργικότητας.

Με παρόμοιο τρόπο εξηγείται η Ψυχωτική Διαταραχή που οφείλεται σε Άλλη Σωματική κατάσταση ενώ το Απροσδιόριστο Φάσμα Σχιζοφρένειας και Άλλη Ψυχωτική Διαταραχή είναι μια διαγνωστική κατηγορία στην οποία εντάσσονται σύνδρομα που έχουν χαρακτηριστικά συμπτώματα του Φάσματος Σχιζοφρένειας



αλλά δεν πληρούν κριτήρια για κάποια συγκεκριμένη διαταραχή.

Η αντιμετώπιση των διαταραχών του Φάσματος της Σχιζοφρένειας ξεκινά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό την ύφεση των συμπτωμάτων και συνδυάζει ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση γνωσιακών και κοινωνικών ελλειμμάτων καθώς και την πρόληψη της υποτροπής. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα διακρίνονται σε πρώτης (ονομάζονται και «κλασσικά») και δεύτερης γενιάς (ονομάζονται και «άτυπα»). Τα πρώτα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση οξέων ψυχωτικών επεισοδίων και είναι θεραπεία δεύτερης εκλογής για τη Σχιζοφρένεια ενώ τα δεύτερα εμφανίζουν λιγότερες εξωπυραμιδικής μορφής ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει βρεθεί αποτελεσματική στην οξεία φάση και τη φάση της υποτροπής της νόσου, στην κατατονική μορφή της σχιζοφρένειας καθώς και σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ένα μοντέλο κατανόησης του φάσματος της Σχιζοφρένειας σύμφωνα με το οποίο η εκάστοτε προσέγγιση επιχειρεί να κατανοήσει τους μηχανισμούς εκδήλωσης συμπτωμάτων. Η ψυχοδυναμική κατανόηση ξεκινώντας από τη φροϋδική άποψη υποστηρίζει ότι οι επενδύσεις του ατόμου με ψύχωση αποσύρονται από τον εξωτερικό κόσμο και επιστρέφουν στο ίδιο το άτομο, ενώ το παραλήρημα είναι μια ενεργητική προσπάθεια αναδόμησης του κόσμου από πλευράς του. Μια επιπλέον αντίληψη στο πλαίσιο των ψυχοδυναμικών θεωριών αφορά τη σύνδεση της ψύχωσης με αδυναμίες και σοβαρά ελλείμματα στη συμβολική επεξεργασία. Η αιτιολογία της ψύχωσης σύμφωνα με τις ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις έγκειται σε αποτυχίες της ψυχολογικής ανάπτυξης του παιδιού και την εκτεταμένη χρήση πρώιμων αμυντικών μηχανισμών στο έδαφος μιας πρώιμης σχέσης με το πρόσωπο φροντίδας, η οποία έχει υποστεί σημαντικά ρήγματα.

Στη θεραπεία ατόμων με σχιζοφρένεια, το συναίσθημα του τρόμου είναι συχνό και ο θεραπευτής καλείται να αντέξει τα εν λόγω προβαλλόμενα συναισθήματα από πλευράς του ασθενή και να λειτουργήσει για εκείνον συμπληρωματικά σαν ένα βοηθητικό Εγώ.

Σε ερευνητικό επίπεδο, έχει βρεθεί ότι η υποστηρικτική θεραπεία σχετίζεται με λιγότερες υποτροπές ενώ η εκφραστική ψυχοθεραπεία σχετίζεται με βελτίωση στην εν γένει λειτουργικότητα του ατόμου και την εναισθησία.

Η οικογενειακή προσέγγιση έχει συμβάλλει στον τρόπο κατανόησης του ρόλου της οικογένειας στη γένεση της ψύχωσης. Σύμφωνα με τη θεωρία της διπλής δέσμευσης το παιδί λαμβάνει αντιφατικά μηνύματα από το πρόσωπο φροντίδας τα οποία προκαλούν σύγχυση, ενώ σε οικογένειες με υψηλό εκφρασμένο συναίσθημα – δηλαδή υψηλό βαθμό κριτικής και συναισθηματικής υπερεμπλοκής – είναι συχνότερη η εμφάνιση υποτροπής.

Οι οικογενειακές παρεμβάσεις μπορούν να είναι ευεργετικές τόσο ως προς τη λειτουργικότητα του πάσχοντα όσο και ως προς τη στήριξη των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Η γνωσιακή θεραπεία προωθεί τη γνωσιακή αποκατάσταση του ατόμου ενώ έχει βρεθεί ότι ενισχύει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, την πρόληψη της υποτροπής και τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων.

Καθοριστικής σημασίας στην ψυχοθεραπεία αποδεικνύεται η θεραπευτική συμμαχία, καθώς έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με πολλαπλά οφέλη όπως η δέσμευση στη φαρμακευτική αγωγή, η αποδοχή της ασθένειας και η βελτίωση της κρίσης και άλλων τομέων της λειτουργικότητας του πάσχοντα.

Τέλος, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι καθοριστικής σημασίας καθώς το ζήτημα της νοσηλείας προκύπτει συχνά ως αναγκαίο με σκοπό την προστασία του ατόμου και τη φαρμακευτική του ρύθμιση ενώ τα κοινοτικά προγράμματα αποκατάστασης βελτιώνουν και υποστηρίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου με ψύχωση στην κοινότητα.

## **Βιβλιογραφία**

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

Gabbard, G. (2014). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice – Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Ουλής, Π. (2012). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας – Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.

Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Λιάππας, Ι.Α., Λύκουρας, Ε. (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.

Χριστοπούλου, Α. (2020). Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα, Β' Αναθεωρημένη Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος



# Αποσυνδεδετικές Διαταραχές

Γράφει η Ελπίδα Γκουτσέλη, Ψυχολόγος, MSc Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών & Προαγωγής Ψυχικής Υγείας

*«Ο Jeff Ingram εμφανίστηκε στο Ντένβερ το 2006 χωρίς μνήμη για το ποιος ήταν ή από πού καταγόταν. Αφού έκανε έκκληση για βοήθεια στην δημόσια τηλεόραση με σκοπό να τον αναγνωρίσει κάποιος, η αρραβωνιαστικιά του η Penny κάλεσε την αστυνομία του Denver. Το επεισόδιο διαγνώστηκε ως διασχιστική φυγή. Ο Jeff είχε βιώσει 3 επεισόδια αμνησίας: 1994, 2006 και 2007».*

Οι αποσυνδεδετικές διαταραχές έχουν ως κύριο σύμπτωμα τον διαχωρισμό/αποσύνδεση ή σχάση κάποιων τμημάτων ή λειτουργιών της προσωπικότητας που συνήθως είναι απαρτιωμένα. Ως εκ τούτου, μια ψυχολογική λειτουργία, όπως η ταυτότητα, η μνήμη, η αντίληψη εαυτού ή του περιβάλλοντος, αποκλείεται από τη συνείδηση.

Με τον όρο «αποσύνδεση» εννοούμε τον μηχανισμό άμυνας απέναντι σε έντονα ψυχικά τραύματα ο οποίος βοηθά τον ασθενή να αποστασιοποιηθεί από το στρεσογόνο γεγονός την ώρα που αυτό συμβαίνει, αλλά και να καθυστερήσει την ψυχική του επεξεργασία. Η διάσχιση λοιπόν μπορεί να παρομοιαστεί ως «άμυνα έκτακτης ανάγκης» ή «μηχανισμός απενεργοποίησης».

Ιστορικά, τα φαινόμενα αυτά προσεγγίστηκαν αρχικά ως τμήμα ενός υστερικού συνδρόμου, από τον Charcot, επιφανή νευρολόγο του 19ου αι., ο οποίος θεώρησε ότι το ψυχολογικό στρες κι οι κληρονομικοί παράγοντες μπορεί να προκαλούν ένα διαχωρισμό ή μια αποσύνδεση των αναμνήσεων από άλλα νοητικά στοιχεία, με αποτέλεσμα την αμνησία, φυγή ή την πολλαπλή προσωπικότητα. Τις απόψεις του ανέπτυξε περαιτέρω ο μαθητής του, Pierre Janet, ο οποίος συμπεριέλαβε μνημονικές διαταραχές και διαταραχές της συνείδησης στην υστερία.

Μερικές φορές ωστόσο οι μεταβολές αυτές είναι επαναλαμβανόμενες, επώδυνες και επίμονες για τον πάσχοντα,

δεν ελέγχονται από αυτόν και του δημιουργούν προβλήματα σε σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητάς του: σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστούν αποσυνδεδετική διαταραχή. Οι διαταραχές που ανήκουν σε αυτή την διαγνωστική κατηγορία βάσει DSM-V είναι οι: Αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση, αποσυνδεδετική αμνησία, αποσυνδεδετική αμνησία με αποσυνδεδετική φυγή, Αποσυνδεδετική διαταραχή ταυτότητας, Άλλες αποσυνδεδετικές διαταραχές /Αλλιώς προσδιοριζόμενη αποσυνδεδετική διαταραχή.

**Αποσυνδεδετική αμνησία** : Ανικανότητα να ανακληθεί σημαντική αυτοβιογραφική πληροφορία, συνήθως τραυματικής ή ψυχοπιεστικής φύσης, η οποία δεν είναι συμβατή με συνηθισμένη λησμοσύνη. Πρόκειται για μία αναστρέψιμη διαταραχή, που χαρακτηριστικά εμφανίζεται με τη μορφή αναδρομικών κενών μνήμης, ύστερα από τραυματικά ή έντονα στρεσογόνα γεγονότα, όπως π.χ. πολεμικές μάχες, φυσικές καταστροφές, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, απώλεια σημαντικών ατόμων, απόπειρες αυτοκτονίας ή εκρήξεις βίας και απόπειρες ανθρωποκτονίας.

**Εξειδικευτής τύπου:** Με αποσυνδεδετική φυγή: Εμφανώς άσκοπο ταξίδι ή περιπλάνηση σε κατάσταση σύγχυσης που συνδέεται με αμνησία για την ταυτότητα ή για άλλες σημαντικές αυτοβιογραφικές πληροφορίες. Οι φυγές όπως και η αμνησία αποσυνδεδετικού τύπου αναφέρονται να συμβαίνουν σε καταστάσεις όπως πόλεμοι και φυσικές καταστροφές. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις αγχογόνα γεγονότα όπως προσωπικές απώλειες, απόρριψη και οικονομικές πιέσεις έχουν προηγηθεί της φυγής. Η φυγή μπορεί να διαρκέσει ακόμη και μήνες.

Η ύπνωση και η συνέντευξη με αμοβαρβιτάλη έχουν αναφερθεί ότι βοηθούν στην ανάκτηση των απολεσθέντων αναμνήσεων. Καθώς οι μνήμες επανέρχονται, οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια αφενός για να κατανοήσουν τους λόγους που τους οδήγησαν στην μνημονική απώλεια και αφετέρου για να επιλύσουν τα προβλήματα που οδήγησαν στη διαταραχή.

**Αποσυνδεδετική διαταραχή ταυτότητας:** Διάρρηξη της προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερες καταστάσεις προσωπικότητας, οι οποίες μπορεί να περιγράφονται από συγκεκριμένους πολιτισμούς ως βιώματα κατοχής (Σ.Σ.

από αλλότριο παράγοντα). Μία ή περισσότερες διακριτές (συχνά αντιφατικές) προσωπικότητες αναλαμβάνουν τον έλεγχο εναλλάξ και μπορεί να είναι ενήμερες ή όχι της ύπαρξης άλλων προσωπικοτήτων. Χαρακτηριστικό φαινόμενο της διαταραχής είναι τα κενά μνήμης του πάσχοντος, τα οποία συμβαίνουν όταν εναλλάσσεται η μία προσωπικότητα της άλλης αλλά και η εμφανής ασυνέχεια στην αίσθηση του εαυτού και την αίσθηση του ελέγχου της συμπεριφοράς, συνοδευόμενη με συναφείς μεταβολές στο συναίσθημα, στη συμπεριφορά, στη συνείδηση, στη μνήμη, στην αντίληψη, στη νόηση και/ή στην αισθητικο-κινητική λειτουργικότητα. Αυτά τα σημεία και τα συμπτώματα μπορεί να παρατηρούνται από τους άλλους ή να αναφέρονται από το ίδιο το άτομο. Συχνά συνοδεύεται από αίσθημα άγχους, κατάθλιψης, αυτοκτονικότητας, παρορμητικής βίας, δυσκολίες στον ύπνο, διαπροσωπικές δυσκολίες και καταχρήσεις.

Περισσότερο από 90% των ασθενών με αποσυνδεδετική διαταραχή ταυτότητας αναφέρουν βιώματα παιδικής φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης.

Η περισσότερο αποτελεσματική προσέγγιση στη διαταραχή αυτή είναι η εναισθητικού τύπου ψυχοθεραπεία (insight-oriented), υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ατομική, ζεύγους ή σε ομάδες, σε συνδυασμό με την υπνοθεραπεία.

Στόχος της θεραπείας είναι να συνθέσει τις διαφορετικές προσωπικότητες σε έναν ολοκληρωμένο εαυτό, μέσω της συμφιλίωσης των διαφορετικών συναισθημάτων. Η φαρμακευτική αγωγή με σταθεροποιητές της διάθεσης, αντικαταθλιπτική και αγχολυτική φαρμακευτική αγωγή λειτουργεί επικουρικά της ψυχοθεραπείας.

**Αποπροσωποποίηση:** Βιώματα μη-πραγματικού, αποστασιοποίησης ή αίσθησης ως σαν να ήταν το άτομο ένας εξωτερικός παρατηρητής των δικών του σκέψεων, αισθημάτων, αισθήσεων, σώματος ή πράξεων (π.χ. αντιληπτικές μεταβολές, διαταραγμένο αίσθημα χρόνου, αίσθημα μη-πραγματικού ή απουσίας για τον εαυτό, συναισθηματικό ή/και σωματικό μούδιασμα).

**Αποπραγματοποίηση:** βιώματα αίσθησης μη-πραγματικού ή αποστασιοποίησης για τον περίγυρο, την εξωτερική



πραγματικότητα (π.χ. άτομα ή αντικείμενα βιώνονται ως μη-πραγματικά, σαν σε όνειρο, ομιχλώδη, άψυχα, ή διαστρεβλωμένα στην όψη).

Εμπειρίες αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης βιώνουν συχνά άτομα σε καταστάσεις υψηλού στρες (πχ προεγχειρητικά).

Ανακεφαλαιώνοντας, οι αποσυνδεδετικές διαταραχές απαντώνται συχνά στον απόηχο του τραύματος. Ασθενείς σε ψυχοθεραπεία, επικουρικά με φαρμακοθεραπεία όπου απαιτείται, εμφανίζουν καλύτερη λειτουργικότητα και μειωμένα συμπτώματα. Θεραπείες εκλογής θεωρούνται η υποστηρικτικού και εναισθητικού τύπου ψυχοθεραπεία, η εκφραστική-ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η εκπαίδευση σε τεχνικές ενσυνειδητότητας, η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση αλλά και η θεραπεία μέσω τέχνης.

Ως επιστέγασμα των παραπάνω υπογραμμίζεται η σημασία της ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

## **Βιβλιογραφία**

Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Λιάππας, Ι.Α., Λύκουρας, Ε. (2013). Αποσυνδεδετικές διαταραχές. Στο: Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχικών διαταραχών κατά DSM-V,

Μετάφραση από την εκπαιδευτική ομάδα του σεμιναρίου κλινικής ψυχοπαθολογίας «Παναγιώτης Ουλής».

Θεοφυλίδης Α. , Κυζιρίδης Θ., Σοφολόγη Μ. , Νηματούδης Ι. (2019). Κατάθλιψη και διασχιστικές διαταραχές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας , 11(1), 56-62.

Μόσχος, Ν. (2002). Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία Κλινική περιγραφή, επιδημιολογία, αίτιολογικές υποθέσεις, διαγνωστικές-θεραπευτικές προσεγγίσεις. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 1 (4): 178-185

Καλέμη, Γ., Τζινάκου Γ., Κουρουπάκη Δ. & Δουζένης Α.(2016). Διαταραχές ταυτότητας και επιθετικότητα. Εγκέφαλος, 53, 33-39.

Spiegel, D., Loewenstein, R., Lewis-Fernandez, R. et al. (2011). Dissociative disorders in DSM-V. DEPRESSION AND ANXIETY (28), 17–45.

Brand, B.L., Classen, C. et al (2009). A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. The Journal of Nervous and Mental Disease , vol 197( 9).

Brand, B. & Loewenstein, R. (2010). Dissociative Disorders: An Overview of Assessment, Phenomenology and Treatment. Psychiatric Times

Kihlstrom, J. (2005). Dissociative disorders. Annu. Rev. Clin. Psychology, vol (1), pg 227–53

Leigh, H. (2015). Dissociative Disorders. In: Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry.

Cronin, E., Brand, B. & Mattanah, J. (2013). The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. European Journal of Psychotraumatology (5).

Maldonado, J., Butler, L. & Spiegel, D. (2002). Treatments for dissociative disorders.

# Περί της Ψυχικής διάστασης των Διαταραχών της Μνήμης...

*Γράφει η Δρ. Αφροδίτη Παπαϊωάννου-Σπυρούλια, Ψυχοθεραπεύτρια Ατόμου, Ζεύγους, Ομάδας, Οικογένειας, Marte Meo Εκπαιδευτρια, Καθηγήτρια-Ερευνήτρια Γνωστικής & Κλι-νικής Ψυχολογίας, Ειδική Επόπτρια σε Θέματα Συστημικής-Πολυπολιτισμικής Εκπαίδευσης & Επικοινωνίας*

Με τον όρο «μνήμη» αναφερόμαστε στη γνωστική λειτουργία που εξυπηρετεί την εγγραφή, διατήρηση, αναγνώριση και ανάκληση πληροφοριών και γεγονότων. Η μνημονική ικανότητα συνδέεται άμεσα με τη διατήρηση και την εξέλιξη της ζωής, δεδομένου ότι αφορά σε σημαντικές γνωστικές λειτουργίες όπως, για παράδειγμα, τη γλώσσα (μέσω της πρόσληψης και συγκράτησης των εννοιών των λέξεων) ή την αναγνώριση και χρησιμοποίηση των αντικειμένων που μας περιβάλλουν (μέσω της συγκράτησης των ιδιοτήτων τους).

Στο κλινικό πεδίο, η μνήμη μας ενδιαφέρει για την ψυχική της διάσταση, καθώς συνάδει με την ψυχοσύνθεση και τη λειτουργικότητα του ατόμου, ούσες άμεσα συνδεδεμένες με τις λειτουργίες της προσοχής και του συναισθήματος. Ειδικότερα, η κλινική ματιά μας συναντά τις λεγόμενες «Διαταραχές Μνήμης», οι οποίες διακρίνονται σε τέσσερις (4) κατηγορίες φαινομένων ή κλινικών οντοτήτων, που είναι οι κάτωθι:

- **Αμνησία:** Αφορά σε φαινόμενα απουσίας ή απώλειας της μνήμης και διακρίνεται σε: α) πρόδρομη, με κύριο χαρακτηριστικό την αδυναμία καταγραφής και διατήρησης νέων πληροφοριών, β) οπισθόδρομη, όπου συναντάται αδυναμία ανάκλησης παλαιότερων πληροφοριών και γεγονότων, γ) ψυχογενή, που πρόκειται για επιλεκτική αμνησία συνδεόμενη με αδυναμία ανάκλησης κάποιου ψυχοπιεστικού ή τραυματικού γεγονότος και δ) μετατραυματική, που αφορά σε περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης.

- **Υπερμνησία:** Αφορά σε φαινόμενα αύξησης ή έντασης της μνημονικής ικανότητας και διακρίνεται σε: α) αύξηση της σημασιολογικής μνήμης, όπως παρατηρείται, ενδεικτικά,



στην περίπτωση ατόμων στο φάσμα του αυτισμού που είναι αριθμομνήμονες, β) πανοραμική μνήμη, όπου το άτομο αναβιώνει υπό κίνδυνο και σε διάρκεια δευτερολέπτων «τη ζωή του ωσάν ταινία», γ) flashback, που αφορά σε απροσδόκητη ανάδυση οδυνηρών γεγονότων του παρελθόντος και δ) υπερμνησία παραληρητικού τύπου, που συναντάται σε ζητήματα που άπτονται του παραληρήματος σε ασθενείς με παραληρητική διαταραχή.

- **Εκμνησία:** Πρόκειται για την αίσθηση ότι κάποιο γεγονός που έλαβε χώρα στο παρελθόν εκτυλίσσεται στο εδώ και τώρα και συνήθως συνάδει με οργανικές παθήσεις ή είναι διακριτή σε άτομα που λαμβάνουν ψυχοτρόπες ουσίες.

- **Παραμνησία:** Αφορά σε φαινόμενα ανύπαρκτων μνημών, που αφήνουν την εντύπωση της ψευδούς ανάμνησης, και διακρίνεται σε: α) μυθοπλασίες, όπου ο ασθενής τείνει να καλύπτει μνημονικά κενά με αναληθή γεγονότα, β) μνημονική παραίσθηση ή αλλομνησία, που συνάδει με την τροποποίηση μιας ανάμνησης υπό την επίδραση της τρέχουσας συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου, γ) βίωμα *deja/jamais vecu*, δηλαδή αίσθημα ήδη/μηδέποτα βιωθέντος και δ) μυθομανία, που πρόκειται για την περιγραφή αναληθών γεγονότων ή βιωμάτων, χωρίς να γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι το περιεχόμενό τους είναι αναληθές, και με στόχο την προσέλκυση του ενδιαφέροντος τρίτων.

Στο πλαίσιο της γενικότερης εκτίμησης των ψυχικών λειτουργιών ενός ατόμου, συμπτώματα που συνάδουν με διαταραχές μνήμης συναντώνται, κατά κύριο λόγο και σύμφωνα με το DSM-5 (2013), στις λεγόμενες «Διασχιστικές Διαταραχές (Dissociative Disorders)», όπου εντάσσεται η κλινική οντότητα της «Διασχιστικής ή Αποσυνδετικής Αμνησίας», και στις λεγόμενες «Νευρογνωστικές Διαταραχές (Neurocognitive Disorders), όπου εντάσσονται οι «Μείζονες και Ήπιες Νευρογνωστικές Διαταραχές», με διακριτή τη Νόσο Alzheimer ως αντιπροσωπευτική των «Αμνησικών Διαταραχών»

Αναλυτικότερα:

Οι Διασχιστικές Διαταραχές έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό κάποια ξαφνική ή βαθμιαία, παροδική ή χρόνια διάσπαση/διάσχιση στις αλληλένδετες λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή/και της αντίληψης του περιβάλλοντος. Ήπιες μορφές διάσχισης/αποσύνδεσης είναι δυνατόν να βιώσουμε όλοι

κάποια στιγμή στη ζωή μας. Για παράδειγμα, η συνειδητοποίηση φτάνοντας στη δουλειά μας ότι σήμερα επιλέξαμε να ακολουθήσουμε διαφορετικό από το σύνηθες δρομολόγιο. Σε αυτή την περίπτωση, η διάσχιση αποτελεί μια υγιή λειτουργία ως εναλλαγή στην καθημερινότητα. Ένα άλλο παράδειγμα είναι να μπούμε σε μια συνθήκη γνωστικοσυναισθηματικού «μουδιάσματος» ενόσω βιώνουμε ένα αγχογόνο ερέθισμα, όπως μπορεί να συμβεί στη θέαση ενός γεγονότος που μας βρίσκει απροετοίμαστους. Σε αυτή την περίπτωση, η διάσχιση εξυπηρετεί ως ψυχική άμυνα, προκειμένου να διεργαστούμε και να διαχειριστούμε τις προκλήσεις του περιβάλλοντος.

Ωστόσο, οι Διασχιστικές Διαταραχές αφορούν σε δυσλειτουργία, όπου παρατηρείται σοβαρή διάσχιση του ατόμου, με έντονη έλλειψη σύνδεσης ανάμεσα στις λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης και γενικότερα της αντίληψης του εαυτού και του περιβάλλοντος από το άτομο.

Το εν λόγω φαινόμενο ομοιάζει με νοητική απόδραση του ψυχισμού από έναν σωματικό ή/και συναισθηματικό πόνο, που συνδέεται με ένα σοβαρό τραύμα που βίωσε το άτομο, συνήθως στην παιδική του ηλικία, και φαίνεται να το επηρεάζει στην ενήλικη λειτουργικότητά.

Οι Διασχιστικές Διαταραχές, σύμφωνα με το DSM-5 διακρίνονται στις εξής:

- α) Διασχιστική Διαταραχή Ταυτότητας
- β) Διασχιστική ή Αποσυνδεδετική Αμνησία
- γ) Διαταραχή Αποπροσωποποίησης.

Εστιάζοντας στη Διασχιστική Αμνησία που μας ενδιαφέρει στην τρέχουσα θεώρηση, το άτομο βιώνει ένα ή περισσότερα επεισόδια αδυναμίας ανάκλησης προσωπικών πληροφοριών (συνήθως τραυματικής φύσης), τα οποία πηγάζουν από ψυχογενείς παράγοντες και όχι από παθολογικά αίτια.

Η Διασχιστική Αμνησία διακρίνεται σε πέντε (5) υποκατηγορίες:

- την περιγεγραμμένη ή εντοπισμένη αμνησία, που είναι η συνηθέστερη μορφή και χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει με τη σειρά ένα έντονο γεγονός που

έλαβε χώρα (π.χ. όντας ο μόνος επιζών της οικογένειάς του από σεισμό να αδυνατεί να ανακαλέσει τι και πώς έλαβε χώρα αυτό το βίωμα, ακόμη και για τις επόμενες ημέρες)

- την επιλεκτική αμνησία, όπου το άτομο δύναται να ανακαλέσει μόνο αποσπασματικά γεγονότα που έλαβαν χώρα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. το άτομο να ανακαλεί τη ζωή του στο Πανεπιστήμιο με ένα κενό αφήγησης για το δεύτερο έτος των σπουδών του)

- την γενικευμένη αμνησία, η οποία αφορά σε άτομα που δεν μπορούν να ανακαλέσουν κανένα κομμάτι της ζωής τους την συνεχή αμνησία, όπου το άτομο δεν έχει ανάμνηση από ένα χρονικό σημείο στο παρελθόν έως και τώρα και

- την συστηματική αμνησία, που φέρει ως κύριο χαρακτηριστικό το άτομο να αδυνατεί ή να δυσκολεύεται να ανακαλέσει συγκεκριμένες κατηγορίες πληροφοριών (π.χ. για ένα πρόσωπο που βίωσε δύσκολα την απώλειά του).

Σε γενικές γραμμές, η Διασχιστική Αμνησία έχει άγνωστη επιδημιολογία, αφορά στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει σημαντικά προσωπικά βιώματα (άνευ ιατρικής αιτίας) και σε πληροφορίες που έχουν χαθεί από τη μνήμη του λόγω ψυχοπιεστικών και τραυματικών εμπειριών, και το άτομο παρουσιάζει διασχιστική φυγή, εγκαταλείποντας το οικείο του περιβάλλον και ξεκινώντας μια 'περιπλάνηση' τόσο σε κυριολεκτικό όσο και σε συμβολικό επίπεδο. Τα συμπτώματά της μπορούν να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό όλες τις πτυχές της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου. Η εξέταση των ψυχικών λειτουργιών του ατόμου συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωσή της, ωστόσο, μπορεί να γίνει και έμμεσα είτε σε μια ψυχιατρική αξιολόγηση είτε κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας που έχει ήδη ξεκινήσει, όπου στο αφήγημα του ατόμου προκύπτουν αναδρομικά κενά μνήμης ύστερα από τραυματικά ή έντονα στρεσογόνα γεγονότα, όπως είναι, για παράδειγμα, απώλειες σημαντικών προσώπων, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, εκρήξεις βίας, φυσικές καταστροφές. Σε μεγάλο ποσοστό επεισοδίων Διασχιστικής Αμνησίας, τα άτομα ανακτούν τη μνήμη τους αυτόματα, οπότε δεν απαιτείται ειδική φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, εάν δεν γίνει αυτόματα η όποια ανάνηψη, τότε προτείνεται η ύπνωση ή συνεντεύξεις επικουρούμενες από χορήγηση αμυτάλης, προκειμένου να ενισχυθεί ο ασθενής να ανακαλέσει ως αν ενοποιημένο το διασχισμένο υλικό. Δεδομένης



της διαδρομής για ή/και της ανάκτησης της μνήμης, ενδείκνυται το άτομο να μπει σε ψυχοθεραπεία, προκειμένου να δώσει λόγια στο βίωμά του, να κατανοήσει και να νοηματοδοτήσει δηλαδή τα ψυχοπιεστικά γεγονότα και τις ενδοψυχικές συγκρούσεις που το οδήγησαν στη διασχιστική φυγή.

Οι Νευρογνωστικές Διαταραχές έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό την ύπαρξη ενός κλινικά σημαντικού ελλείματος σε κάποια ή κάποιες από τις βασικές γνωστικές λειτουργίες (για παράδειγμα, μνήμη, κρίση, προσανατολισμός) που απο-τελεί και σημαντική αλλαγή από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς του (Μάνος, 1997). Κάποια έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, επομένως και αλλαγές στη φυσιολογία της μνήμης, δύναται να λάβει χώρα στην καθημερινότητα του ατόμου, δίχως να είναι επιτακτική η όποια αξιολόγηση, επο-μένως και η όποια παρέμβαση. Για παράδειγμα, ενδέχεται να παρουσιάζει έκπτωση στην αντιληπτική και τη μνημονική του δραστηριότητα, εάν έχει κοιμηθεί ελάχιστα ή/και είναι αρκετά καταπονημένο/στερημένο από βασικά συστατικά στη διατροφή του. Επίσης, αναμένεται να έχουμε όλοι οι άνθρωποι βαθμιαία έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών μας ενόσω μεγαλώνουμε.

Ωστόσο, οι Νευρογνωστικές Διαταραχές πλήττουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου, καθιστώντας αναγκαία την παρέμβαση ειδικού προς αποκατάσταση της λειτουργικότητας και στήριξή του.

Οι Νευρογνωστικές Διαταραχές, σύμφωνα με το DSM-5 διακρίνονται στις εξής:

- Οξύ Παραλήρημα ή Delirium ή Οξύ Οργανικό Ψυχοσύνδρομο
- Μείζονες και Ήπιες Νευρογνωστικές Διαταραχές (βλ. Άνοια).

Εστιάζοντας στη δεύτερη κατηγορία της Νευρογνωστικής (Αμνησικής) Διαταραχής, που μας ενδιαφέρει στην τρέχουσα θεώρηση, η κλινική εικόνα του ατόμου συνάδει με σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών του δίχως, ωστόσο, έκπτωση του επιπέδου της συνείδησής του. Βέβαια, σε προχωρημένα στάδια, η Νευρογνωστική Διαταραχή αλλοιώνει το σύνολο της προσωπικότητας του ασθενούς, με γενικευμένες διαταραχές στη συμπεριφορά του.

Για να μας γίνει πιο καθαρή αυτή η εικόνα, βοηθητικό είναι να φανταστούμε τη βαθμιαία έκπτωση και αλλαγή στη συμπεριφορά ενός ατόμου με νευροεκφυλιστική διάγνωση, όπως είναι η νόσος Alzheimer, που αποτελεί και την πιο συχνή αιτία Νευρογνωστικής (Αμνησικής) Διαταραχής των ατόμων άνω των 65 ετών.

Σε γενικές γραμμές, η (όποια) Νευρογνωστική Διαταραχή, και ειδικότερα οι Αμνησικές Διαταραχές, ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία τους σε:

- Αμνησική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αμνησική Διαταραχή Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες (ουσία κατάχρησης, φαρμακευτική ή τοξίνη) και
- Αμνησική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Χρήζει μεγάλης σημασίας η εξειδικευμένη αξιολόγηση (νευροψυχολογική και ψυχιατρική) για να αναγνωριστεί αρχικά το κατά πόσο η Αμνησική Διαταραχή αφορά σε ανοϊκή κατάσταση αναστρέψιμη ή όχι, όπως και εάν ενδείκνυται εστιασμένη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά) με βάση την υποκατηγορία στην οποία ανήκει.

Η συστημική παρέμβαση ενδείκνυται, καθότι η ατομική και η οικογενειακή παρέμβαση συνάδει με καλύτερα αποτελέσματα τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για το υποστηρικτικό σύστημα. Να σημειωθεί, βέβαια, ότι στην περίπτωση που το άτομο έχει μεγάλη λειτουργικότητα κρίνεται αναγκαία η ψυχοθεραπεία, προκειμένου να εντοπιστεί και να 'μιληθεί' η πηγή της Αμνησικής Διαταραχής.

Ως θεραπευτές, μας ενδιαφέρει η ψυχική διάσταση της μνημονικής δυσλειτουργίας, γεγονός που μας παραπέμπει σε ένα τραύμα που καταγράφηκε στον ψυχισμό του ατόμου πιθανότατα στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Επομένως, κρίνεται αναγκαίο να διαμορφώσουμε τις κατάλληλες συνθήκες προκειμένου το ίδιο το άτομο να αφηγηθεί το βίωμά του, ώστε με τη βοήθειά μας να 'μεταφράσει' το σύμπτωμά του και να επιλέξει είτε να το αποχαιρετήσει ή να του επιτρέψει να 'συνυπάρξουν' με επίγνωση σε ένα δυναμωμένο Εγώ.

## Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Drag, L.L. & Bieliauskas, L.A. (2010). Contemporary Review 2009: Cognitive Aging. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23, p. 75-93.

Freud, S. (2010). Μαθήματα Ψυχικής Ανατομίας (3η εκδ.) (μτφρ.



Χ. Λιαναντωνάκη). Αθήνα: Εκδόσεις Ροές, Σειρά: micromega.

McWilliams, N. (2012). Ψυχαναλυτική Διάγνωση: Η Κατανόηση της Δομής της Προσωπικότητας στα Πλαίσια της Κλινικής Διαδικασίας (αναθ. έκδ.). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ινστιτούτου Ψυχολογίας και Υγείας.

Molton, P. (2000). Freud and False Memory Syndrome. UK, Cambridge: Icon Books Ltd, Series: Postmodern Encounters.

Parkin, A. (1999). Memory: A Guide for Professionals. NY: Wiley.

Quinlan, P. & Dyson, B. (2008). Cognitive Psychology. UK: Pearson Education Limited.

Ross, C.A. (1996). History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation. In: L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds), Handbook of Dissociation. NY: Plenum.

Wimo, A. & Prince, M. (2010). The Global Economic Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International Alzheimer Report 2010. Alzheimer Disease International.

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (2η εκδ.). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Παπαϊωάννου-Σπυρούλια, Α. (2014/2021). Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση II: Βασικά Στοιχεία Ψυχαναλυτικής Διάγνωσης. Κλινικές Σημειώσεις Εκπαιδευτικών Εισηγήσεων. Αθήνα.

Σαμαρτζή, Σ. (1995). Εισαγωγή στις Γνωστικές Λειτουργίες. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σμοκοβίτης, Α. (2000). Η Φυσιολογία της Μνήμης: Ενδογενείς και Εξωγενείς Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Μνήμη. Πρακτικές Προτάσεις. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Χολέβα, Β., Παρλαπάνη, Ε., Μποζίκας, Β.-Π. & Φωκάς, Κ. (2016) (Επιμ.). Εγχειρίδιο Κλινικής Εκπαίδευσης στην Ψυχική Υγεία. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

# Διαταραχές της Σεξουαλικής Λειτουργίας

Γράφει η Ανδρονίκη Μπαντούνα, Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια

Η σεξουαλικότητα είναι το κατεξοχήν πεδίο όπου το βιολογικό συναντά το ψυχικό. Αποτελεί, ταυτόχρονα, ένα αναπόσπαστο ζωτικό στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης και εμπειρίας καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας. Καθώς η έννοια της σεξουαλικότητας συνδέεται στενά με το εκάστοτε ιστορικό πλαίσιο, αφενός είναι δύσκολο να δοθεί ένας ακριβής ορισμός της έννοιας αφετέρου είναι και το κοινωνικό στοιχείο που διαπλέκεται αναπόφευκτα με την έκφραση της σεξουαλικότητας στην πάροδο του χρόνου.

Μπορεί πλέον να έχει καταστεί δυνατή η περιγραφή των φυσιολογικών διεργασιών που διέπουν τη σεξουαλική λειτουργία με μεγάλη λεπτομέρεια, ωστόσο αυτό δεν συμπεριλαμβάνει το εξαιρετικά σημαντικό στοιχείο της βιωμένης εμπειρίας. Για να κατανοηθεί η σεξουαλικότητα χρειάζεται να διευρυνθεί, πέρα από τη βιολογία, στον ψυχισμό και στη γλώσσα της μεταφοράς και της φαντασίας, στον τρόπο που το σώμα αναπαρίσταται στην ψυχική πραγματικότητα, αλλά και η ψυχική πραγματικότητα εγγράφεται στο σώμα. Άλλωστε, η ίδια η σεξουαλική πράξη είναι η τελική διαδικασία πολλών άλλων διεργασιών. Ο τρόπος που ο κάθε άνθρωπος βιώνει τη σεξουαλικότητά του είναι στενά συνδεδεμένος με στοιχεία που είναι σημαντικά για την αίσθηση της ταυτότητας, αποτελώντας θεμελιώδεις και αν απόσπαστο στοιχείο της προσωπικότητας.

## **Σύντομη Ιστορική Αναδρομή**

Η ιστορία της σεξουαλικότητας ξεκινά ήδη από την απαρχή του χρόνου. Για λόγους, ωστόσο, συντομίας θα αναφερθούν μονάχα κάποιες σημαντικές συνεισφορές που αφορούν κυρίως την επιστήμη της σεξολογίας όπως εκφράστηκε κατά τη διάρκεια του τελευταίου αιώνα στον σύγχρονο δυτικό κόσμο.

Το έργο Τρεις Πραγματείες για τη Θεωρία της Σεξουαλικότητας εκδόθηκε το 1905 και αποτελεί το πιο διακεκριμένο έργο του Φρόυντ για τη σεξουαλικότητα. Στο πλαίσιο της θεω-

ρίας του ο Φρόυντ διευρύνει την έννοια της σεξουαλικότητας πέρα από τα στενά όρια στα οποία είχε διατηρηθεί από τον συμβατικό της ορισμό τοποθετώντας την στο μεταίχμιο μεταξύ σωματικού και ψυχικού και αποδεσμεύοντάς την από την αναπαραγωγή. Υποδεικνύει ότι η σεξουαλικότητα δεν ξεκινά στην εφηβεία, αλλά στην πρώιμη παιδική ηλικία και ακολουθεί μια ανάπτυξη μέσω διαδοχικών σταδίων για να απαρτιωθεί στην ενήλικη σεξουαλικότητα. Στο ίδιο έργο ο Φρόυντ γεφυρώνει μη φυσιολογικές μορφές της σεξουαλικότητας με τη φερόμενη ως φυσιολογική σεξουαλικότητα.

Την ίδια περίπου εποχή ο Μάγκνους Χίρσφελντ θεμελιώνει τη σεξολογία ως ένα διακριτό κλινικό πεδίο εκδίδοντας το πρώτο επιστημονικό περιοδικό για την επιστήμη της σεξολογίας και ιδρύοντας το πρώτο σεξολογικό ινστιτούτο. Υποστηρικτής των δικαιωμάτων των σεξουαλικών μειονοτήτων, ο Χίρσφελντ ταξίδεψε στον κόσμο δίνοντας διαλέξεις για θέματα που άπτονται της σεξουαλικότητας μέχρι που το ναζιστικό καθεστώς κατέστρεψε το έργο του.

Το 1948 και το 1953 στην Αμερική εκδίδονται τα βιβλία που προέκυψαν από τις έρευνες του Άλφρεντ Κίνσεη και των συνεργατών του και αφορούν τη σεξουαλική συμπεριφορά ανδρών και γυναικών αντίστοιχα. Λίγο καιρό αργότερα η Βιρτζίνια Τζόνσον και ο Γουίλιαμ Μάστερς επιχειρούν μια επιστημονική περιγραφή της ανθρώπινης σεξουαλικής λειτουργίας και δημιουργούν έναν βραχύ θεραπευτικό σχεδιασμό για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών διαταραχών. Είναι η Έλεν Σίνγκερ Κάπλαν, ωστόσο, που θεωρείται πως ενσωμάτωσε τις μεθόδους τους σε ένα γενικότερο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο χρησιμοποιώντας και απαρτιώνοντας διαφορετικές ψυχολογικές προσεγγίσεις στην κατανόηση των δυσκολιών που σχετίζονται με τη σεξουαλική λειτουργία.

## **Συνιστώσες της Σεξουαλικής Επιθυμίας**

Έχουν περιγραφεί τρία διακριτά στοιχεία της σεξουαλικής επιθυμίας που χρειάζεται να συγχρονίζονται ώστε να αναδυθεί επαρκής επιθυμία και διέγερση: η ορμή, οι προσδοκίες και τα κίνητρα.



Το στοιχείο της ορμής είναι ριζωμένο στη βιολογία και μπορεί να επηρεαστεί από σωματικούς παράγοντες όπως τα επίπεδα ορμονών, τις ιατρικές ασθένειες και τα φάρμακα. Το στοιχείο της προσδοκίας είναι πιο στενά συνδεδεμένο με συνειδητούς γνωστικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, όταν υπάρχει φυσιολογική ενόρμηση, κάποιος άνθρωπος μπορεί να μην επιθυμεί να κάνει σεξ λόγω θρησκευτικών απαγορεύσεων ή λόγω του φόβου ότι θα κολλήσει κάποια ασθένεια. Οι προσδοκίες προσδιορίζουν σε κάποιο βαθμό τι είναι αποδεκτό και τι απορριπτό ως σεξουαλική συμπεριφορά. Το τρίτο στοιχείο, το κίνητρο, είναι στενά συνδεδεμένο με ασυνείδητες ανάγκες που σχετίζονται με τον Άλλο. Εδώ βρίσκεται και η μεγάλη πολυπλοκότητα της σεξουαλικής επιθυμίας, καθώς παρελθόν και παρόν αλληλεπιδρούν με τις στενές ερωτικές και σεξουαλικές σχέσεις. Στην κλινική εκτίμηση χρειάζεται να αξιολογηθούν και τα τρία αυτά στοιχεία ώστε να μπορέσουν να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους αυτά δεν εντάσσονται σε ένα ενιαίο λειτουργικό πλαίσιο.

## **Ψυχολογική Εκτίμηση και Κατανόηση**

Η κατανόηση του ανθρώπου που εκφράζει δυσκολίες ως προς τη σεξουαλική λειτουργικότητα ξεκινά με μια προσεκτική κατανόηση του πλαισίου που σχετίζεται με το σύμπτωμα. “Εμφανίζεται το σύμπτωμα από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής ή εμφανίζεται στην πορεία; Υπάρχει κάποια οργανική αιτιολογία που μπορεί να ευθύνεται ή να επηρεάζει την εμφάνισή του; Εκδηλώνεται σε όλες τις καταστάσεις και με κάθε σύντροφο ή σε συγκεκριμένες περιστάσεις;” Εάν ο άνθρωπος αυτός εμπλέκεται σε μια στενή σχέση χρειάζεται να προσδιοριστεί κατά πόσο η δυσκολία σχετίζεται με τη συγκεκριμένη σχέση ή αφορά γενικά όλους τους σεξουαλικούς συντρόφους. Οι σεξουαλικές δυσκολίες που περιορίζονται στο συγκεκριμένο ζευγάρι, σε αντίθεση με αυτές που αναπαριστούν πρωταρχικές ενδοψυχικές δυσκολίες που εμφανίζονται με κάθε σύντροφο, χρειάζεται να κατανοηθούν στο πλαίσιο των διαπροσωπικών δυναμικών που αναπτύσσονται στη δυάδα. Ωστόσο, είναι

σημαντική η αναγνώριση πως οι σεξουαλικές δυσκολίες, όπως όλα τα σωματοψυχικά συμπτώματα, καθορίζονται από πολλούς παράγοντες. Ακόμα και όταν η αιτιολογία μιας σεξουαλικής δυσκολίας είναι οργανική και ενδείκνυται φαρμακευτική

θεραπεία, χρειάζεται να μην παραβλέπεται ο τρόπος με τον οποίο αυτή νοηματοδοτείται και συνυφαίνεται με συνειδητές και ασυνείδητες πεποιθήσεις, προσδοκίες και φόβους στο πλαίσιο της κάθε ξεχωριστής προσωπικής ιστορίας.

Τα αίτια των σεξουαλικών διαταραχών μπορούν να διακριθούν **στα οργανικά και στα ψυχογενή**. Η διάκριση αυτή, ωστόσο, παραμένει σε κάποιο βαθμό σχηματική, καθώς συχνά πολλά από αυτά αλληλοδιαπλέκονται.

Για παράδειγμα, μια σωματική νόσος μπορεί να έχει η ίδια επίδραση στις φυσιολογικές διαδικασίες της σεξουαλικής λειτουργίας, αλλά είναι και η ψυχική αντίδραση στη σωματική νόσο που μπορεί να επηρεάσει την έκφραση της σεξουαλικότητας σε έναν άνθρωπο.

- Τα οργανικά αίτια περιλαμβάνουν κυρίως παθολογικές καταστάσεις και επιδράσεις φαρμακευτικών και τοξικών ουσιών.
- Τα ψυχογενή αίτια περιλαμβάνουν προδιαθεσικούς παράγοντες, δηλαδή εμπειρίες που καθιστούν έναν άνθρωπο ευάλωτο στην εκδήλωση κάποιας σεξουαλικής διαταραχής, εκλυτικούς παράγοντες, δηλαδή γεγονότα που συνδέονται με την ίδια την εμφάνιση της διαταραχής, καθώς και παράγοντες διατήρησης, δηλαδή ό,τι εξηγεί τους λόγους για τους οποίους αυτή η διαταραχή επιμένει.

Είναι, επιπλέον, σημαντική η κατανόηση τριών διαφορετικών περιοχών των εσωτερικών και εξωτερικών σχέσεων:

- της εξωτερικής πραγματικότητας της σχέσης του ζευγαριού
- του κόσμου των εσωτερικών αντικειμένων του κάθε ανθρώπου και πώς αυτός επηρεάζει την ικανότητα για στενή σεξουαλική σχέση
- καθώς και του παρόντος οικογενειακού αστερισμού και του τρόπου που αυτός επηρεάζει τη σεξουαλική επιθυμία.

Της σημειωθεί πως πολύ τραυματισμένοι ασθενείς ή όσοι υποφέρουν από σοβαρές ψυχιατρικές καταστάσεις μπορεί να βρίσκουν την προοπτική της σεξουαλικής συνεύρεσης κατακλυσμαία για το εύθραυστο Εγώ. Οι παράγοντες που οδηγούν σε ανεσταλμένες σεξουαλικές επιθυμίες μπορεί να

σχετίζονται με πρώιμες καταστάσεις άγχους που περιλαμβάνουν το διωκτικό άγχος και τον φόβο συγχώνευσης. Η αποχή σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να προφυλάσσει την αίσθηση της ακεραιότητας του εαυτού.

## **Ταξινόμηση των Σεξουαλικών Διαταραχών**

Οι περισσότερες από τις καταγεγραμμένες σεξουαλικές διαταραχές μπορούν να ταξινομηθούν

- στις διαταραχές της επιθυμίας
- στις διαταραχές της διέγερσης
- στις διαταραχές του οργασμού
- καθώς και στις διαταραχές που σχετίζονται με την αίσθηση πόνου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Οι διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας χαρακτηρίζονται από τη μείωση ή την απουσία της επιθυμίας για σεξουαλική δραστηριότητα και συνήθως συνοδεύονται από μείωση ή απουσία σεξουαλικών φαντασιώσεων. Ωστόσο, δεν συνεπάγονται πάντα και απουσία σεξουαλικών πράξεων.

Οι διαταραχές της σεξουαλικής διέγερσης χαρακτηρίζονται από τη μείωση ή την απουσία εκδήλωσης των ψυχοσωματικών αντιδράσεων που σχετίζονται με τη σεξουαλική διέγερση. Η διαταραχή της διέγερσης στους άνδρες αναφέρεται ως διαταραχή στυτικής λειτουργίας. Πρόκειται για τη δυσκολία απόκτησης στύσης ή διατήρησης αυτής έως την ολοκλήρωση της σεξουαλικής επαφής. Στις γυναίκες οι διαταραχές της σεξουαλικής διέγερσης χαρακτηρίζονται αφενός από απουσία των φυσικών αντιδράσεων της διέγερσης αφετέρου από την απουσία της υποκειμενικής αίσθησης αυτής.

Στις γυναίκες οι διαταραχές οργασμού χαρακτηρίζονται από την εκσεσημασμένη καθυστέρηση, σπανιότητα ή απουσία οργασμού. Στους άνδρες οι διαταραχές οργασμού συμπεριλαμβάνουν τη δυσκολία ή αδυναμία εκσπερμάτισης, καθώς και την εκσπερμάτιση που συμβαίνει άμεσα μετά από τον σεξουαλικό ερεθισμό.

Οι διαταραχές πόνου κατά τη σεξουαλική πράξη



χαρακτηρίζονται από επίμονο πόνο πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά την σεξουαλική επαφή και φαίνεται να είναι πιο συχνές στις γυναίκες. Ενδέχεται να συνοδεύονται και από κολπικό σπασμό, κατάσταση κατά την οποία υπάρχει έντονος και ακούσιος σπασμός του κόλπου που καθιστά αδύνατη την κολπική διείσδυση.

Όπως κάθε προσπάθεια διάκρισης και ταξινόμησης έτσι και αυτή των σεξουαλικών διαταραχών παραμένει σε κάποιον βαθμό σχηματική, καθώς στο κλινικό πεδίο συχνά αλληλοεπικαλύπτονται. Για παράδειγμα, μπορεί ένας άνθρωπος να εκφράζει μειωμένη επιθυμία, αλλά αυτή να προέρχεται δευτερογενώς από κάποια άλλη ψυχοσεξουαλική διαταραχή που τον οδηγεί σε αποφυγή της σεξουαλικής δραστηριότητας. Μια προσεκτική εκτίμηση θα επιτρέψει την αναγκαία κατανόηση ώστε να διευκολυνθεί ο κατάλληλος θεραπευτικός σχεδιασμός.

Είναι, ωστόσο, σημαντική η αναγνώριση πως ο κάθε άνθρωπος και το κάθε ζευγάρι είναι ελεύθερο να επιλέγει τον δικό του τρόπο σεξουαλικής προσαρμογής. Συνεπώς, για να χαρακτηριστεί κάθε μία από τις παραπάνω καταστάσεις ως διαταραχή που χρήζει αντιμετώπισης είναι απαραίτητο να προξενεί σημαντική υποκείμενη δυσκολία στον άνθρωπο ή στο εκάστοτε ζευγάρι που την εκφράζει.

## **Θεραπευτική προσέγγιση**

Κατά τη διάρκεια της αρχικής εκτίμησης οι ενδείξεις για την καταλληλότητα των διαφόρων μεθόδων μπορεί να μην είναι πάντα σαφείς. Η βραχεία συμπεριφορική θεραπεία του σεξ είναι πιθανόν να αποδειχθεί επιτυχής εάν το ζευγάρι είναι κινητοποιημένο, εάν δεν υφίσταται σοβαρή ψυχοπαθολογία, εάν οι σύντροφοι είναι ικανοποιημένοι από τη σχέση. Ζευγάρια που έχουν αναστείλει τη σεξουαλική επιθυμία και εμφανίζονται γενικά απογοητευμένα από τη σχέση μπορεί να χρειαστούν θεραπεία ζεύγους για κάποιο χρονικό διάστημα για να δουν και να επεξεργαστούν βασικά προβλήματα της σχέσης τους. Στην περίπτωση που ο άνθρωπος που απευθύνεται για βοήθεια είναι μόνος, όταν υπάρχουν βαθύτερα εδραιωμένες σεξουαλικές δυσκολίες ή τραύμα ενδείκνυται η ατομική ψυχοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να συνυπάρχει σε κάθε περίπτωση

όταν υπάρχει οργανική αιτιολογία για την οποία κρίνεται απαραίτητη.

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με ένα αίσθημα δυστυχίας και με φτωχή αίσθηση συναισθηματικής και σωματικής ικανοποίησης. Η θεραπεία των σεξουαλικών δυσκολιών είναι ένα πεδίο ιδιαίτερα φορτισμένο με ένταση που χρήζει, όπως και κάθε θεραπευτικό πεδίο, λεπτότητας και ευαισθησίας.

Ο έρωτας και η αναζήτηση της σωματικής, συναισθηματικής, πνευματικής και σεξουαλικής εγγύτητας απαιτεί ένα είδος αναγωγής στην ιστορία του ψυχισμού και την αμοιβαία του ευθυγράμμιση με τον/την σύντροφο, μια εσωτερική διεργασία που αντιστοιχεί στον τρόπο με τον οποίο οι εραστές ανταλλάσσουν την εξωτερική ιστορία της ζωής τους και ενσωματώνονται ο ένας στην προσωπική ιστορία του άλλου.

## **Βιβλιογραφία**

Βαϊδάκης Ν. Η Σεξουαλική Συμπεριφορά του Ανθρώπου. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2005.

Gabbard GO. Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2005.

# Βιογραφικά Στοιχεία Συγγραφέων

## Ελπίδα Γκουτσέλη

Η Ελπίδα Γκουτσέλη είναι στρατιωτικός ψυχολόγος, απόφοιτος του Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ και κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών “Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών και Προαγωγή Ψυχικής Υγείας” της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Έχει εκπαιδευτεί στη Συστημική Ψυχοθεραπεία Οικογένειας και Ζεύγους στη Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας του ΨΝΑ.

Από το 2010 εργάζεται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, συντονίζει και εποπτεύει ομάδες ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε όλη την Ελλάδα, ασχολείται με την επιλογή και ανάπτυξη προσωπικού των Ενόπλων Δυνάμεων. Στην παρούσα είναι τοποθετημένη στην ψυχιατρική κλινική 414 ΣΝΕΝ με κύρια αρμοδιότητα την χορήγηση ψυχομετρικών τεστ σε νοσηλευόμενους ασθενείς καθώς και τον συντονισμό ενδονοσοκομειακής ομάδας ασθενών. Παράλληλα είναι εθελόντρια από το 2019 στην Ελληνική Εταιρεία Σκλήρυνσης κατά Πλάκας (ΕΕΣκΠ). Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας εκπαιδεύτηκε από το Πανεπιστήμιο Queensland της Αυστραλίας με σκοπό την εφαρμογή για πρώτη φορά στην Ελλάδα ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος ενίσχυσης της ανθεκτικότητας σε κλινικό πληθυσμό με χρόνια πόνο. Έχει δημοσιεύσει εργασίες της σε επιστημονικά περιοδικά και συνέδρια.

Στοιχεία επικοινωνίας

Τηλέφωνο: 6976128944

Email: gkelpida@yahoo.gr



## **Φωτεινή Καναλουπίτη**

Η Φωτεινή Καναλουπίτη είναι απόφοιτη του Groningen University της Ολλανδίας και κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου στην Κλινική Ψυχολογία από το Leiden University (Ολλανδία). Εργάστηκε σαν θεραπεύτρια από το 2018, στην Χάγη και το Λάιντεν, ενώ εκπαιδεύτηκε στην Θεραπεία Σχημάτων (Schema Therapy) στο Λονδίνο (British Psychological Society). Για δύο έτη εργάστηκε στον φορέα ΚΛΙΜΑΚΑ (Αθήνα) όπου κατείχε την θέση ψυχολόγου στο Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας αλλά και στην Εθνική Γραμμή για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας 1018, ενώ συνέχισε να εργάζεται ως ψυχοθεραπεύτρια στο προσωπικό της γραφείο. Παράλληλα εκπαιδεύτηκε στις Διατροφικές Διαταραχές από το Κέντρο Εκπαίδευσης Διατροφικών Διαταραχών σε συνεργασία με το National Centre of Eating Disorders της Βρετανίας. Στο παρόν, εργάζεται ως θεραπεύτρια υποστηρίζοντας ενήλικες που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας, διατροφικές διαταραχές), LGBTQIA+ άτομα και ανθρώπους με γενικότερες δυσκολίες και ανάγκες αυτοβελτιώσης. Προσφέρει υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελληνική αλλά και την Αγγλική γλώσσα.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Τηλέφωνο: 6944257263

email: f.kanaloup@gmail.com

## **Ανδρονίκη Μπαντούνα**

Η Ανδρονίκη Μπαντούνα είναι ψυχολόγος, απόφοιτος του τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Έχει παρακολουθήσει την εκπαίδευση στην γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στην Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών και το πρόγραμμα Διάγνωσης και Θεραπείας στις Ψυχοσεξουαλικές Διαταραχές στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Έχει φοιτήσει στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία σε Ιατρικό Πλαίσιο» στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Συμμετείχε ως μέλος της εκπαιδευτικής ομάδας στο σεμινάριο

Κλινικής Ψυχοπαθολογίας στην Ά Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και πραγματοποίησε κλινική άσκηση στο Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας και στο Τμήμα Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Έχει εργαστεί σε δομές ψυχικής υγείας, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής στήριξης. Στο παρόν εργάζεται ως ψυχοθεραπεύτρια σε ιδιωτικό γραφείο στα Ιλίσια.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Τηλέφωνα: 6977605050, 211 1177143

Ερεχθείου 15, Κουκάκι (Σταθμός Μετρό Συγγρού-Φιξ)

## **Δρ. Αφροδίτη Παπαϊωάννου-Σπυρούλια**

Η Αφροδίτη Παπαϊωάννου-Σπυρούλια είναι Συστημική-Οικογενειακή Θεραπεύτρια, Marte Meo Εκπαιδευτρια, Ιδρύτρια & Επιστημονική Υπεύθυνη του Κέντρου «Ψυχονησίδα», Καθηγήτρια-Ερευνήτρια Γνωστικής-Κλινικής Ψυχολογίας και Ειδική Επόπτρια σε Θέματα Πολυπολιτισμικής Εκπαίδευσης και Επικοινωνίας. Στην επαγγελματική της πορεία έκρινε ανέκαθεν σημαντική την αλληλοεπιδραστική εξέλιξη, μέσω της εκπαίδευσης, της διδασκαλίας και της εκπαιδευτικής εποπτείας, όσων διακινούνται από την Ψυχολογία, στοχεύοντας στη στήριξη ατόμων στον χώρο της ψυχικής υγείας και της εκπαίδευσης. Την τελευταία 25ετία έχει διδάξει, εκπαιδεύσει, εποπτεύσει, συντονίσει, αναπτύξει και διοικήσει προγράμματα στο πεδίο της εκπαίδευσης Ψυχολόγων, Συμβούλων, Θεραπευτών και Εκπαιδευτικών, σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό και μετεκπαιδευτικό επίπεδο, και σε συνεργασία με διακεκριμένα Πανεπιστήμια και πλαίσια/φορείς της Ελλάδας και του εξωτερικού. Συνάμα, την τελευταία 15ετία στηρίζει συνανθρώπους της με την ιδιότητα της Πιστοποιημένης Ειδικού Ψυχικής Υγείας, υιοθετώντας ως στάση ζωής και εργασίας το δίπολο «Εξελίσσοντας και ενδυναμώνοντας το Εγώ ως εργαλείο» και «Φροντίζοντας τον φροντιστή».

Διατηρεί δύο ιδιωτικά γραφεία στην Αθήνα.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Γραφείο α) Μπουμπουλίνας 7, 106 82, περιοχή Μουσείο, Αθήνα, 2ος όροφος

Γραφείο β) Χίου 14, 152 35, Βριλήσσια, Αθήνα, ισόγειο  
Τηλέφωνο: 6945 50 88 20  
psychonisida@gmail.com,  
www.psychonisida.com

## **Ιωάννης Παυλίδης**

Ο Ιωάννης Παυλίδης είναι ψυχολόγος, απόφοιτος τμήματος Ψυχολογίας Α.Π.Θ με Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στην «Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία σε Ιατρικά Πλαίσια» (Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ). Έχει εργασθεί σε κλινικά πλαίσια ενώ στο παρόν εκπαιδεύεται ως Κλινικός Ψυχολόγος στο Τμήμα Ψυχολογίας, ΕΚΠΑ. Τα ενδιαφέροντά του περιλαμβάνουν την ψυχοδυναμική κατανόηση και ψυχοθεραπεία στον ενήλικα καθώς και ζητήματα μείζονος ψυχοπαθολογίας και ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας.

Στοιχεία επικοινωνίας  
Ξενίας 32, Αθήνα, 15771.  
Τηλέφωνο: 6942580777  
Email:ioannispavlidis9@gmail.com

## **Μαριλένα Σμυρνιώτη**

Η Μαριλένα Σμυρνιώτη σπούδασε Ψυχολογία στο ΕΚΠΑ. Ολοκλήρωσε το μεταπτυχιακό πρόγραμμα Εγκληματολογίας του King's College London (MA- Criminology and Criminal Justice) και ακολούθως εστίασε στο κομμάτι της Τρομοκρατίας (Certificate in Terrorism Studies – University of St. Andrews). Κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών της μελέτησε περισσότερο τα φαινόμενα της κοινωνικής βίας, της τρομοκρατίας, και των ενδο-κρατικών ζυμώσεων και δια-κρατικών σχέσεων με τις εγκληματικές εκδηλώσεις και συμπεριφορές.

Επιστρέφοντας στην Ελλάδα, εκπαιδεύτηκε στη Συστημική Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία και στη Μουσικοθεραπεία Guided Imagery & Music (GIM).

Από το 2009 συνεργάζεται με τη Μονάδα Πόνου του ΠΓΝ “Αττικό” (Β’ Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας). Στο



παρελθόν έχει αναλάβει μεμονωμένες εισηγήσεις στο ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του πόνου» (εαρινά εξάμηνα 2014-2015), και έχει διδάξει στο 4ετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα της ΕΣΥΘΕΠΑΣ στη Συστημική Οικογενειακή Θεραπεία. Είναι Κλινική συνεργάτης της Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής ΡΕΑ και της Sonora (Διεπιστημονική Εταιρεία Μουσικοθεραπείας & Έρευνας).

Επί του παρόντος συνεργάζεται με το Κέντρο “Περί Ψυχής” ως εισηγήτρια στις εκπαιδεύσεις της Συστημικής Συμβουλευτικής και της Εγκληματολογίας και Δικαστικής Ψυχολογίας. Εκπονεί τη διδακτορική της διατριβή στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο αντικείμενο του χρόνιου πόνου.

Διατηρεί ιδιωτικό γραφείο ως Ψυχολόγος – Συστημική Οικογενειακή Ψυχοθεραπεύτρια και είναι συν-ιδρύτρια του Κέντρου Θεραπείας και Εξέλιξης Ατόμου και Οικογένειας «Συνειδέναι».

Στοιχεία Επικοινωνίας

[www.syneidenai.gr](http://www.syneidenai.gr)

Ήλιδος 5, Αμπελόκηποι, Αθήνα, 11526

Τηλέφωνο: 215 5406988

Κινητό: 6998 725493

## **Αναστασία Σύμπουρα**

Η Αναστασία Σύμπουρα είναι ψυχολόγος, απόφοιτη του τμήματος Ψυχολογίας του Εθνικού & Καποδιστριακού Παν/μίου Αθηνών και κάτοχος άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Είναι ειδικευόμενη στο τελευταίο έτος της τετραετούς εκπαίδευσης στην Λογικοθυμική & Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία για παιδιά/εφήβους αλλά και ενήλικες (2 εκπαιδεύσεις), στο Ελληνικό Ινστιτούτο για την Λογικοθυμική & Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία στην Αθήνα. Στο πλαίσιο της εποπτείας του προγράμματος αυτού ασχολείται με ατομικές συνεδρίες ενηλίκων αλλά και παιδιών/εφήβων. Πέρα από την εις βάθος κατάρτιση στην συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, εκπαιδεύεται στο πλαίσιο αυτό και για την διαχείριση συναισθημάτων άγχους, κατάθλιψης και εν γένει διαφόρων ψυχικών διαταραχών.

Επίσης, είναι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του προγράμματος

μεταπτυχιακών σπουδών Ψυχιατροδικαστική, της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, του οποίου γνωστικό αντικείμενο αποτελεί η αξιολόγηση και διαχείριση της επικινδυνότητας ή/και των βίαιων συμπεριφορών, η παραβατικότητα, το τραύμα, αλλά και το στίγμα που συνοδεύει δυστυχώς τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Παράλληλα διατηρεί συνεργασία με κέντρο ειδικών θεραπειών στην Αθήνα, όπου πραγματοποιεί ατομικές συνεδρίες με παιδιά/ εφήβους αλλά και συμβουλευτική γονέων, ενώ εξασκεί το επαγγελματί της ψυχολόγου/ψυχοθεραπεύτριας και ιδιωτικά τόσο δια ζώσης όσο και διαδικτυακά.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Παγκάλου 36, Νέα Πέραμος ΤΚ 19006

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 6936338580

E-mail: [siasymp2009@hotmail.com](mailto:siasymp2009@hotmail.com)

