

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου και ασθενείς με καρκίνο

Ψυχιατρική 2012, 23:199–200

Ο καρκίνος αποτελεί μία νόσο με ποικίλες ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαστάσεις. Προσβάλλει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, γεγονός που αντανακλά αυξημένες ανάγκες ψυχοκοινωνικής παρέμβασης. Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενών στα πλαίσια του εξωτερικού ιατρείου, αλλά και η νοσηλεία τους στο γενικό νοσοκομείο ακολουθείται από την ανάδειξη ποικίλων αιτημάτων για ψυχιατρική αντιμετώπιση.

Πράγματι, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με καρκίνο, (έως και το 75%) πάσχει από μία ψυχική διαταραχή, με προεξάρχουσες τις διαταραχές προσαρμογής, την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές και τα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Η ψυχική διαταραχή, συχνά, συνυπάρχει με προβλήματα που ανακύπτουν από τη κατάχρηση αλκοόλ και καπνού. Ακόμη και οι ασθενείς, που δεν πληρούν τα κριτήρια για μία ψυχιατρική διαταραχή εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία ψυχικής κόπωσης που συνδέονται με τη νόσο, τη μυθολογία της, τις επικοινωνιακές δυσκολίες τους, καθώς και με τα υπαρξιακά προβλήματά τους.

Η οικογένεια αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, άλλοτε μπορεί να δρουν υποστηρικτικά στον ασθενή, άλλοτε μπορεί να μην το πετυχαίνουν σε ικανοποιητικό βαθμό ή ακόμη και να αποτελούν αιτίες επιπρόσθετων προβλημάτων στην προσπάθεια του ασθενούς να διαχειρισθεί τη νέα πραγματικότητα, που φέρνει στη ζωή του ο καρκίνος.

Ο ρόλος της Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής (ΔΣΨ) στην ανίχνευση, εκτίμηση και αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων είναι καθοριστικός. Στον χώρο του Γενικού Νοσοκομείου καθίσταται δυνατή η βελτίωση της συνολικής ποιότητας φροντίδας των ογκολογικών ασθενών.

Παράλληλα, η βοήθεια της ομάδας της ΔΣΨ στην εγκατάσταση μιας ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης, μεταξύ θεραπόντων και των ασθενών, η οποία οφείλει να στηρίζεται στις αρχές της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς και στην ενσυναίσθηση, μπορεί να είναι καταλυτική συντελώντας μεταξύ άλλων όχι μόνο στη συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία, αλλά και στο αίσθημα ικανοποίησης από τη φροντίδα που λαμβάνει. Επιπρόσθετα, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με τη μορφή ατομικών ή ομαδικών θεραπειών, μπορούν να εφαρμοστούν στο Γενικό Νοσοκομείο. Ειδικότερα, οι ομαδικές θεραπείες ευοδώνουν το μοίρασμα κοινών εμπειριών, αλλά και την εκμάθηση αποτελεσματικών τρόπων προσαρμογής και διαχείρισης της νόσου.

Η νοσηλεία των καταληκτικών ασθενών εγείρει κλινικά ζητήματα, πολλές φορές εξαιρετικά επιπλεγμένα. Ποικίλα συμπτώματα, όπως ο πόνος, η κόπωση, η αύπνια και η ανορεξία επιβαρύνουν τον ασθενή, τα οποία πιθανόν να εμφανίζονται στα πλαίσια συννοσηρότητας του καρκίνου και ψυχικών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους είναι καταλυτική για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής. Επιπλέον, η ενίσχυση του ασθενούς στην έκφραση των συναισθημάτων του και η υποστήριξη της οικογένειας, ώστε να φροντίσει τον άρρωστο καθώς πλησιάζει το τέλος, αποτελούν κατεξοχήν θεραπευτικούς στόχους της ΔΣΨ. Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να βοηθηθεί στην προσπά-

θεία του να διατηρήσει τις ισορροπίες στη θεραπευτική του προσέγγιση αποφεύγοντας την υπερεμπλοκή από τη μια, αλλά και την έλλειψη ενσυναίσθησης και κατανόησης, από την άλλη.

Εντούτοις, στα πλαίσια του Γενικού Νοσοκομείου, η ψυχιατρική αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών έχει ορισμένους περιορισμούς. Καταρχήν, η ίδια η νόσος με τη βιαιότητα των συμπτωμάτων της μπορεί να περιορίσει χρονικά και περιβαλλοντικά τις δυνατότητες της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Συγκεκριμένα, η νοσηλεία των ασθενών αυτών στο ψυχιατρικό τμήμα, πολλές φορές καθίσταται αδύνατη, γιατί η βαρύτητα της νόσου επιβάλλει την παραμονή τους σε παθολογικά ή χειρουργικά τμήματα, προκειμένου να είναι πιο άμεση η φροντίδα τους από τις αντίστοιχες ιατρικές ειδικότητες, αλλά και από το κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επικοινωνία των ασθενών με καρκίνο με τους θεράποντες μπορεί να γίνει μία πρόσθετη πηγή άγχους τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους γιατρούς τους, γεγονός που δύναται να δυσχεράνει ακόμη περισσότερο τη φροντίδα αυτών των ασθενών. Αυτό συμβαίνει γιατί η ενημέρωση του ασθενούς για τη σοβαρή οργανική νόσο αποτελεί μία εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία, που σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να είναι τυπικά διεκπεραιωτική. Η ενημέρωση οφείλει να γίνεται στα πλαίσια μίας θεραπευτικής σχέσης, όπου ο ασθενής αισθάνεται εμπιστοσύνη, κατανοεί την ενημέρωση από τον γιατρό του και ενθαρρύνεται να εκφράσει τις απορίες, τους φόβους και τις ανησυχίες του. Εντούτοις, η αδυναμία, πολλές φορές του θεράποντος να αναγνωρίσει τους δικούς του φόβους μπροστά σε μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, όπως είναι ο καρκίνος, προκαλεί αμηχανία δυσκολεύοντας την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Κυρίαρχος, μεταξύ των φόβων, είναι εκείνος της υποτροπής ή επιδείνωσης της νόσου, που συχνά μοιάζει αναπόφευκτη, φόβος που, οπωσδήποτε χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Το Γενικό Νοσοκομείο αποτελεί το πλαίσιο εκείνο, που καθιστά περισσότερο εφικτή την ολιστική αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς, αφού η πρόσβαση όχι μόνο σε γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων εξασφαλίζεται, αλλά είναι δυνατή και η παροχή φροντίδας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχιατρική παρέμβαση στοχεύει στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων των καρκινοπαθών, στην ενδυνάμωση της οικογένειας, αλλά επεκτείνεται και στην εκπαίδευση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

Συμπερασματικά, η παρουσία των Ψυχιατρικών Τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία αποτελεί μια ευκαιρία στους ασθενείς με καρκίνο, για καλύτερη διαχείριση των προβλημάτων τους που επιβάλλεται να αξιοποιείται με το καλύτερο και πληρέστερο τρόπο, προς όφελος των πασχόντων.

Γ.Ι. Μουσσάς

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Διευθυντής Ψυχιατρικού Τομέα, Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία», Αθήνα

Α.Γ. Παπαδοπούλου

Επιμελήτρια Ψυχίατρος,
Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικών», Αθήνα

Βιβλιογραφία

- Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer* 1999, 35:1581–1586
- Consolli S. Το οικογενειακό και θεραπευτικό περιβάλλον ασθενών με καρκίνο. Στο: Σακελλαρόπουλος Π (Σύντ.) *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Εκδόσεις Παπαζήση, 2007:157–165
- Geoffrey L, Oncology Ch. In: Geoffrey L, Elspeth G (eds) *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge University Press, 2007:547–553
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989, (Suppl 3):S110–S127
- Lederberg MS. Psycho-Oncology. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005:2196–2225
- Lee SJ, Back AL, Block SD. Enhancing Physician-Patient Communication. *Hematology* 2002, 1:464–483
- Moussas G, Tournikioti K, Tselebis A, Rizos E, Bratis D, Vasila-Demi K. Suicide attempts in the General Hospital and warning signs. *Psychiatriki* 2009, 20:153–161
- Ross D, Alexander C. Management of Common Symptoms on Terminally Ill Patients: Part I. Fatigue, Anorexia, Cachexia, Nausea and Vomiting. *Am Fam Physician* 2001, 64:807–814

Editorial Άρθρο Σύνταξης

Psychiatric Department of General Hospital and patients with cancer

Psychiatriki 2012, 23:201–202

Cancer is a disease with a variety of psychological and psychiatric dimensions. It affects a large part of the general population and this fact reflects increased needs for psychosocial interventions. Both treatment of these patients in the outpatient setting of General Hospitals and hospitalization are followed by several requests for psychiatric care.

Indeed, a substantial proportion of cancer patients (up to 75%), suffer from a mental disorder, predominantly adjustment disorders, depression, anxiety disorders and delirium, which often coexist with problems from alcohol and tobacco. Even patients who do not meet the criteria for a psychiatric disorder are confronted with symptoms associated with the psychic impact of cancer. These symptoms concern the disease, the mythology of cancer as well as the difficulties in communication with the staff of the hospital and sometimes existential matters.

Both families and the social networks can be helpful to the patient's effort to deal with the new reality of cancer in his/her life. However, sometimes they are a source of additional problems and complicate patient's coping with his/her disease.

The role of Liaison-Consultation Psychiatry is crucial in detection, assessment and treatment of these psychosocial problems. In this way, quality of life of a cancer patient may be improved. Concurrently, the team of Liaison-Consultation Psychiatry may help doctors to improve their therapeutic relationships with patients. These relationships should be based on the principals of communication and empathy towards the patient. This approach contributes not only to patient's compliance to the treatment, but also to the satisfaction that he receives from medical care. In addition, psychotherapeutic interventions such as individual or group therapies can be applied to the General Hospital. In particular, the group therapies encourage patients to share common experiences and to learn patterns of adjustment to the disease.

The treatment of terminal ill raises clinical issues which are often extremely complicated. A lot of symptoms like pain, fatigue, insomnia and anorexia exacerbate the condition of the cancer patient. These symptoms usually appear due to comorbidities of cancer with mental disorders and treating them improves quality of life. When the end of life approaches, therapeutic goals are supporting the family and encouraging the patient to express his feelings. Additionally, medical staff should be assisted in its effort to balance the therapeutic approach, by avoiding over implication in one hand and the lack of empathy and understanding on the other.

However, the treatment of cancer patients for psychiatric problems has some limitations in a General Hospital. Firstly, the brutality of disease's symptoms can confine the temporal and spatial features of therapeutic interventions. Especially, the hospitalization of these patients in the psychiatric department is sometimes impossible because of the fact that the severity of the disease requires that the treatment of cancer patients takes place in pathological or surgical departments. These circumstances ensure an immediate care not only by the respective medical specialties, but also by the appropriate trained nursing staff.

The communication of cancer patients with their doctors can become an additional source of stress for both of them. This complication may render their treatment difficult. This happens because giving information to the

patient about cancer is an extremely demanding process, which can not be simply formal. Doctor-patient communication must take place within a therapeutic relationship where the patient feels confident, understands what his doctor explains and be encouraged to express his questions, fears and concerns. Nevertheless, a doctor can not sometimes recognize his own fears dealing with a life threatening disease such as cancer. This difficulty embarrasses doctor and complicates doctor-patient communication. A dominant fear of patient is often the recurrence or exacerbation of the disease, which seems to be inevitable and definitely in these cases a psychiatric intervention is needed.

The holistic treatment of cancer patients is possible in a General Hospital since the access is ensured not only to different specialists, but also to mental health professionals. Psychiatric interventions regard the psychological and psychiatric problems of cancer patients, family support and also extend to the education of involved health professionals.

In conclusion, the presence of Psychiatric Departments in General Hospitals is an opportunity for patients with cancer regarding the management of their problems which should be seized for their best benefit.

G.I. Moussas

Ast. Professor of Psychiatry

Director, Psychiatric Department, "Sotiria" General Hospital, Athens

A.G. Papadopoulou

Consultant Psychiatrist

2nd Psychiatric Department, University of Athens, "Attikon" General Hospital, Athens

References

- Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer* 1999, 35:1581–1586
- Consolli S. Το οικογενειακό και θεραπευτικό περιβάλλον ασθενών με καρκίνο. Στο: Σακελλαρόπουλος Π (Σύντ.) *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Εκδόσεις Παπαζήση, 2007:157–165
- Geoffrey L, Oncology Ch. In: Geoffrey L, Elspeth G (eds) *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge University Press, 2007:547–553
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989, (Suppl 3):S110–S127
- Lederberg MS. Psycho-Oncology. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005:2196–2225
- Lee SJ, Back AL, Block SD. Enchancing Psysician-Patient Communication. *Hematology* 2002, 1:464–483
- Moussas G, Tournikioti K, Tselebis A, Rizos E, Bratis D, Vasila-Demi K. Suicide attempts in the General Hospital and warning signs. *Psychiatriki* 2009, 20:153–161
- Ross D, Alexander C. Management of Common Symptoms on Terminally Ill Patients: Part I. Fatigue, Anorexia, Cachexia, Nausea and Vomiting. *Am Fam Physician* 2001, 64:807–814

Ερευνητική εργασία Research article

Ψυχολογική επιβάρυνση σε έφηβες με απλασία μήτρας-κόλπου και Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών

B. Λάγγαρη,¹ Σ. Χριστογιώργος,¹ Ε. Δεληγεώρογλου,²
Ι. Τσιάντης,³ Γ. Κρεατσάς²

¹Παιδοψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα,
²Τμήμα Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αρεταίειο» Νοσοκομείο, Αθήνα,
³Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου, Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:203–211

Το σπάνιο σύνδρομο Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH ή σύνδρομο Rokitansky) συγκαταλέγεται στις συγγενείς ανωμαλίες του γεννητικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από απλασία της μήτρας και του κόλπου. Η διάγνωση τίθεται συνήθως στην εφηβεία, με αφορμή τη διερεύνηση του προεξάρχοντος συμπτώματος της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας και η αντιμετώπιση στην ηλικία αυτή προσανατολίζεται στην ανατομική και λειτουργική αποκατάσταση του κόλπου. Κατά την περίοδο της εφηβείας επίσης, το σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (Polycystic Ovary Syndrome ή PCOS) θεωρείται από τις πιο κοινές ενδοκρινικές παθήσεις που προκαλούν διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και συχνά συνοδεύεται από εκδηλώσεις υπερανδρογοναιμίας, αντίστασης στην ινσουλίνη και χρόνιας ανωθυλακιορρηξίας. Οι ψυχολογικές προεκτάσεις τόσο του συνδρόμου Rokitansky όσο και του συνδρόμου Πολυκυστικών Ωοθηκών έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης κυρίως σε ενήλικες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και έχουν σχετιστεί με ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές. Σκοπός της συγκεκριμένης προοπτικής ερευνητικής εργασίας ασθενών-μαρτύρων είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων σε 24 έφηβες με απλασία μήτρας-κόλπου (σύνδρομο MRKH) και σε 22 έφηβες με σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών, συγκρινόμενες με 24 υγιείς. Για την ψυχολογική εκτίμηση των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI), η Τροποποιημένη ελληνική κλίμακα Άγχους του Spielberger (STAI-Gr) η Κλίμακα Youth Self-Report του Ackenbach (YSR) και η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) για τα άτομα >18 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι έφηβες με σύνδρομο Rokitansky παρουσιάζουν σε σχέση με τις υγιείς στατιστικά σημαντικά περισσότερες εκδηλώσεις άγχους που προκαλείται από μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση. Επίσης, οι ασθενείς με σύνδρομο Rokitansky, που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της εφηβείας, ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και ψυχοπαθολογίας (άγχους, επιθετικής συμπεριφοράς και φοβικής διαταραχής) σε σχέση με τις ασθενείς με σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών της ίδιας ηλικίας. Αντίθετα, η ηλικία στις έφηβες με σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με προ-

βλήματα προσοχής, ενώ οι ασθενείς αυτές <18 ετών ανέφεραν περισσότερα σωματικά ενοχλήματα από τις συνομήλικες ασθενείς με σύνδρομο Rokitansky και από τις υγιείς. Γενικά τα συμπτώματα του συνδρόμου Πολυκυστικών Ωοθηκών, μεταξύ των οποίων οι διαταραχές της εμμηνου ρύσεως, η ακμή, η αλωπεκίαση, η παχυσαρκία, η υπογονιμότητα, μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματικές δυσκολίες αλλά η βαρύτητά τους ποικίλλει σημαντικά σε κάθε ασθενή. Στο δείγμα που μελετήθηκε οι ασθενείς παρουσίαζαν ήπιες εκδηλώσεις υπερανδρογοναιμίας και αραιομηνόρροιας γεγονός που πιθανόν εξηγεί την ηπιότερη ψυχολογική επιβάρυνση που φαίνεται να παρουσιάζουν αυτές οι ασθενείς σε σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών. Σε ό,τι αφορά στις έφηβες με σύνδρομο Rokitansky, και ιδίως εκείνες που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της εφηβείας, φαίνεται να δέχονται μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση από τις έφηβες με σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών. Το βίωμα της μη αναστρέψιμης απώλειας των αναπαραγωγικών οργάνων, που συνεπάγεται η διάγνωση του συνδρόμου Rokitansky, αποτελεί αδιαμφισβήτητη μια ναρκισσιστική απειλή για την έφηβη που εισέρχεται στην ενήλικη ζωή και εμπόδιο για την ολοκλήρωση των διαδικασιών της εφηβείας και για την τελική κατάκτηση της συναισθηματικής σταθερότητας, της σεξουαλικής ταυτότητας και της γενετήσιας ικανότητας. Για τον λόγο αυτόν απαραίτητη θεωρείται η ολιστική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του συνδρόμου Rokitansky καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη των εφήβων ασθενών.

Λέξεις ευρετηρίου: MRKHS, PCOS, ψυχολογικές επιπτώσεις, εφηβεία.

Εισαγωγή

Η σεξουαλική ταυτότητα, η αυτοεκτίμηση και η θηλυκότητα των γυναικών έχει συνδεθεί άμεσα με την αναπαραγωγική τους ικανότητα, ενώ η σχέση αυτή έχει ενισχυθεί και μέσω των κοινωνικών προτύπων γύρω από τον ρόλο του γυναικείου φύλου. Συνεπώς, η αίσθηση «ανικανότητας» των γυναικών να ανταποκριθούν στον κοινωνικό ρόλο του φύλου τους, που περιλαμβάνει την έμμηνου ρύση, την σεξουαλική επαφή και την μητρότητα, συνεπάγεται ένα σοβαρό ναρκισσιστικό πλήγμα για την εικόνα εαυτού τους, που βιώνεται ως απώλεια και προκαλεί έντονο στρες.

Αυτό το κοινό βίωμα της απώλειας και της αντίληψης του εαυτού ως διαφορετικού και μη θηλυκού έχει περιγραφεί για γυναίκες που πάσχουν από το σύνδρομο Mayer-Rokitansky-Küster-Hausler (MRKHS ή σύνδρομο Rokitansky) όπως αναφέρουν οι Holt και Slade¹ καθώς και από το σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (PCOS) σύμφωνα με τον Willmott.²

Το MRKHS με επίπτωση είναι ~1:5000 γεννήσεις κοριτσιών, εκδηλώνεται με απλασία της μήτρας και αγενεσία του κόλπου ενώ τα εξωτερικά γεννητικά όργανα εμφανίζονται φυσιολογικά. Οι γυναίκες με σύνδρομο Rokitansky έχουν φυσιολογικό γονότυπο (46 XX) και φαινότυπο θήλεος με κανονική ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, καθώς οι ωοθήκες λειτουργούν φυσιολογικά.³

Η διάγνωση τίθεται συνήθως στην εφηβεία με αφορμή τη διερεύνηση του κύριου συμπτώματος της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας και η αντιμετώπιση του συνδρόμου περιλαμβάνει την αποκατάσταση της ανατομικής ανωμαλίας του κόλπου.⁴

Τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί η βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του συνδρόμου Rokitansky, καθώς αρκετοί ερευνητές όπως οι Bean et al,⁵ οι Morgan και Quint,⁶ οι Laggari et al,⁷ έχουν επισημάνει τις ψυχολογικές προεκτάσεις της διάγνωσης που περιλαμβάνουν καταθλιπτικά συναισθήματα, αισθήματα ανεπάρκειας και κοινωνική απομόνωση, ενώ οι Mobus et al⁸ και οι Freundt et al⁹ έχουν αναφερθεί στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του συνδρόμου.

Η ανάγκη μιας ολιστικής αντιμετώπισης έχει υπογραμμιστεί και για το PCOS από τους Rofey et al,¹⁰ οι οποίοι προτείνουν παρεμβάσεις γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην εφηβεία. Το PCOS εκδηλώνεται επίσης στην εφηβεία και σύμφωνα με τον Franks¹¹ αποτελεί την πιο κοινή ενδοκρινική πάθηση μεταξύ γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Το PCOS χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια ως προς την συμπτωματολογία και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων μεταξύ των οποίων την υπερανδρογοναιμία, την ανωοθυλακιορρηξία, τον υπεροιστρογονισμό και την υπογονιμότητα καθώς και διαταραχές

του μεταβολισμού, με προεξάρχουσα την αντίσταση στην ινσουλίνη.

Οι ορατές εκδηλώσεις του συνδρόμου όπως η υπερτρίχωση, η ακμή, η παχυσαρκία αλλά και οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και η υπογονιμότητα πυροδοτούν άγχη σε σχέση με τη θηλυκή ταυτότητα, άγχη διαφορετικότητας και ψυχολογική δυσφορία σύμφωνα με τους Kitzinger και Willmott,¹² ενώ οι Jedel et al¹³ ανέφεραν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα εαυτού καθώς και αυξημένες πιθανότητες για εκδήλωση κοινωνικής φοβίας.

Παρόλη την έμφαση που έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στις ψυχολογικές προεκτάσεις του MRKHS στην πλειοψηφία τους οι έρευνες αναφέρονται σε ενήλικες γυναίκες ή προσεγγίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις στην εφηβεία αναδρομικά. Σε ό,τι αφορά στο PCOS η μεγάλη ετερογένεια στην κλινική εικόνα των ασθενών επηρεάζει αναπόφευκτα τα αποτελέσματα γύρω από τις ψυχολογικές επιπτώσεις του συνδρόμου, καθιστώντας δύσκολη την μεταξύ τους συγκρισιμότητα.

Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας ασθενών-μαρτύρων είναι η προοπτική μελέτη των ψυχολογικών επιπτώσεων του συνδρόμου Rokitansky και του συνδρόμου πολυκυστικών ωθηκών (με προεξάρχουσα την αραιομηνόρροια) στην εφηβεία. Δεδομένης μάλιστα της εξαιρετικά χαμηλής επίπτωσης του συνδρόμου Rokitansky, ο αριθμός του δείγματος σε αυτήν την ομάδα ασθενών αποτελεί σημαντικό στοιχείο αυτής της μελέτης.

Υλικό και μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 70 έφηβες. Ειδικότερα, οι ομάδες των ασθενών περιελάμβαναν (α) 24 έφηβες με MRKHS και πρωτοπαθή αμηνόρροια και (β) 22 έφηβες με PCOS και αραιομηνόρροια, ενώ η ομάδα των μαρτύρων αποτελούνταν από 24 υγιείς έφηβες με φυσιολογική κυκλικότητα της εμμήνου ρύσεως. Ειδικά η διάγνωση του PCOS βασίστηκε στα κριτήρια του Rotterdam.¹⁴

Οι ομάδες των ασθενών διαμορφώθηκαν από έφηβες που επισκέφθηκαν για πρώτη φορά το Τμήμα Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Επανορθωτικής Χειρουργικής της Β΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Αρεταϊείου Νοσοκομείου.

Βασικά κριτήρια για την ένταξη των ατόμων στην α΄ και β΄ ομάδα ασθενών αντίστοιχα ήταν: (α) οι ασθενείς με σύνδρομο MRKHS να μην έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για τον σχηματισμό νεόκολπου, ενώ οι ασθενείς με PCOS να μην έχουν λάβει στο παρελθόν θεραπεία για τη διαταραχή και (β) η χρονολογική ηλικία των ασθενών να είναι ≤ 20 ετών.

Η ομάδα των μαρτύρων διαμορφώθηκε από υγιείς μαθήτριες και σπουδάστριες. Για τη διαμόρφωση του δείγματος ελέγχου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ατομικής εξομοίωσης με σταθερό πηλίκο 1:1 για τον συγχυτικό παράγοντα της ηλικίας.

Η ψυχολογική εκτίμηση των εφήβων ασθενών γινόταν στη φάση της διάγνωσης μέσω χορήγησης ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Ειδικότερα χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα σταθμισμένα στον ελληνικό πληθυσμό, με αποδεδειγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία, ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς,:

1. Η σταθεροποιημένη «Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck» (BDI) σε ελληνικό πληθυσμό από τον Τζέμο.¹⁵
2. Τροποποιημένη ελληνική «κλίμακα Άγχους του Spielberger» (STAI-Gr) από τους Λιάκος και Γιαννίση.¹⁶
3. Η σταθμισμένη «Κλίμακα Youth Self-Report» (YSR) του Ackenbach σε ελληνικό πληθυσμό από τους Roussos A et al¹⁷ (για τις ηλικίες έως 18 ετών).
4. Η σταθμισμένη «Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R» (SCL-90-R) του Derogatis από τους Ντώνια και συν¹⁸ (για τις ηλικίες >18).

Στην περίπτωση που κατά την διεξαγωγή της μελέτης διαπιστωνόταν ότι για κάποιες από τις έφηβες ή/και για τις οικογένειές τους, υπήρχαν ανάγκες για περαιτέρω ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική, συστηνόταν συνεργασία με την Μονάδα Εφήβων της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία».

Στατιστικές δοκιμασίες

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν οι εξής στατιστικές δοκιμασίες:

- Ο έλεγχος Kruskal-Wallis για τη σύγκριση των σκορ μεταξύ των ομάδων ασθενών και μαρτύρων. Τις στατιστικά σημαντικές διαφορές ακολούθησαν post-hoc ανά δύο έλεγχοι με διόρθωση Bonferroni. Στις περιπτώσεις που οι προϋποθέσεις εφαρμογής της πληρούνταν, εφαρμόστηκε

ως ανάλυση ευαισθησίας η στατιστική δοκιμασία ANOVA. Δεν παρατηρήθηκε ασυμφωνία μεταξύ των δύο μεθόδων.

- Μοντέλο ANOVA με εξαρτημένη μεταβλητή το σκορ BDI και ανεξάρτητες τις ομάδες ασθενών και μαρτύρων, την ηλικία (<18, ≥18) καθώς και την αλληλεπίδρασή τους.
- Ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman για τη διερεύνηση της συσχέτισης των σκορ, με την ηλικία και με την έμμηνη λειτουργικότητα του γεννητικού κύκλου.

Αποτελέσματα

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Στον πίνακα 2, παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών και μαρτύρων καθώς και τα περιγραφικά στατιστικά ανά ομάδα. Τις στατιστικά σημαντικές διαφορές ακολούθησαν post-hoc ανά δύο έλεγχοι με διόρθωση Bonferroni, που παρουσιάζονται στους πίνακες 3–5.

Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, οι ασθενείς με MRKHS >18 ετών σκοράρουν υψηλότερα από τις ασθενείς με PCOS σε διαστάσεις ψυχοπαθολογίας (ερωτηματολόγιο SCL-90). Αντίθετα οι ασθενείς

με PCOS <18 ετών σκοράρουν υψηλότερα από τις ασθενείς με MRKHS και από τις υγιείς στην υποκλίμακα «Σωματικά ενοχλήματα» (ερωτηματολόγιο YSR), όπως φαίνεται στους πίνακες 3 και 4. Ταυτόχρονα, όπως φαίνεται στον πίνακα 5, οι ασθενείς με MRKHS (ανεξαρτήτως ηλικίας) παρουσιάζουν σε σχέση με τις υγιείς υψηλότερα σκορ στην εκτίμηση του άγχους ως κατάσταση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα για την εκτίμηση της κατάθλιψης που παρουσιάζονται στον πίνακα 6, με βάση το μοντέλο ANOVA που εφαρμόστηκε, βρέθηκε ότι στις ηλικίες ≥18 ετών το αναμενόμενο σκορ των ασθενών με MRKHS είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο τόσο από το αντίστοιχο σκορ των ασθενών με PCOS όσο και από το σκορ των μαρτύρων της ίδιας ηλικιακής κατηγορίας. Επιπλέον το BDI σκορ των ασθενών με MRKHS ≥18 παρουσιάζει στατιστικά σημαντική μεταβολή σε σύγκριση με το BDI σκορ των ίδιων ασθενών <18 ετών.

Αντίθετα ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman έδειξε πως στις ασθενείς με PCOS η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με προβλήματα προσοχής και σε στατιστικά ενδεικτικό επίπεδο με κοινωνικά προβλήματα. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται και οι στατιστικά ενδεικτικές διαφορές (p-value < 0,10) προκειμένου να καταδειχτεί η σχετική τάση.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	Controls		PCOS		MRKHS		p-value
	N	mean (sd)	N	mean (sd)	N	mean (sd)	
Ηλικία	24	17,3 (2,2)	22	16,9 (2,00)	24	17,2 (1,5)	0,848
BMI	24	20,70 (2,97)	22	24,63 (6,42)	24	24,18 (10,97)	0,157
Εμμηναρχή	24	12,57 (1,36)	22	12,50 (1,26)	24	–	0,858
Αρ. Εμμην. κύκλων/έτος	24	12,63 (0,45)	22	6,05 (2,15)	24	–	<0,001

Πίνακας 2. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ασθενών-μαρτύρων (στατιστική δοκιμασία Kruskal-Wallis).

Υποκλίμακα (ερωτηματολόγιο)	Controls	PCOS	MRKHS	Overall	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	
Άγχος (SCL-90)	7,0 (4,0, 11,0)	2,0 (0,0, 5,0)	12,0 (11,0, 16,0)	8,0 (4,0, 14,0)	0,006
Θυμός-Βία (SCL-90)	6,0 (5,0, 9,0)	4,0 (0,0, 5,0)	9,0 (5,0, 10,0)	6,0 (4,0, 9,0)	0,044
Φοβ. Διατ. (SCL-90)	3,0 (2,0, 5,0)	0,0 (0,0, 1,0)	3,0 (1,0, 5,0)	2,0 (1,0, 5,0)	0,010
ΣΘΣ (SCL-90)	52,0 (22,0, 65,0)	25,0 (15,0, 41,0)	51,0 (45,0, 55,0)	49,0 (25,0, 55,0)	0,036
“State” Άγχος (STAI-Gr)	30,0 (25,0, 36,0)	33,5 (29,0, 42,0)	40,0 (30,0, 51,0)	34,0 (27,0, 42,0)	0,007
Σωματικά ενοχλήματα (YSR)	2,0 (0,0, 3,0)	6,0 (3,0, 7,0)	2,5 (1,5, 3,5)	3,0 (2,0, 5,5)	0,006

Πίνακας 3. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών ως προς την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας (post-hoc ανά δύο έλεγχοι με διόρθωση Bonferroni).

Υποκλίμακα (ερωτηματολόγιο)	PCOS		MRKHS		p-value
	N	Median (IQR)	N	Median (IQR)	
Άγχος (SCL-90)	9	2,0 (0,0, 5,0)	11	12,0 (11,0,16,0)	0,002
Θυμός-Βία (SCL-90)	9	4,0 (0,0, 5,0)	11	9,0 (5,0, 10,0)	0,021
Φοβ. Διατ. (SCL-90)	9	0,0 (0,0, 1,0)	11	3,0 (1,0, 5,0)	0,029
ΣΘΣ* (SCL-90)	9	25,0 (15,0, 41,0)	11	51,0 (45, 0,55,0)	0,020
Σωματικά ενοχλήματα (YSR)	13	6,0 (3,0, 7,0)	12	2,5 (1,5, 3,5)	0,017

* (Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, ΣΘΣ): Η υποκλίμακα αυτή μετράει την έκταση της αναφερόμενης συμπτωματολογίας

Πίνακας 4. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ PCOS και Μαρτύρων ως προς την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας (post-hoc ανά δύο έλεγχοι με διόρθωση Bonferroni).

Υποκλίμακα (ερωτηματολόγιο)	Controls		PCOS		p-value
	N	Median (IQR)	N	Median (IQR)	
Σωματικά ενοχλήματα (YSR)	11	2,0 (0,0, 3,0)	13	6,0 (3,0, 7,0)	0,006

Πίνακας 5. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ MRKHS και Μαρτύρων ως προς την εκτίμηση του άγχους (post-hoc ανά δύο έλεγχοι με διόρθωση Bonferroni).

Υποκλίμακα (ερωτηματολόγιο)	Controls		MRKHS		p-value
	N	Median (IQR)	N	Median (IQR)	
State" Άγχος (STAI-Gr)	24	30,0 (25,0, 36,0)	23	40,0 (30,0, 51,0)	0,003

Πίνακας 6. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την εκτίμηση της κατάθλιψης, στο αναμενόμενο σκορ μεταξύ ασθενών και μαρτύρων (μοντέλο ANOVA).

Groups	Μέση αναμενόμενη διαφορά στο σκορ BDI (95% ΔΕ)	p-value
MRKHS ≥18 vs PCOS ≥18	7,32 (0,89, 13,75)	0,026
MRKHS ≥18 vs Controls ≥18	7,07 (0,92, 13,21)	0,025
MRKHS ≥18 vs MRKH <18	7,32 (1,17, 13,46)	0,020

Πίνακας 7. Συσχετίσεις σε επίπεδο 5% και 10% μεταξύ της ηλικίας και των σκορ των ασθενών με PCOS (μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman).

Υποκλίμακα (ερωτηματολόγιο)	N	R	p-value
Προβλήματα Προσοχής (YSR)	13	-0,66	0,015
Κοινωνικά Προβλήματα (YSR)	13	-0,52	0,067

Συζήτηση

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης η διάγνωση του συνδρόμου Rokitansky συνδέεται με αγχώδεις εκδηλώσεις των ασθενών.¹⁹

Αρκετοί ερευνητές όπως οι David et al,²⁰ και ο Berkeley²¹ έχουν επισημάνει το γεγονός ότι καθώς το σώμα διαψεύδει τις ναρκισσιστικές προσδοκίες της έφηβης και είναι μειονεκτικά διαφορετικό από αυτό των συνομηλικών εγείρονται αμφιβολίες και άγχη γύρω από τη θηλυκότητα, την συντροφικότητα και την υπογονιμότητα καθώς και άγχη απόρριψης από τους συνομηλικούς και το άλλο φύλο.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αισθήματα που κυμαίνονταν από το σοκ έως την αμφιθυμία περιγράφονται ως κοινές αντιδράσεις στη διάγνωση από τις ασθενείς στην προσπάθειά τους να ανακατασκευάσουν την εικόνα του εαυτού τους αντιμετωπίζοντας τις πολλαπλές απώλειες που υπαγορεύει η κατάσταση του συνδρόμου, όπως αναφέρουν οι Holt και Slade.¹ Το γεγονός μάλιστα ότι η εξωτερική εμφάνιση των ασθενών παρουσιάζεται «φυσιολογική» και το ότι η διαφορετικότητα και η απώλεια αφορά στο εσωτερικό, το «κρυμμένο», ενισχύει την ενδοψυχική σύγκρουση και δυσκολεύει την επίλυσή της.

Παρόλο που οι εκδηλώσεις άγχους ως απάντηση σε μια δυσάρεστη κατάσταση φαίνεται να είναι στην παρούσα μελέτη ένα καθολικό εύρημα για τις έφηβες με MRKHS ανεξαρτήτως ηλικίας, όσον αφορά στην καταθλιπτική και ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία (εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς, φοβικής διαταραχής συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής φοβικής συμπεριφοράς και έκδηλου άγχους) οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της εφηβείας (18–20 ετών) φαίνεται να δέχονται γενικά μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση. Το γεγονός αυτό πιθανόν να υποδηλώνει πως η διάγνωση του συνδρόμου είναι πιο απειλητική και η συνειδητοποίηση των επιπτώσεών του πιο άμεση για τις μετέφηβες ασθενείς.

Είναι σαφές ότι η διάγνωση σε αυτή τη φάση κατά την οποία η έφηβη εισέρχεται στην ενήλικη ζωή έχοντας διαμορφώσει τα βασικά στοιχεία της ταυτότητάς της, ανατρέπει όλη την προηγούμενη ισορροπία που είχε κατακτηθεί και θέτει προς επαναδιαπραγμάτευση την εικόνα σώματος και εαυτού της καθώς και τους στόχους και τις προσδοκίες της για

το μέλλον. Κατά συνέπεια, είναι πιθανόν οι ασθενείς στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν τη σημασία της διάγνωσης και να την ενσωματώσουν σε μία καινούργια εικόνα εαυτού, να βιώνουν εντονότερα το πένθος της απώλειας των αναπαραγωγικών οργάνων, των κοινωνικών και σεξουαλικών τους ρόλων, καθώς και της αίσθησης «φυσιολογικότητας».

Παράλληλα οι έφηβες κατά την όψιμη φάση της εφηβείας είναι πιο πιθανόν να έχουν έρθει αντιμέτωπες με αποτυχημένες προσπάθειες για σεξουαλικές επαφές και κατά προέκταση να έχουν βιώσει αισθήματα αμηχανίας, ματαίωσης ή απόρριψης στις σχέσεις με το άλλο φύλο.

Αντίθετα για τις έφηβες με PCOS τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι δέχονται μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση στις ηλικίες κάτω των 18 ετών και ειδικότερα γύρω από προβλήματα σωματοποίησης, αλλά και συμπτώματα διάσπασης προσοχής και κοινωνικά προβλήματα (τάση) τα οποία φάνηκε πως εντείνονται καθώς η ηλικία μικραίνει.

Πιθανή εξήγηση για το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να είναι το γεγονός ότι στην πρώιμη και στη μέση εφηβική ηλικία (11–17 έτη) η ανάγκη του «ανήκειν» και της κοινωνικής αποδοχής από την ομάδα των συνομηλικών είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ωστόσο οι ορατές εκδηλώσεις του συνδρόμου μπορεί να προκαλούν αρνητικές αντιδράσεις και σχόλια από τους συνομηλικούς –όπως αποδοκιμασία, απόρριψη ή αποστροφή– με αποτέλεσμα να δυσκολεύουν την αποδοχή των εφήβων με PCOS από τους συνομηλικούς και να εντείνουν τα αισθήματα διαφορετικότητας.

Αρκετοί ερευνητές μεταξύ των οποίων οι Trent et al²² και οι Salmi et al,²³ αναφέρουν ότι πολλές έφηβες εκφράζουν δυσαρέσκεια για την εμφάνισή τους γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους. Σύμφωνα με τους Himelein και Thatcher²⁴ η εκδήλωση κατάθλιψης σε ασθενείς με PCOS συσχετίζεται κυρίως με την παχυσαρκία και τη φτωχή εικόνα σώματος, ενώ μακροπρόθεσμες έρευνες υποστηρίζουν την ύπαρξη αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στη δυσαρέσκεια γύρω από το σώμα κατά την εφηβεία και την εκδήλωση κατάθλιψης αργότερα.

Εξαιτίας λοιπόν της μεγάλης ετερογένειας και διαβάθμισης των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι

ασθενείς με PCOS, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν ως αποτέλεσμα της κλινική τους εικόνας. Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι στην παρούσα έρευνα οι ασθενείς με PCOS παρουσίαζαν ήπιες εκδηλώσεις υπερανδρογοναιμίας, δεν διέφεραν από τις υπόλοιπες ομάδες ως προς τον δείκτη μάζας σώματος και το βασικό σύμπτωμα για το οποίο αναζητήσαν θεραπεία ήταν η αραιομηνόρροια. Τα χαρακτηριστικά αυτά του δείγματος μπορεί να εξηγούν το γεγονός ότι δεν βρέθηκαν αποτελέσματα σχετικά με αγχώδεις και καταθλιπτικές εκδηλώσεις.

Τέλος, χρειάζεται να αναφερθεί ότι ο περιορισμένος αριθμός του δείγματος στις ομάδες ασθενών, ιδίως για τις ηλικίες >18 ετών, περιορίζει τον βαθμό αποδοχής των στατιστικά σημαντικών διαφορών που προέκυψαν. Επίσης για τον ίδιο λόγο, αυξάνεται η πιθανότητα μη τεκμηρίωσης πιθανών διαφορών που στην πραγματικότητα υπάρχουν, λόγω του περιορισμού της ισχύος της μελέτης. Ωστόσο, δεδομένης της σπανιότητας του συνδρόμου Rokitansky καθώς και των κριτηρίων εισαγωγής που περιορίζουν το δείγμα για το σύνδρομο PCO, τα αποτελέσματα της

μελέτης αποκτούν ενδιαφέρον και θα μπορούσαν να εμπλουτιστούν μέσα από τη συνέχισή της.

Συμπεράσματα

Στις έφηβες με MRKHS αν και δεν επηρεάζεται η εξωτερική εμφάνιση, η διάγνωση του συνδρόμου εισάγει μια κατάσταση μη αναστρέψιμης έλλειψης – «αναπηρίας» γύρω από τα γεννητικά όργανα και τη λειτουργία τους.

Ως εκ τούτου, σύμφωνα και με τις προτάσεις της ACOG²⁵ (American College of Obstetricians and Gynecologists), θεωρείται απαραίτητη η έγκαιρη συμβουλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με MRKHS τόσο στη φάση της διάγνωσης με σκοπό την ομαλή και λειτουργική προσαρμογή στις διαστάσεις της ασθένειας όσο και μακροπρόθεσμα.

Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν αναφερθεί από τους Heller-Boersma et al.^{26,27} Ωστόσο, απαραίτητος κρίνεται ο σχεδιασμός εξειδικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για τη μεταβατική φάση της εισόδου στην ενήλικη ζωή.

Uterovaginal agenesis and Polycystic Ovary Syndrome: Psychological disturbance in adolescence

V. Laggari,¹ S. Christogiorgos,¹ E. Deligeoroglou,²
J. Tsiantis,³ G. Creatsas²

¹Department of Child Psychiatry, Medical School, University of Athens, "Aghia Sophia" Children's Hospital, Athens,

²Division of Pediatric-Adolescent Gynecology and Reconstructive Surgery, 2nd Department of Obstetrics and Gynecology, Medical School, University of Athens, "Aretaieion Hospital, Athens,

³Association for the Psychosocial Health of Children and Adolescents, Athens, Greece

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome (MRKHS) is characterized by complete or partial absence of the vagina, uterus and proximal fallopian tubes and diagnosis is usually made in late adolescence, when primary amenorrhea appears as the major symptom. Polycystic Ovary Syndrome (PCOS), which is the most common endocrine disorder among women of reproductive age, includes a variety of clinical manifestations (menstrual irregularities, hirsutism, acne, alopecia, obesity and infertility), due to androgen hypersecretion, insulin resistance and chronic anovulation. Both MRKHS and PCOS have been studied concerning the psychological aspects and have been associated with

emotional distress as well as self-esteem, body image, identity and femininity impairment. The purpose of this study was to assess psychological functioning in adolescents with uterovaginal agenesis and primary amenorrhea due to MRKHS and those with hyperandrogenism and oligomenorrhea due to PCOS, compared with healthy adolescents. The participants were 70 adolescent girls, of whom 24 with MRKHS, 22 with PCOS and 24 healthy eumenorrheic adolescents (control group) matched by age and school grade. Psychological assessment included self report questionnaires, standardized in Greek population sample. Particularly, the "Beck Depression Inventory" (BDI), the "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI-Gr) and the "Youth Self Report" (YSR) were used to measure depression, anxiety and psychopathology respectively, while the "Symptom Checklist-90-R" was used to measure psychopathology for the patients >18 years old. The results showed significantly higher scores on the state – anxiety scale for the MRKHS group compared with the control group. The MRKHS patients in late adolescence (18–20 years old) presented also significantly higher scores in depression and psychopathology scales (symptoms of anxiety, aggressive behavior and phobic disorder) than PCOS patients of the same age. On the contrary, regarding PCOS patients, age was negative correlated with attention problems and PCOS patients <18 reported significantly more somatic complaints compared with age-mate MRKHS patients and controls. PCO syndrome's clinical manifestations, including menstrual disorders, hirsutism, acne, alopecia, obesity and infertility, may cause significant emotional distress. Nevertheless, they appear in great variety and our sample is characterized by mild features of hyperandrogenism and oligomenorrhea. This may explain findings of milder psychological disturbance associated with PCOS in this sample in comparison to other studies. As far as MRKHS is concerned, diagnosis and loss of reproductive ability, especially in late adolescence, obstruct emotional stability, physical maturity and sexual identity development ending that are expected in this period of life. Undoubtedly, the management of MRKHS in adolescence constitutes a complex multidisciplinary issue and psychological support of patients is needed in order to prevent possible psychological consequences and to achieve a normal transition to adulthood. Among the limitations of this study is the small sample size, which limits the generalisability of the reported results, especially in "Youth Self Report" and in "Symptom Checklist-90-R" questionnaires, where the sample was divided according to the age. Nevertheless, the very low incidence of MRKHS (1/5000) emphasize the value of the present results, which support the need for further investigation.

Key words: MRKHS, PCOS, psychological consequences, adolescence.

Βιβλιογραφία

- Holt R, Slade P. Living without a vagina and womb: women's experiences of vaginal agenesis. *Psychol Hlth Med* 2003, 8:19–33
- Willmott J. The experiences of women with Polycystic Ovarian Syndrome. *Femin Psychol* 2000, 10:107–116
- Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reproduct Update* 2003, 9: 493–504
- Κρεατσάς Γ. Συγγενείς Ανωμαλίες του Γεννητικού Συστήματος στην Έφηβη. Στο: Κρεατσάς Γ. (Επιμ.) *Γυναικολογία και Μαιευτική της Νεαρής Ηλικίας*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2001:288–299
- Bean EJ, Mazur T, Robinson AD. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: sexuality, psychological effects, and quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009, 22:339–346
- Morgan EM, Quint EH. Assessment of sexual functioning, mental health, and life goals in women with vaginal agenesis. *Arch Sex Behav* 2006, 35:607–618
- Laggari V, Diareme S, Christogiorgos S, Deligeoroglou E, Christopoulos P, Tsiantis J et al. Anxiety and depression in adolescents with polycystic ovary syndrome and Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008, 30:83–88
- Mobus VJ, Kortenhorn K, Kreienberg R, Friedberg V. Long-term results after operative correction of vaginal aplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1996, 175:617–624
- Freundt I, Toolenaar TA, Huikeshoven FJ, Jeekel H, Drogendijk AC. Long-term psychosexual and psychosocial performance of patients with a sigmoid neovagina. *Am J Obstet Gynecol* 1993, 169:1210–1214
- Rofey DL, Szigethy EM, Noll RB, Dahl RE, Lobst E, Arslanian SA. Cognitive-behavioral therapy for physical and emotional disturbances in adolescents with polycystic ovary syndrome: a pilot study. *J Pediatr Psychol* 2009, 34:156–163
- Franks S. Polycystic Ovary Syndrome. *New Engl J Med* 1995 333:853–861
- Kitzinger C, Willmott J. "The thief of womanhood": women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med* 2002, 54:349–361
- Jedel E, Waern M, Gustafson D, Landén M, Eriksson E, Holm G et al. Anxiety and depression symptoms in women with polycystic ovary syndrome compared with controls matched for body mass index. *Hum Reprod* 2010, 25:450–456
- The Rotterdam ESHRE/ASRM - Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria

- and longterm health risk related to Polycystic Ovary Syndrome. *Fertil Steril* 2004, 81:19–25
15. Τζέμος Ι. Η σταθεροποίηση του ερωτηματολογίου Beck σε ελληνικό πληθυσμό. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1984
 16. Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1984, 21:71–76
 17. Roussos A, Francis K, Zoubou V, Kiprianos S, Prokopiou A, Richardson C. The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001, 10:47–53
 18. Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 1991, 2:42–48
 19. Spielberger GD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1970
 20. David A, Carmil D, Bar-David E, Serr DM. Congenital absence of the vagina. Clinical and psychologic aspects. *Obstet Gynecol* 1975, 46:407–409
 21. Berkeley J. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a review of research and literature. The American Surrogacy Center 2005. Online support. Available from www.surrogacy.com
 22. Trent ME, Rich M, Austin SB, Gordon CM. Fertility concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome: implications for quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003, 16:33–37
 23. Salmi DJ, Zisser HC, Jovanovic L. Screening for and treatment of polycystic ovary syndrome in teenagers. *Exp Biol Med* 2004, 229:369–377
 24. Himelein MJ, Thatcher SS. Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *J Health Psychol* 2006, 11:613–625
 25. ACOG Committee Opinion No. 355. ACOG Committee on Adolescent Health Care. Vaginal agenesis: diagnosis, management, and routine care. *Obstet Gynecol* 2006, 108:1605–1609
 26. Heller-Boersma JG, Edmonds DK, Schmidt UH. A cognitive behavioural model and therapy for utero-vaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: MRKH). *Behav Cogn Psychother* 2009, 37:449–467
 27. Heller-Boersma JG, Schmidt UH, Edmonds DK. A randomized controlled trial of a cognitive-behavioural group intervention versus waiting-list control for women with uterovaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: MRKH). *Hum Reprod* 2007, 22:2296–2301
-
- Αλληλογραφία: Β. Λάγγαρη, Ψυχολόγος, MSc, PhD - Οικογενειακή Ψυχοθεραπεύτρια, Κων/νου Παλαιολόγου 6, 153 42 Αγία Παρασκευή
Τηλ.: (+30) 6936 560 126
e-mail: vera_lagari@hotmail.com

Ερευνητική εργασία Research article

Στάθμιση της Ελληνικής εκδοχής της Κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Άγχους (SAS) του Zung

Μ. Σαμακουρή,^{1,2} Γ. Μπούχος,¹ Μ. Καδόγλου,¹ Α. Γιαντσελίδου,¹
Κ. Τσολάκη,¹ Μ. Λειβαδίτης,^{1,2}

¹Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνική Ψυχιατρική», Αλεξανδρούπολη

²Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Θράκη

Ψυχιατρική 2012, 23:212–220

Η Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους του Zung (Self anxiety scale, SAS) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την ανίχνευση του άγχους στην έρευνα και την κλινική πράξη. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η στάθμιση της ελληνικής εκδοχής της SAS. Η SAS αποτελείται από 20 θέματα, οι απαντήσεις στα οποία βαθμολογούνται από 1 έως 4. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 20 (καθόλου άγχος) έως 80 (μέγιστο άγχος). Διακόσιοι πενήντα τέσσερεις συμμετέχοντες (114 άνδρες και 140 γυναίκες), ψυχικά ασθενείς, σωματικά ασθενείς και άτομα του γενικού πληθυσμού, ηλικίας $45,40 \pm 11,35$ ετών, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας [ερωτηματολόγιο με δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ελληνική εκδοχή της SAS, την Τροποποιημένη Ελληνική Κλίμακα Άγχους Spielberger (STAI-Gr. X), και την Κλίμακα Zung για την Κατάθλιψη (ZDRS)]. Εβδομήντα έξι ερωτηθέντες συμπλήρωσαν τη SAS και δεύτερη φορά, σε χρονικό διάστημα διάμεσης τιμής 12 ημερών. Υπολογίσθηκαν α) η εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου (συντελεστής Cronbach's alpha), β) η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασής του, με τον συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (ICC), και γ) η εγκυρότητά του (με τον συντελεστή Spearman's rho), εν συγκρίσει προς αφενός μεν τις υποκλίμακες state και trait της STAI-Gr.-X αφετέρου δε την ZDRS. Για την αξιολόγηση της διακριτικής ικανότητας της SAS, οι συμμετέχοντες συγκρίθηκαν μεταξύ τους ως προς τη βαθμολογία τους στη SAS αναλόγως της κατάστασης υγείας τους (ψυχικά ασθενείς, σωματικά ασθενείς και άτομα του γενικού πληθυσμού), με τις δοκιμασίες Kruskal Wallis και Mann Whitney U. Ο Cronbach's alpha της SAS ισούται με 0,897 ενώ ο ICC που αφορά στην αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασής της ισούται με 0,913. Ο Spearman's rho που αφορά στην εγκυρότητα: (α) της SAS με την STAI-Gr.-X (state) ισούται με 0,767, (β) της SAS με τη STAI-Gr.-X (trait) είναι ίσος με 0,801 και (γ) της SAS με την ZDRS ισούται με 0,835. Οι πάσχοντες από ψυχική διαταραχή έχουν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη SAS, σε σύγκριση τόσο με τα άτομα του γενικού πληθυσμού όσο και με αυτούς που πάσχουν από σωματική νόσο. Εν κατακλείδι, η ελληνική εκδοχή της SAS έχει πολύ ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, τόσο όσον αφορά στην αξιοπιστία όσο και στην εγκυρότητα.

Λέξεις ευρητηρίου: Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους του Zung (SAS), Ελλάδα, στάθμιση, αξιοπιστία, εγκυρότητα.

Εισαγωγή

Ο όρος «άγχος» μπορεί να αφορά σε (α) μια συνήθη συγκινησιακή αντίδραση που χαρακτηρίζεται από εσωτερική ένταση, ανησυχία, διέγερση του συμπαθητικού και έχει την προσαρμοστική λειτουργία της προετοιμασίας για την αντιμετώπιση δυσκολιών και κινδύνων, (β) ένα πολυδιάστατο κλινικό σύμπτωμα το οποίο συνήθως συνιστά δυσλειτουργική ποσοτική έξαρση ή/και μονιμοποίηση της αγχώδους κατάστασης. Με τη δεύτερη από τις ανωτέρω μορφές το άγχος συνοδεύει πολλές ιατρικές και ψυχιατρικές διαταραχές, αποτελεί δε το κυρίαρχο σύμπτωμα των αγχωδών διαταραχών. Το άγχος ως σύμπτωμα έχει ποικίλες διατάσεις όπως βιολογικές-σωματικές (π.χ. διαταραχές καρδιακού ρυθμού, τρόμος αϋπνία), γνωσιακές (π.χ. φοβίες, καταστροφολογικές προβλέψεις), συμπεριφορικές (π.χ. αποφυγή). Πολλοί ασθενείς που προσφεύγουν σε ιατρικές ή ψυχιατρικές υπηρεσίες με διάφορες αιτιάσεις παρουσιάζουν αγχώδη συμπτώματα.¹⁻³

Παρόλο που στην εποχή μας υπάρχουν αποτελεσματικές και σχετικά ασφαλείς μέθοδοι αντιμετώπισής του, το άγχος συχνά παραβλέπεται, υποτιμάται ή/και αντιμετωπίζεται με λανθασμένο τρόπο. Η παραμέληση και η πλημμελής αντιμετώπιση του άγχους-συμπτώματος μπορεί να έχουν περαιτέρω δυσμενείς συνέπειες στην υγεία (εκδήλωση ή επιδείνωση ψυχοσωματικών νόσων, ψυχιατρικές επιπλοκές όπως αλκοολισμός) και στην κοινωνική ζωή (αποφευκτικότητα, φθορά και διάλυση διαπροσωπικών σχέσεων, απομόνωση).^{2,4}

Όπως φαίνεται από τα ανωτέρω το άγχος είναι ένα πολύπλευρο και διαστασιακό φαινόμενο. Ο έλεγχος της παρουσίας του και η αντικειμενική μέτρησή του με τρόπο σύντομο και εύχρηστο έχουν πρωτεύουσα σημασία: (α) σε κλινικό πλαίσιο, για την αναγνώριση και την παρακολούθηση της εξέλιξης του συμπτώματος αυτού, (β) σε ερευνητικό πλαίσιο, για την έγκυρη και αξιόπιστη καταγραφή του.

Υπάρχουν διάφορα όργανα για τη μέτρηση του άγχους, άλλα συμπληρούμενα από τον κλινικό εξεταστή και άλλα αυτοσυμπληρούμενα. Από αυτά τα δεύτερα, στην Ελλάδα έχουν σταθμιστεί: (α) το Short Anxiety Screening Test (SAST), για την ανίχνευση του

άγχους σε άτομα άνω των 65 ετών,^{5,6} (β) η Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), για τη διάγνωση και αξιολόγηση της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς γενικού νοσοκομείου⁷⁻⁹ και (γ) το State-Trait Anxiety Inventory (STAI) που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του άγχους τόσο σε υγιή πληθυσμό όσο και σε ασθενείς.¹⁰⁻¹²

Ένα από τα συχνά χρησιμοποιούμενα διεθνώς εργαλεία για τη μέτρηση του άγχους είναι η Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους του Zung (Self Anxiety Scale-SAS).¹³ Αν και ο Zung κατασκεύασε τη SAS, από κοινού με το ακριβώς αντίστοιχο της Anxiety Status Inventory (ASI), το οποίο συμπληρώνεται από τον εξεταστή, προκειμένου να χρησιμεύσουν για την αξιολόγηση του άγχους ως κλινικής οντότητας,¹³⁻¹⁵ αυτή, η SAS, έχει επανειλημμένως χρησιμοποιηθεί επίσης, για την αξιολόγηση του άγχους ως συμπτώματος.¹⁶⁻²¹ Η SAS, αν και έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα στην έρευνα και την κλινική πράξη, δεν έχει σταθμιστεί εξ όσων γνωρίζουμε, σε ελληνικό πληθυσμό.²²⁻²⁴

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η στάθμιση της κλίμακας SAS σε ελληνικό πληθυσμό.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στον νομό Έβρου, στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνική Ψυχιατρική», του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης. Το δείγμα της έρευνας, που είναι δείγμα ευκολίας αποτελείται από 254 συμμετέχοντες (114 άνδρες και 140 γυναίκες), ψυχικά ασθενείς, σωματικά ασθενείς και άτομα από τον γενικό πληθυσμό, ηλικίας 45,40±11,35 ετών (διάμεση τιμή: 46.00 έτη, εύρος: 18-75 έτη). Η ομάδα των ατόμων με ψυχική διαταραχή προήλθε: (α) από υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας του νομού Έβρου, (β) από νοσηλευόμενους στον Τομέα Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης (ΠΓΝΑ) και (γ) από φιλοξενούμενους σε στεγαστικές ψυχιατρικές δομές στην Αλεξανδρούπολη. Η ομάδα των σωματικά ασθενών, που πάσχουν από νόσο που προκαλεί αναπηρία, προήλθε από διάφορους συλλόγους ατόμων με αναπηρία της περιοχής. Τέλος, η ομάδα του γε-

νικού πληθυσμού επιλέχθηκε έτσι ώστε να ομοιάζει προς την ομάδα των ασθενών ως προς το φύλο, την ηλικία, και το επίπεδο εκπαίδευσης. Προκειμένου να περιοριστεί το ενδεχόμενο στην ομάδα του γενικού πληθυσμού να συμπεριληφθούν άτομα με ψυχική διαταραχή μεταξύ των υγιών, χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια αποκλεισμού, που αναφέρονται αναλυτικότερα στα ερωτηματολόγια.

Οι συμμετέχοντες συγκατατέθηκαν εγγράφως να συμμετάσχουν στη μελέτη αφού προηγουμένως είχαν ενημερωθεί από το σχετικό πληροφοριακό έντυπο αλλά και προφορικά, για τα ακόλουθα: (α) τους σκοπούς της έρευνας και τον τρόπο συμμετοχής τους σε αυτή, (β) ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι εθελοντική και εμπιστευτική και (γ) ότι μπορούν ν' αποχωρήσουν από τη μελέτη σε οποιοδήποτε στάδιο της.

Το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης όπως και το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΓΝΑ.

Ερωτηματολόγια

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια.

1. Ένα ad hoc ερωτηματολόγιο που αφορούσε σε: (i) δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, έτη εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση), (ii) δύο ερωτήματα διαλογής (έχετε τώρα προβλήματα ψυχικής υγείας και είχατε στο παρελθόν προβλήματα ψυχικής υγείας), η απάντηση στα οποία μπορούσε να είναι ναι ή όχι. Όσοι από τον γενικό πληθυσμό απαντούσαν θετικά τουλάχιστον σε μία από τις ερωτήσεις αυτές αποκλείονταν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα), (iii) τη φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν οι συμμετέχοντες (η λήψη ψυχοτρόπων από τα άτομα του γενικού πληθυσμού, οποτεδήποτε στη ζωή τους αποτελούσε κριτήριο αποκλεισμού τους από την έρευνα), (iv) την κατά ICD-10 διάγνωση των συμμετεχόντων με ψυχική διαταραχή, που συμπληρωνόταν από τη θεραπευτική τους ομάδα.²⁵
2. Την Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους (Self-rating Anxiety Scale, SAS) του Zung.¹³ Πρόκειται για κλίμακα αυτοαναφοράς που αποτελείται από 20 θέματα. Η κλίμακα δομήθηκε σύμφωνα με τα

κριτήρια του DSM-II²⁶ για την αγχώδη διαταραχή, κριτήρια που περιλαμβάνονται και στο DSM-IV-TR.^{17,27} Σε πέντε από τα θέματα της κλίμακας περιγράφονται συναισθηματικές αντιδράσεις που σχετίζονται με το άγχος και στα υπόλοιπα 15 περιγράφονται σωματικές εκδηλώσεις άγχους. Ο συμμετέχων καλείται να επιλέξει, για κάθε ένα από τα 20 θέματα, από μία κλίμακα τύπου Likert 4 απαντήσεων (1=καθόλου ή σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=αρκετές φορές, 4= πολλές φορές/πάντα), την απάντηση που ανταποκρίνεται καλύτερα στην προσωπική του κατάσταση κατά την τελευταία εβδομάδα. Προκειμένου να εντοπίζονται ανακολουθίες και να μειωθεί η πιθανότητα προκαταλήψεων όσον αφορά στις απαντήσεις, πέντε θέματα του ερωτηματολογίου περιέχουν μία θετική εν σχέση προς το άγχος δήλωση (π.χ. αναπνέω χωρίς δυσκολία) ενώ τα υπόλοιπα 15 περιέχουν αντίστοιχα μία αρνητική δήλωση (π.χ. αισθάνομαι ότι φοβάμαι χωρίς κανένα λόγο). Τα πρώτα βαθμολογούνται αντίστροφα σε σύγκριση με τα δεύτερα έτσι ώστε πάντα η μικρότερη βαθμολογία σε κάθε θέμα να υποδηλώνει και λιγότερο άγχος. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών στα επιμέρους 20 θέματα. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 20–80. Λιγότερο άγχος συνεπάγεται μικρότερη συνολική βαθμολογία στη SAS. Ως δείκτης SAS (SAS index) ορίζεται το ηλικίον της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας διά του 80, εκφρασμένο επί τοις εκατό.

Διαδικασία μετάφρασης. Η απόδοση του αγγλικού κειμένου της SAS στην ελληνική έγινε συνοπτικά, ως ακολούθως: Το αγγλικό κείμενο μεταφράστηκε στην ελληνική από δύο επαγγελματίες ψυχικής υγείας άριστους γνώστες της αγγλικής γλώσσας. Το ελληνικό κείμενο αναμεταφράστηκε στα αγγλικά από δύο δίγλωσσα άτομα της ελληνικής και της αγγλικής, με μητρική γλώσσα τη δεύτερη. Το προτελικό ελληνικό κείμενο της SAS υπήρξε προϊόν συναίνεσης. Αυτό χορηγήθηκε πιλοτικά, σε μικρή ομάδα δέκα εθελοντών (ασθενών και ατόμων από τον γενικό πληθυσμό) προκειμένου να εντοπισθούν τυχόν ασάφειες της μετάφρασης. Οι παρατηρήσεις τους ενσωματώθηκαν στο τελικό κείμενο.

3. Η τροποποιημένη Ελληνική Κλίμακα Άγχους του Spielberger (STAI-GR. X-1 & X-2).^{10,11} Πρόκειται

για κλίμακα αυτοαναφοράς 40 θεμάτων εκ των οποίων τα 20 συνιστούν την υποκλίμακα του άγχους ως κατάσταση (STAI-state) και τα υπόλοιπα 20 την υποκλίμακα του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας (STAI-trait). Η κλίμακα αυτή, που είναι σταθμισμένη στην Ελλάδα, χρησιμοποιήθηκε ως χρυσός κανόνας για την αξιολόγηση της συντρέχουσας εγκυρότητας της SAS.

4. Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Zung (ZDRS).^{28,29} Πρόκειται για κλίμακα αυτοαναφοράς 20 θεμάτων με την οποία αξιολογείται η κατάθλιψη και η οποία βαθμολογείται με τρόπο ανάλογο της SAS. Η κλίμακα αυτή που είναι σταθμισμένη σε ελληνικό πληθυσμό χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο της συγκλίνουσας εγκυρότητας της SAS, δεδομένου ότι συχνά άγχος και κατάθλιψη συνυπάρχουν.
5. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (των 28 ερωτήσεων) (GHQ-28).^{30,31} Πρόκειται για ερωτηματολόγιο διαλογής, σταθμισμένο σε ελληνικό πληθυσμό. Στο σημείο τομής 4/5 το ερωτηματολόγιο διακρίνει μεταξύ περιπτώσεων και μη-περιπτώσεων ύποπτων για ψυχική διαταραχή, με ευαισθησία 89% και ειδικότητα 81%. Στην παρούσα έρευνα συμπληρώθηκε μόνο από άτομα του γενικού πληθυσμού. Άτομα με βαθμολογία μεγαλύτερη του 4 αποκλείστηκαν από το δείγμα της παρούσας έρευνας.

Αν και οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια, τους παρασχέθηκε άλλοτε άλλου βαθμού βοήθεια εφόσον αυτοί αντιμετώπιζαν δυσκολίες. Βοήθεια παρασχέθηκε στο 43% του δείγματος (56% των ψυχικά ασθενών, 65% των σωματικά ασθενών και 20% του γενικού πληθυσμού).

Στατιστική ανάλυση

Οι τρεις ομάδες του δείγματος συγκρίθηκαν μεταξύ τους ως προς: (α) τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και (β) τη βαθμολογία τους στις κλίμακες αξιολόγησης του άγχους και της κατάθλιψης. Για τις συγκρίσεις των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 ενώ για τις συγκρίσεις των ποσοτικών, οι δοκιμασίες Kruskal Wallis και Mann Whitney, καθότι οι κατανομές τους δεν είναι κανονικές.

Επίσης, υπολογίστηκαν:

1. Η εσωτερική συνάφεια της SAS με (α) τον συντελεστή Cronbach's alpha και (β) τη συσχέτιση του καθενός από τα επιμέρους 20 θέματα της SAS με τη συνολική κλίμακα
2. Η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης της SAS, με τον συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient, ICC). Προκειμένου να αξιολογηθεί η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης της SAS αυτή συμπληρώθηκε δύο φορές από 76 άτομα του δείγματος, σε χρονικό διάστημα $15,18 \pm 9,65$ ημερών (διάμεση τιμή: 12 ημέρες).
3. Η συντρέχουσα εγκυρότητα της SAS. Ως χρυσός κανόνας χρησιμοποιήθηκε η STAI state. Επειδή οι κατανομές των κλιμάκων δεν βρέθηκαν κανονικές εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho
4. Η συγκλίνουσα εγκυρότητα της SAS, τόσο με τη STAI trait όσο και με τη ZDRS, με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho επίσης.

Η διακρίνουσα εγκυρότητα της SAS, προέκυψε από τη σύγκριση των τριών ομάδων του δείγματος ως προς τη βαθμολογία τους στη SAS.

Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά του δείγματος. Οι τρεις ομάδες (130 άτομα με ψυχική διαταραχή, 26 σωματικά νοσούντες και 98 άτομα του γενικού πληθυσμού) δεν διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Διαφέρουν ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Ψυχομετρικές ιδιότητες της SAS

1. Εσωτερική συνάφεια. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ισούται με 0,897 (πίνακας 2). Οι συσχετίσεις του κάθε επιμέρους θέματος της SAS με το σύνολο της κλίμακας κυμαίνονται από 0,259 έως 0,682. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι ανωτέρω συσχετίσεις καθώς και οι τιμές που θα ελάμβανε ο Cronbach's alpha εάν κάθε ένα από τα επιμέρους 20 θέματα αποσυρόταν από την κλίμακα.
2. Αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης. Ο συντελεστής ενδοταξικής συσχέτισης ισούται με 0,913 (πίνακας 2).

Πίνακας 1. Δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος (N=254).

		Ψυχική διαταραχή N=130	Σωματική νόσος N=26	Γενικός πληθυσμός N=98
Φύλο ¹ N (%)	Άρρενες	54 (41,5%)	14 (53,8%)	46 (46,9%)
	Θήλειες	76 (58,5%)	12 (46,2%)	52 (53,1%)
Ηλικία (έτη) ² Μέση τιμή±ΤΑ, Διάμεσος		44,95±10,89	48,00±13,23	45,31±11,44
		44,00	49,00	46,00
Εκπαίδευση (έτη) ² Μέση τιμή±ΤΑ, Διάμεσος		9,43±4,65	9,62±4,53	10,63±4,73
		9,00	9,00	12,00
Οικογενειακή Κατάσταση ³ N (%)	Άγαμος	63 (48,5%)	8 (30,8%)	16 (16,3%)
	Έγγαμος	43 (33,1%)	15 (57,7%)	74 (75,5%)
	Άλλο	24 (18,5%)	3 (11,5%)	8 (8,2%)
Ψυχιατρική Διάγνωση (ICD-10, κατηγορίες διαταραχών)	Άλλες	7 (5,4%)		
	Σχιζοφρένεια κ.ά.	62 (47,7%)		
	διαταραχές διάθεσης	45 (34,6%)		
	Νευρωσικές κ.ά.	16 (12,3%)		
Προέλευση	Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	87 (66,9%)		
	Ψυχιατρική νοσηλεία	22 (16,9%)		
	Στεγαστικής δομές	21 (16,2%)		
	Σύλλογοι ασθενών		26	

ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

1. Chi-square test. Στατιστικά μη σημαντική διαφορά

2. Kruskal Wallis test. Στατιστικά μη σημαντική διαφορά

3. Chi-square test. Pearson chi square=40,9, p<0,000

Πίνακας 2. Εσωτερική συνάφεια, αξιοπιστία, συντρέχουσα και συγκλίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας SAS.

Εσωτερική συνάφεια της SAS (Cronbach's alpha)	0,897
Αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης της SAS (ICC)	0,913
Συντρέχουσα εγκυρότητα της SAS με την STAI (state)	0,767*
Συγκλίνουσα εγκυρότητα της SAS με την STAI (trait)	0,801*
Συγκλίνουσα εγκυρότητα της SAS με τη ZDRS	0,835*

ICC: Intraclass Correlation Coefficient

* Spearman's rho correlation. Συσχέτιση στατιστικά σημαντική στο επίπεδο του 0,01

3. Εγκυρότητα. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται επίσης, δεδομένα που αφορούν στην συντρέχουσα και συγκλίνουσα εγκυρότητα της SAS με την STAI state αφενός και τις STAI trait και ZDRS αφετέρου. Οι συντελεστές συσχέτισης ισούνται με 0,767, 0,801 και 0,835 αντίστοιχα. Όλες οι συσχέ-

τίσεις είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,01.

Τέλος, όσον αφορά στη διακρίνουσα εγκυρότητα της SAS, οι τρεις ομάδες του δείγματος διαφέρουν μεταξύ τους σε βαθμό στατιστικά σημαντικό όσον αφορά στη βαθμολογία τους στη SAS (Kruskal Wallis test: $\chi^2=109,17$, $p<0,000$). Πιο συγκεκριμένα, οι συγκρίσεις των ομάδων ανά δύο δείχνουν ότι οι ψυχικά ασθενείς παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη SAS σε σύγκριση τόσο με τον γενικό πληθυσμό όσο και με τους σωματικά νοσούντες ($z_1=-10,36$ - $p_1<0,000$, $z_2=-4,06$ - $p_2<0,000$). Αυτοί οι τελευταίοι, οι σωματικά νοσούντες, έχουν επίσης, μεγαλύτερο σκορ στην κλίμακα SAS εν σχέσει προς τον γενικό πληθυσμό ($z_3=-2,36$ - $p_3=0,018$). Ανάλογες διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος, όσον αφορά και στις βαθμολογίες των υπολοίπων κλιμάκων (STAI state, STAI trait και ZDRS), με μία εξαίρεση. Οι σωματικά νοσούντες δεν διαφέρουν από τον γενικό πληθυσμό ως προς τη βαθμολογία τους στη STAI trait (πίνακας 4).

Πίνακας 3. Συσχετίσεις θεμάτων-κλίμακας και συντελεστές Cronbach's alpha εάν το θέμα απαλειφθεί.

	<i>Διορθωμένες συσχετίσεις θεμάτων-κλίμακας</i>	<i>Cronbach's Alpha εάν το θέμα διαγραφεί</i>
Αισθάνομαι περισσότερο νευρικός και αγχωμένος από ό,τι συνήθως	0,682	0,548
Αισθάνομαι ότι φοβάμαι χωρίς κανέναν λόγο	0,591	0,441
Αναστατώνομαι εύκολα ή αισθάνομαι πανικοβλημένος	0,662	0,540
Αισθάνομαι σαν να διαλύομαι και να γίνομαι κομμάτια	0,673	0,544
Αισθάνομαι ότι όλα είναι καλά και δεν πρόκειται να συμβεί κανένα κακό	0,419	0,319
Τα χέρια και τα πόδια μου δεν είναι σταθερά και τρέμουν	0,681	0,552
Υποφέρω από πονοκεφάλους και πόνους στον αυχένα και τη μέση	0,480	0,410
Αισθάνομαι αδύναμος και κουράζομαι εύκολα	0,666	0,566
Αισθάνομαι ήρεμος και μπορώ να κάθομαι ήσυχα σε ένα μέρος	0,443	0,321
Αισθάνομαι την καρδιά μου να χτυπάει γρήγορα	0,630	0,483
Υποφέρω από κρίσεις ζάλης	0,644	0,569
Έχω κρίσεις λιποθυμίας ή αισθάνομαι ότι θα λιποθυμήσω	0,547	0,476
Αναπνέω (εισπνέω και εκπνέω) χωρίς δυσκολία	0,260	0,192
Αισθάνομαι μουδιάσματα και τιμπήματα στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών	0,576	0,456
Υποφέρω από πόνους στο στομάχι και δυσπεψία	0,459	0,308
Έχω συχνουρία	0,371	0,262
Τα χέρια μου είναι συνήθως στεγνά και ζεστά	0,259	0,158
Το πρόσωπό μου ζεσταίνεται και κοκκινίζει	0,421	0,278
Αποκοιμείμαι εύκολα και ο βραδινός ύπνος με ξεκουράζει	0,401	0,299
Έχω εφιάλτες	0,510	0,413

Πίνακας 4. Η βαθμολογία των ομάδων του δείγματος στις διάφορες κλίμακες αξιολόγησης (N=254).

	<i>Ψυχική διαταραχή Μέση τιμή±TA Διάμεσος N=130</i>	<i>Σωματική νόσος Μέση τιμή±TA Διάμεσος N=26</i>	<i>Γενικός πληθυσμός Μέση τιμή±TA Διάμεσος N=98</i>	<i>Στατιστικά (Kruskall Wallis test)</i>
SAS	43,07±10,79 41,00	33,42±9,47 32,00	28,34±5,43 27,00	$\chi^2=109,17$ df=2 p<0,000
STAI (state)	48,86±15,02 49,00	36,85±13,14 35,00	30,89±9,14 28,00	$\chi^2=80,42$ df=2 p<0,000
STAI (trait)	51,53±12,49 52,50	36,27±11,04 32,50	31,74±7,52 31,50	$\chi^2=114,57$ df=2 p<0,000
ZDRS	46,10±10,85 46,00	34,61±9,72 34,00	28,89±5,65 27,50	$\chi^2=120,77$ df=2 p<0,000

TA: Τυπική απόκλιση

Συζήτηση

Στην παρούσα εργασία η κλίμακα SAS μεταφράστηκε και σταθμίστηκε σε ένα δείγμα ελληνικού πληθυσμού, ευρύ όσον αφορά στο φάσμα ηλικιών και μορφωτικού επιπέδου που αποτελούνταν από γενικό πληθυσμό, σωματικά ασθενείς και ψυχικά ασθενείς.

Η SAS εμφανίζει πολύ καλές συντρέχουσα και συγκλίνουσα εγκυρότητα, δεδομένου ότι όλες οι μετρήσεις διαφορετικού τύπου εγκυρότητάς της (συντρέχουσα με STAI-state, συγκλίνουσα με STAI-trait και με ZDRS) έχουν συντελεστή συσχέτισης (ICC ή Spearman rho) που κυμαίνεται από 0,77 έως 0,84.

Η κλίμακα εμφανίζει επιπλέον, πολύ καλή διακριτική εγκυρότητα δεδομένου ότι υπάρχει λίαν σημαντική στατιστική διαφορά στη βαθμολογία μεταξύ των τριών υπομάδων του δείγματος, με τους ψυχικά ασθενείς να καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία τόσο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό όσο και με τους σωματικά ασθενείς και τους τελευταίους να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Κατά την αρχική στάθμιση της κλίμακας από τον Zung¹³ η συσχέτιση (συντελεστής Pearson) της SAS με την ASI ανήλθε σε 0,66 και οι ψυχικά πάσχοντες, ιδιαίτερα αυτοί με αγχώδη διαταραχή είχαν στατιστικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη SAS σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η υψηλή συσχέτιση των βαθμολογιών της SAS και της ZDRS είναι επίσης εύρημα συμβατό με τη βιβλιογραφία.

Οι κλίμακες που αξιολογούν το άγχος (μεταξύ των οποίων και η SAS) συσχετίζονται συνήθως ισχυρά με τις κλίμακες που αξιολογούν την κατάθλιψη. Η ισχυρή αυτή συσχέτιση έχει αποδοθεί είτε στη συννοσηρότητα μεταξύ αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών είτε στην εννοιολογική αλληλοεπικάλυψη άγχους και κατάθλιψης.^{4,9,33,34}

Τέλος, η υψηλότερη βαθμολογία της SAS, που καταγράφεται μεταξύ των σωματικά νοσούντων εν σχέσει προς τον γενικό πληθυσμό θα μπορούσε να αποδοθεί στη συχνά παρατηρούμενη συννοσηρότητα των αγχωδών διαταραχών με σωματικές νόσους.³

Η εσωτερική συνάφεια της SAS κρίνεται ως πολύ ικανοποιητική. Ο μεν Cronbach's alpha αγγίζει το 0,90 οι δε συσχετίσεις των επιμέρους θεμάτων με το σύνολο της κλίμακας υπερβαίνουν, εκτός από δύο περιπτώσεις, το 0,30 και κυμαίνονται από 0,26 έως 0,68.³⁵ Στην αρχική της εκδοχή η εσωτερική συνάφεια της κλίμακας αξιολογήθηκε αφενός μεν με τη συσχέτιση των δύο ημίσεων (split-half correlation) αφετέρου δε με τις συσχετίσεις των επιμέρους θεμάτων της με το σύνολο της κλίμακας.

Η μεν πρώτη (συσχέτιση των δύο ημίσεων) ανέρχεται σε 0,71 οι δε δεύτερες κυμαίνονται από 0,27 έως 0,6913. Σε άλλες εργασίες στάθμισης της SAS, ο μεν Cronbach's alpha κυμαίνεται από 0,69 έως 0,85 οι δε συσχετίσεις των επιμέρους θεμάτων με το σύνολο της κλίμακας από 0,34–0,65.^{14–16,32,36}

Πολύ καλή είναι και η αξιοπιστία εξέτασης επανεξέτασης, η οποία υπερβαίνει το 0,9. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η διάμεσος τιμή της χρονικής απόστασης μεταξύ των δύο συμπληρώσεων της κλίμακας ήταν 12 ημέρες.

Με δεδομένο ότι η συμπτωματολογία του άγχους ακόμη και χωρίς θεραπευτική παρέμβαση παρουσιάζει συχνές μεταβολές, είναι πιθανόν ότι μια βραχύτερη χρονική απόσταση, θα έδειχνε ακόμη υψηλότερη αξιοπιστία.

Σε άλλη εργασία που μελετούσε τη σταθερότητα στον χρόνο, εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αγοραφοβίας, η αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης της SAS ανήλθε σε 0,84, 0,81 και 0,82, σε 4, 10 και 16 εβδομάδες, αντίστοιχα.³⁷

Περιορισμό της παρούσας έρευνας συνιστά ότι τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα δεν είχαν μια αντικειμενικά τεκμηριωμένη διάγνωση και δεν υπάρχουν αρκετά άτομα με τη διάγνωση της αγχώδους διαταραχής ώστε να προσδιοριστούν σημεία τομής (cut-off points) για την κλίμακα.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δείχνουν ότι η SAS μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για τον κλινικό, ειδικό ή μη, αλλά και για τον ερευνητή προκειμένου να αξιολογήσουν το άγχος που παρουσιάζει ένα άτομο.

Standardization of the Greek version of Zung's Self-rating Anxiety Scale (SAS)

M. Samakouri,^{1,2} G. Bouhos,¹ M. Kadoglou,¹ A. Giantzelidou,¹
K. Tsolaki,¹ M. Livaditis^{1,2}

¹Post-graduate Program in Social Psychiatry, Alexandroupolis

²Psychiatric Department, Medical School, University of Thrace, Alexandroupolis, Thrace, Greece

Psychiatriki 2012, 23:212–220

Self-rating Anxiety Scale (SAS), introduced by Zung, has been widely used in research and in clinical practice for the detection of anxiety. The present study aims at standardizing the Greek version of SAS. SAS consists of 20 items rated on a 1–4 likert type scale. The total SAS score may vary from 20 (no anxiety at all) to 80 (severe anxiety). Two hundred and fifty four participants (114 male and 140 female), psychiatric patients, physically ill and general population individuals, aged 45.40 ± 11.35 years, completed the following: (a) a demographic characteristics' questionnaire, (b) the SAS Greek version, (c) the Spielberg's Modified Greek State-Trait Anxiety Scale (STAI-Gr.-X) and (d) the Zung Depression Rating Scale (ZDRS). Seventy six participants answered the SAS twice within a 12th-day median period of time. The following parameters were calculated: (a) internal consistency of the SAS in terms of Cronbach's α co-efficient, (b) its test-retest reliability in terms of the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) and (c) its concurrent and convergent validities through its score's Spearman's rho correlations with both the state and trait subscales of STAI-Gr X and the ZDRS. In addition, in order to evaluate SAS' discriminant validity, the scale's scores of the three groups of participants (psychiatric patients, physically ill and general population individuals) were compared among each other, in terms of Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests. SAS Cronbach's alpha equals 0.897 while ICC regarding its test-retest reliability equals 0.913. Spearman's rho concerning validity: (a) when SAS is compared to STAI-Gr.-X (state), equals 0.767, (b) when SAS is compared to STAI-Gr. X (trait), it equals 0.802 and (c) when SAS is compared to ZDRS, it equals 0.835. The mentally ill scored significantly higher in SAS compared to both the healthy and the general population. In conclusion, the SAS Greek version presents very satisfactory psychometric properties regarding its reliability and validity as well.

Key words: Zung Self Rating Anxiety Scale (SAS), Greece, standardization, reliability, validity.

Βιβλιογραφία

1. Yager J, Gitlin MJ. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Shadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005:992–994
2. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005, 15:357–376
3. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30:208–225
4. Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000, 12:69–76
5. Sinoff G, Ore L, Zlotogorsky D, Tamir A. Short anxiety screening test—a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999, 14:1062–1071
6. Grammatikopoulos IA, Sinoff G, Alegakis A, Kounalakis D, Antonopoulou M, Lionis C. The short anxiety screening test in greek: translation and validation. *Ann Gen Psychiatry* 2010, 9:1. Available from www.annals-general-psychiatry.com/content/9/1/1
7. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361–370
8. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G et al. Hospital anxiety and depression scale (HADS): validation in a greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:4. Available from www.annals-general-psychiatry.com/content/7/1/4
9. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The hospital anxiety and depression scale in greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supp Care Canc* 2004, 12:821–825

10. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the state-trait anxiety self-evaluation questionnaire*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto CA, 1970
11. Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1983, 21:71–76
12. Fountoulakis KN, Papadopoulou M, Kleanthous S, Papadopoulou A, Bizeli B, Nimatoudis I et al. Reliability and psychometric properties of the greek translation of the state-trait anxiety inventory form Y: preliminary data. *Ann Gen Psychiatry* 2006, 5:2
13. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971, 12:371–379
14. Than TD, Tran T, La B, Lee D, Rosenthal D, Fisher J. Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: A comparison of three psychometric instruments. *J Affect Disord* 2011, 133:281–293
15. Liu XC, Oda S, Peng X, Asai K. Life events and anxiety in chinese medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997, 32:63–67
16. Sharpley CF, Christie DRH. An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in australian men with prostate cancer. *Psychooncology* 2007, 16:660–667
17. Bitsika V, Sharpley CF, Melhem TC. Gender differences in factor scores of anxiety and depression among australian university students: Implications for counselling interventions. *Can J Counsel* 2010, 44:51–64
18. Pascazio L, Nardone IB, Clarici A, Enzmann G, Grignetti M, Panzetta GO et al. Anxiety, depression and emotional profile in renal transplant recipients and healthy subjects: a comparative study. *Transplant Proc* 2010, 42:3586–3590
19. Kasper S, Gastpar M, Müller WE, Volz HP, Möller HJ, Dienel A et al. Silexan, an orally administered Lavandula oil preparation, is effective in the treatment of 'subsyndromal' anxiety disorder: a randomised, double-blind, placebo controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2010, 25:277–287
20. Durham RC, Turvey AA. Cognitive therapy vs behaviour therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behav Res Ther* 1987, 25:229–234
21. Lindsay WR, Michie AM. Adaptation of the Zung self-rating anxiety scale for people with a mental handicap. *J Ment Defic Res* 1988, 32:485–490
22. Voulgari A, Lykouras L, Papanikolaou M, Tzonou A, Danou-Roussaki A, Christodoulou GN. Influence of psychological and clinical factors on postoperative pain and narcotic consumption. *Psychother Psychosom* 1991, 55:2–4
23. Papanikolaou MN, Voulgari A, Lykouras L, Arvanitis Y, Christodoulou GN, Danou-Roussaki A. Psychological factors influencing the surgical patients' consent to regional anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1994, 38:607–611
24. Φραντζέσκου Ε, Καστανιά Α, Ριζά Ε, Χατζησταύρου Κ, Λινού Α. *Διερεύνηση παραγόντων κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια στους εργαζόμενους στην αλιεία στην Ελλάδα*. Παρουσιάστηκε στο 1ο Πανελλήνιο συνέδριο για την Υγεία και την Ασφάλεια της Εργασίας, 29–30 Νοεμβρίου 2010. Αθήνα, Τόμος Πρακτικών, ΠΑ71. Available from www.elinyae-congress2010.gr/02.proforikes/pa071.pdf
25. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς: Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση*. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη, 1992. Ελληνική έκδοση: ΕΠΨΥ και Κέντρο Συνεργασίας του ΠΟΥ για την Έρευνα – ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΕΠΕ, 1993
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd edition. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 1968
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000
28. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965, 12:63–70
29. Fountoulakis KN, Iakovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis S, Kaprinis GS et al. Reliability, validity and psychometric properties of the greek translation of the Zung depression rating scale. *BMC Psychiatry* 2001, 1:6
30. Goldberg DP. *Manual of the general health questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, 1978
31. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D et al. Greek version of the general health questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:371–378
32. Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS, Tolin DF. Dimensionality of somatic complaints: Factor structure and psychometric properties of the self-rating anxiety scale. *J Anxiety Disord* 2006, 20:543–561
33. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry* 1996, 30:17–30
34. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry* 1996, 30:38–43
35. Nunnally J, Bernstein I. *Psychometric theory*. McGraw-Hill, New York, 1994
36. Jegede RO. Psychometric attributes of the self-rating anxiety scale. *Psychol Rep* 1977, 40:303–306
37. Michelson L, Mavissakalian M. Temporal stability of self-report measures in agoraphobia research. *Behav Res Ther* 1983, 21: 695–698

Αλληλογραφία: Μ. Σαμακούρη, Επικ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Οδυσσεώς 9, 681 00 Αλεξανδρούπολη, Θράκη
Τηλ.: (+30) 25510-312 94, 25510-747 48,
e-mail: msamakou@med.duth.gr

Ερευνητική εργασία Research article

Μελέτη διερεύνησης της αποτελεσματικότητας ενός ομαδικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης

Λ. Κωνσταντινίδης,¹ Π. Γκόγκα,² Γ. Σίμος,³ Β. Μαυρέας¹

¹Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα,

²Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΕΨΥΚΑ), Θεσσαλονίκη,

³Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2012, 23:221–230

Ο σημαντικός ρόλος των γονέων στην ανάπτυξη του παιδιού όπως επίσης και η ποιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού και η επίδραση της σχέσης αυτής στην κοινωνική, ψυχική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού υπήρξε αντικείμενο διερεύνησης πολλών επιστημών και έχει απασχολήσει πολλούς επιστήμονες. Ένα από τα ευρήματα των ερευνών είναι και το ότι στη σημερινή εποχή πολλοί γονείς δεν είναι αρκετά εφοδιασμένοι και προετοιμασμένοι ώστε να ασκήσουν με έναν αποτελεσματικό για τα παιδιά τους τρόπο τον γονεϊκό τους ρόλο. Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων, μέσω του προληπτικού τους ρόλου στοχεύουν στην επίλυση αυτού του σημαντικού προβλήματος. Τα τελευταία χρόνια τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που προσφέρονται σε γονείς «υψηλού κινδύνου» έχουν αποτελέσει αντικείμενο ενός μεγάλου αριθμού ερευνών, μετα-αναλύσεων και ανασκοπήσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. Ένας πολύ μικρότερος αριθμός ερευνών έχουν ως στόχο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων που προσφέρονται σε γονείς του γενικού πληθυσμού. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα ενός δομημένου ομαδικού προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης στη συμπεριφορά των παιδιών και την υποκειμενική αντίληψη της λειτουργικότητας της οικογένειας των γονέων. Για τον σκοπό αυτόν 169 μητέρες του γενικού πληθυσμού με παιδιά ηλικίας από 2 έως και 12 ετών, 113 μητέρες της ομάδας ελέγχου – μη συμμετέχουσες και 56 μητέρες της πειραματικής ομάδας – συμμετέχουσες, συμπλήρωσαν πριν και μετά τη διεξαγωγή του προγράμματος την Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptation and Cohesion Scales, FACES-III) και το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ). Οι δύο ομάδες ήταν πλήρως ταυτοποιημένες και δεν παρουσίαζαν καμία σημαντική διαφορά ως προς οποιοδήποτε δημογραφικό χαρακτηριστικό τους. Τόσο πριν (Α΄ Φάση) όσο και μετά (Β΄ Φάση) την εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, οι μητέρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και οι μητέρες που δεν συμμετείχαν, εξέφραζαν έναν πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποίησης από τη λειτουργικότητα της οικογένειάς τους και δεν διαφοροποιούνταν σημαντικά ως προς την εκτίμηση της υπάρχουσας οικογενειακής συνοχής και προσαρμοστικότητας, τον τύπο οικογένειας με βάση τη συνοχή και την

προσαρμοστικότητα και τον γενικό τύπο οικογένειας με βάση τη λειτουργικότητα. Επιπροσθέτως, ενώ τα παιδιά των συμμετεχουσών ξεκίνησαν, πριν την έναρξη του προγράμματος, από σημαντικά μειονεκτικότερη θέση σε σύγκριση με τα παιδιά των μη συμμετεχουσών, μετά τη λήξη του προγράμματος, βελτιώθηκαν σημαντικά μειώνοντας τα αρνητικά συμπτώματα και τις συμπεριφορές τους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, όπως και άλλα προγράμματα της ίδιας θεωρητικής κατεύθυνσης θα μπορούσε να συνεισφέρει στην πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς, και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Λέξεις ευρητήριο: Γνωστική-συμπεριφορική, εκπαίδευση γονέων, σχολές γονέων, προβλήματα συμπεριφοράς, συνοχή, προσαρμοστικότητα, λειτουργικότητα.

Εισαγωγή

Ο τρόπος με τον οποίο μεγαλώνουν τα παιδιά τους οι γονείς, αποτελεί πλέον ένα βασικό θέμα που απασχολεί τους επαγγελματίες ολοένα και περισσότερο. Υπάρχει ένα ολοένα και πιο αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον ορισμό της επιτυχημένης γονεϊκής λειτουργίας.¹ Οι McGroder και Hyra αναφέρουν ότι, τα παιδιά επηρεάζονται, από το ποιοί είναι οι γονείς τους (π.χ. ως προς το φύλλο, την ηλικία, την καταγωγή/εθνικότητα, τη νοημοσύνη, την εκπαίδευση, την ιδιοσυγκρασία), από το τι γνωρίζουν οι γονείς τους (π.χ. σχετικά με την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού), από το τι πιστεύουν οι γονείς τους (π.χ. στάσεις σχετικά με τη διαπαιδαγώγηση), από το τι εκτιμούν οι γονείς τους (π.χ. εκπαίδευση, επίδοση, υπακοή, διαπροσωπικές σχέσεις), από το τι προσδοκούν οι γονείς από το παιδί (π.χ. ηλικιακά ή αναπτυξιακά κατάλληλες πεποιθήσεις για τη συμπεριφορά, πεποιθήσεις για την επίδοση του παιδιού) και από το τι τελικά κάνουν οι γονείς τους (π.χ. οι πράξεις και το στυλ τους).²

Με τον ρόλο που παίζει η οικογένεια στην ανάπτυξη του παιδιού έχουν ασχοληθεί διάφορες επιστήμες. Η ποιότητα της σχέσης γονέων-παιδιών και η επίδρασή της στην κοινωνική, ψυχική, γνωστική και εκπαιδευτική ανάπτυξη του παιδιού, έχει απασχολήσει αρκετά τους επιστήμονες από τις αρχές του εικοστού αιώνα³ και σημαντικά εγχειρίδια έχουν γραφτεί,⁴ διότι η σχέση αυτή αποτελεί έναν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού.⁵ Αυτό που γενικά αναμένεται, είναι ότι κάθε γυναίκα στα πλαίσια της προσωπικής της ανάπτυξης θα μάθει να είναι αποτελεσματική και στοργική μητέρα. Το ίδιο φυσικά αναμένεται και από τον κάθε πατέρα. Οι γονείς είναι ο πιο κρίσιμος παράγοντας στην ανάπτυξη της κοινωνικοποίησης του παιδιού.^{6,7} Όμως, πολλοί γονείς δεν είναι και τόσο καλά προετοι-

μασμένοι ώστε να κάνουν το καλύτερο δυνατό για τα παιδιά τους.⁸ Το γεγονός αυτό, έρχονται να καλύψουν κατά ένα μέρος με τον προληπτικό τους ρόλο τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων. Τα προγράμματα αυτά έχουν καθιερωθεί στην Ελλάδα με τον όρο σχολές γονέων⁹ και είναι σύντομες χρονικά παρεμβάσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη και εκπαίδευση των γονέων ώστε να ασκήσουν αποτελεσματικά τον γονεϊκό τους ρόλο.¹⁰ Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων αποτελούν μια μορφή μόνο των ποικίλων τρόπων υποστήριξης των γονέων.¹¹ Τα αποτελέσματα των ερευνών αναφέρουν ότι τα προγράμματα αυτά εμφανίζουν κάποια ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη συναισθηματική και συμπεριφορική ρύθμιση βρεφών και νηπίων,^{12,13} έχουν θετικά αποτελέσματα στην αρνητική συμπεριφορά των παιδιών¹⁴ και μειώνουν βραχυπρόθεσμα την αρνητική τους συμπεριφορά.¹⁵⁻¹⁷ Επίσης, μεταanalύσεις καταλήγουν στο ότι είναι αποτελεσματικά στη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών ηλικίας 3 έως 10 ετών,¹⁸ ηλικίας 8 έως 12 ετών¹⁹ και ηλικίας 0 έως 7 ετών²⁰ και για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η συνέχιση της εφαρμογής τους.^{18,21} Επιπροσθέτως, τα προγράμματα αυτά είναι βραχυχρόνια αποτελεσματικά στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς²²⁻²⁴ και για τον λόγο αυτό εκφράζεται έντονα η άποψη ότι ίσως να μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.²⁵

Υλικό και μέθοδος

Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός συγκεκριμένου δομημένου σύντομου εκπαιδευτικού προγράμματος γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης στη συ-

μπεριφορά των παιδιών και τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Η βασική υπόθεση ήταν ότι, εφόσον διεθνώς, τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων φαίνεται να είναι αποτελεσματικά στη βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας και της αλλαγής της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος για τον ελληνικό πληθυσμό, θα μπορούσε να επιφέρει στους γονείς που συμμετέχουν σε αυτό, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμες αλλαγές, στους παραπάνω τομείς.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, ήταν μητέρες με παιδιά ηλικίας 2 έως και 12 ετών, κάτοικοι της ανατολικής Θεσσαλονίκης. Τα παιδιά των μητέρων που συμμετείχαν στη μελέτη, φοιτούσαν στο 92ο Δημοτικό Σχολείο της Θεσσαλονίκης ή στον Ιδιωτικό Παιδικό Σταθμό «Μαγεμένο Δάσος». Οι μητέρες ήταν κάτοικοι των παραπάνω περιοχών και η πρόσβασή τους στο σχολείο και τον παιδικό σταθμό γινόταν χωρίς προβλήματα. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 169 μητέρες. Την ομάδα ελέγχου, αποτελούν οι 113 μητέρες οι οποίες ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων και επέλεξαν να μη συμμετέχουν σε αυτό (μη συμμετέχουσες). Την πειραματική ομάδα, αποτελούν οι υπόλοιπες 56 μητέρες, οι οποίες ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα και τελικά συμμετείχαν σε αυτό (συμμετέχουσες).

Τόσο οι μητέρες της ομάδας ελέγχου, όσο και οι μητέρες της πειραματικής ομάδας συμπλήρωσαν, ένα φυλλάδιο συλλογής δημογραφικών στοιχείων, την Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptation and Cohesion Scales, FACES-III) και το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ), δύο εβδομάδες περίπου πριν τη διεξαγωγή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης (Α΄ Φάση) και αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος (Β΄ Φάση). Στην Α΄ Φάση τα ερωτηματολόγια απάντησαν 169 μητέρες (ομάδα ελέγχου: n=113, πειραματική ομάδα: n=56) και στη Β΄ Φάση 114 μητέρες (ομάδα ελέγχου: n=66, πειραματική ομάδα: n=48).

Το φυλλάδιο συλλογής των δημογραφικών στοιχείων, είναι αυτοσυμπληρώσιμο και έχει στην αρχή μια παράγραφο γενικών πληροφοριών σχετικά με την έρευνα και τη συμπλήρωση των σχετικών ερωτηματολογίων και στη συνέχεια ακολουθούν 13 λήμματα

για τη συλλογή συγκεκριμένων δημογραφικών στοιχείων όπως: το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τόπος γέννησης, η ηλικία της μητέρας κ.ά.

Η Κλίμακα Εκτίμησης της Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας-FACES III^{26,27} αξιολογεί τη συνοχή και προσαρμοστικότητα ή ευκαμψία της οικογένειας, την ικανοποίηση από τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η οικογένεια στο παρόν και τη λειτουργικότητα της οικογένειας και απευθύνεται σε όλες τις οικογένειες και σε όλα τα στάδια ανάπτυξής τους. Υπάρχουν τέσσερα επίπεδα οικογενειακής συνοχής που αντιστοιχούν σε τέσσερις τύπους οικογένειας και που διευρύνονται από το πολύ χαμηλό επίπεδο συνοχής που είναι η αποσύνδεση (διασπασμένος τύπος), το χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο που είναι η διάσταση (χωρισμένος τύπος), το μεσαίο έως υψηλό επίπεδο συνοχής που είναι η σύνδεση (συνδεδεμένος τύπος) και το πολύ υψηλό επίπεδο, το επίπεδο της πολύ υψηλής σύνδεσης, μη διαφοροποίησης, παγίδευσης (πολύ συνδεδεμένος τύπος). Επίσης, υπάρχουν τέσσερα επίπεδα προσαρμοστικότητας που αντιστοιχούν σε τέσσερις τύπους οικογένειας και διευρύνονται από το πολύ χαμηλό επίπεδο ευκαμψίας που είναι το άκαμπτο (άκαμπτος τύπος), το χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο που χαρακτηρίζεται ως δομημένο (δομημένος τύπος), το μεσαίο έως υψηλό επίπεδο που είναι το εύκαμπτο (ευέλικτος τύπος), και τέλος το πολύ υψηλό επίπεδο ευκαμψίας (πολύ ευέλικτος τύπος). Τα δύο κεντρικά επίπεδα συνοχής και προσαρμοστικότητας είναι τα λειτουργικά. Τα ακραία (μη ισορροπημένα) επίπεδα (άκαμπτα-χαοτικά) θεωρούνται δυσλειτουργικά για τις οικογένειες. Τέλος, διακρίνονται τέσσερις τύποι οικογένειας με βάση τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας που διευρύνονται από τη μη-ισορροπημένη, τη μέτρια ισορροπημένη, τη μέσου εύρους και την ισορροπημένη. Οι οικογένειες μέσου εύρους και ισορροπημένου τύπου είναι λειτουργικότερες.²⁸ Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα που είναι μεταφρασμένη στα ελληνικά και έχει σταθμισθεί σε δείγμα 204 παιδιών και των μητέρων τους.^{29,30}

Το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής-ΕΔΕΠ³¹ είναι αυτοσυμπληρώσιμο και αξιολογεί το παιδί ως προς την ενδο-προσωπική και τη δια-προσωπική του προσαρμογή. Η ενδο-προσωπική προσαρμογή, αναφέρεται σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το παιδί να ζει

αρμονικά με τον εαυτό του. Η δια-προσωπική προσαρμογή αναφέρεται σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το παιδί να ζει αρμονικά με τους άλλους. Το ερωτηματολόγιο διακρίνει τρία σύνδρομα ενδο-προσωπικής προσαρμογής: (α) Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός, (β) Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός και (γ) Ψυχοσωματικές διαταραχές. Επίσης, διακρίνει και δύο σύνδρομα δια-προσωπικής προσαρμογής: (α) Επιθετικότητα και β) Παραβατικότητα. Τα επιπλέον 14 συμπτώματα που δεν κατατάσσονται στα παραπάνω σύνδρομα ονομάζονται Αταξινόμητα Συμπτώματα.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων που προτάθηκε σε όλες τις μητέρες (συμμετέχουσες και μη συμμετέχουσες) είναι ένα σύντομο σε διάρκεια πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης που ολοκληρώνεται σε 10 δίωρες συναντήσεις και απευθύνεται σε γονείς με παιδιά ηλικίας 2 έως και 12 ετών. Είναι δομημένο και μέσα από την εφαρμογή γνωστικών και συμπεριφορικών αρχών, στοχεύει στην εκπαίδευση των γονέων για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων και επίμαχων θεμάτων της καθημερινότητας τα οποία απασχολούν τους γονείς με παιδιά νηπιακής και σχολικής ηλικίας.³²

Κατά τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές τα στατιστικά μέτρα θέσης και διασποράς, μέση τιμή, διάμεσος, μέγιστο και ελάχιστο, τυπική απόκλιση, ενώ για τις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες (%) των απαντήσεων. Προκειμένου να διαπιστωθεί εάν τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή, εφαρμόστηκε αρχικά ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov. Στις περιπτώσεις που οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή εφαρμόστηκε ο παραμετρικός έλεγχος student t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Στις περιπτώσεις που διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική απόκλιση από την κανονική κατανομή εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U test. Για τον έλεγχο της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών, εφαρμόστηκε ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας. Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14 και το επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή ή όχι της μηδενικής υπόθεσης που ελήφθη για όλους τους στατιστικούς ελέγχους ήταν το 5%. Επίσης, για τη διαπίστωση τάσης διαφοροποίησης, σε ορισμένες περιπτώσεις ελήφθη το 10%.

Αποτελέσματα

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 169 μητέρων του συνολικού δείγματος (113 μη συμμετέχουσες – ομάδα ελέγχου και 56 συμμετέχουσες – πειραματική ομάδα), παρουσιάζονται στους αντίστοιχους πίνακες (πίνακες 1 και 2). Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της σύγκρισης συμμετεχουσών και μη συμμετεχουσών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, γίνεται αμέσως αντιληπτό ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς οποιοδήποτε δημογραφικό χαρακτηριστικό τους (πίνακες 3 και 4).

Στη σύγκριση των δύο ομάδων με βάση τη FACES III, ο έλεγχος U των Mann-Whitney, διαπίστωσε ότι σύμφωνα πάντα με την υποκειμενική εκτίμηση των μητέρων για την οικογενειακή τους κατάσταση κατά τη συμπλήρωση της FACES III, οι μητέρες της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου, δεν εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ Α' και Β' Φάσης, στην εκτίμηση της υπάρχουσας οικογενειακής συνοχής, στον τύπο οικογένειας με βάση τη συνοχή, τον τύπο οικογένειας με βάση την προσαρμοστικότητα και στον γενικό τύπο οικογένειας με βάση τη λειτουργικότητα. Επιπροσθέτως, το t-test ήταν μη στατιστικά σημαντικό, και οι δύο ομάδες εξέφραζαν την ίδια ολική ικανοποίηση από την υπάρχουσα οικογενειακή κατάσταση και εκτιμούσαν την προσαρμοστικότητα της οικογένειάς τους στο ίδιο επίπεδο και στις δύο φάσεις της έρευνας (πίνακας 5).

Στη σύγκριση των δύο ομάδων με βάση το ΕΔΕΠ, ο έλεγχος U των Mann-Whitney διαπίστωσε ότι, σύμφωνα πάντα με τις απαντήσεις των μητέρων κατά τη συμπλήρωση του ΕΔΕΠ, τα παιδιά των μητέρων της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου δεν εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ Α' και Β' Φάσης, στην εκδήλωση συμπτωμάτων των συνδρόμων: «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός» και «Ψυχοσωματικές διαταραχές». Αντιθέτως, ο έλεγχος U των Mann-Whitney, διαπίστωσε ότι τα παιδιά των μητέρων της πειραματικής ομάδας (n_1), εκδήλωναν συγκριτικά με τα παιδιά των μητέρων της ομάδας ελέγχου (n_2), κατά την Α' Φάση, σημαντικά εντονότερα συμπτώματα του συνδρόμου «Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός» ($U=2442$, $n_1=56$, $n_2=113$, p διπλής ουράς=0,014), συμπτώματα τα οποία αμέσως μετά την παρέμβαση

Πίνακας 1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συχνότητες).

Δημογραφικά στοιχεία	Κατηγορίες	Ελέγχου (n=113)		Πειραματική (n=56)		Σύνολο (n=169)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Φοίτηση παιδιού	Παιδικός σταθμός	32	28,3	21	37,5	53	31,4
	Δημοτικό σχολείο	81	71,7	35	62,5	123	68,6
Τόπος γέννησης (περιοχή)	Αστική	68	60,2	30	53,6	98	58
	Ημιαστική/αγροτική	33	29,2	22	39,3	55	32,5
	Εξωτερικό	12	10,6	4	7,1	16	9,5
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1	0,9	2	3,6	3	1,8
	Γυμνάσιο	4	3,5	2	3,6	6	3,6
	Λύκειο	44	38,9	24	42,9	68	40,2
	IEK	14	12,4	6	10,7	20	11,8
	TEI	16	14,2	12	21,4	28	16,6
	AEI	34	30,1	10	17,9	44	26
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένοι	104	92	55	98,2	159	94,1
	Διαζευγμένοι	9	8	1	1,8	10	5,9
Παιδιά άνω των 12 ετών	Ναι	26	23	12	21,4	38	22,5
	Όχι	87	77	44	78,6	131	77,5
Φύλο παιδιών (αγόρι)	Κανένα	36	31,9	16	28,6	52	30,8
	Ένα	55	48,7	26	46,4	81	47,9
	Δύο	21	18,6	13	23,2	34	20,1
	Τρία	1	0,9	1	1,8	2	1,2
Φύλο παιδιών (κορίτσι)	Κανένα	36	31,9	18	32,1	54	32
	Ένα	53	46,9	27	48,2	80	47,3
	Δύο	22	19,5	9	16,1	31	18,3
	Τρία	2	1,8	2	3,6	4	2,4
Επάγγελμα	Δημόσιος τομέας	31	27,4	10	17,9	41	24,3
	Ιδιωτικός τομέας	43	38,1	22	39,3	65	38,5
	Ελεύθερο επάγγελμα	15	13,3	5	8,9	20	11,8
	Οικιακά	24	21,2	19	33,9	43	25,4

Πίνακας 2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (περιγραφικά στοιχεία).

Δημογραφικά στοιχεία	Ελέγχου (n=113)		Πειραματική (n=56)		Σύνολο (n=169)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Ηλικία γονέα	37	4,4	37,8	5,7	37,2	4,9
Διάρκεια γάμου σε έτη	11,5 ^α	4,5	11,3 ^β	6	11,4 ^γ	5,1
Αριθμό μελών συγκατοίκησης	3,7	0,7	3,9	0,8	3,8	0,7
Αριθμός παιδιών	1,8	0,5	1,9	0,8	1,8	0,7
Ηλικία παιδιών	7,8	3,4	7,7	4,3	7,7	3,7

^αn=104, ^βn=55, ^γn=159

μειώθηκαν σημαντικά, στον βαθμό που τα παιδιά των μητέρων των δύο ομάδων να μην διαφέρουν σημαντικά ως προς την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων, κατά τη Β' Φάση (πίνακας 6).

Επιπροσθέτως, τα παιδιά των μητέρων της πειραματικής ομάδας, εκδήλωναν κατά την Α' Φάση, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%, λίγο εντονότερα συμπτώματα του συνδρόμου «Επιθετικότητα»

Πίνακας 3. Σύγκριση με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Independent Samples T-Test).

Δημογραφικά στοιχεία	Ελέγχου (n=113)		Πειραματική (n=56)		t	p
	M	SD	M	SD		
Ηλικία γονέα	37	4,4	37,8	5,7	1,029	0,346 ^{ns}
Διάρκεια γάμου σε έτη	11,5 ^a	4,5	11,3 ^b	6	-0,234	0,831 ^{ns}
Αριθμό μελών συγκατοίκησης	3,7	0,7	3,9	0,8	1,550	1,123 ^{ns}
Αριθμός παιδιών	1,8	0,5	1,9	0,8	0,900	0,439 ^{ns}
Ηλικία παιδιών	7,8	3,4	7,7	4,3	-0,123	0,910 ^{ns}

^an=104, ^bn=55**Πίνακας 4.** Σύγκριση με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Chi-Square Test).

Δημογραφικά στοιχεία	Κατηγορίες	Ελέγχου (n=113)		Πειραματική (n=56)		df	χ ²	p
		n	(%)	n	(%)			
Φοίτηση παιδιού	Παιδικός σταθμός	32	28,3	21	37,5	1	1,47	0,291 ^{ns}
	Δημοτικό σχολείο	81	71,7	35	62,5			
Τόπος γέννησης (περιοχή)	Αστική	68	60,2	30	53,6	2	1,99	0,381 ^{ns}
	Ημιαστική/αγροτική	33	29,2	22	39,3			
	Εξωτερικό	12	10,6	4	7,1			
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1	0,9	2	3,6	5	5,10	0,404 ^{ns}
	Γυμνάσιο	4	3,5	2	3,6			
	Λύκειο	44	38,9	24	42,9			
	IEK	14	12,4	6	10,7			
	TEI	16	14,2	12	21,4			
	AEI	34	30,1	10	17,9			
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένοι	104	92	55	98,2	1	2,57	0,168 ^{ns}
	Διαζευγμένοι	9	8	1	1,8			
Παιδιά άνω των 12	Ναι	26	23	12	21,4	1	0,05	1,000 ^{ns}
	Όχι	87	77	44	78,6			
Φύλο παιδιών (αγόρι)	Κανένα	36	31,9	16	28,6	3	0,83	0,843 ^{ns}
	Ένα	55	48,7	26	46,4			
	Δύο	21	18,6	13	23,2			
	Τρία	1	0,9	1	1,8			
Φύλο παιδιών (κορίτσι)	Κανένα	36	31,9	18	32,1	3	0,76	0,858 ^{ns}
	Ένα	53	46,9	27	48,2			
	Δύο	22	19,5	9	16,1			
	Τρία	2	1,8	2	3,6			
Επάγγελμα	Δημόσιος τομέας	31	27,4	10	17,9	3	4,40	0,222 ^{ns}
	Ιδιωτικός τομέας	43	38,1	22	39,3			
	Ελεύθερο επάγγελμα	15	13,3	5	8,9			
	Οικιακά	24	21,2	19	33,9			

(U=2612, n₁=56, n₂=113, p διπλής ουράς=0,064) καθώς επίσης και λίγο εντονότερα συμπτώματα του συνδρόμου «Παραβατικότητα» (U=2625, n₁=56, n₂=113, p διπλής ουράς=0,066), τα οποία όμως μειώ-

θηκαν σημαντικά κατά τη Β' Φάση και οι διαφορές στα παιδιά των δύο ομάδων εξαλειφθηκαν.

Τέλος, στην εκδήλωση αταξινόμητων συμπτωμάτων του ΕΔΕΠ, τα παιδιά των δύο ομάδων δεν εμφά-

Πίνακας 5. Σύγκριση με βάση τα αποτελέσματα της FACES III (Independent Samples T-Test & Mann-Whitney Test).

	Πριν		Δοκιμασία	Μετά		Δοκιμασία
	Ελέγχου (n=113)	Πειραματική (n=56)		Ελέγχου (n=66)	Πειραματική (n=48)	
Υποκλίμακες	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	
Ικανοποίηση	7,43 (9,28)	7,63 (9,30)	t=0,126 p=0,900 ^{ns}	8,05 (9,30)	8,29 (8,13)	t=0,147 p=0,883 ^{ns}
Προσαρμο- στικότητα ^α	23,79 (6,39)	23,29 (5,77)	t=-0,496 p=0,621 ^{ns}	22,23 (7,16)	23,69 (7,81)	t=1,035 p=0,303 ^{ns}
Συνοχή ^β	41,17 (5,83)	40,66 (5,73)	z=-0,830 p=0,406 ^{ns}	41,09 (6,82)	41,08 (4,98)	z=-0,710 p=0,477 ^{ns}
<i>Τύποι οικογένειας</i>						
Προσαρμο- στικότητα ^α	4,13 (1,95)	4,11 (1,90)	z=-0,071 p=0,943 ^{ns}	3,59 (2,18)	4,10 (2,14)	z=-1,390 p=0,164 ^{ns}
Συνοχή ^β	5,05 (1,85)	4,98 (1,79)	z=-0,328 p=0,743 ^{ns}	5,17 (2,06)	5,02 (1,72)	z=-0,568 p=0,570 ^{ns}
Γενικός τύπος ^γ	4,59 (1,45)	4,55 (1,21)	z=-0,219 p=0,827 ^{ns}	4,38 (1,56)	4,56 (1,42)	z=-0,638 p=0,524 ^{ns}

^α10 έως 14=1 και 15 έως 19=2: άκαμπτη, 20 έως 22=3 και 23 έως 24=4: δομημένη, 25 έως 26: 5 και 27 έως 29=6: ευέλικτη, 30 έως 40=7 και 41 έως 50=8: πολύ ευέλικτη

^β10 έως 24=1 και 25 έως 34=2: διασπασμένη, 35 έως 37=3 και 38 έως 40=4: χωρισμένη, 41 έως 42=5 και 43 έως 45=6: συνδεδεμένη και 46 έως 47=7 και 48 έως 50=8: πολύ συνδεδεμένη.

^γ1 έως 2=μη-ισορροπημένη, 3 έως 4=μέτρια ισορροπημένη, 5 έως 6=μέσου εύρους, 7 έως 8=ισορροπημένη

νιζαν στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ Α' και Β' Φάσης (πίνακας 6).

Συμπεράσματα-Συζήτηση

Ένα πολύ βασικό αποτέλεσμα της σύγκρισης των μητέρων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα (πειραματική ομάδα-συμμετέχουσες) και των γονέων που τους δόθηκε ευκαιρία να συμμετέχουν στο πρόγραμμα αλλά προτίμησαν να μη δηλώσουν συμμετοχή (ομάδα ελέγχου-μη συμμετέχουσες) είναι ότι, και οι δύο ομάδες δεν διαφοροποιούνταν σημαντικά ως προς οποιοδήποτε από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, υπάρχει δηλαδή, πλήρης ταυτοποίηση των δύο ομάδων σε όλα τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Το εύρημα αυτό επιπροσθέτως, αναδεικνύει και το ότι οι συμμετέχοντες δεν υποκινούνται από κάποιο δημογραφικό τους χαρακτηριστικό στο να συμμετέχουν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα σχολής γονέων συγκριτικά με τους μη συμμετέχοντες. Επίσης, ενισχύει την άποψη των White

και Wellington ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων δεν προβλέπουν την πρόθεση για συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων.³³

Από τα αποτελέσματα της FACES III συμπεραίνεται ότι, συμμετέχουσες μητέρες και μη, εμφανίζουν ψυσιολογικές βαθμολογίες και δεν διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους, ενώ οι μητέρες και των δύο ομάδων εκφράζουν έναν πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποίησης από τη λειτουργικότητα της οικογένειάς τους. Και οι δύο ομάδες κατά μεγάλο ποσοστό ανήκουν στη «λειτουργική» κατηγορία της δομημένης οικογένειας ως προς την προσαρμοστικότητα, στη «λειτουργική» κατηγορία της συνδεδεμένης οικογένειας ως προς τη συνοχή και στη «λειτουργική» κατηγορία του μέσου γενικού τύπου οικογένειας, τόσο κατά την Α' όσο και κατά τη Β' Φάση. Δυστυχώς στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών με δείγμα μητέρες του γενικού πληθυσμού που να απάντησαν στη FACES III, ώστε να συγκριθούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Πίνακας 6. Σύγκριση με βάση τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ (Mann-Whitney Test).

Σύνδρομο	Πριν		z	p	Μετά		z	p
	Ελέγχου (n=120)	Πειραματική (n=60)			Ελέγχου (n=66)	Πειραματική (n=48)		
	Mdn Min-Max	Mdn Min-Max			Mdn Min-Max	Mdn Min-Max		
<i>Ενδο-προσωπική προσαρμογή</i>								
Άγχος-Δυσθυμία	5 (0-43)	6 (0-36)	-1,605	0,108 ^{ns}	4 (0-40)	4,5 (0-26)	-0,124	0,901 ^{ns}
Μοναχικότητα- Βραδυψυχισμός	1 (0-20)	2 (0-14)	-2,470	0,014 ^a	1 (0-24)	1 (0-8)	-0,425	0,671 ^{ns}
Ψυχικές διαταραχές	1 (0-22)	2 (0-16)	-1,250	0,211 ^{ns}	1 (0-22)	1 (0-10)	-0,747	0,455 ^{ns}
<i>Δια-προσωπική προσαρμογή</i>								
Επιθετικότητα	4 (0-30)	5 (0-40)	-1,851	0,064 ^β	3 (0-30)	4 (0-28)	-0,833	0,405 ^{ns}
Παραβατικότητα	2 (0-40)	3 (0-39)	-1,837	0,066 ^β	1 (0-40)	1 (0-20)	-0,842	0,400 ^{ns}
Αταξιόμητα συμπτώματα	1 (0-20)	2 (0-15)	-1,649	0,099 ^{ns}	1 (0-23)	1 (0-11)	-0,723	0,469 ^{ns}

^ap<0,05, ^βΤάση για στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%

Από τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ συμπεραίνεται ότι, ενώ τα παιδιά των συμμετεχουσών ξεκινούν πριν την έναρξη του προγράμματος από σημαντικά μειονεκτικότερη θέση σε σύγκριση με τα παιδιά των μη συμμετεχουσών, μετά τη λήξη του προγράμματος, βελτιώνουν σημαντικά την ενόχληση από συμπτώματα που σχετίζονται με κοινωνική απόσυρση, επιφυλακτικότητα, ντροπαλότητα και αποφυγή αλληλεπίδρασης με τον γύρω κόσμο, ενώ παράλληλα μειώνουν συμπεριφορές που περιέχουν στοιχεία παραβατικότητας και επιθετικότητας. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι, το πρόγραμμα της παρούσας μελέτης επιδρά θετικά και μειώνει σημαντικά, συμπτώματα και συμπεριφορές που παρεμποδίζουν τα παιδιά να ζουν αρμονικά με τον εαυτό τους και τους άλλους, σε σύγκριση με τα παιδιά των γονέων που δεν συμμετέχουν στις σχολές γονέων. Επιπροσθέτως, στρατηγικές και τεχνικές που υπογραμμίζονται ως αποδοτικές από τις έως τώρα μελέτες,^{21,34,35} και που εμπεριέχονται στη δομή του προγράμματος της παρούσας μελέτης, όπως η ενίσχυση της αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού και των δεξιοτήτων συναισθηματικής επικοινωνίας, η διδασκαλία των γονέων στη χρήση της τεχνικής του time-out, της αδιαφορίας και της ενίσχυσης της θετικής συμπεριφοράς, η ενίσχυση της σταθερότητας στη συμπεριφορά των γονέων και η εξάσκηση των γονέων στο σπίτι²¹ και γε-

νικότερα όλες οι συμπεριφορικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ώστε να διδάξουν στους συμμετέχοντες γονείς συγκεκριμένες γονεϊκές δεξιότητες,³⁴ καθώς και ο συνδυασμός συναισθηματικών και συμπεριφορικών στρατηγικών,³⁵ φαίνεται ότι αποδίδουν στη βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών. Τέλος, τα ευρήματα του ΕΔΕΠ, συμφωνούν με τα ευρήματα, των προαναφερθεισών στην εισαγωγή, ερευνών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων.^{12-21,23-25}

Τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις,^{35,36} ιδιαίτερα για την προαγωγή και πρόληψη της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων και θα πρέπει να εφαρμόζονται από τα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών και των εφήβων ηλικίας 0 έως 19 ετών.³⁷ Όμως, παρόλο που όλοι οι γονείς μπορούν να ωφεληθούν από τα προγράμματα αυτά τα περισσότερα προγράμματα προσφέρονται σε οικογένειες υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου.³⁸

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης, θα μπορούσε να συνεισφέρει στην πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς, στη σταθερότητα του οικογενειακού συστήματος και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και να ενισχύσει τη διεξαγωγή περαιτέρω μελετών στον τομέα αυτόν.

A study of the effectiveness of a group-based cognitive-behavioral parent training program

L. Konstadinidis,¹ P. Goga,² G. Simos,³ V. Mavreas¹

¹ School of Medicine, University of Ioannina, Ioannina,

² Association for Mental Health and Social Rehabilitation (EPSIKA), Thessaloniki,

³ Department of Educational and Social Policy, University of Macedonia, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2012, 23:221–230

The role of the family in the development of the child as well as the quality of the parent-child relationship and its effect in the social, mental and cognitive development of the child has been the focus of attention of many sciences and scientists and it has been discovered that many parents are not well prepared to do their best for their children. The parent training programmes are willing to partly give a solution to this with their preventive role. In recent years, the effectiveness of the parent training programmes, which are offered to “high risk” parents, has been the focus of a big amount of research, meta-analyses and reviews. A smaller amount concerns the effectiveness of the universal programmes which are offered to the parents of the general population. The effectiveness of a ten-meeting structured group parent training programme of cognitive-behavioral approach, which had been offered to mothers of the general population, was researched in the present study. It aimed to research the effectiveness of the specific programme in the children’s behavior and the subjective perception of the functionality of the family of the mothers who chose to participate in and completed the programme (n=56, experimental group/participants), compared to those who chose not to (n=113, control group/non participants). The mothers of the two groups were mothers with children aged between 2 and 12 and filled in the Family Adaptation and Cohesion Scales, FACES-III and the Questionnaire of Inter-personal and Cross-personal Adaptation, before (Phases A) and after (Phases B) the programme. The two groups were fully matched and did not present any significant difference regarding their demographic characteristics. During both Phases A and B of the training programme participants and non-participants expressed a high degree of satisfaction by the functionality of their family and did not differentiate significantly in the evaluation of the existent family cohesion and adaptability, the type of the family based on the cohesion and adaptability and the general type of family based on the functionality. In addition, while the children of the participants were, before the start of the programme, in a significantly disadvantaged position compared to the children of the non-participants, after the end of the programme, they were significantly improved, decreasing the negative symptoms and behaviors. This particular parent training programme of cognitive-behavioral approach, as well as other programmes which belong to the same theoretical direction, could contribute to the prevention of the behavior problems and the promotion of the mental health..

Key words: Cognitive-behavioral, parent training, parent schools, behavioral problems, cohesion, adaptability.

Βιβλιογραφία

1. Scott S. Intensive interventions to improve parenting. *Arch Dis Childhood* 1998, 79:90–93
2. McGroder SM, Hyra A. *Developmental and economic effects of parenting programs for expectant parents and parents of preschool-age children*. Issue Pap. No. 10. Partnership for America’s Economic Success, Pew Charitable Trusts, Washington DC, 2009
3. O’Connor TG, Scott SBC. *Parenting and outcomes for children*. Joseph Rowntree Foundation, New York, 2007
4. Hoghugh M, Long N. *Handbook of parenting: Theory, research and practice*. Sage, London, 2004
5. Licence K. Supporting parenting: the evidence. In: Chambers R, Licence K (eds) *Looking after children in primary care: A companion to the Children’s National Service Framework*. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2005:51–64
6. Harris JR. The outcome of parenting: What do we really know? *J Personal* 2000, 68:625–637

7. Herbert M. Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας: Πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερομένους, τόμος Β'. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1993
 8. Hutchings J, Webster Stratton C. Community based support for parents. In: Houghugh M, Long N (eds) *Handbook of parenting*. Sage, London, 2004:334–351
 9. Χουρδάκη Μ. Σχολές Γονέων. Σειρά γνώσεων: Επιστήμη & Ζωή, Τόμος ΙΖ'. Χατζηϊακώβου ΑΕ, Θεσσαλονίκη, 1976:107–109
 10. Gibbs J, Underdown A, Stevens M et al. Evidence nugget: Group-based parenting programmes can reduce behaviour problems of children aged 3–12 years. What Works for Children group, Evidence nugget, 2003
 11. Zepeda M, Varela F, Morales A. Promoting positive parenting practices through parenting education. In: Halfon N, Rice T, Inkelas M (eds) *Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series*, No. 13. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy, Center for Healthier Children, Families and Communities, Los Angeles, 2004
 12. Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0–3 year old children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, Issue 2
 13. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M et al. *Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, Issue 3
 14. Lindsay G, Davies H, Band S et al. Parenting early intervention pathfinder evaluation. Research Report DCSF-RW054. Department for Children, Schools and Families, London, 2008
 15. Gardner F, Burton J, Klimes I. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, 47:1123–1132
 16. Stewart-Brown S, Patterson J, Mockford C et al. Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Arch Dis Childhood* 2004, 89:519–525
 17. Webster-Stratton C. Advancing videotape parent training: A comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1994, 62:583–593
 18. Barlow J. *Systematic review of the effectiveness of parent-training programmes in improving behaviour problems in children aged 3–10 years: A review of the literature on parent-training programmes and child behaviour outcome measures*. 2nd edition. Health Services Research Unit, Department of Public Health, University of Oxford, Oxford, 1997
 19. Tully L. *Early intervention strategies for children and young people aged 8 to 14 years*. Centre for Parenting and Research. NSW Department of Community Services, Sydney, 2007
 20. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH et al. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol* 2008, 36:567–589
 21. Dimond C, Hyde C. *Parent education programmes for children's behaviour problems, medium to long term effectiveness*. West Midlands Development and Evaluation Service, Birmingham, 1999
 22. Gardner F, Lane E, Hutchings J. Three to seven years: Risk and protective factors; effective interventions. In: Sutton C, Utting D, Farrington D (eds) *Support from the start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and antisocial behaviour*. Research Report 524. Department for Education and Skills, London, 2004:43–55
 23. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy* 1996, 27:171–186
 24. Scott S, Spender Q, Doolan M et al. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *Br Med J* 2001, 323:194–198
 25. Patterson J, Barlow J, Mockford C et al. Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Arch Dis Childhood* 2002, 87:472–477
 26. Olson DH, Portner J, Lavee Y. *FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluating Scale*. University of Minnesota, Department of Family Social Science, Twin Cities, 1985.
 27. Olson D. Circumplex Model of marital, family systems. *J Fam Ther* 2000, 22:144–167
 28. Παπάδη Μ. *Η οικογένεια του εξαρτημένου. Συμβίωση ή υποστήριξη; Ο ρόλος της στην έκβαση της θεραπείας του εξαρτημένου*. Διδακτορική διατριβή. Τμήμα ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2006
 29. Παπαγεωργίου ΒΑ. Εφηβική παραπτωματοκτικότητα και λειτουργικότητα της οικογένειας. *Τετρ Ψυχιατρ* 2003, 82:57–63
 30. Μπίμπου Ι, Στογιαννίδου Α, Κιοσέογλου Γ. Σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας της οικογένειας, ψυχικής υγείας μητέρων και εκτίμησης δυνατοτήτων και δυσκολιών παιδιών σχολικής ηλικίας από γονείς και εκπαιδευτικούς. *Παιδί Έφηβ Ψυχ Υγεία Ψυχοπαθολ* 2000, 2:48–68
 31. Παρασκευόπουλος ΙΝ, Γιαννίτσας ΝΔ. *Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ): Οδηγίες συμπλήρωσης και αξιολόγησης*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
 32. Κωνσταντινίδης Α, Γκόγκα Γ, Μαυρέας Β. Σχολές γονέων γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης. *Παιδί Έφηβ Ψυχ Υγεία Ψυχοπαθολ* 2008, 10:78–96
 33. White KM, Wellington L. Predicting Participation in Group Parenting Education in an Australian Sample: The Role of Attitudes, Norms, and Control Factors. *J Prim Prevent* 2009, 30:173–189
 34. Hutchings J, Lane E. Reaching those who need it most. *Psychologist* 2006, 9:480–483
 35. Barlow J, Stewart-Brown S. Understanding parenting programmes: parents' views. *Prim Hlth Care Res Developm* 2001, 2:117–130
 36. Mikton A, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Hlth Organiz* 2009, 87:353–361
 37. Tennant R, Goens C, Barlow J et al. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *J Publ Mental Hlth* 2007, 6:25–32
 38. Zepeda M, Morales A. Supporting parents through parent education. In: Halfan N, Shulman E, Hochstein M (eds) *Building community systems for young children*. UCLA Center for Healthier Children, Families & Communities, Los Angeles, 2001
- Αλληλογραφία: Α. Κωνσταντινίδης, Ψυχολόγος, MSc, PhD, Τσιμισκή 89, 546 22 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: (+30) 2310 283 462, 6944 686 855
e-mail: leftkon@otenet.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Τι μπορεί να είναι τα qualia; Οι απόψεις των μονιστών

Μ. Λειβαδίτης

Τμήμα Ιατρικής, Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Θράκη

Ψυχιατρική 2012, 23:231–244

Οι φαινόμενες ιδιότητες, οι οποίες ονομάζονται και qualia (δηλαδή, οι ποιότητες των ανθρώπινων εμπειριών π.χ. η αίσθηση του κόκκινου ή του αλμυρού ή του πόνου, καθεαυτές) δημιουργούν ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα για τη φιλοσοφία. Υποστηρίζεται ότι οι φαινόμενες ιδιότητες διαφέρουν ριζικά από τις φυσικές: Είναι αποκλειστικά ενύπαρκτες (η ιδιαιτερότητά τους περιορίζεται εντός των ορίων της ύπαρξής τους), εξαρτώνται από τη νόηση, είναι προσιτές μόνο στην ενδοσκοπική, ιδιωτική, επίγνωση και είναι αδιαμφισβήτητες υπό την έννοια ότι η εμπειρία ενός quale ταυτίζεται με την ύπαρξή του. Αντίθετα, οι φυσικές ιδιότητες είναι διαθετικές (η ιδιαιτερότητά τους προσδιορίζεται από τις αιτιώδεις συνέπειές της), υπάρχουν ανεξάρτητα από τη νόηση, είναι προσιτές στη δημόσια παρατήρηση και υπόκεινται σε επαλήθευση ή διάψευση. Ο τομέας της φιλοσοφίας που ονομάζεται φιλοσοφία του νου ασχολείται συστηματικά με τα qualia. Στο παρόν κείμενο παρουσιάζονται και συζητούνται μερικές από τις κυριότερες μονιστικές φιλοσοφικές απόψεις γύρω από αυτό το θέμα. Οι μονιστικές απόψεις έχουν ως βασικό κοινό χαρακτηριστικό ότι (σε αντιπαράθεση προς τον δυισμό) πρεσβεύουν ότι στον κόσμο μας δεν είναι δυνατόν να υπάρχουν δύο ριζικά διαφορετικές μεταξύ τους θεμελιώδεις κατηγορίες οντοτήτων. Συνεπώς, είτε υπάρχουν μόνο οι φυσικές ιδιότητες είτε υπάρχουν μόνο οι φαινόμενες ιδιότητες. Οι μονιστικές θεωρίες που υποστηρίζουν ότι οι ιδιότητες που υπάρχουν στον κόσμο μας είναι ή ανάγονται σε φυσικές ιδιότητες ονομάζονται φυσικαλισμός (ή κατά παλαιότερη ορολογία υλισμός). Οι μονιστικές θεωρίες που υποστηρίζουν ότι όλες οι ιδιότητες που υπάρχουν στον κόσμο μας είναι ή ανάγονται σε φαινόμενες ιδιότητες ονομάζονται φαινομεναλισμός. Τα κυριότερα επιχειρήματα υπέρ του φυσικαλισμού είναι η επιστημονική αρχή της αιτιώδους κλειστότητας του σύμπαντος (κάθε συμβάν έχει ως αιτία ένα άλλο φυσικό συμβάν), καθώς και η εξάρτηση κάθε καλά μελετημένου νοητικού φαινομένου από φυσικά φαινόμενα, όπως η λειτουργία του νευρικού συστήματος. Εναντίον του φυσικαλισμού προβάλλονται νοητικά πειράματα (π.χ. πειράματα που αφορούν σε φιλοσοφικά ζόμπι) που τείνουν να καταδείξουν ότι τα qualia δεν είναι αναγώγιμα σε φυσικές ιδιότητες. Κυριότερες εκδοχές του φυσικαλισμού είναι ο ελιμινατιβισμός, οι θεωρίες της ταυτότητας, ο λειτουργισμός (συναρτησιοκρατία), η αναπαραστασιοκρατία. Το κυριότερο επιχειρήμα υπέρ του φαινομεναλισμού είναι ότι όλες οι φυσι-

κές ιδιότητες και οι φυσικές γνώσεις, επίσης, ανάγονται σε και προέρχονται από εμπειρίες. Εναντίον του φαινομεναλισμού προβάλλεται η ένσταση ότι ο κόσμος μας περιέχει φυσικές χωροχρονικές περιοχές, οι οποίες είναι απρόσιτες στην εμπειρία (π.χ. ο μικρόκοσμος της ατομικής φυσικής, ο κόσμος πριν υπάρξουν σε αυτόν νοήμονα όντα). Όμως, ορισμένοι φαινομεναλιστές απαντούν ότι οι φαινόμενες ιδιότητες διακρίνονται σε πραγματικές (βιωμένες εμπειρίες) και σε δυνητικά πραγματικές (τι θα αντιλαμβανόταν κανείς αν μπορούσε να παρατηρήσει την τάδε ή τη δείνα περιοχή του χωροχρόνου). Σύμφωνα με μια τρίτη, αγνωστικιστική άποψη, η οποία ονομάζεται μυστηριανισμός, ο ανθρώπινος νους δεν έχει την ικανότητα να γεφυρώσει το εξηγητικό χάσμα ανάμεσα στις φυσικές και στις φαινόμενες ιδιότητες. Πολλοί αντίπαλοι του μυστηριανισμού επικαλούνται την ιστορικά τεκμηριωμένη δυνατότητα του ανθρώπινου νου να εξιχνιάζει με την επιστημονική γνώση και με τον φυσικό φιλοσοφικό στοχασμό πολλά δυσεπίλυτα προβλήματα του κόσμου μας.

Λέξεις ευρητηρίου: Qualia, μονισμός, δυισμός, φυσικαλισμός, φαινομεναλισμός, μυστηριανισμός, ελιμινατιβισμός.

Εισαγωγή

Η δημιουργία εμπειριών είναι ένα από τα γνωρίσματα της ανθρώπινης νόησης. Αυτές, όπως τουλάχιστον δείχνει η ενδοσκόπηση, αποτελούνται από επαναλαμβανόμενες, στο πλαίσιο της συνειδησιακής ροής, βιωματικές (*experiential*) ποιότητες όπως π.χ. η αίσθηση πόνου, η οπτική εικόνα που αντιστοιχεί στο ερυθρό ή στο πράσινο χρώμα, ο ήχος μιας μελωδίας, η γεύση της αλμυρότητας ή/και η απρόσιτη στον άνθρωπο αίσθηση η οποία δημιουργείται σε μια νυχτερίδα όταν αντιλαμβάνεται στο περιβάλλον της υπερήχους.¹ Οι εμπειρικές ποιότητες στη φιλοσοφική ορολογία αποκαλούνται *φαινόμενες ιδιότητες* (*phenomenal properties*) ή *qualia* (ενικός: *quale*). Ο τελευταίος αυτός όρος αδρά σημαίνει *το πώς είναι καθαυτή* μια εμπειρία.

Τα *qualia* είναι ιδιόμορφα και μάλλον μυστηριώδη, από οντολογικής απόψεως, αντικείμενα. Με βάση τη συνήθη αντίληψη του μέσου ανθρώπου γι' αυτά, κύρια χαρακτηριστικά τους θεωρούνται τα εξής: (α) Είναι *εγγενή* (*intrinsic*), δηλαδή η ιδιαιτερότητα της υπόστασης κάθε *quale* περιορίζεται αποκλειστικά μέσα στο πλαίσιο της ύπαρξής του (π.χ. η ποιότητα της αίσθησης του πράσινου υπάρχει μόνο μέσα στο πλαίσιο κάθε εμπειρίας αυτού του χρώματος). (β) Είναι εξαρτημένα από τη νόηση, *μη φυσικά αντικείμενα*. (γ) Είναι *άμεσα* προσιτά στην *ιδιωτική* μόνο *επίγνωση*. Εξαιτίας του άμεσου χαρακτήρα της επίγνωσης τους, είναι *αδιάψευστα* π.χ. αν κάποιος νιώθει έναν πόνο, δεν είναι δυνατόν, να μην υπάρχει αυτός ο πόνος. Εξαιτίας του ιδιωτικού τους χαρακτήρα τα *qualia* δεν είναι *αναπαραστάσιμα*, υπό την έννοια ότι

δεν μπορεί κάποιος να παραστήσει σε έναν εκ γενετής τυφλό πώς είναι η αίσθηση την οποία δημιουργεί το πράσινο ή το ερυθρό χρώμα.²

Σύμφωνα με τον ανωτέρω κατάλογο γνωρισμάτων, τα *qualia* είναι ιδιότητες *ετερογενείς* ως προς τις φυσικές ιδιότητες. Αυτές οι τελευταίες (π.χ. η μάζα, το ηλεκτρικό φορτίο, η κίνηση) είναι πρωτίστως *διαθετικές* (*dispositional*, δηλαδή προσδιορίζονται από τις αιτιώδεις επιδράσεις που ασκούν και όχι από τα ενύπαρκα χαρακτηριστικά τους), *είναι ανεξάρτητες από τη νόηση*, προσφέρονται στη *δημόσια* παρατήρηση και *επίγνωση*, υπόκεινται σε *διάψευση* (δηλαδή οι προτάσεις που αναφέρονται σε αυτές μπορεί να είναι αληθείς ή ψευδείς).

Ο ανωτέρω προσδιορισμός των γνωρισμάτων των *qualia* είναι φιλοσοφικά δεσμευτικός. Όποιος εκκινεί από έναν τέτοιο προσδιορισμό οφείλει είτε να απορρίψει εντελώς την παρουσία των *qualia* στον κόσμο μας, είτε να απορρίψει τον φυσικαλισμό, δηλαδή τη θεωρία ότι στον κόσμο μας υπάρχουν μόνο φυσικές οντότητες. Για τον λόγο αυτόν είναι προτιμότερος ένας (όσο το δυνατόν) λιγότερο περιοριστικός αρχικός ορισμός των *qualia*, όπως π.χ. ο ακόλουθος: Σε όλες τις γλώσσες υπάρχουν λέξεις που αναφέρονται σε εκφάνσεις της επίγνωσης του κόσμου από τον άνθρωπο (π.χ. στην ελληνική γλώσσα οι λέξεις «χαρά», «πόνος», «ερυθρότητα», «αλμυρό» κ.ο.κ.). *Qualia* είναι τα αντικείμενα (ασχέτως του αν είναι πραγματικά ή μη πραγματικά, φυσικά ή μη φυσικά), στα οποία αναφέρονται λέξεις, όπως οι ανωτέρω.

Τα *qualia*, όπως και αν προσδιοριστούν, δημιουργούν δυσεπίλυτα οντολογικά προβλήματα τα οποία απασχολούν την ανθρώπινη σκέψη επί χιλιετίες.

Υπάρχουν πράγματι αντικείμενα με (κάποια από) τα γνωρίσματα που αποδίδονται στα qualia; Πώς συνδέονται αυτά με τα υπόλοιπα αντικείμενα που υπάρχουν στον κόσμο μας; Αν (όπως οι περισσότεροι συμφωνούν) τα qualia είναι ιδιότητες, ποια αντικείμενα είναι φορείς αυτών των ιδιοτήτων (δηλαδή, κατά τη φιλοσοφική ορολογία, *εκπαραδειγματοποιούν* –exemplify– π.χ. την ερυθρότητα ή τον πόνο ή τη δίψα κ.ο.κ.); Το παρόν κείμενο ανασκόπησης φιλοδοξεί να παρουσιάσει συνοπτικά μία κατηγορία απόψεων, διαφορετικών μεταξύ τους, που έχουν διατυπωθεί (ιδίως κατά τον 20ό αιώνα, στο πλαίσιο του φιλοσοφικού κλάδου που ονομάζεται *φιλοσοφία του νου* – philosophy of mind) σχετικά με αυτό το ζήτημα καθώς και ορισμένα από τα επιχειρήματα υπέρ ή κατά αυτών των απόψεων. Συγκεκριμένα παρουσιάζονται οι *μονιστικές* απόψεις (βλ. κατωτέρω) που εδράζονται στη θέση ότι δεν είναι λογικά ανεκτό να υπάρχουν στον ίδιο κόσμο (συνεπώς, να συνδέονται κάπως μεταξύ τους) ανόμοια μεταξύ τους αντικείμενα.

Μονιστικές και διστιτικές προσεγγίσεις

Ο κόσμος μας μπορεί να αποτελείται από *φυσικά* και από *μη φυσικά* αντικείμενα. Στην πρώτη κατηγορία υπάγονται αυτά με τα οποία ασχολούνται (ή μπορεί να ασχοληθούν, όταν τα ανακαλύψουν) οι φυσικές επιστήμες. Στην ίδια κατηγορία, σύμφωνα με αρκετούς στοχαστές, υπάγονται σε τελική ανάλυση και όσα αντικείμενα είναι *αναγώγιμα* (reducible) στα προηγούμενα. Σε αυτό το κείμενο ο όρος *αναγωγή* (reduction) ερμηνεύεται ως εξής: Ένα αντικείμενο ανάγεται σε ένα άλλο θεμελιωδέστερο αν η παρουσία και οι συνέπειες της παρουσίας του πρώτου *εξηγούνται πλήρως* από την παρουσία και τις συνέπειες της παρουσίας του δευτέρου. Αναγώγιμα σε φυσικά (επομένως, υπό την ευρεία έννοια, φυσικά) θεωρούνται από τους αναγωγιστές πολλά από τα αντικείμενα με τα οποία ασχολούνται οι επιστήμες του ανθρώπου π.χ. η κοινωνιολογία, η γλωσσολογία, οι νομικές επιστήμες, η ψυχολογία. Για παράδειγμα, μια σκέψη ή τα qualia που απαρτίζουν ένα όνειρο, μια πράξη συλλογικής πολιτικής διαμαρτυρίας, μια νομική ρύθμιση μπορεί να είναι πλήρως αναγώγιμες σε περίπλοκους συνδυασμούς κινήσεων και διευθετήσεων φυσικών σωμάτων και σωματιδίων.

Στα μη φυσικά αντικείμενα υπάγονται: (α) Σύνθετες ψυχονητικές οντότητες, όπως ο Θεός, τα πνεύματα,

οι ψυχές των ανθρώπων σύμφωνα με την καρτεσιανή αντίληψη γι' αυτές. Για τις οντότητες αυτές και για τις διαφωνίες περί το αν είναι ή όχι πραγματικές δεν γίνεται περαιτέρω λόγος σε αυτό το κείμενο το οποίο, όπως αναφέρθηκε, επικεντρώνεται στα qualia. (β) Σύμφωνα με αρκετούς στοχαστές, οι φαινόμενες ιδιότητες, δηλαδή τα qualia.

Με βάση την ανωτέρω διάκριση (φυσικά–μη φυσικά αντικείμενα) οι μεταφυσικές απόψεις για τον κόσμο μας διακρίνονται σε *μονιστικές* και *διστιτικές*. Όσες μονιστικές προσεγγίσεις αποδέχονται ότι στον κόσμο μας υπάρχουν μόνο φυσικά αντικείμενα αποκαλούνται *φυσικαλισμός* (physicalism) ή κατά παλαιότερη ορολογία, με παραπλήσιο νόημα, *υλισμός* (materialism). Οι μονιστικές θεωρίες που υποστηρίζουν ότι στον κόσμο μας υπάρχουν μόνο *qualia* (επομένως, ότι τα φυσικά αντικείμενα δεν είναι πραγματικά) αποκαλούνται *φαινομεναλισμός* (phenomenalism). Οι διστιτικές απόψεις υποστηρίζουν ότι στον κόσμο μας υπάρχουν και φυσικά και μη φυσικά αντικείμενα που αποκαλούνται qualia. Όπως αναφέρθηκε ήδη, το παρόν κείμενο ασχολείται κυρίως με τις μονιστικές θεωρίες.

Η εξάρτηση των qualia από φυσικές καταστάσεις

Όλες σχεδόν οι φυσικαλιστικές θεωρίες (εξαιρέση: οι ελιμινατιβιστικές – βλ. κατωτέρω) καθώς και αρκετές διστιτικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι τα qualia *εξαρτώνται* οντολογικά από φυσικές διαδικασίες, ιδιότητες ή καταστάσεις (στο κείμενο που ακολουθεί, χάρην συντομίας, γίνεται λόγος μόνο για φυσικές ιδιότητες). Πρόκειται, κατά βάση τουλάχιστον, για ιδιότητες του λειτουργούντος εγκεφάλου των ανθρώπων ή (πιθανώς) και άλλων ζωικών ειδών.

Η ύπαρξη της ανωτέρω σχέσης εξάρτησης τεκμηριώνεται από δεδομένα της εμπειρικής παρατήρησης και της επιστημονικής έρευνας: (α) Σύμφωνα με μια ευρέως αποδεκτή επιστημονική αρχή η οποία αποκαλείται *αιτιώδης περίφραξη του σύμπαντος* (causal closure of the universe) κάθε συμβάν στον κόσμο μας έχει μια *επαρκή* για την πρόκλησή του *φυσική αιτία*.³ (β) Πολυάριθμα ευρήματα της νευροεπιστημονικής έρευνας καταδεικνύουν ότι το περιεχόμενο της συνειδησιακής ροής *συσχετίζεται και συμμεταβάλλεται συστηματικά* με τη λειτουργία του εγκεφάλου. Για παράδειγμα, η διέγερση ή η βλάβη συγκεκριμένων

νευρωνικών κέντρων ή οδών προκαλούν αντίστοιχα την εμφάνιση συγκεκριμένων μορφών εμπειρίας ή ανάλογων και ειδικών προς τη βλάβη αντιληπτικών και άλλων ελλειμμάτων.

Στο πλαίσιο της αναλυτικής φιλοσοφίας η σχέση εξάρτησης των qualia από τις φυσικές ιδιότητες, χαρακτηρίζεται και ως σχέση επιγένεσης (supervenience).⁴ Υπάρχουν οι εξής κύριες εκδοχές επιγένεσης-εξάρτησης. Κάτι εξαρτάται από κάτι άλλο και επιγίνεται επί αυτού, αν διαζευκτικά: (α) Είναι, λογικά ή μεταφυσικά, αναγκαίο επακόλουθό του (δηλαδή υπάρχει κατά λογική ή μεταφυσική αναγκαιότητα, όποτε υπάρχει το δεύτερο). Για παράδειγμα, είναι λογικά αναγκαίο το ότι το 3 είναι μεγαλύτερο του 2 και μεταφυσικά αναγκαίο (μη υποκείμενο σε περαιτέρω ανάλυση) το ότι τα σώματα με μάζα ασκούν αμοιβαία βαρυτικές δυνάμεις. (β) Είναι νομολογικά επακόλουθό του (δηλαδή, κάποιος αιτιώδης νόμος που ισχύει στον κόσμο μας συνδέει αιτιωδώς το μεν με το δε).

Αν τα qualia επιγίνονται των φυσικών ιδιοτήτων, κατά την πρώτη από τις ανωτέρω εκδοχές, αν π.χ. συνιστούν λογικά αναγκαία συνέπεια ορισμένων καταστάσεων του εγκεφάλου, τότε υφίσταται μεταξύ τους σχέση αναγωγής και ο κόσμος μας είναι τελεσιδικα φυσικαλιστικός. Αν όμως ισχύει η δεύτερη εκδοχή επιγένεσης, ο κόσμος μας μπορεί να είναι δυιστικός. Για παράδειγμα, ένας δυιστής μπορεί να πρεσβεύει ότι ψυχοφυσικοί νόμοι οδηγούν στην *ανάδυση* (emergence) νέων, εξαρτημένων μεν από φυσικές ιδιότητες, εντούτοις οντολογικά αυτοτελών, μη φυσικών, ψυχονοητικών αντικειμένων και ιδιοτήτων, όπως τα qualia.⁵

Οι δυιστές (ακόμα και όσοι από αυτούς πρεσβεύουν κάποια σχέση νομολογικής επιγένεσης) ενίστανται εναντίον της αναγωγής των qualia σε φυσικές καταστάσεις. Οι ενστάσεις τους εδράζονται κυρίως στο ότι, όπως *ενδοσκοπικά* τεκμηριώνεται, ακόμα και αν τα qualia εξαρτώνται αιτιωδώς από φυσικές ιδιότητες, αυτά συνιστούν αυτοτελείς ποιότητες των οποίων η υπόσταση δεν μπορεί να απορροφηθεί από τις θεωρούμενες ως υποκείμενες αυτών φυσικές καταστάσεις. Περαιτέρω, προς επίρρωση της αντιαναγωγικής θέσης τους, επικαλούνται κάποια *νοητικά πειράματα* τα οποία παρουσιάζονται στα επόμενα δύο κεφάλαια μαζί με μερικά από τα επιχειρήματα και αντεπιχειρήματα που αναπτύχθηκαν σχετικά με αυτά τα πειράματα.

Φιλοσοφικά ζόμπι και ανεστραμμένα χρωματικά φάσματα

Αν μια δήλωση δεν είναι λογικά αντιφατική, τότε είναι δυνατόν (*possibly*) αληθής, δηλαδή δεν είναι, πέραν πάσης αμφισβήτησης, ψευδής. Για παράδειγμα η δήλωση «υπάρχουν νοήμονα όντα με 100 χέρια» δεν περιέχει κάποια λογική αντίφαση: Επομένως, ακόμα και αν, όπως όλα όσα γνωρίζουμε δείχνουν, στη γη δεν υπήρξαν εκατόχειρες, μπορεί αυτοί να υπάρχουν σε άλλους γαλαξίες ή σε άλλους δυνατούς κόσμους (*possible worlds*).

Το ίδιο ισχύει και για τα φιλοσοφικά ζόμπι⁶ (νοήμονα όντα που δεν βιώνουν εμπειρίες) ή για ανθρώπους με *ανεστραμμένο φάσμα χρωματικής αντίληψης*,⁷ που βλέπουν κόκκινο (ή κίτρινο) ό,τι οι συνήθεις άνθρωποι βλέπουν, αντίστοιχα, πράσινο (ή μπλε).

Δεν φαίνεται να ενέχει καμιά λογική αντίφαση η υπόθεση ότι (είναι πιθανόν να) υπάρχει, πέρα από τον δικό μας, ένας άλλος κόσμος *όμοιος* από φυσικής απόψεως, ακόμα και ως προς τις απειροελάχιστες λεπτομέρειες με τον δικό μας, ο οποίος κατοικείται από ζόμπι ή από άτομα με ανεστραμμένο φάσμα χρωματικής αντίληψης. Το φυσικό αντίγραφο καθενός πραγματικού ανθρώπου το οποίο ζει σε αυτόν τον λογικά δυνατό κόσμο είτε δεν βιώνει καμιά εμπειρία (αν είναι ζόμπι) είτε βιώνει μια πράσινη εμπειρία (αν έχει ανεστραμμένη αντίληψη χρωμάτων), όταν, υπό εντελώς όμοιες φυσικές περιστάσεις, το αντίγραφό του στον δικό μας κόσμο (π.χ. ο συγγραφέας ή ο αναγνώστης αυτού του κειμένου) κοιτάζει μια κόκκινη ντομάτα. Επομένως, καταλήγει το δυιστικό επιχειρήμα, η ίδια ακριβώς φυσική κατάσταση *δεν συνεπάγεται κατά λογική ή μεταφυσική αναγκαιότητα τα ίδια qualia*, συνεπώς τα qualia δεν είναι αναγωγίμα σε φυσικές καταστάσεις.

Ορισμένα φυσικαλιστικά αντεπιχειρήματα αμφισβητούν το ότι είναι (λογικά ή μεταφυσικά) δυνατόν να υπάρχουν τα αντικείμενα που περιγράφονται στα ανωτέρω νοητικά πειράματα (π.χ. ζόμπι, πιστά φυσικά αντίγραφα πραγματικών ανθρώπων).^{8,9} Μπορεί να λείπουν οι γνώσεις οι οποίες θα καθιστούσαν την ύπαρξή τους αντιφατική. Ομοίως, ένα ταξίδι, διάρκειας 10 ετών με διαστημόπλοιο, από τη Γη στην Ανδρομέδα δεν φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, λογικά αντιφατικό, αλλά είναι για όσους γνωρίζουν ότι σύμφωνα με την ειδική θεωρία της σχετικότητας, κανένα

αντικείμενο δεν είναι δυνατόν να κινηθεί με ταχύτητα μεγαλύτερη αυτής του φωτός.

Κατά τους φυσικαλιστές όποιος, για να τεκμηριώσει μια άποψή του, επικαλείται απρόσιτες στον εμπειρικό έλεγχο καταστάσεις, όπως ζόμπι και άτομα με ανεστραμμένα qualia που να είναι φυσικά αντίγραφα «κανονικών» ανθρώπων *φέρει το βάρος της πλήρους απόδειξης* ότι οι καταστάσεις αυτές είναι δυνατόν να υπάρχουν. Εφόσον δεν παρέχεται τέτοιου βαθμού απόδειξη, τα σχετικά επιχειρήματα έχουν κατά τους επικριτές τους περιορισμένη εγκυρότητα.

Το εκ της γνώσεως επιχειρήμα (knowledge argument)

Το αντιφυσικαλιστικό αυτό επιχειρήμα εδράζεται στον ακόλουθο συλλογισμό: Υπάρχουν γνώσεις για τον κόσμο μας τις οποίες οι φυσικές επιστήμες *είναι αδύνατον να ανακαλύψουν*. Άρα στον κόσμο μας υπάρχουν και μη φυσικά αντικείμενα. Η πρώτη από τις προτάσεις αυτού του συλλογισμού τεκμηριώνεται με το ακόλουθο νοητικό πείραμα.¹⁰

Η Μαίρη είναι μια επιστήμων η οποία έχει πλήρη φυσική γνώση για τα χρώματα (γνωρίζει όλα όσα η φυσική και οι νευροεπιστήμες μπορούν να ανακαλύψουν για τα χρώματα και τις επιδράσεις που αυτά ασκούν στα αισθητήρια όργανα, στον εγκέφαλο, στη συμπεριφορά). Εντούτοις, η Μαίρη ζει εκ γενετής μέσα σε ένα δωμάτιο κατάλληλα διαρρυθμισμένο, ώστε όλα μέσα σε αυτό να φαίνονται ασπρόμαυρα. Όταν βγαίνει για πρώτη φορά έξω από αυτό το δωμάτιο ανακαλύπτει το *πώς είναι* κάτι που είναι κόκκινο, πράσινο, κίτρινο κ.ο.κ. Δηλαδή, αποκτά μια *νέα γνώση*, την οποία αν και κάτοχος κάθε φυσικής γνώσης, δεν κατείχε. Συνεπώς, τα qualia τα οποία αφορούν σε χρώματα είναι μη φυσικά αντικείμενα.

Ορισμένα φυσικαλιστικά αντεπιχειρήματα αμφισβητούν το ότι η Μαίρη μπορούσε να έχει πλήρη φυσική γνώση των χρωμάτων πριν βγει από το δωμάτιό της.¹¹ Η φυσική γνώση ενός αντικειμένου δεν εξαντλείται σε ένα σύνολο προτάσεων (όσο πλήρες και αν είναι αυτό) αλλά περιλαμβάνει και τη γνώση που δημιουργείται από την *άμεση εμπειρική παρατήρηση*. Έξω από το δωμάτιο, οι αμφιβληστροειδείς και κατ'επέκταση ο εγκέφαλος της Μαίρης εκτέθηκαν σε καινοφανείς (π.χ. ηλεκτρομαγνητικές) επιδράσεις οι οποίες δημιούργησαν νέες νευρωνικές διασυνδέσεις

και νευρωνικές λειτουργικές μονάδες. Αυτή η νέα κατάσταση του εγκεφάλου της Μαίρης περιέχει μια νέα φυσική γνώση για τα χρώματα που υπάρχουν στον κόσμο.

Όσοι φυσικαλιστές έχουν μια πλέον περιοριστική αντίληψη για τη γνώση (π.χ. θεωρούν ότι αυτή αφορά μόνο σε γεγονότα –*facts*– άρα οι γνώσεις αντιστοιχούν μόνο σε προτάσεις) υποστηρίζουν ότι η Μαίρη, όταν είδε για πρώτη φορά τα χρώματα, δεν απέκτησε κάποια νέα γνώση αλλά μόνο *νέες δεξιότητες* (π.χ. τη δεξιότητα να διακρίνει αντιληπτικά ένα κόκκινο αντικείμενο, να φαντάζεται πράσινα αντικείμενα κ.ο.κ.).¹²

Ορισμένοι προβάλλουν μια ακόμα ριζικότερη αντίρρηση, η οποία ελαχιστοποιεί τις μεταβολές στις γνώσεις αλλά και στον εγκέφαλο της Μαίρης μετά την έξοδό της από το δωμάτιο. Υποστηρίζουν ότι αυτή, αν όντως είχε πλήρη φυσική γνώση των χρωμάτων, θα είχε φανταστεί το *πώς είναι* καθένα από αυτά, πριν τα παρατηρήσει άμεσα. Για παράδειγμα, όταν αντίκριζε για πρώτη φορά, έξω από το δωμάτιό της, μια ώριμη ντομάτα δεν θα εκπλησσόταν αλλά θα σκεφτόταν «να που τα κόκκινα αντικείμενα υπό φυσικό φως φαίνονται όπως ακριβώς νόμιζα».¹³

Εξαλειπτισμός (eliminativism)

Ο λατινογενής όρος “elimination” μπορεί να μεταφραστεί ως *εξάλειψη*. Η πλέον ακραιφνής από τις μονιστικές, φυσικαλιστικές προσεγγίσεις, ο ελιμινατιβισμός, πρεσβεύει ότι: (α) Στον κόσμο μας δεν υπάρχουν qualia, αν με αυτόν τον όρο εννοούμε κάποια αντικείμενα που είναι ενύπαρκτα, μη φυσικά, προϊόντα της νόησης, προσιτά στην άμεση ιδιωτική επίγνωση. (β) Οι περισσότερες, αν όχι όλες, οι έννοιες στις οποίες παραπέμπουν οι λέξεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν qualia (π.χ. οι λέξεις «πόνος», «χαρά», «ερυθρότητα», «άρωμα ρόδου» κ.ο.κ.) δεν αντιστοιχούν σε, ούτε ανάγονται σε, *πραγματικά* αντικείμενα.

Σύμφωνα με τους εξαλειπτιστές, τα περισσότερα τουλάχιστον από τα qualia αντιστοιχούν σε έννοιες *ψευδοεπιστημονικές* (όπως οι νεράιδες, τα πνεύματα, τα μαγνητικά ρευστά, η ζωική ορμή). Το ίδιο, κατά τους ελιμινατιβιστές, μπορεί να ισχύει και για πολλές άλλες έννοιες που χρησιμοποιεί η δημώδης (folk) αλλά και η επιστημονική ψυχολογία, όπως οι πεποιθή-

σεις (beliefs) ή οι επιθυμίες. Οι ανωτέρω *ψυχολογικές έννοιες* δημιουργήθηκαν και χρησιμοποιούνται χωρίς να έχουν υποστεί επαρκή επιστημονικό έλεγχο, αποτελούν δε μια πανάρχαια *εμπειρική θεωρία* για τον ανθρώπινο νου. Είναι πιθανόν ότι καθώς οι νευροεπιστήμες θα εξελισσονται, θα αποκαλυφθεί ότι πολλές από αυτές τις έννοιες δεν καταδεικνύουν πραγματικά αντικείμενα και έτσι αυτές θα εξαλειφθούν από το επιστημονικό λεξιλόγιο.¹⁴

Αρκετά εξαλειπτικά επιχειρήματα στρέφονται εναντίον του ενύπαρκτου χαρακτήρα των εμπειριών.^{15,16} Στηριζόμενοι στην ενδοσκόπηση, οι άνθρωποι πιστεύουν ότι ο πόνος εμπεριέχει ως εγγενές συστατικό την αίσθηση δυσφορίας. Εντούτοις, υπάρχει μια σπάνια κλινική κατάσταση η οποία ονομάζεται *ασυμβολία πόνου*. Το άτομο που βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση αναφέρει ότι πονά χωρίς να δυσφορεί. Επομένως, καταλήγει το επιχείρημα, ο πόνος δεν συνιστά μια ενύπαρκτη εμπειρική ποιότητα. Εναντίον αυτού του επιχειρήματος προβάλλεται το αντεπιχείρημα ότι η εμπειρία την οποία οι άνθρωποι υπό τις συνήθεις συνθήκες αποκαλούν πόνο μπορεί να είναι *εγγενώς σύνθετη*, δηλαδή να περιέχει αφενός την ποιότητα της δυσφορίας, αφετέρου άλλες περισσότερο δυσπερίγραπτες ποιότητες.

Ένα άλλο εξαλειπτικό επιχείρημα εδράζεται στη διάκριση ανάμεσα σε μια αντιληπτική εμπειρία και στην επίγνωση ή στην ανάμνησή της. Κάθε ενδόμυχη ανάμνηση μιας παρελθούσας αντιληπτικής εμπειρίας και/ή κάθε ρητή δήλωση σχετικά με μια παρούσα εμπειρία είναι το αποτέλεσμα μιας ιδιαίτερης νοητικής-εγκεφαλικής διαδικασίας η οποία είναι *διαφορετική* από την πρωταρχική διαδικασία που υποτίθεται ότι δημιούργησε την αντιληπτική εμπειρία. Επομένως, όταν κάποιος σκέπτεται ή δηλώνει «τώρα βιώθω πόνο» ή «πριν λίγο ένιωσα πόνο» μπορεί να σφάλει, χωρίς αυτό να είναι δυνατόν να ελεγχθεί αντικειμενικά. Συνεπώς, δεν υπάρχουν αδιαμφισβήτητες ψυχολογικές ποιότητες, αλλά μόνο πεποιθήσεις για *qualia* οι οποίες δεν είναι δυνατόν να επαληθευτούν ή να διαψευστούν.

Στα ανωτέρω οι δειστές ανταπαντούν ότι η *ενδοσκοπική πρόσβαση* του ατόμου στο «εδώ και τώρα» της συνειδησιακής του ροής συνιστά, ιδιότυπο μιν, όμως πολύ ισχυρό τεκμήριο ότι οι βιούμενες εμπειρίες όντως υπάρχουν. Επιπλέον, επισημαίνουν ότι οποιαδήποτε, ακόμα και η πλέον αυστηρή, αντι-

κειμενική επιστημονική τεκμηρίωση ενός γεγονότος στηρίζεται στην επίγνωση που δημιουργεί η ενδοσκόπηση. Για παράδειγμα, τα καταγραφόμενα και ανακινούμενα αποτελέσματα ενός πειράματος προέρχονται από το ότι ο ερευνητής, *είδε* την ένδειξη ενός οργάνου μέτρησης ή *άκουσε* την απάντηση ενός πειραματικού υποκειμένου κ.ο.κ. Από την άλλη πλευρά, οι εξαλειπτιστές επιμένουν ότι η *ενδοσκοπικά δημιουργούμενη βεβαιότητα* όσον αφορά στην ύπαρξη ενύπαρκτων *qualia* αποτελεί μια *αυθόρμητη, αυθαίρετη πεποίθηση* του μέσου ανθρώπου. Στο παρελθόν πολλά από όσα οι άνθρωποι θεωρούσαν προφανή (π.χ. το ότι η γη δεν κινείται, το ότι ο χώρος δεν έχει καμιά σχέση συνύφανσης με τον χρόνο), ανατράπηκαν. Τούτου δοθέντος, θα πρέπει να προτιμώνται οι φιλοσοφικές θεωρίες οι οποίες με τίμημα το ότι αντιτίθενται σε ό,τι θεωρείται προφανές, είναι απλές, συμβατές με τα επιστημονικά δεδομένα και αποφεύγουν τις πολλές αυθαίρετες μεταφυσικές προϋποθέσεις ή/και τις αντιφάσεις που κατά τους εξαλειπτιστές υπάρχουν στις δειστικές, αλλά ως έναν βαθμό και στις άλλες φυσικαλιστικές, προσεγγίσεις.

Οι θεωρίες της ταυτότητας (identity theories)

Όσοι φυσικαλιστές δεν είναι ελιμινατιβιστές, αποδέχονται ότι τα *qualia* είναι *πραγματικά* αντικείμενα (δηλαδή αποτελούν τμήματα του κόσμου μας), υποστηρίζουν, όμως, είτε ότι τα *qualia* *ανάγονται* σε φυσικά αντικείμενα είτε ότι όχι μόνο *ανάγονται* αλλά και *ταυτίζονται* με φυσικά αντικείμενα.^{17,18} Σύμφωνα με αυτήν την τελευταία εκδοχή, όπως οι γλωσσικοί όροι «ο πλανήτης Αφροδίτη», «ο Αυγερινός», «ο Αποσπερίτης» αναφέρονται στο *ίδιο* αντικείμενο (εν προκειμένω στο ίδιο ουράνιο σώμα), έτσι και όροι όπως «η εμπειρική ποιότητα (η αίσθηση) Α» και «η φυσική ιδιότητα (πρωτευόντως, η ιδιότητα του εγκεφάλου) επί της οποίας *επιγίγνεται* η αίσθηση Α» αναφέρονται στο *ίδιο* *πραγματικό* αντικείμενο το οποίο περιγράφουν με διαφορετικό τρόπο, η καθεμιά.

Κάθε θεωρία ταυτότητας είναι υποχρεωμένη να αποδείξει ότι δεν παραβιάζει μια ευρέως αποδεκτή φιλοσοφική αρχή η οποία ονομάζεται *νόμος του Leibniz*. Σύμφωνα με αυτή, δύο ή περισσότερα αντικείμενα έχουν *σχέση ταυτότητας* μεταξύ τους (δηλαδή είναι ένα και το αυτό αντικείμενο), μόνο αν καθένα από αυτά έχει όλες τις ιδιότητες που έχει καθένα

από τα άλλα. Κατωτέρω παρουσιάζονται οι κυριότερες από τις ενστάσεις που προβάλλονται με βάση το νόμο του Leibniz κατά της θεωρίας της ταυτότητας καθώς και ορισμένες από τις απαντήσεις που δίνονται σε αυτές τις ενστάσεις.¹⁹

Πρώτη ένσταση: Τα βιώματα έχουν γνωρίσματα (π.χ. είναι επώδυνα, πράσινα, αλμυρά) τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχουν φυσικά αντικείμενα όπως οι εν διεγέρσει νευρώνες του εγκεφάλου. Απάντηση: Τα βιώματα δεν εκπαρδειματοποιούν τα qualia που εμπεριέχονται σε αυτά. Για παράδειγμα, η εμπειρία της ερυθρότητας δεν είναι κόκκινη όπως είναι το αίμα, ούτε η εμπειρία της σφαιρικότητας σφαιρική όπως είναι η επιφάνεια μιας μπάλας.

Δεύτερη ένσταση: Το νόημα μιας δήλωσης με την οποία περιγράφεται μια ψυχική εμπειρία είναι εντελώς διαφορετικό από το νόημα μιας δήλωσης σχετικής με την κατάσταση ενός εγκεφάλου. Για παράδειγμα, όταν κάποιος λέει «πονάω» δεν αναφέρεται (ή τουλάχιστον δεν αναφέρεται αποκλειστικά) σε κάποια κατάσταση των νευρώνων του.

Απάντηση: Κρίσιμη εν προκειμένω είναι η *ανάλυση του νοήματος* δηλώσεων του τύπου «αισθάνομαι Α» (π.χ. «πονάω», «βλέπω κάτι πράσινο» κ.ο.κ.). Πολλοί στοχαστές υποστηρίζουν ότι θα πρέπει, όπως και στην περίπτωση του ορισμού των qualia (βλ. ανωτέρω), να επιχειρείται ένας φιλοσοφικά ουδέτερος προσδιορισμός του νοήματος εννοιών, έτσι ώστε να μην προκαθορίζεται διά του ορισμού ποια μεταφυσική θεωρία είναι ορθή και ποια όχι.

Σύμφωνα με την πριν λίγες δεκαετίες δημοφιλή θεωρία του λογικού συμπεριφορισμού (logical behaviorism), δηλώσεις που υποδήλωναν την παρουσία φαινομένων ιδιοτήτων αναλυόταν ως περιγραφές της *τάσης για εκδήλωση κάποιων μορφών συμπεριφοράς* (π.χ. πονάω: έχω την τάση να εκδηλώσω κάποιες από τις αντιδράσεις πόνου, π.χ. να μορφάσω, να βογκήξω, να απομακρυνθώ από την εστία πόνου, να ζητήσω βοήθεια κ.ο.κ.). Σύμφωνα με μια (επίσης ουδέτερη) περισσότερο συμβατή με τη *γνωσιακή προσέγγιση* ανάλυση πολλών υποστηρικτών της θεωρίας της ταυτότητας, κάθε δήλωση του τύπου «αισθάνομαι Α» πρέπει να αναλύεται ως εξής: Συμβαίνει κάτι *μέσα μου*, όμοιο με *ότι συνήθως συμβαίνει όταν...* (επακολουθεί η περιγραφή της φυσικής αιτίας ή της φυσικής συνέπειας του Α – π.χ. επί πόνου:... όταν βλάπτεται κάποιος ιστός του σώματός μου και μορφάζω).

Με αυτήν την τελευταία, συμβατή με τη γνωσιακή επιστήμη ανάλυση (όπως, εξάλλου, και με την ανάλυση του συμπεριφορισμού) αίρεται η ασυμβατότητα των νοημάτων την οποία επικαλείται η συζητούμενη ένσταση.

Τρίτη ένσταση: Σε αντίθεση με τα φυσικά φαινόμενα, οι εμπειρίες δεν καταλαμβάνουν κάποια περιοχή του χώρου. Απάντηση: Πρόκειται για μια αυθαίρετη πεποίθηση. Όπως η φυσική ιδιότητα ενός ιόντος να έχει σθένος +1 βρίσκεται (κάπως σχηματικά) στο χώρο που καταλαμβάνει αυτό το ιόν ή η εξωτερική στιβάδα των ηλεκτρονίων του, έτσι και η αίσθηση Α καταλαμβάνει τον ίδιο χώρο με την κατάσταση (τις καταστάσεις) του εγκεφάλου (ή του εγκεφάλου και του περιβάλλοντος) επί της οποίας (επί των οποίων) επιγίνεται.

Τέταρτη ένσταση: Η επίγνωση των εμπειριών (σε αντίθεση με αυτή των φυσικών αντικειμένων) είναι άμεση, ιδιωτική και αδιαφιλονίκητη. Απάντηση: Ακόμα και αν οι ανωτέρω διαφορές ισχύουν, αυτές δεν αφορούν στα αντικείμενα τα οποία η θεωρία της ταυτότητας θεωρεί ίδια (δηλαδή στην κάθε εμπειρική ποιότητα αφενός και στην υποκείμενη αυτής κατάσταση του εγκεφάλου αφετέρου), αλλά στον τρόπο πρόσβασης προς αυτά (στον τρόπο *επίγνωσης* τους). Ο *κάθε* εγκέφαλος έχει τη δυνατότητα να γνωρίζει (να καταχωρεί ως διακριτές οντότητες) ορισμένες από τις καταστάσεις στις οποίες *αυτός ο ίδιος* περιέρχεται (δηλαδή, τις καταστάσεις που σύμφωνα με τη θεωρία της ταυτότητας, ταυτίζονται με τις εμπειρίες του) με τρόπους (π.χ. με άμεση εγγραφή στη μνήμη) τους οποίους οι άλλοι εγκέφαλοι δεν διαθέτουν.

Ταυτότητα τύπων – ταυτότητα δειγμάτων (type – token identity)

Κατά τους περισσότερους στοχαστές, τα qualia από οντολογικής απόψεως είναι *ιδιότητες*, δηλαδή αντικείμενα τα οποία *εκπαρδειματοποιούνται* (are exemplified) είτε εφάπαξ, είτε επανειλημμένα. Για παράδειγμα, η χθεσινή κεφαλαλγία του Α και η σημερινή επιγαστραλγία του Β, είναι δύο από τις απειρίριθμες εκπαρδειματοποιήσεις της αίσθησης του πόνου στον κόσμο μας. Επομένως, είναι δυνατόν να διακριθεί ο πόνος ως *τύπος* (type) (τα κοινά χαρακτηριστικά κάθε πόνου) και ο πόνος ως *δείγμα* (token) (κάθε ξεχωριστός πόνος).

Η ανωτέρω διάκριση έχει ενδιαφέρον όσον αφορά στις θεωρίες για την ταυτότητα. Ορισμένοι υποστηρικτές της σχέσης ταυτότητας θεωρούν υπέρμετρη και αστήρικτη την ταύτιση μεταξύ τύπων (φαινομενολογικών-φυσικών) ιδιοτήτων. Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι π.χ. κάθε αίσθηση πόνου η οποία έχει υπάρξει ή είναι δυνατόν να υπάρξει μοιράζεται με κάθε άλλη ορισμένα κοινά φυσικά γνωρίσματα. Το ίδιο ισχύει, ακόμα περισσότερο, για τύπους επιθυμιών ή πεποιθήσεων (beliefs) π.χ. για την επιθυμία (που, προφανώς, έχει δημιουργηθεί πολυάριθμες φορές στον νου διαφόρων ανθρώπων, υπό ποικίλες συνθήκες, για διαφορετικούς λόγους στον καθένα) πραγματοποίησης ενός ταξιδιού στο Παρίσι. Με βάση τα ανωτέρω, μερικοί υποστηρικτές της θεωρίας της ταυτότητας υποστηρίζουν την ασθενέστερη θέση ότι υπάρχει ταυτότητα μόνο μεταξύ κάθε μοναδικού δείγματος *qualia* και της υποκείμενης αυτού μοναδικής, φυσικής (π.χ. εγκεφαλικής) κατάστασης (και όχι ταυτότητα μεταξύ τύπων).

Μια σύγχρονη εκδοχή της ταυτότητας των δειγμάτων αποκαλείται ανώμαλος μονισμός (*anomalous monism*).²⁰ Είναι μονισμός εφόσον αποδέχεται την ταύτιση κάθε μοναδικού δείγματος εμπειρικής ποιότητας με την υποκείμενη αυτού φυσική (εγκεφαλική) κατάσταση, αλλά είναι ανώμαλος υπό την έννοια ότι δεν αποδέχεται ψυχοφυσικούς νόμους οι οποίοι π.χ. θα όριζαν ότι η Ε ιδιότητα του εγκεφάλου προκαλεί την Ν νοητική κατάσταση (π.χ. την επιθυμία πραγματοποίησης ενός ταξιδιού στο Παρίσι). Η ομοιότητα των επιθυμιών να επισκεφθούν το Παρίσι που υπάρχει στον νου δύο, οποιωνδήποτε, ατόμων είναι ομοιότητα μόνο λογική-εννοιολογική; Οι εγκεφαλοί τους, όσον αφορά στο εγκεφαλικό υπόβαθρο αυτής της επιθυμίας, μπορεί να μην έχουν καμιά ομοιότητα μεταξύ τους. Τα *qualia* ως τύποι είναι πολλαπλά πραγματώσιμα (δηλαδή κάθε τύπος *qualia* μπορεί να πραγματώνεται από διαφορετικά φυσικά υποστρώματα). Για παράδειγμα, ακόμα και εξωγήινοι, των οποίων ο νους μπορεί να μην έχει καμιά ομοιότητα με τον ανθρώπινο νου, μπορεί να έχουν επιθυμίες ή άλλες ψυχικές εμπειρίες όμοιες με τις ανθρώπινες.

Λειτουργισμός (functionalism)

Η πολλαπλότητα της πραγματωσιμότητας (multiple realizability) των *qualia* ως τύπων δημιουργεί για όσους φυσικαλιστές εμμένουν στην αναγωγή (των

φαινόμενων ιδιοτήτων σε φυσικές) ένα πρόβλημα: Σε τι ανάγεται, εν τέλει, η έννοια του πονόδοντου ή η έννοια της επιθυμίας για ένα ταξίδι στο Παρίσι; Μια λύση στο πρόβλημα αυτό προτείνεται από τη θεωρία του λειτουργισμού.^{21,22} Σύμφωνα με αυτή, κάθε τύπος *qualia* αντιστοιχεί σε μια λειτουργία (ή, σύμφωνα με τη μαθηματική ορολογία, σε μια συνάρτηση – function), ή αλλιώς σε έναν αιτιώδη ρόλο. Για παράδειγμα ο πόνος (ασχέτως αν αφορά έναν άνθρωπο, ένα άλλο ζωικό είδος ή ένα εξωγήινο) μπορεί να λειτουργεί ως σύστημα αναγνώρισης βλαπτικών επιδράσεων και οργάνωσης προσαρμοστικών αντιδράσεων.

Σύμφωνα με μια εκδοχή του λειτουργισμού κάθε νους είναι ένα υπολογιστικό σύστημα το οποίο έχει μια συγκεκριμένη τελεολογική εξειδίκευση: τη βιολογική προσαρμογή των πολύπλοκων έμβιων οργανισμών, ή ακριβέστερα την επιβίωση των γονιδίων τους. Σύμφωνα με αυτή την εκδοχή τα *qualia* ανάγονται σε ιεραρχημένα προγράμματα και υποπρογράμματα, εγκατεστημένα εντός του εγκεφάλου των έμβιων οργανισμών (π.χ. με τη μεσολάβηση γονιδιακών οδηγιών, μηχανισμών μάθησης) τα οποία εξυπηρετούν εξελικτικές ή άλλες σκοπιμότητες.²³

Σύμφωνα με μια άλλη εκδοχή του λειτουργισμού,²⁴ τα *qualia* καθαυτά δεν είναι φυσικά προγράμματα αλλά έννοιες (concepts) που χρησιμοποιούνται για να περιγραφούν αδρά, στο επίπεδο της γλώσσας, με τρόπο που να τις καθιστά λελογισμένες (reasonable) παρατηρούμενες αιτιώδεις κανονικότητες της ψυχονοητικής ζωής και της συμπεριφοράς. Αυτή η εκδοχή του λειτουργισμού είναι, όσον αφορά το τι είναι τα *qualia*, φιλοσοφικά ουδέτερη: ακόμα και μη φυσικά όντα (π.χ. νεράιδες) θα μπορούσαν να αισθάνονται πόνο ή χαρά, εφόσον κάθε τέτοια έννοια αναφέρεται σε οποιουδήποτε είδους εσωτερική κατάσταση (όχι κατ' ανάγκη φυσική) η οποία βρίσκεται σε λογική – δικαιολογητική συνάρτηση με τον τάδε ή το δείνα τύπο περαιτέρω νοητικής ή συμπεριφορικής αντίδρασης.

Όλες οι μορφές λειτουργισμού υπόκεινται στη δυστική οντολογική ένσταση ότι δεν εξηγούν τον ειδικό, εγγενές, αυτοσκοπικά επιγνώσιμο χαρακτήρα των *qualia*: Κάθε, οσοδήποτε πρωτόγονος, οργανισμός (ακόμα και αν το νευρικό του σύστημα αποτελείται από ελάχιστο αριθμό νευρώνων) μπορεί να βρίσκεται σε λειτουργική κατάσταση πόνου, χωρίς να νιώθει πόνο. Όμως, το να νιώθει ένα άτομο (άνθρωπος, ή

ίως και ανώτερο θηλαστικό) πόνο, ενέχει, κατά τους δεισιδαιμόνους, κάτι διαφορετικό: ένα βίωμα, το οποίο ο λειτουργισμός δεν περιλαμβάνει στην εξήγησή του.

Αναπαραστασιοκρατία – (representationalism)

Εφόσον, όπως γίνεται ευρέως δεκτό, τα qualia ανήκουν στην οντολογική κατηγορία που αποκαλείται *ιδιότητες* (properties), θα πρέπει να υπάρχουν κάποια *καθέκαστα, μοναδικά αντικείμενα* (particulars) τα οποία να έχουν (κατά τη φιλοσοφική ορολογία: να *εκπαραδειγματοποιούν*) αυτές τις ιδιότητες. Σύμφωνα με μια, πριν αρκετές δεκαετίες δημοφιλή, δεισιδική άποψη, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι υπάρχουν μη φυσικά, συνδεδεμένα με τη νόηση, καθέκαστα αντικείμενα που μπορεί να ονομαστούν *αισθησιακά δεδομένα* (sense data) και είναι οι φορείς των qualia.²⁵

Εντούτοις, ακόμα και η προσεκτικότερη ενδοσκοπήση δεν μπορεί να ανακαλύψει ίχνη της ύπαρξης αυτών των αντικειμένων. Όταν οι άνθρωποι εστιάζουν την προσοχή τους σε ό,τι αισθάνονται να συμβαίνει μέσα τους, ανακαλύπτουν μόνο εμπειρικές ποιότητες ή συνδυασμούς τέτοιων ποιοτήτων που αποκαλούν εμπειρίες και όχι κάποιες άλλες «εκτοπλασματικού χαρακτήρα» οντότητες οι οποίες φέρουν τις ανωτέρω ιδιότητες. Επιπλέον, αν τυχόν υπήρχαν τέτοιες οντότητες θα δημιουργούσαν ένα αδιαπέραστο φράγμα ανάμεσα στην ανθρώπινη γνώση και στον υπόλοιπο κόσμο. Θα μπορούσαμε να γνωρίζουμε μόνο ό,τι υπάρχει μέσα στα αισθησιακά δεδομένα και όχι ό,τι υπάρχει πέρα ή πίσω από αυτά.

Έγινε ήδη λόγος για το πώς αντιλαμβάνονται οι θεωρίες της ταυτότητας τα αντικείμενα που είναι φορείς των qualia. Μια άλλη (συνήθως φυσικαλιστική) επιλογή είναι να θεωρηθούν τα qualia, όχι ιδιότητες αλλά, καταστάσεις του νου (του εγκεφάλου) περιγράψιμες με τη χρήση τροπικών επιρρημάτων (*επιρρηματική θεωρία – adverbial theory*).²⁶ Για παράδειγμα, σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση μια αίσθηση αλμυρότητας ή ερυθρότητας μπορεί να *αναλυθεί* ως εξής: ο νους βρίσκεται σε μια κατάσταση αλμυροειδή ή ερυθροειδή (ας επιτραπούν αυτοί οι επιρρηματικοί σολοικισμοί, για λόγους περιγραφικής ενάργειας). Εντούτοις, η επιρρηματική θεωρία για τον νου, από τους περισσότερους θεωρείται ως ένας ακόμα φιλοσοφικά ουδέτερος τρόπος ανάλυσης δηλώσεων που

αναφέρονται σε qualia και όχι ως μια μεταφυσική άποψη για το τι είναι τα qualia.

Μια άλλη άποψη για το συζητούμενο σε αυτές τις παραγράφους ζήτημα στηρίζεται στη γενικότερη *θεωρία της αναπαράστασης*. Υπάρχουν αντικείμενα τα οποία συμβολίζουν, αναπαριστούν, παραπέμπουν σε, αναφέρονται σε (τα ρήματα αυτά εδώ είναι περίπου συνώνυμα) άλλα. Τα αναπαριστώντα αντικείμενα (π.χ. σήματα μορς, λέξεις και φράσεις μιας γλώσσας) ονομάζονται επίσης *σημαινόμενα*, ενώ τα αναπαριστάμενα αποκαλούνται *σημαινόμενα, αναπαραστασιακά περιεχόμενα* ή/και (ενίοτε) *νοήματα*. Σύμφωνα με μια ευρέως αποδεκτή από τους φυσικαλιστές άποψη, το αναπαραστασιακό περιεχόμενο (*το νόημα*) της ελληνικής λέξης «η θάλασσα» είναι το φυσικό αντικείμενο θάλασσα. Στα αναπαριστώντα αντικείμενα υπάγονται εκτός από τα εξωτερικά προς τον νου φυσικά σήματα (π.χ. τον ήχο ή τη γραπτή απεικόνιση της ανωτέρω λέξης) και ορισμένες εσωτερικές καταστάσεις (ιδιότητες) του νευρικού συστήματος ή/και συστημάτων τεχνητής νοημοσύνης. Έτσι, στον εγκέφαλο ενός ελληνόφωνου ατόμου όταν αυτό διαβάζει ή ακούει τη λέξη «θάλασσα» ενεργοποιείται η κατάσταση που αναπαριστά τη θάλασσα, υπό την έννοια ότι στο μέτρο που η λειτουργία του εγκεφάλου μπορεί να είναι (περιγράψιμη ως) *διαχείριση συμβόλων*, η συγκεκριμένη κατάσταση συμβολίζει τη θάλασσα. Ο ανωτέρω είναι ένας απλουστευτικός και ατελής τρόπος περιγραφής της έννοιας της εγκεφαλικής αναπαράστασης, δεδομένου ότι αυτή η διάσταση της νόησης δεν αποτελεί αντικείμενο του παρόντος κειμένου.

Με αφετηρία τα ανωτέρω, υποστηρίζεται ότι τα qualia αποτελούν το *αναπαραστασιακό περιεχόμενο* (το νόημα) ορισμένων ενεργοποιήσιμων καταστάσεων του εγκεφάλου. Συνεπώς, φορείς των ιδιοτήτων που ονομάζονται qualia είναι αντικείμενα του φυσικού περιβάλλοντος τα οποία, ο εγκέφαλος, *υπό την πίεση της εξέλιξης*, απέκτησε την ικανότητα να αναπαριστά. Για παράδειγμα, η ερυθρότητα ή η αλμυρότητα ως ιδιότητες βρίσκονται στο φυσικό περιβάλλον και εκπαραδειγματοποιούνται από αντικείμενα, όπως το αίμα ή το αλάτι αντίστοιχα. Στο αναπαραστασιακό από τον εγκέφαλο περιβάλλον περιλαμβάνεται και το ανθρώπινο σώμα, διάφορες καταστάσεις του οποίου μπορεί να αποτελούν τον φορέα των φαινομένων ιδιοτήτων οι οποίες στο πλαίσιο της ψυχολογίας αποκαλούνται σωματικές αισθήσεις, συ-

γκινησιακές καταστάσεις, αισθήματα π.χ. ο πόνος, η ηδονή, η πείνα κ.ο.κ.

Η αναπαραστασιοκρατία δεν θα πρέπει να συγχέεται με τον *απλοϊκό ρεαλισμό*. Στο (πέραν του νοητικού οργάνου) περιβάλλον δεν βρίσκονται οι φαινόμενες ιδιότητες καθεαυτές (π.χ. τα χρώματα, οι οσμές, οι ήχοι) αλλά συνδυασμοί φυσικών ιδιοτήτων που είναι διακρίσιμοι από το νοητικό όργανο έτσι ώστε να συναπαρτίζονται καθεμιά από τις φαινόμενες ιδιότητες. Για παράδειγμα, μια δέσμη φωτονίων ορισμένου μήκους κύματος είναι ερυθρή, δηλαδή δειγματοποιεί τη φαινόμενη ιδιότητα της ερυθρότητας, κατά το ότι ο εγκέφαλος μπορεί να διακρίνει και να κατατάξει κάποιες φυσικές ιδιότητες αυτής της δέσμης (όπως το μήκος κύματος των φωτονίων της). Δηλαδή, ο εγκέφαλος τέμνει την πραγματικότητα σε κομμάτια (με τρόπο που εξυπηρετεί εξελικτικές – προσαρμοστικές σκοπιμότητες) και αυτά τα κομμάτια του κόσμου είναι τα *qualia*.

Τα ανωτέρω δημιουργούν την ακόλουθη απορία: Τα *qualia* δεν είναι τα μόνα αναπαριστάμενα από τον εγκέφαλο αντικείμενα. Υπάρχουν επίσης, όπως αναφέρθηκε, τα σημαινόμενα διαφόρων κωδικών (όπως οι έννοιες εντός του πλαισίου μιας γλώσσας). Σε τι διαφέρουν οι ιδιότητες του φυσικού κόσμου που αποκαλούνται *qualia* από τα υπόλοιπα σημαινόμενα ώστε να συνιστούν μια ιδιαίτερη κατηγορία; Για παράδειγμα σε τι διαφέρει η θάλασσα όταν αναπαρίσταται από την ομόηχη λέξη σε ένα γραπτό κείμενο και όταν αναπαρίσταται από την οπτική εικόνα ενός θαλάσσιου τοπίου; Σύμφωνα με μια άποψη, τα *qualia* (σε σύγκριση με άλλα είδη αναπαριστάμενων αντικειμένων) είναι *εικόνες* και διαφέρουν από άλλα σύμβολα κωδικών κατά το ότι συνήθως είναι: (α) περισσότερο *αναλογικά* παρά ψηφιακά (β) περισσότερο *λεπτοκοκκιώδη* (*fine-grained*), δηλαδή περιέχουν περισσότερες λεπτομέρειες του αναπαριστάμενου αντικειμένου.²⁷ Οι διαφορές αυτές γίνονται κατανοητές αν αναλογιστεί κανείς τη διαφορά μεταξύ της άμεσης (οπτικής, ακουστικής) αντίληψης ενός συμβάντος και της περιγραφής του με λόγια.

Εναντίον της αναπαραστασιοκρατικής θεωρίας για τα *qualia* προβάλλεται το επιχείρημα *από την ύπαρξη ψευδαισθήσεων*, ονείρων, εικόνων της φαντασίας: Πού βρίσκονται (αν όχι στον νου και όχι στο περιβάλλον, όπως ισχυρίζονται οι αναπαραστασιοκράτες) τα *qualia* που αφορούν σε τέτοιου είδους εμπειρίες; Στο

ανωτέρω επιχείρημα, αντιπαραβάλλεται το αντεπιχείρημα ότι τα *qualia* στην περίπτωση απατηλών ή φαντασιακών εμπειριών υποδειγματοποιούνται από αναπαριστάμενα από τον εγκέφαλο και ευρισκόμενα εκτός αυτού *μη πραγματικά* αντικείμενα.²⁸ Για παράδειγμα, το αναπαριστάμενο περιεχόμενο (το νόημα) της ελληνικής λέξης «νεράιδες» όπως και μιας νεραϊδοοπτασίας είναι τα εξωτερικά προς τον νου μη πραγματικά αντικείμενα νεράιδες. Αναμφίβολα, δεν είναι εύκολο να συμφιλιωθεί κανείς με την ύπαρξη μη πραγματικών αντικειμένων, αυτό όμως είναι ένα πρόβλημα που εμφανίζεται με τον έναν ή τον άλλο τρόπο σε κάθε οντολογική θεώρηση (σε κάθε προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας του υπάρχειν) και όχι μόνο στη συζητούμενη εδώ προσέγγιση.

Όπως έχει επισημανθεί επανειλημμένα σε αυτό το κείμενο, μια θεμελιώδης ένσταση των διστών σε κάθε απόπειρα φυσικαλιστικής αναγωγής των *qualia* σε φυσικά αντικείμενα είναι ότι κάθε τέτοια αναγωγή αφήνει ανεξήγητη τη βιωματική ποιότητα των *qualia* π.χ. το *πώς – είναι – για – ένα – άτομο* το να βλέπει κάτι που είναι κόκκινο, να ακούει μια συγχορδία, να γεύεται κάτι αλμυρό κ.ο.κ. Οι ποιότητες αυτές είναι συνδεδεμένες με το φαινόμενο της *συνειδητότητας* (*consciousness*) και η σύνδεση αυτή αξιοποιείται στο ακόλουθο αντιφυσικαλιστικό επιχείρημα: Υπάρχουν *μη συνειδητές* εγκεφαλικές αναπαραστάσεις οι οποίες έχουν όλα τα χαρακτηριστικά τα οποία ένας λειτουργιστής ή ένας αναπαραστασιοκράτης μπορούν να αποδώσουν στις εγκεφαλικές αναπαραστάσεις των *qualia*. Για παράδειγμα, η αναπαράσταση της μορφής (της οπτικής εικόνας) ενός προσώπου οικείου στον Α, προφανώς υπάρχει κάπως, ακόμα και όταν αυτός δεν βλέπει, δεν φαντάζεται, δεν ονειρεύεται αυτό το πρόσωπο. Όταν όμως ο Α. συνειδητοποιεί με κάποιον από τους ανωτέρω τρόπους τη μορφή του οικείου του προσώπου υπάρχει επιπλέον μια συνειδητή οπτική εικόνα. Η θεωρία η οποία υποστηρίζει ότι τα *qualia* *ανάγονται πλήρως* σε φυσικές ιδιότητες που μπορεί, μάλιστα, να βρίσκονται εκτός του νου δεν μπορεί (καταλήγει το επιχείρημα) να εξηγήσει ποια είναι η διαφορά μεταξύ των συνειδητών και των μη συνειδητών αναπαραστάσεων.

Οι φυσικαλιστές αναπαραστασιοκράτες απαντούν στο ότι τα *qualia* δεν αναπαρίστανται μόνο από συνειδητές εμπειρίες. Πολλές μη συνειδητές εγκεφαλικές καταστάσεις έχουν ως αναπαραστασιακό περιε-

χόμενο qualia. Για παράδειγμα, όταν κάποιος κινείται ή οδηγεί «αυτοματικά» ή κάνει «μηχανικά» έναν χειρισμό ακριβείας, προφανώς ο εγκέφαλός του αναλύει με τρόπο αναλογικό και αρκετά λεπτομερειακό (λεπτοκοκκιώδη) στοιχεία από το περιβάλλον του, επομένως δημιουργεί αναπαραστάσεις φαινομένων ιδιοτήτων, αν και δεν έχει επίγνωση του αποτελέσματος αυτής της νοητικής-εγκεφαλικής λειτουργίας. Σύμφωνα μάλιστα με μία φυσικαλιστική άποψη, οι αναπαραστάσεις που αντιστοιχούν σε qualia είναι πάντα ασυνείδητες και το φαινόμενο της συνειδητότητας συνίσταται στη δυνατότητα διαμόρφωσης και διατύπωσης *σκέψεων υψηλότερης τάξης* (higher order thoughts) που αφορούν στα qualia. Δηλαδή, σύμφωνα με αυτήν την άποψη, η συνειδητή εμπειρία του πόνου είναι πάντα *επίγνωση* του ατόμου ότι πονάει και η επίγνωση αυτή συνιστά μια σκέψη επί της (κατώτερης στην ιεραρχία του εγκεφάλου) ασυνείδητης αναπαράστασης του πόνου.

Φαινομεναλισμός (phenomenalism)

Σύμφωνα με την τελευταία από τις μονιστικές θεωρίες για τα qualia που παρουσιάζονται σε αυτό το κείμενο (ριζικά αντίθετη προς όλες τις προηγούμενες) ο φυσικός κόσμος *δεν είναι πραγματικός*. Ο κόσμος μας απαρτίζεται μόνο από εμπειρίες. Οι φυσικές ιδιότητες, γενικότερα τα φυσικά αντικείμενα (σύμφωνα δε με μερικές φαινομεναλιστικές απόψεις και τα σύνθετα μη φυσικά αντικείμενα, όπως οι ψυχές ή οι πνευματικές υπάρξεις) είναι σύνθετες δομές που απαρτίζονται από ή αντιστοιχούν σε qualia. Για παράδειγμα, ένας άγγελος, ένα άστρο, ένας βιολογικός οργανισμός, ένα κουάρκ υπάρχουν μόνο μέσα στο σύνολο των εμπειριών που αφορούν σε καθένα από αυτά τα αντικείμενα.²⁹

Το κυριότερο επιχείρημα υπέρ του φαινομεναλισμού είναι ότι *όλες οι ανθρώπινες γνώσεις* για τη φυσική πραγματικότητα, όπως οι περιγραφές συγκεκριμένων γεγονότων ή συμβάντων, οι αφηρημένες έννοιες, οι θεωρητικές γενικεύσεις (π.χ. οι αιτιώδεις νόμοι της φύσης), ακόμα και αν αφορούν σε οντότητες τις οποίες ο άνθρωπος δεν μπορεί να αντιληφθεί άμεσα, ούτε καν να συλλάβει με τη φαντασία του ως νοητικές εικόνες (π.χ. η καμπύλωση του χωροχρόνου, η στροφορμή των μικροσωματιδίων, το άρωμα των κουάρκ) *ανάγονται πλήρως* σε συμπλέγματα πραγματικών ή δυνητικά πραγματικών εμπειριών. Για παρά-

δειγμα η δήλωση «το σώμα Σ έχει βάρος β» ισοδυναμεί με (και εξαντλείται σε) ένα σύνολο δηλώσεων του τύπου «αν έχει κάποιος την εμπειρία ϵ_1 θα έχει την εμπειρία ϵ_2 » (π.χ. «αν δει το σώμα Σ επάνω σε μια ζυγαριά ακριβείας θα δει τον δείκτη της ζυγαριάς να δείχνει την ένδειξη β» κ.ο.κ.).

Οι φαινομεναλιστές οφείλουν μια εξήγηση σχετικά με το πώς, αν όλα είναι μόνο εμπειρίες, τα αντικείμενα εξακολουθούν να υπάρχουν και όταν κανείς δεν τα αντιλαμβάνεται. Το σύμπαν υπήρχε και είχε π.χ. σε κάθε σημείο του μια θερμοκρασία πριν εμφανιστούν σε αυτό όντα ικανά να αντιληφθούν τη θερμότητα, όπως εξακολουθούν να υπάρχουν και τα κέρματα τα οποία κάποιος μόλις έκρυψε μέσα στο πορτοφόλι του. Η φαινομεναλιστική απάντηση συνήθως είναι ότι ο κόσμος μας αποτελείται από *πραγματικές και από δυνητικά πραγματικές εμπειρίες* (εμπειρίες που δεν έχουν βιωθεί, αλλά θα ήταν δυνατόν να βιωθούν υπό κάποιες προϋποθέσεις). Στην τελευταία αυτή κατηγορία εμπειριών ανήκουν για παράδειγμα, η ένδειξη ενός κατάλληλου για τις περιστάσεις υποθετικού θερμομέτρου, σε κάποιο σημείο του σύμπαντος, κάποια στιγμή πριν από την εμφάνιση ζωής, ή η ένδειξη από έναν ευαίσθητο ανιχνευτή μετάλλων ή από μια βιντεοκάμερα μέσα σε ένα κλειστό πορτοφόλι, όπως θα αντιλαμβανόταν καθεμιά από αυτές τις ενδείξεις ένας υποθετικός παρατηρητής των ανωτέρω οργάνων. Αναμφίβολα, οι δυνητικά πραγματικές εμπειρίες φαίνονται στην κοινή λογική πολύ «εξωτικά» αντικείμενα, αλλά το ίδιο ισχύει για τα μη πραγματικά αντικείμενα πολλών φυσικαλιστικών θεωριών (βλ. προηγουμένως).

Επίσης, εναντίον του φαινομεναλισμού προβάλλεται η ακόλουθη ένσταση: Ο κόσμος μας είναι νομοκρατούμενος και έχει μια ιστορία. Κάθε δήλωση γι' αυτόν έχει μια τιμή αλήθειας (είναι είτε αληθής είτε ψευδής). Αν υπήρχαν μόνο τα qualia, ο κόσμος θα έπρεπε να ήταν ένα χάος, από διαφορετικές εμπειρίες. Οι φαινομεναλιστές απαντούν ότι οι κανονικότητες του κόσμου μας δεν οφείλονται σε φυσικούς νόμους αλλά αποτελούν ακολουθίες δυνητικά πραγματικών και πραγματικών εμπειριών, οι οποίες «διακλαδώνονται» σε βάθος χρόνου με ποικίλους τρόπους. Για παράδειγμα, η αληθής δήλωση «υπάρχουν αυτήν τη στιγμή μέσα στο κλειστό πορτοφόλι του Α κέρματα» ανάγεται σε απειράριθμες ακολουθίες πραγματικών και δυνητικά πραγματικών εμπειριών όπως η κατωτέρω: (1) Ο Α αντιλήφθηκε τον εαυτό του να βάζει πριν

λίγο μέσα στο πορτοφόλι του κέρματα. (2) Αν κάποιος παρατηρούσε τον Α θα τον έβλεπε να πράττει έτσι (γιατί αλλιώς μπορεί ο Α να ονειρευόταν ή να είχε μια ψευδαισθητική αυτοσκοπική εμπειρία). (3) Κανείς δεν είχε την εμπειρία ότι άνοιξε το πορτοφόλι και πήρε τα κέρματα (π.χ. για να τα κλέψει) κ.ο.κ.

Εντούτοις, προβάλλεται η αντίρρηση ότι η αλήθεια μιας δήλωσης δεν είναι δυνατόν να αναχθεί σε παρόμοιες ακολουθίες δηλώσεων, όπως οι ανωτέρω (δηλαδή να εξηγηθεί από ένα σύνολο, οσοδήποτε μεγάλο, τέτοιων δηλώσεων), διότι ο αριθμός των δυνατών (*possible*) εξελίξεων που μπορεί να μεσολαβήσουν ανάμεσα σε δύο πραγματικές εμπειρίες (π.χ. στο ότι έβαλα πριν λίγα λεπτά στο πορτοφόλι μου ένα κέρμα και στο ότι το ανοίγω και βρίσκω ξανά μέσα αυτό το κέρμα) είναι θεωρητικά άπειρος. Επιπλέον κάθε φαινομενολογική περιγραφή απαιτεί έναν τουλάχιστο παρατηρητή. Επειδή, όμως, κατά την εξεταζόμενη εδώ θεωρία, δεν υπάρχουν παρατηρητές αλλά μόνο εμπειρίες, κάθε πρώτος παρατηρητής συνιστά ένα σύνολο από εμπειρίες έτσι ώστε απαιτείται ένας δεύτερος παρατηρητής ο οποίος αντιλαμβάνεται τον πρώτο, περαιτέρω δε ένας τρίτος ο οποίος αντιλαμβάνεται τον δεύτερο κ.ο.κ. σε μια ατελέσφορη επ' άπειρον αναγωγή.

Κάποια συμπεράσματα

Μεταξύ των *qualia* και του φυσικού κόσμου υπάρχει ένα εξηγητικό κενό (*explanatory gap*), το οποίο οι υφιστάμενες θεωρίες αδυνατούν να καλύψουν πλήρως.³⁰ (α) Οι μεν φυσικαλιστικές θεωρίες βρίσκονται σε διάσταση με την αυθόρμητη, αναπαραγόμενη διά της ενδοσκόπησης βεβαιότητα των περισσότερων ανθρώπων ότι οι εμπειρικές ποιότητες τις οποίες βιώνουν έχουν μια αυτοτελή, μη φυσική υπόσταση. (β) Οι φαινομενολογικές προσεγγίσεις δίστανται προς την εμπειρικά – επιστημονικά τεκμηριούμενη πεποίθηση ότι υπάρχει «έξω» και «γύρω» από εμάς ένας κόσμος προσιτός στην αντικειμενική γνώση. (γ) Ο δυισμός που αποδέχεται και τα δύο είδη αντικειμένων (φυσικά – αντικειμενικά και ενύπαρκτα – ιδιωτικά αντικείμενα) βρίσκεται πλησιέστερα προς την αυθόρμητη άποψη του μέσου ανθρώπου για το πώς είναι ο κόσμος μας, αλλά συναντά την αντίρρηση πολλών στοχαστών, διότι ενέχει την αντίφαση ότι αποδέχεται αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ πλήρως ετερογενών αντικειμένων (φυσικών ιδιοτήτων αφενός και

ενύπαρκτων ψυχονοητικών ποιοτήτων αφετέρου) ενώ, επίσης, δεν συνάδει με θεμελιώδεις επιστημονικές αρχές, σχετικές με την αιτιώδη περιφραξη του σύμπαντος.

Οι αδυναμίες όλων των οντολογικών θεωριών δημιουργούν από τους αρχαίους χρόνους αγνωστικιστικές τάσεις. Μια σύγχρονη μορφή αγνωστικισμού που αποκαλείται, ενίοτε, κάπως περιπαικτικά, *μυστηριασμός* (*mysterianism*)³¹ υποστηρίζει ότι η λύση του προβλήματος της σχέσης μεταξύ των *qualia* και του φυσικού κόσμου βρίσκεται *έξω από το βεληγκεές* των ανθρώπινων γνωστικών δυνατοτήτων. Το πρόβλημα είναι άλυτο, όχι οπωσδήποτε διότι είναι πολύπλοκο (μπορεί να είναι και πολύ απλό), αλλά διότι ο άνθρωπος δεν έχει πρόσβαση στη λύση του, όπως (κατ' αναλογία) ο νους των άλλων ζωικών ειδών δεν μπορεί να αντιληφθεί το νόημα μιας απλής αλγεβρικής εξίσωσης. Σύμφωνα με τους μυστηριανιστές, η πρόοδος των επιστημών δεν μας φέρνει πλησιέστερα σε μια λύση. Για παράδειγμα, ένας παντογνώστης των νευροεπιστημών, δεν θα έχει λιγότερες απορίες για τη φύση των *qualia* από έναν στοχαστή της αρχαιότητας.

Πολλοί από αυτούς που δεν αποδέχονται την ανωτέρω αγνωστικιστική άποψη, υποστηρίζουν (ο καθένας από τη σκοπιά της δικής του θέσης) ότι το εξηγητικό χάσμα δεν είναι τόσο μεγάλο όσο φαίνεται αλλά ενδεχομένως διογκώνεται από ευρέως διαδεδομένες, ισχυρές προκαταλήψεις (π.χ. κατά τους φυσικαλιστές, ανιμιστικού χαρακτήρα) για το υπάρχουν, τον νου και τη φύση. Αν οι προκαταλήψεις παρακαμφθούν, κάποιες από τις θεωρίες που παρουσιάστηκαν μπορεί να φανούν περισσότερο εύλογες από όσο εκ πρώτης όψεως φαίνονται.

Αρκετοί (ιδίως φυσικαλιστές) φιλόσοφοι επιχειρηματολογούν υπέρ του ότι κάθε σημαντική πρόοδος στον τομέα της επιστήμης συνδυάζεται με την εμφάνιση νέων, ικανοποιητικότερων, φιλοσοφικών προσεγγίσεων. Για παράδειγμα, οι εξελίξεις στη βιολογία, στις νευροεπιστήμες, στην ψυχολογία ή στην τεχνητή νοημοσύνη κατά τον 20ό αιώνα, συνέβαλαν στην πληρέστερη φυσική κατανόηση πολλών φαινομένων που σχετίζονται με τη νόηση τα οποία παλαιότερα εθεωρούντο μυστηριώδη ή υπερφυσικά, όπως η προθετικότητα (*intentionality*) ή η ορθολογικότητα (*rationality*). Μπορεί στο μέλλον η βαθύτερη και ουσιαστικότερη γνώση της φύσης (π.χ. στο επίπεδο της μι-

κροφυσικής, της νευρολογίας, της γνωσιακής επιστήμης) να αναδείξει νέες «καλύτερες» ιδέες για τη σχέση φύσης και qualia. Η ιδιότητα τού να είναι κάποιες ιδέες «καλύτερες» (που δεν σημαίνει, οπωσδήποτε, τελεσίδικα σωστές) μπορεί να εκτιμηθεί με επιστημολογικά

ευρέως αποδεκτά κριτήρια όπως: φειδωλότητα σε αδιαφανείς μεταφυσικές προϋποθέσεις, εγκυρότητα όψεως, μη αντιφατικότητα, συνοχή, εξηγητικό εύρος και συμβατότητα με τις σύγχρονες για την κάθε εποχή επιστημονικές θεωρίες και γνώσεις.

What can qualia be? The monistic views

M. Livaditis

¹*Psychiatric Department, Medical School, University of Thrace, Alexandroupolis, Thrace, Greece*

Psychiatriki 2012, 23:231–244

Phenomenal properties, also named qualia (that is, the qualities of human experiences, e.g. the senses of red, of salt, of pain, qua senses) create a hard problem for philosophy. It is claimed that phenomenal properties are radically different to the physical ones: they are intrinsic (their essence is totally confined within the limits of their existence), they depend on mind, they are accessible only privately, by introspection and they are infallible, in the sense that the experience of a quale is identical to its existence. On the contrary, physical properties are dispositional (their essence is defined through their causal consequences), they exist independently of mind, they are accessible to public observation and are liable to verification or falsification. The faculty of philosophy, named philosophy of mind, is systematically interested in qualia. In the present paper some of the main monistic philosophical approaches to qualia are discussed. The main common characteristic of monistic views is that (contrary to dualistic views) they purport that: two radically different substances cannot exist, side by side, within the same world (our world). Thus, there are either physical properties, or phenomenal properties, but not both. The monistic theories, supporting that in our world there are only physical properties, or properties totally reducible into physical ones, are named physicalism (or according to a more traditional nomination, materialism). On the other hand, monistic theories maintaining that all existing properties are phenomenal, or properties reducible into phenomenal ones, are named phenomenalism. The main arguments for physicalism are: (a) the scientific principle of the causal closure of the universe (every event has one physical cause), (b) the dependence of every well-studied mental phenomenon, from a physical phenomenal, such as the function of the neural system. Dualists counterattack physicalism with mental experiments (such as, the experiments concerning philosophical zombies) in order to demonstrate that qualia are irreducible entities. The main physicalistic options are eliminativism, the theories of identity, functionalism and representationalism. The main argument for phenomenalism is that physical properties and physical knowledge of them, as well, are reducible into and derived from experiences. On the other hand, opponents of phenomenalism retort that our world comprises spatiotemporal parts inaccessible to experience (f.e. the microworld of atomic physics, the world before the appearance of intelligent beings). Yet, some phenomenalists claim that phenomenal properties can be either real (experienced) or potentially real (what one would experience if one could observe this or that spatiotemporal part of the world). According to a third, agnostic opinion, named mysterianism, the human mind lacks the capacity of bridging the explanatory gap between physical and phenomenal identities. Many opponents of this theory claim the historically proved ability of human mind to find solutions for difficult problems of our world through scientific knowledge and based on its natural philosophy.

Key words: Qualia, mind, monism, dualism, physicalism, phenomenalism, mysterianism, eliminativism.

Βιβλιογραφία

1. Nagel T. What is like to be a bat? *Philosophic Rev* 1974, 83:435–450
2. Dennett D. Quining qualia. In: Marcel A, Bisiach E (eds) *Consciousness in modern science*. Oxford University Press, NY, 1988:382–414
3. Lowe EJ. Physical causal closure and the invisibility of mental causation. In: Walter S, Heckman HD (eds) *Physicalism and mental causation*. The metaphysics of mind and action. Imprint Academic, Exeter UK, 2003:137–154
4. Kim J. Supervenience. In: Guttenplan S (ed) *A companion to the philosophy of mind*. Blackwell, NY, 1995:574–583
5. Lloyd Morgan L. *Emergent evolution*. Williams and Norgate, London, 1923
6. Chalmers DJ. *The conscious mind: in search of a fundamental theory*. Oxford University Press, NY, 1996
7. Shoemaker S. The inverted spectrum. *J Philosophy* 1982, 79:351–381
8. Block N, Stalnaker R. Conceptual analysis, dualism and the explanatory gap. *Philosophic Rev* 1999, 108:1–46
9. Yablo S. Concepts and consciousness. *Philosophy Phenomenologic Res* 1999, 59:455–463
10. Jackson F. Epiphenomenal qualia. *Philosophic Quart* 1982, 32:127–136
11. Alter T. A limited defense of the knowledge argument. *Philosophic Stud* 1998, 90:35–56
12. Nemirow L. Physicalism and the cognitive role of acquaintance. In: Lycan GW (ed) *Mind and cognition*. Blackwell, NY, 1990:490–499
13. Dennett D. What roboMary knows. In: Alter T, Walter S (eds) *Phenomenal concepts and phenomenal knowledge*. New essays on consciousness and physicalism. Oxford University Press, NY, 2007:15–31
14. Churchland PS. *Brain-wise. Studies in Neurophilosophy*. MIT Press, Cambridge MA, 2002:117–126
15. Rey G. A question about consciousness. In: Otto H, Tuedio J (eds) *Perspectives on Mind*. Reidel, Nordrecht, 1988:5–24
16. Dennett D. Why you can't make a computer that feels pain. *Synthese* 1978, 38:415–416
17. Place UT. Is consciousness a brain process? *Br J Psychol* 1956, 47:44–50
18. Feign H. The "mental" and the "physical". In: Feign H, Scriven M, Maxwell G (eds) *Concepts, theories and the mind – body problem* (Vol. 2). University of Minnesota Press, Minneapolis, 1958:370–497
19. Smart JJC. Sensations and brain processes. *Philosophic Rev* 1959, 68:141–156
20. Davidson D. Mental events. In: Davidson D (ed) *Essays on actions and events*. 2nd edition. Oxford Clarenton Press, Oxford, 2010:207–228
21. Fodor H. *Psychological explanation*. Random House, NY, 1968
22. Putman H. *Mind, language and reality*. Cambridge University Press, Cambridge, 1975: 362–385
23. Fodor JA. Psychosemantics or: Where do truth conditions come from? In: Lycan W (ed) *Mind and cognition, a reader*. Blackwell, NY, 1990:312–337
24. Lewis D. Mad pain and martian pain. In: Block N (ed) *Reading in philosophy of psychology*. Harvard University Press, Cambridge, 1980:216–222
25. O' Shaughnessy B. Sense data. In: Smith B (ed) *John Searle*. Cambridge University Press, Cambridge, 2003:169–188
26. Sellars W. The adverbial theory of the objects of sensation. *Metaphilosophy* 1975, 6:144–160
27. Rosenthal D. Two concepts of consciousness. *Philosophic Stud* 1986, 49:329–359
28. Anscombe GEM. The intentionality of sensation: a grammatical feature. In: Butler RJ (ed) *Analytical Philosophy second series*. Blackwell, NY, 1965:55–75
29. Firth R. Radical empiricism and perceptual relativity. *Philosophic Rev* 1950, 59:164–183
30. Levine J. Materialism and qualia: the explanatory gap. *Pacific Philosophic Quart* 1983, 64:354–361
31. McGinn C. *The making of a philosopher: My journey through twentieth century philosophy*. Harper Collins, N.Y., 2002:157–186

Αλληλογραφία: Μ. Λειβαδίτης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Εθνικής Αντίστασης 81, 681 00 Αλεξανδρούπολη, Θράκη
 Τηλ.: (+30) 25510 – 303 32, Fax: (+30) 25510 – 303 63
 e-mail: vbochtsou@gmail.com

Ανασκόπηση Review

Η εικαστική θεραπεία στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Π. Απότσος

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα - «Ψυχική Υγεία», Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:245–254

Παρά τη χρήση της εικαστικής θεραπείας σε διάφορες ψυχιατρικές δομές, καθώς και την ύπαρξη άρθρων που την υποστηρίζουν, τα τελευταία χρόνια πολύ λίγες πρωτογενείς έρευνες στηριγμένες σε δεδομένα έχουν δημοσιευθεί. Δεδομένης της πολυπλοκότητας των ψυχιατρικών νοσημάτων και του πλήθους των ατόμων που πάσχουν από αυτά καθώς και του γεγονότος ότι η βασική θεραπεία στα ψυχιατρικά νοσήματα παραμένει η φαρμακευτική, τα ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εικαστικής θεραπείας (ως συμπληρωματικής θεραπείας) παραμένουν ανοιχτά. Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της εικαστικής θεραπείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με τη χρήση λέξεων ευρετηριασμού. Τα κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν τα εξής: (α) οι μελέτες έπρεπε να είναι «μελέτες έκβασης-παρέμβασης», (β) οι μελέτες έπρεπε να αφορούν σε παρεμβάσεις αποκλειστικά σε ενηλίκους, και (γ) οι μελέτες έπρεπε να περιλαμβάνουν ασθενείς με ψυχιατρικές διαγνώσεις σύμφωνα με το σύστημα DSM της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Με βάση τα παραπάνω, το τελικό δείγμα άρθρων της συστηματικής ανασκόπησης ήταν πέντε. Υπάρχουν ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της εικαστικής θεραπείας σε τομείς που αφορούν στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές (σε συνδυασμό με την ενδεικνυόμενη φαρμακευτική αγωγή). Τα συμπεράσματα των ερευνών που ανασκοπήθηκαν είναι ενθαρρυντικά και δικαιολογούν τη διεξαγωγή επιπλέον πρωτογενών ερευνών.

Λέξεις ευρετηρίου: Εικαστική θεραπεία, ψυχιατρικοί ασθενείς, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, μετατραυματική αγχώδης διαταραχή.

Εισαγωγή

Υποστηρίζεται¹ ότι η Εικαστική Θεραπεία (ΕΘ) μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από Ψυχιατρικά νοσήματα.

Παρά τη διαδεδομένη χρήση της Εικαστικής Θεραπείας σε διάφορες ψυχιατρικές δομές, καθώς και τη δημοσίευση άρθρων και βιβλίων που υποστηρίζουν¹⁻³ την άποψη αυτή, τα τελευταία χρόνια πολύ λίγες πρωτογενείς έρευνες στηριγμένες σε δεδομένα έχουν δημοσιευθεί.

Δεδομένης της πολυπλοκότητας των ψυχιατρικών νοσημάτων και του πλήθους των ατόμων που πάσχουν από αυτά καθώς και του γεγονότος ότι η βασική θεραπεία στα ψυχιατρικά νοσήματα παραμένει η φαρμακευτική, τα ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Εικαστικής Θεραπείας παραμένουν ανοιχτά.

Ψυχοκοινωνική (Ψυχιατρική) αποκατάσταση

Όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή και επίμονη ψυχική νόσο χρειάζονται αποκατάσταση. Η αποκατάσταση έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως η εφαρμογή μέτρων που αποσκοπούν στο να μειώσουν την επίδραση των συνθηκών ανικανότητας και αναπηρίας και στο να ενδυναμώσουν τους πάσχοντες ανθρώπους στο να επιτύχουν κοινωνική ενσωμάτωση.⁴

Σύμφωνα με τη συναινετική διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρείας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (ΨΚΑ), «η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία προσφέρει ευκαιρίες σε άτομα με έκπτωση λειτουργικότητας –άνικανα ή ανάπηρα από ψυχική διαταραχή– προκειμένου να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η ΨΚΑ συνεπάγεται τόσο τη βελτίωση των δεξιοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν πιο ποιητική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχοκινητική διαταραχή ή παρουσιάζουν έκπτωση της ψυχοκοινωνικής τους ικανότητας τέτοια ώστε να έχει προκύψει ένα ορισμένο επίπεδο αναπηρίας⁵».

Ένας άλλος ορισμός είναι αυτός που δόθηκε από το Κέντρο Ψυχιατρικής Αποκατάστασης της

Βοστώνης των ΗΠΑ και είναι ο εξής: «η ψυχιατρική αποκατάσταση έχει στόχο να αυξήσει με επιτυχία τη λειτουργικότητα του ατόμου στο στεναστικό, επαγγελματικό ή εκπαιδευτικό χώρο της επιλογής του, με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση από τους ειδικούς. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει τρεις φάσεις: Την αποκαταστασιακή διάγνωση, τον προγραμματισμό και την παρέμβαση». Θα πρέπει να λεχθεί ότι η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ως όρος χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο «Ψυχιατρική Αποκατάσταση»⁶ αν και πλέον η τάση είναι να προτιμάται ο όρος «Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση». Η Ψυχιατρική Αποκατάσταση προάγει την ανάρρωση, την πλήρη κοινωνική επανένταξη και τη βελτιωμένη ποιότητα ζωής, για πρόσωπα τα οποία έχουν διαγνωστεί με οποιοδήποτε πρόβλημα ψυχικής υγείας. Στόχος είναι η πλήρης ψυχοκοινωνική ανάρρωση (recovery). Έχει αναγνωριστεί ευρέως ότι με την κατάλληλη φροντίδα, τα άτομα που πάσχουν ακόμα και από τα πλέον σοβαρά και επίμονα ψυχιατρικά νοσήματα μπορούν να αναρρώσουν, σε μερικές περιπτώσεις με την κλινική έννοια της απουσίας συμπτωμάτων και σε άλλες με την κοινωνική έννοια της ανάκτησης μιας ικανοποιητικής ζωής μέσα στην κοινότητα ανεξάρτητα από την ψυχιατρική τους διάγνωση.⁷

Στο πλαίσιο αυτό η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της εικαστικής θεραπείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την κλινική πρακτική.

Εικαστική Θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Η Εικαστική Θεραπεία είναι μια μορφή Ψυχοθεραπείας που επιτρέπει τη συναισθηματική έκφραση και «ίαση» μέσω εξωλεκτικών οδών. Η θεραπευτική προσέγγιση μέσα από την τέχνη, αναγνωρίζει τις καλλιτεχνικές διεργασίες, τις δομές, το περιεχόμενο και τους συνειρμούς πάνω σ' αυτά, σαν καθρέφτες των ικανοτήτων, της προσωπικότητας και των ενδιαφερόντων του ανθρώπου. Η συμμετοχή σε αυτού του είδους τη θεραπεία παρέχει σε ανθρώπους με ιδιαίτερες ανάγκες (π.χ. ψυχικά ασθενείς) τρόπους να εκφραστούν κάτι που μπορεί να μην είναι δυνατόν μέσα από τις πιο παραδοσιακές θεραπείες.⁸

Η εικαστική θεραπεία χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με τη φαρμακοθεραπεία, και χρησιμεύει στο να διευκολύνει την έκφραση εγκλωβισμένων συναισθημάτων σκέψεων και εμπειριών μέσω των διαφο-

ρετικών ειδών εικαστικών έργων όπως η ζωγραφική, ο πηλός, τα κραγιόνια (παστέλ) με το να δημιουργούν μια οπτική συμβολική απεικόνιση των συναισθημάτων αυτών. Όπως αναφέρει η Crespo⁹ η Εικαστική Θεραπεία είναι μια χρήσιμη μέθοδος για την ψυχοθεραπευτική εργασία. Δεν περιλαμβάνει μόνο τις λιγότερο δυνατόν απειλητικές τεχνικές με τους ασθενείς που έχουν βαθιά δυσκολία να λεκτικοποιήσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ώστε να ανοίξει και να διευρύνει τη λεκτική επικοινωνία.

Υποστηρίζεται ότι η εικαστική θεραπεία μπορεί να συνεισφέρει στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα με τους ακόλουθους τρόπους (α) με αισθητηριακές εμπειρίες, (β) με τη συμβολική έκφραση, (γ) με τη συναισθηματική έκφραση, (δ) με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, (ε) με τη γνωστική ανάπτυξη και (στ) με την κοινωνική σύνδεση (social connectedness) – ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.¹⁰ Την περιρρέουσα αντίληψη γύρω από την αποτελεσματικότητα της εικαστικής θεραπείας την εκφράζει η ακόλουθη φράση της Sweeny:¹¹ «Η εικαστική θεραπεία παρέχει μια ευέλικτη και αποτελεσματική προσέγγιση που βοηθάει στην αναγνώριση, εξερεύνηση κατανόηση και παροχή βοήθειας στα ψυχολογικά προβλήματα και στην προαγωγή της ευζωίας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες».

Στο παρελθόν υπήρξαν έρευνες που έδειξαν ευεργετικά αποτελέσματα της Εικαστικής Θεραπείας σε άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα, όπως αυτή της Potocky,¹² καθώς και περιπτώσιολογικές αναλύσεις (case studies) όπως αυτή της Heenan.¹³ Οι ανασκοπήσεις των Ruddy και Milnes¹⁴ καθώς και αυτή της Pratt,¹⁵ έδειχναν μεν προς την ίδια κατεύθυνση όμως η μεν πρώτη αφορούσε αποκλειστικά, τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και η δεύτερη δεν αφορούσε αποκλειστικά στην εικαστική θεραπεία.

Σκοπός και μέθοδος

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της Εικαστικής Θεραπείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα. Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αναζητήθηκαν άρθρα στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Google Scholar,

Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycLit και ACP Journal Club.

Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι ευρετηριασμού/(λέξεις κλειδιά): Εικαστική Θεραπεία (Art Therapy) και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (Psychosocial Rehabilitation), Εικαστική Θεραπεία και Ψυχικές διαταραχές, (Mental Illness), Εικαστική Θεραπεία και Σχιζοφρένεια, Εικαστική Θεραπεία και Κατάθλιψη, Εικαστική Θεραπεία και Αγχώδης Μετατραυματική Διαταραχή (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD). Η χρονική περίοδος που καλύφθηκε ήταν το διάστημα μεταξύ του έτους 1995, έως τον Μάιο του 2010. Οι βιβλιογραφικές παραπομπές εντοπίστηκαν με έρευνα. Ειδικότερα έγινε προσπάθεια αναζήτησης δημοσιεύσεων στην ελληνική γλώσσα, πέραν της αναζήτησης στις προαναφερθείσες βάσεις δεδομένων, και μέσω του Google – μελετητής καθώς και μέσω του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης. Δεν έγινε συστηματική προσπάθεια ανεύρεσης πρόσθετων δημοσιεύσεων στοιχείων. Αρχικά ανευρέθησαν 42 δημοσιεύσεις, και στη συνέχεια εφαρμόστηκαν τα ακόλουθα κριτήρια ένταξης άρθρων στη μελέτη: (α) Οι μελέτες έπρεπε να είναι «μελέτες έκβασης-παρέμβασης» (“outcome-intervention studies”). Οι εκβάσεις έπρεπε να μετριοούνται με βάση τη μείωση των συμπτωμάτων, τις αλλαγές της προσωπικότητας ή άλλους δείκτες σχετικούς με την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση όπως ορίστηκε στην εισαγωγή. Οι μελέτες έπρεπε να είναι RCT ή μελέτες κοόρτης (cohort studies). Οι μελέτες περιπτώσεων (case studies) ή οι σειρές περιπτώσεων (case series) αποκλείστηκαν καθώς και οι μελέτες εκτίμησης (surveys) και ποιοτικής προσέγγισης. (β) Οι μελέτες έπρεπε να αφορούν σε ατομικές ή ομαδικές παρεμβάσεις αποκλειστικά σε ενήλικους ασθενείς (ηλικίας 18 έως 65 ετών) και όχι σε παιδιά ή ηλικιωμένους. (γ) Οι μελέτες έπρεπε να περιλαμβάνουν ασθενείς με διαγνώσεις κατά το DSM της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Άξονα I ή II) ή αλλιώς προσδιοριζόμενα συμπτώματα ή προβλήματα προσωπικότητας στους οποίους έγινε εκτός από τυπική θεραπεία παρέμβαση με Εικαστική Θεραπεία.

Αρχικά με βάση τους τίτλους των άρθρων και μετά τη μελέτη των περιλήψεων (abstracts), αποκλείστηκαν 36 δημοσιεύσεις στον πρώτο γύρο επιλογής. Τα κριτήρια αποκλεισμού άρθρων ήταν τα εξής: δείγ-

ματα ασθενών βασισμένα σε σωματική ασθένεια και όχι σε ψυχιατρικό νόσημα, μελέτες περιπτώσεων, θεωρητικά άρθρα, μελέτες που αφορούσαν στην εκπαίδευση επαγγελματιών θεραπευτών, καθώς επίσης και οι δευτερογενείς μελέτες (ανασκοπήσεις).

Με βάση τα παραπάνω παρέμειναν στο δείγμα της παρούσας ανασκόπησης πέντε δημοσιεύσεις που πληρούσαν τα κριτήρια. Αφορούσαν στην επίδραση εικαστικών παρεμβάσεων σε ψυχιατρικούς ασθενείς, οι οποίοι ελάμβαναν παράλληλα και την τυπική αγωγή ανάλογα με την κατάστασή τους, (ομαδική ψυχοθεραπεία, καθώς και φαρμακοθεραπεία όπου αυτό είχε κριθεί ως απαραίτητο). Καθώς σκοπός ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της Εικαστικής Θεραπείας στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, κρίθηκε σκόπιμο να καταταγούν τα υπό ανασκόπηση δημοσιεύματα ανάλογα με την ομάδα ψυχιατρικών συμπτωμάτων τα οποία εμφάνιζαν οι ασθενείς στους οποίους είχε γίνει η παρέμβαση, ως εξής: (α) Ασθενείς με γενικές ψυχιατρικές διαταραχές: μία μελέτη, (β) Ασθενείς με σχιζοφρένεια: μία μελέτη, (γ) Ασθενείς με κατάθλιψη: δύο μελέτες, (δ) Ασθενείς με μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (PTSD): μία μελέτη.

Αποτελέσματα

Οι έρευνες που ανασκοπήθηκαν είχαν ως κοινό σημείο αναφοράς τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας της Εικαστικής Θεραπείας. Σε όλες υπήρξαν θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς που εκτέθηκαν σε Εικαστική Θεραπεία. Τα αποτελέσματα από τις ανασκοπούμενες δημοσιεύσεις όπως κατετάγησαν ανωτέρω δείχνουν ενδιαφέροντα στοιχεία (πίνακας 1).

Ασθενείς με γενικές ψυχιατρικές διαταραχές

Συμπεριλήφθηκε μια μελέτη που αφορούσε σε ασθενείς με διάφορες διαταραχές (Drapeau και Kronish).¹⁶ Αφορά στην ομαδική Εικαστική Θεραπεία που παρέχόταν από τους συγγραφείς της δημοσίευσης σε ενήλικες ψυχιατρικούς εξωτερικούς ασθενείς που υπέφεραν από επίμονη ψυχική διαταραχή και που εδέχοντο αγωγή σε διάφορα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Εικοσιέξι (26) ασθενείς συμμετείχαν σε αυτά τα γκρουπ για μια περίοδο 15 μηνών (Από Απρίλιο του 2002 έως Ιούλιο του 2003). Παρεχόταν

υποστηρικτική και ψυχοδυναμική Εικαστική ομαδική Θεραπεία και σε κάθε ομάδα συμμετείχαν από 6 ως 8 ασθενείς. Η ομάδα συναντιόταν για 12 συνεχείς μήνες σε χώρο του νοσοκομείου ενώ κάθε συνεδρία διαρκούσε περίπου 2 ώρες. Οι ομάδες είχαν συγκροτηθεί από ασθενείς διαγνωσμένους για κατάθλιψη, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, αποσυνδεδετική διαταραχή, μεθοριακή διαταραχή και διπολικές διαταραχές. Οι ασθενείς είχαν επιλεγεί με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: ικανότητα για συμβολισμό, με συνακόλουθη δυσκολία στον λεκτικό συμβολισμό, σταθεροποιημένη ψυχική διαταραχή, (μεταξύ των οποίων ψύχωση και διαταραχές της προσωπικότητας) και δέσμευση στη συμμετοχή και στο να είναι ακριβείς. Όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν πριν από την επιλογή τους για συμμετοχή στο πρόγραμμα. Στους ασθενείς ζητήθηκε να ζωγραφίσουν συγκεκριμένα θέματα πριν κατά τη διάρκεια και στο τέλος της παρέμβασης. Τα έργα τους συνελέγησαν και αξιολογήθηκαν.

Στη μελέτη αυτή των Drapeau και Kronish¹⁶ στον πληθυσμό με ψυχιατρικούς ασθενείς με συμπτώματα από τις κύριες ψυχιατρικές διαταραχές, (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη κ.λπ.) η αξιολόγηση των έργων ως προς τις αλλαγές στην προσωπικότητα, στην ανοικτότητα στην εμπειρία και τη δυνατότητα κατανόησης και έκφρασής της, έδειξε ότι οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να ανακαλύψουν και να ανοίξουν τον εσωτερικό τους κόσμο σε άλλους, πράγμα το οποίο οδηγεί σε μεγαλύτερη κατανόηση και αποδοχή του εαυτού τους. Ως σημαντική παράμετρος της παρέμβασης θεωρείται το περιβάλλον (θα πρέπει να παρέχει ασφάλεια και αίσθηση συμπερίληψης) και το είδος της παρέμβασης (δημιουργική, υποστηρικτική και ψυχοδυναμική προσέγγιση). Στην έρευνα αυτή, το συμπέρασμα ήταν ότι η ομαδική Εικαστική Θεραπεία που βασίζεται σε υποστηρικτική και ψυχοδυναμική προσέγγιση είναι μια επωφελής και ευεργετική ψυχιατρική εφαρμογή για εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και δείχνει την ανάγκη για επιπλέον έρευνα στο πεδίο αυτό.

Ασθενείς με σχιζοφρένεια

Αναφορικά με τη σχιζοφρένεια συνελέγη μία μελέτη. Πρόκειται για την τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (Randomized Control Trial, RCT) των Richardson et al.¹⁷ Στην πειραματική ομάδα συμμετείχαν 43 ασθενείς στους οποίους επιπρόσθε-

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των άρθρων ανασκόπησης: μεθοδολογία, παρέμβαση, αποτελέσματα.

Δημοσίευση	Μέθοδος-δείγμα	Παρέμβαση	Αποτελέσματα
Drapeau MC, Kronish 2007 (ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές)	26 ασθενείς/15 μήνες. Υποστηρικτική και Ψυχοδυναμική ΕΘ	Ομαδική θεραπεία	Οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να ανακαλύψουν και να ανοίξουν τον εσωτερικό τους κόσμο. <i>Ευεργετικά αποτελέσματα</i>
Richardson P et al 2007 (ασθενείς με σχιζοφρένεια)	Πειραματική Με Ομάδα Ελέγχου N1=43/N2=47 pre- and post-treatment and six-month follow-up	12 Συνεδρίες ΕΘ	Στατιστικά <i>σημαντικό θετικό αποτέλεσμα στα αρνητικά συμπτώματα</i> (μικρή και μη σημαντική επίδραση στους άλλους δείκτες. Αισιόδοξα αποτελέσματα, δικαιολογούν επιπλέον έρευνα
Gussak 2007 (ασθενείς με κατάθλιψη)	α. Πιλοτική μελέτη (οιονεί πειραματική) N=48 άρρενες ενήλικες (AE) Βαθμολόγηση με κλίμακα FEATS (Formal Elements Art Therapy Scale) Follow up study β. Πειραματική ομάδα N1=37 AE Ομάδα ελέγχου N2=17 AE (pre-post test) – FEATS – BDI-II	Ομαδική θεραπεία Δύο συναντήσεις ανά εβδομάδα για 4 εβδομάδες	<i>Αύξηση των βαθμολογιών στους μετρώμενους δείκτες</i>
Gussak 2009 (ασθενείς με κατάθλιψη)	Πειραματικός σχεδιασμός με ομάδες ελέγχου (pre/post test scores) W-experimental 71(76) W-control 29(20) M-experimental 35(37) M-control 45(35) ANS Locus of Control Scale (1974) BDI-II (1993)	Ομαδική θεραπεία Μία συνάντηση ανά εβδομάδα για 8 εβδομάδες	Βελτίωση των βαθμολογιών των μελών της πειραματικής ομάδας, αναφορικά με το BDI-II. FEATS: <i>όχι διαφορά. Σημαντική βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε εκείνους τους τροφίμους που συμμετείχαν στο πρόγραμμα</i>
Gussak 2009 (ασθενείς με κατάθλιψη)	Πειραματικός σχεδιασμός με ομάδες ελέγχου (pre/post test scores) W-experimental 71(76) W-control 29(20) M-experimental 35(37) M-control 45(35) ANS Locus of Control Scale (1974) BDI-II (1993)	Παρέμβαση σε φυλακισμένους άνδρες και γυναίκες, που ξεκινούσε ως ατομική και εξελισσόταν σε ομαδική	<i>Θετική αλλαγή σε ανδρικό και γυναικείο πληθυσμό τόσο ως προς τη διάθεση (mood) όσο και ως προς την αίσθηση ελέγχου (locus of control).</i> Προφανής διαφορά ως προς την αποτελεσματικότητα και την απαντητικότητα προς την εικαστική θεραπεία μεταξύ ανδρών και γυναικών κρατουμένων
Johnson D et al 1997 (ασθενείς με διαταραχή μετατραυματικού stress, PTSD)	Κοόρτη 12 μάχιμων βετεράνων του Βιετνάμ. Επανάληψη σε δεύτερη κοόρτη με 13 βετεράνους	Πρόγραμμα SIPU (Specialized Inpatients PTSD program). ΕΘ μέσα σε 15 στοιχεία παρέμβασης. Διάρκεια 15 μήνες	Η ομάδα της <i>Εικαστικής Θεραπείας υπήρξε μοναδική στο να επιτύχει μεγαλύτερη βελτίωση στους ασθενείς με τα μεγαλύτερα επίπεδα συμπτωματολογίας PTSD</i> , όπως μετρήθηκαν κατά τη χορήγηση

τα με την κλασική αγωγή γινόταν και παρέμβαση με Εικαστική Θεραπεία, ενώ στην ομάδα ελέγχου συμμετείχαν 47 ασθενείς στους οποίους παρεχόταν μόνο η κλασικού τύπου αγωγή δηλαδή φαρμακοθεραπεία και ομαδική λεκτική ψυχοθεραπεία. Στους συμμετέχοντες γινόταν μέτρηση πριν και μετά την παρέμβαση, καθώς και μετά από έξι μήνες (pre and post-treatment and six-month follow-up). Η παρέμβαση συνίστατο σε 12 συνεδρίες Εικαστικής Θεραπείας. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν σε (α) εύρος συμπτωμάτων, (β) στην κοινωνική λειτουργικότητα και (γ) στην ποιότητα ζωής.

Όσον αφορά στην έρευνα αυτή αναφορικά με τη σχιζοφρένεια, η εικαστική παρέμβαση έδειξε θετικά αποτελέσματα αναφορικά με τη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων της ασθένειας (απόσυρση, καταθλιπτικά συναισθήματα, ικανότητα συγκέντρωσης, ανηδονία, κ.λπ.) και δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην κοινωνική λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής.

Ασθενείς με κατάθλιψη

Αναφορικά με την κατάθλιψη συνελέγησαν δύο μελέτες (Gusak).^{18,19} Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους ήταν ότι και οι δύο αφορούν σε καταθλιπτικούς ασθενείς, τροφίμους φυλακών.

Εξ αυτών η πρώτη μελετούσε την αποτελεσματικότητα της Εικαστικής Θεραπείας στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.¹⁸ Περιελάμβανε δύο μέρη: (α) Στο πρώτο μέρος πραγματοποιήθηκε μια οιοει πειραματική (quasi experimental) πιλοτική μελέτη σε δείγμα 48 αρρένων ενηλίκων, στους οποίους γινόταν μέτρηση πριν και μετά την παρέμβαση με εικαστική θεραπεία. Η μέτρηση γινόταν με την κλίμακα FEATS (Formal Elements Art Therapy Scale) η οποία αξιολογεί αφ' ενός τα χαρακτηριστικά του εικαστικού δημιουργήματος (ζωγραφιάς) και ταυτόχρονα μπορεί να ανιχνεύσει και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα καθώς και τη βελτίωσή τους μετά την παρέμβαση. Η διάρκεια του προγράμματος εικαστικής θεραπείας ήταν 4 εβδομάδες με συχνότητα δύο φορές ανά εβδομάδα. (β) Στο δεύτερο μέρος, κατά την περίοδο παρακολούθησης (follow up), ο πειραματικός σχεδιασμός περιελάμβανε στην πειραματική ομάδα 37 αρρένες ενήλικες και στην ομάδα ελέγχου 31 αρρένες ενήλικες στους οποίους γίνονταν μετρήσεις πριν και μετά τις θεραπευτικές συνεδρίες (που γίνονταν αποκλειστικά στην πειραματική ομάδα),

με τις κλίμακες FEATS και BDI-II (Beck's Depression Inventory). Οι συμμετέχοντες ήσαν εθελοντές και η ένταξη των υποκειμένων στην πειραματική ομάδα ή την ομάδα ελέγχου γινόταν με τυχαίο τρόπο. Η διάρκεια του προγράμματος παρέμβασης ήταν 8 εβδομάδες με συχνότητα, μία συνάντηση ανά εβδομάδα.

Επίσης μια άλλη μελέτη¹⁹ που αφορούσε στη σύγκριση της αποτελεσματικότητας της Εικαστικής Θεραπείας στην κατάθλιψη και στην αίσθηση του κέντρου ελέγχου (locus of control) πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες κρατούμενους. Οι συμμετέχοντες ήσαν επίσης εθελοντές. Η μελέτη ήταν πειραματική με ομάδες ελέγχου τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες κρατούμενους. Η ένταξη των υποκειμένων στην πειραματική ή στην ομάδα ελέγχου γινόταν με τυχαίο τρόπο. Η μέτρηση γινόταν με τις κλίμακες BDI-II και ANS-LOC (Adult Nowicki-Strickland Locus of Control Scale). Οι αξιολογήσεις γίνονταν κατά τη διάρκεια της πρώτης και της τελευταίας συνεδρίας της θεραπευτικής περιόδου και χρησιμοποιήθηκαν πριν-μετά το τεστ αξιολογήσεις (pre and post-test evaluations). Η παρέμβαση ξεκινούσε σε ατομικό επίπεδο και εξελισσόταν σε ομαδική.

Στις έρευνες αυτές που εστιάζονταν στην καταθλιπτική συμπτωματολογία:

Στην πρώτη,¹⁸ η οποία συμπεριέλαβε καταρχήν μια πιλοτική έρευνα με οιοει πειραματικό σχεδιασμό, τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας δικαιολόγησαν τη διεξαγωγή της κυρίως έρευνας καθώς έδειξαν θετική αύξηση στους δείκτες της κλίμακας FEATS η οποία μέτρησε τα εξής: Συναίνεση με τους Κανονισμούς, Συνεργασία με το Προσωπικό, Κοινωνικότητα με τους Συγκρατούμενους, Συναίνεση στη Φαρμακοθεραπεία, Συναίνεση στη Διατροφή και Συνήθειες στον Ύπνο. Στην επακόλουθη έρευνα, με την κυρίως πειραματική έρευνα με ομάδα ελέγχου, οι βαθμολογίες με βάση την κλίμακα BDI-II, έδειξαν σαφή βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά η κλίμακα FEATS δεν έδωσε διαφορά στη βαθμολογία.

Η δεύτερη,¹⁹ διερεύνησε τη διαφορά που έχει η Εικαστική Θεραπεία αναφορικά σε καταθλιπτικά συμπτώματα και στην αίσθηση του κέντρου ελέγχου (Locus Of Control), μεταξύ ανδρών και γυναικών φυλακισμένων. Η έννοια Locus of Control αναφέρεται στον βαθμό ελέγχου που κάποιος αισθά-

νεται ότι ασκεί στο περιβάλλον του. Εξωτερικό LOC δείχνει περισσότερο μια τάση να πιστεύει το άτομο ότι εξωτερικές δυνάμεις ελέγχουν τη συμπεριφορά του, ενώ εσωτερικό LOC δείχνει την αίσθηση ότι το άτομο μπορεί να ελέγχει τη μοίρα του.²⁰ Η βασική υπόθεση ήταν ότι η ΕΘ θα έχει θετική επίδραση τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες και ότι θα υπήρχαν διαφυλικές διαφορές. Η βασική υπόθεση επιβεβαιώθηκε και υπήρξε ισχυρή ένδειξη ότι η Εικαστική Θεραπεία ασκεί ισχυρότερη θετική επίδραση στις γυναίκες κρατούμενες.

Ασθενείς με μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (PTSD)

Στη μελέτη των Johnson et al²¹ δεκαπέντε (15) στοιχεία ενός προγράμματος παρέμβασης αξιολογήθηκαν με ένα όργανο αυτο-αναφοράς που χορηγήθηκε σε μια μελέτη κοόρτης σε βετεράνους που έπασχαν από PTSD πριν και μετά τη συνεδρία (pre-post), περί τα μέσα εφαρμογής του προγράμματος. Το δείγμα αποτελείται από 12 μάχιμους βετεράνους του Βιετνάμ που συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα SIPIU (Specialized Inpatients PTSD program). Η παρέμβαση επαναλήφθηκε επίσης σε δεύτερη ομάδα με 13 βετεράνους. Τα 15 κύρια στοιχεία του προγράμματος αυτού συνελέγησαν και αξιολογήθηκαν για την πρώτη ομάδα τον Δεκέμβριο του 1991, και για τη δεύτερη τον Μάιο του 1992. Μεταξύ των στοιχείων που αξιολογήθηκαν ήταν και η Εικαστική Θεραπεία.

Η έρευνα σε κοόρτες σχετικά με τη μελέτη της επίδρασης της εικαστικής θεραπείας σε βετεράνους του Βιετνάμ που έπασχαν από PTSD,²¹ αναφορικά με την αποτελεσματικότητά της, έδειξε ότι η ΕΘ ήταν εκείνη μεταξύ των 15 ειδών παρέμβασης στο πρόγραμμα SIPIU που είχε τα καλύτερα αποτελέσματα στους βετεράνους με τη βαρύτερη συμπτωματολογία, αποτέλεσμα που επιβεβαιώθηκε και από την επανάληψη της παρέμβασης στη δεύτερη ομάδα.

Συζήτηση

Αν και σε όλες τις ανασκοπούμενες μελέτες εμφανίζονται θετικά αποτελέσματα από την εφαρμογή Εικαστικής Θεραπείας σε ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η παρούσα ανασκόπηση εμφανίζει αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα. Αρχικά, η από πλευράς και μόνο του

συγγραφέα, απόφαση περί του κατά πόσον οι συγκεκριμένες μελέτες που ανασκοπούνται πληρούν τα κριτήρια είναι δυνατόν να εμπεριέχει μεροληπτικό σφάλμα (investigator bias). Μεθοδολογικά θα ήταν ασφαλέστερο για την ελαχιστοποίηση αυτής της πιθανότητας να υπήρχαν τουλάχιστον δύο επαγγελματίες οι οποίοι να αποφάσιζαν ανεξάρτητα. Θα πρέπει να αναγνωριστεί ότι η απουσία δεύτερου ερευνητή ενδεχομένως υποβαθμίζει τη μεθοδολογία της παρούσας ανασκόπησης.

Ένα θεμελιώδες πρόβλημα, όπως διατυπώθηκε και από άλλες ανασκοπήσεις¹⁵ είναι ο μικρός αριθμός πρωτογενών ερευνών που έχουν γίνει αναφορικά με τη συμβολή της Εικαστικής Θεραπείας σε Ψυχιατρικούς ασθενείς. Δεδομένης της έκτασης των ψυχιατρικών διαταραχών και της σχετικής συμπτωματολογίας, του αριθμού των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές σε παγκόσμιο επίπεδο, ο συνολικός αριθμός του δείγματος των πέντε δημοσιευμάτων που ανασκοπήθηκαν θεωρείται ιδιαίτερα μικρός.

Ενδεχομένως, η παρατήρηση που κάνει ο Μαδιανός,⁵ ότι στον τομέα των ψυχικών νόσων, οι σχιζοφρενικές διαταραχές, περισσότερο από τις άλλες παθήσεις, χρήζουν της εφαρμογής των μεθόδων αποκατάστασης, να δίνει μια εξήγηση στο φαινόμενο της έλλειψης δημοσιευμένων ερευνών που να μελετούν την ψυχιατρική αποκατάσταση σε ψυχιατρικές ή κοινοτικές δομές σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, διπολικές διαταραχές και άλλες πλην της σχιζοφρένειας διαταραχές.

Έτσι, ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης δεν πληρούται για ασθενείς που πάσχουν από διαφορετικές διαταραχές, από αυτές που αναφέρονται στις ανασκοπούμενες δημοσιεύσεις. Η αναζήτηση άρθρων αναφορικά με άλλες ψυχοπαθολογικές διαταραχές δεν απέδωσε καρπούς, κάτι που δείχνει ότι υπάρχει σημαντικό κενό στην ερευνητική βιβλιογραφία. Αυτό το φαινόμενο φαίνεται να επιβεβαιώνει την αρχική θέση που οδήγησε στη συγγραφή της παρούσας ανασκόπησης.

Θα πρέπει ωστόσο να λεχθεί ότι η χρονική περίοδος που καλύπτει η παρούσα ανασκόπηση περιορίζεται στο χρονικό παράθυρο των 15 τελευταίων ετών καθώς επιδίωξη του συγγραφέως αρχικά ήταν να καλύψει την, κατά την αντίληψή του σύγχρονη εποχή, στην εφαρμογή της εικαστικής θεραπείας. Θα ήταν ως εκ τούτου χρήσιμη η διεξαγωγή συστηματικής

ανασκόπησης που να αφορά σε μια πλέον διευρυμένη χρονική περίοδο, έτσι ώστε να περιληφθεί μεγαλύτερο δείγμα πρωτογενών ερευνών.

Θα πρέπει επίσης να αναφερθούν τα μεθοδολογικά ζητήματα των ερευνών που ανασκοπούνται. Στην έρευνα των Drapeau και Kronish,¹⁶ αναφέρεται μεν ότι τα έργα των συμμετεχόντων συνελέγησαν και αξιολογήθηκαν ωστόσο δεν αναφέρεται από τους συγγραφείς ο τρόπος αξιολόγησης· στις μελέτες του Gusak^{18,17} δεν αναφέρεται το κατά πόσο η κατανομή των συμμετεχόντων στις διαφορετικές ομάδες ήταν τυφλή ή όχι, στοιχεία που είναι ουσιαστικά για την αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών.

Ένα ακόμα στοιχείο που θα πρέπει να αναφερθεί είναι ότι σε κάθε θεραπευτική προσέγγιση σημαντικό ρόλο παίζει η σχέση θεραπευτή, ασθενούς, κάτι που δεν έχει συζητηθεί στις υπό ανασκόπηση πρωτογενείς έρευνες.

Άλλος περιορισμός της παρούσας μελέτης που ενισχύει τα ανωτέρω, είναι ότι λόγω προσωπικών περιορισμών του συγγραφέα, οι μελέτες που ανασκοπούνται είναι μόνο στην αγγλική γλώσσα. Παρότι έγινε και αναζήτηση ελληνόγλωσσων άρθρων, δεν ανευρέθη κανένα σχετικό άρθρο ώστε να υπάρξει εικόνα για την ελληνική πραγματικότητα, παρά το ότι σε διάφορα προγράμματα Ψυχιατρικής Αποκατάστασης σε όλων των ειδών τις δομές παρέχεται επικουρικά με την κλασική αγωγή και Εικαστική Θεραπεία.

Στην ποιοτική έρευνα των Srandler et al,⁷ εκφράζεται η άποψη ότι τα στοιχεία όπως η υποβοήθηση της ελπίδας, η δημιουργία ενός νοήματος και σκοπού, η ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης (coping) και η αναδημιουργία της ταυτότητας, είναι αυτά που είναι δύσκολο να εντοπισθούν και να μετρηθούν, ωστόσο είναι τα πιο βαθιά και σημαντικά αποτελέσματα της συμμετοχής σε τέτοια προγράμματα.

Όμως από την άλλη πλευρά ο Gussak¹⁹ συνοψίζοντας τα συμπεράσματά του για την Εικαστική Θεραπεία σε φυλακισμένους με ψυχική διαταραχή υποστηρίζει ότι υπάρχουν πολύ ιδιαίτεροι λόγοι για τους οποίους η ΕΘ είναι κατάλληλη για τους έγκλειστους. Μερικοί από αυτούς είναι: Η λεκτική αποκάλυψη και αυτοαποκάλυψη μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνη για τους έγκλειστους ασθενείς. Επίσης: Η ΕΘ είναι βοηθητική στο περιβάλλον της φυλακής δεδομένων των δυσκολιών που αφορούν στον πλη-

θυσμό αυτό, που οφείλονται σε οργανικότητα, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, αναλφαβητισμό, και άλλα εμπόδια στη λεκτική επικοινωνία και στη γνωστική ανάπτυξη. Η ΕΘ δεν απαιτεί από τον φυλακισμένο/πελάτη να ξέρει, να αποδέχεται ή να συζητά αυτά που έχει αποκαλύψει. Το περιβάλλον είναι επικίνδυνο και οποιαδήποτε αυθόρμητη αποκάλυψη μπορεί να είναι απειλητική. Η ΕΘ βοηθάει την αυτοαποκάλυψη, (ακόμα και αν ο τρόφιμος/πελάτης δεν θέλει να συζητήσει συναισθήματα και ιδέες που θα μπορούσαν να τον καταστήσουν ευάλωτο) καθώς έχει το πλεονέκτημα του να υπερβαίνει τις ασυνείδητες και συνειδητές άμυνες, (συμπεριλαμβανομένης και της προφανούς ανειλικρίνειας) και να μπορεί να περιορίσει τα παθολογικά συμπτώματα χωρίς τη λεκτική ερμηνεία (του εικαστικού).

Ο Μαδιανός²² αναφέρει ότι: « η ύπαρξη των λεγόμενων αρνητικών συμπτωμάτων... αποτελεί έναν κακό προγνωστικό παράγοντα για μια επιτυχή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Υπάρχουν όμως ερευνητικά τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι μια μακρόχρονη επίδραση ενός συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών σε αρρώστους με αρνητικά συμπτώματα μπορεί να μειώσει αυτά τα συμπτώματα και να αυξήσει τη λειτουργικότητά τους». Κάτω από αυτό το πρίσμα, φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία τα αποτελέσματα της μελέτης η οποία έδειξε θετικά αποτελέσματα αναφορικά με τη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων σε σχιζοφρενικούς ασθενείς.¹⁶

Συμπεράσματα

Με βάση τις δημοσιεύσεις που παρουσιάστηκαν, η εφαρμογή της Εικαστικής Θεραπείας (σε συνδυασμό βέβαια με την ενδεικνυόμενη φαρμακοθεραπεία) εμφανίζεται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στους ψυχιατρικούς ασθενείς, ιδιαίτερα αναφορικά με το αυτοσυναίσθημα και τα αρνητικά ψυχιατρικά συμπτώματα, αν και σε ορισμένους τομείς, όπως η αντίληψη ποιότητας ζωής και η κοινωνική λειτουργικότητα, δεν παρατηρήθηκε ουσιαστική διαφορά μεταξύ τυπικής παρέμβασης, και παρέμβασης που συμπεριελάμβανε και Εικαστική Θεραπεία.

Σε καμία περίπτωση δεν εμφανίστηκε χειροτέρευση σε κάποιον από τους μετρώμενους δείκτες στους ψυχιατρικούς ασθενείς που μελετήθηκαν στις ανασκοπούμενες έρευνες.

Έχει σημασία η Εικαστική Θεραπεία να παρέχεται σε ένα ασφαλές και εμπειρικό (δηλαδή να δημιουργεί την αίσθηση του ανήκειν) περιβάλλον.

Τα αποτελέσματα φαίνονται αισιόδοξα και δικαιολογούν την επιπλέον διεξαγωγή εμπειρικών ερευνών στον τομέα αυτόν, ώστε να υπάρξει έγκυρη και αξιόπιστη γενίκευση των συμπερασμάτων.

Θα πρέπει μελλοντικά να πραγματοποιηθεί σημαντικός αριθμός πρωτογενών ερευνών με μεγάλο αριθμό ασθενών, προκειμένου να υπάρξει γενίκευση των συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα της Εικαστικής Θεραπείας στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχιατρικά νοσήματα. Να σημειωθεί ότι (α) Δεν έχουν υπάρξει έρευνες που να αξιολογούν τη διαφορά ως προς την αποτελεσματικότητα των διαφορετικών μεθόδων εφαρμογής καθώς και των διαφορετικών μορφών Εικαστικής Θεραπείας. Ως εκ τούτου

θα πρέπει να αναπτυχθούν τα σχετικά εργαλεία. (β) Δεν φαίνεται να έχουν υπάρξει σχετικές μελέτες στην Ελλάδα, για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και θα ήταν χρήσιμο να υπάρξει πρωτογενής έρευνα στον τομέα αυτόν στην πατρίδα μας.

Από όσα στοιχεία συνελέγησαν και μελετήθηκαν κατά τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας, προκύπτει ότι παρόλο που δεν έχει υπάρξει ικανός αριθμός σχετικών πρωτογενών μελετών, η Εικαστική Θεραπεία κατέχει έναν σημαντικό ρόλο στα προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, και ειδικά στα Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Στην πατρίδα μας, με την εφαρμογή του Προγράμματος «Ψυχαργός», η Εικαστική Θεραπεία από την αρχή αποτέλεσε συστατικό στοιχείο σε πολλές από τις δομές που το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε (και εξακολουθεί να εφαρμόζεται). Η τάση είναι η Εικαστική Θεραπεία να κερδίζει έδαφος και να χρησιμοποιείται σε όλο και περισσότερες δομές τόσο διεθνώς όσο και στη χώρα μας.

Art therapy in psychosocial rehabilitation of patients with mental disorders

P. Apotsos

*Faculty of Nursing, University of Athens, Postgraduate Program (MSc)-
Mental Health Nursing, Athens, Greece*

Psychiatriki 2012, 23:245–254

Despite the use of art therapy in various psychiatric structures and articles supporting its application, in recent years very few data grounded on primary research have been published. Given the complexity of psychiatric disorders the number of people who suffer from them, and the fact that the primary treatment in psychiatric disorders remains pharmacotherapy, questions about the effectiveness of art therapy (as a complimentary treatment) remain open. The purpose of this study was to investigate the efficacy of art therapy in psychosocial rehabilitation of people with psychiatric disorders. A search of the literature and electronic databases using indexing words was conducted. The criteria for inclusion of articles were: a. studies had to be "outcome-intervention" studies, b. studies should concern only intervention in adults, and c. studies had to include patients with diagnoses according to the DSM of the American Psychiatric Association. Finally, only five articles were included in this systematic review. There is evidence for the effectiveness of art therapy in areas related to the psychosocial rehabilitation of persons suffering from psychiatric disorders, usually in combination with pharmacotherapy. The findings of the surveys reviewed are encouraging and justify the conduct of additional primary research.

Key words: Art therapy, psychiatric patients, psychosocial rehabilitation, schizophrenia, depression, post traumatic stress disorder.

Βιβλιογραφία

1. Dalley T. *Θεραπεία μέσω τέχνης: η εικαστική προσέγγιση*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
2. Byers J. Children of the stones: Art therapy interventions in the West Bank. *Art Therapy* 1996, 13:238–243
3. Rubin J. *Art therapy: an introduction*. Taylor and Francis Group, Lillingham NC, USA, 1999
4. Craig T. *What is psychiatric rehabilitation?* The Royal College Of Psychiatrics 2007 (cited 11 June 2010) Available from www.rcpsych.ac.uk/files/samplechapter/EnabRecovChapter.pdf
5. Μαδιανός Μ. *Κλινική ψυχιατρική*. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003: 567
6. Psychiatric rehabilitation. Wikipedia, the free encyclopedia 2010 (cited 11 June 2010) Available from en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_rehabilitation
7. Spandler HS, Secker J, Kent L, Hacking S, Shenton J. Catching life: the contribution of arts initiatives to recovery approaches in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007, 14:791–799
8. Freud K. *Art Therapy in Conjunction with Verbal Therapy*. Google Scholar 2008 (cited 2010 May 15) Available from scholar.google.gr/scholar?start=40&q=related:dN5KWO7V9y0J:scholar.google.com/&hl=el&as_sdt=2000
9. Crespo VR. Art Therapy as an approach for working with schizophrenic patients. *Int J Psychother* 2003, 8:183–193
10. Van Lith T, Fenner P, Schofield M. *Art Therapy in Rehabilitation*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange 2010 (cited 5 June 2010) Available from cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/pdf/en/art_therapy_in_rehabilitation.pdf
11. Sweeney S. *Art therapy: promoting wellbeing in rural and remote communities*. *Austr Psychiatry* 2009, (Suppl 17):S151–S153
12. Potocky M. An Art Therapy Group for Clients with Chronic Schizophrenia. *Soc Work Group* 1993, 16:73–82
13. Heenan D. Art as therapy: An effective way of promoting positive mental health? *Disabil Soc* 2006, 21:179–191
14. Ruddy R, Milnes D. *Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 4 (cited 30 Apr 2010) Available from www2.cochrane.org/reviews/en/ab003728.html
15. Pratt RR. Art, dance, and music therapy. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2004, 15:827–841
16. Drapeau MC, Kronish N. Creative art therapy groups: a treatment modality for psychiatric outpatients. *Art Therapy* 2007, 24:76–81
17. Richardson P, Jones K, Evans C, Stevens P, Rowe A. Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *J Ment Health* 2007, 16:483–491
18. Gussak D. The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2007, 51:444
19. Gussak D. Comparing the effectiveness of art therapy on depression and locus of control of male and female inmates. *Art Psychother* 2009, 36:5–12
20. Bayse DJ, Allgood SM, VanWyk PC. Locus of control, narcissism, and family life education in correctional rehabilitation. *J Offend Rehabil* 1992, 17:47–64
21. Johnson D, Lubin H, James M, Hale K. Single session effects of treatment components within a Specialized Inpatient Posttraumatic Stress Disorder Program. *J Trauma Stress* 1997, 10:378–390
22. Μαδιανός Μ. *Κλινική Ψυχιατρική*. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003: 233

Αλληλογραφία: Π. Απόσος, Ψυχολόγος, Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας, τ. Πρόεδρος της «Ελληνικής Εταιρείας Συμβουλευτικής», Αθήνα
 Τηλ: (+30) 6938 373 938
 e-mail: panap6@yahoo.gr

Ενδιαφέρουσα περίπτωση Case report

Ακούσια νοσηλεία: Μία περίπτωση σύγκρουσης εισαγγελία και ψυχιάτρου στην ερμηνεία του νόμου

N. Μπιλανάκης

Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, Άρτα

Ψυχιατρική 2012, 23:255–261

Η διαδικασία της ακούσιας ψυχιατρικής εξέτασης ή/και νοσηλείας αποτελεί μια σπάνια εμπειρία για τον μέσο σύγχρονο άνθρωπο. Στο πλαίσιο της, ο πολίτης καλείται να υποστεί περιορισμό της ελευθερίας του και αναγκαστική νοσηλεία χωρίς ο ίδιος να έχει επιζητήσει καμία από τις δύο προαναφερόμενες καταστάσεις. Η σπανιότητα αυτής της εμπειρίας, συνεπικουρούμενη από τη βαρύτητα της απειλής για την ατομική ελευθερία και αξιοπρέπεια που επιφέρει, επιβάλλουν την ύπαρξη ενός σαφέστατου νομικού πλαισίου που θα περιγράφει τις επιτρεπόμενες ή μη διαδικασίες υλοποίησής της, την ευλαβική τήρηση από τους εμπλεκόμενους φορείς αυτών των νομικών προβλέψεων καθώς και τη λειτουργία ενός αξιόπιστου συστήματος καταγραφής και ελέγχου των παραπάνω διαδικασιών. Στη χώρα μας, ο Ν. 2071 για την ακούσια νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα αποτέλεσε τη δικαϊκή ρύθμιση εκείνη που το 1992 κρίθηκε απαραίτητη για να περιγράψει τις απαραίτητες συνθήκες και προϋποθέσεις που όφειλαν να εκπληρούνται για την πραγματοποίηση της ακούσιας εξέτασης ή/και νοσηλείας στους ψυχικά πάσχοντες, με ταυτόχρονο σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών τους. Αν και η αντικατάσταση του προηγούμενου σχετικού νόμου με την υιοθέτηση του νόμου αυτού χαιρέτιστηκε από πολλές πλευρές, η πλήρης εφαρμογή του έκτοτε, και κατά περίπτωση, «σκόνταφτε», αφού ποτέ δεν συνάντησε την πλήρη συμφωνία όλων των εμπλεκόμενων μερών. Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχει η εκτίμηση ότι 40–50% του συνόλου των νοσηλειών που πραγματοποιούνται σε δημόσιες ψυχιατρικές μονάδες στην Ελλάδα αποτελούν ακούσιες νοσηλείες. Το ποσοστό αυτό θεωρείται εξαιρετικά υψηλό, αφού είναι περίπου τετραπλάσιο του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Ως εκ τούτου κρίνεται σήμερα, περισσότερο από ποτέ, σημαντική η ανάληψη πρωτοβουλιών προς την κατεύθυνση επανελέγχου των συνθηκών που πραγματώνεται η ακούσια εξέταση ή/και νοσηλεία στην πατρίδα μας. Σκοπός αυτού του σύντομου άρθρου είναι η παρουσίαση μίας περίπτωσης που ο εισαγγελέας και ο ψυχίατρος διαφώνησαν ως προς την ερμηνεία μιας παραγράφου του ν. 2071/92, με αποτέλεσμα ο πρώτος να ασκήσει δίωξη κατά του δεύτερου. Ευτυχώς, ο ψυχίατρος που υπερασπιζόταν την άποψη ότι μόνο το δικαστικό σύστημα έχει την αρμοδιότητα και εξουσία να διατάξει την ακούσια νοσηλεία κάποιου ψυχικά ασθενούς, βεβαίως μετά τη σύμφωνη τεκμηρι-

ωμένη άποψη των ψυχιάτρων, αθώωθηκε από το δικαστήριο. Συμπερασματικά, προτείνουμε ότι για τα ασαφή σημεία ερμηνείας του νόμου, οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην υλοποίησή του οφείλουν να επιδείξουν πνεύμα συνδιαλλαγής αλλά και να θεσπισθούν μέτρα και διαδικασίες που θα επιτρέπουν τη συνεχή παρακολούθηση της υλοποίησης κάθε περίπτωσης εφαρμογής ακούσιας εξέτασης ή/και νοσηλείας.

Λέξεις ευρητηρίου: Ακούσια νοσηλεία, ανθρώπινα δικαιώματα, Ν. 2071/92.

Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι πάνω από 40% του συνόλου των νοσηλειών που πραγματοποιούνται σε δημόσια ψυχιατρικά ιδρύματα είναι ακούσιες νοσηλείες, ποσοστό που θεωρείται τουλάχιστον τετραπλάσιο σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσον όρο. Το υψηλό αυτό ποσοστό ακούσιων νοσηλειών που πραγματοποιείται στην Ελλάδα, επιβάλλει την ύπαρξη ενός σαφέστατου νομικού πλαισίου που θα περιγράφει της επιτρεπόμενες ή μη διαδικασίες υλοποίησής τους, την ευλαβική τήρηση από τους εμπλεκόμενους φορείς αυτών των νομικών προβλέψεων καθώς και τη λειτουργία ενός αξιόπιστου συστήματος καταγραφής και ελέγχου των παραπάνω διαδικασιών.¹

Σε αυτό το πλαίσιο, η διαρκής επικοινωνία και συνεργασία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών στη διαχείριση του ακούσια εξεταζόμενου ή/και νοσηλευόμενου ασθενούς (ψυχιάτρων, εισαγγελέων, αστυνομικών, συνηγορητικών οργανώσεων κ.ά.) μπορεί να αποτρέψει τις πιθανές απειλές για τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των εμπλεκόμενων ασθενών και να εξασφαλίσει την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας σε αυτούς. Η διαρκής, ισότιμη και καλόπιστη συνεργασία όλων των ανωτέρω περιγραφόμενων επαγγελματιών μπορεί να θεραπεύσει προβλήματα που αναφύονται στην ερμηνεία και εφαρμογή του νόμου και ταυτόχρονα να εξασφαλίσει τις βέλτιστες συνθήκες αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των πολιτών.²

Στο σύντομο αυτό άρθρο προτίθεται να παρουσιάσω μία περίπτωση όπου η ασάφεια του νόμου και η μη συνεργασία μεταξύ του ψυχιάτρου και του εισαγγελέα οδήγησε σε δικαστική περιπέτεια τον πρώτο, που ευτυχώς έληξε αισίως τόσο για τον ψυχίατρο όσο και για τους ψυχικά ασθενείς.

Περιγραφή περίπτωσης

Ο κ. Χ.Α., 76 ετών, μεταφέρθηκε συνοδεία αστυνομικού στις 6/11/2008 κατόπιν αυτεπαγγέλτου εισαγγελικής παραγγελίας, στο Γενικό Νοσοκομείο Χ. προκειμένου να εξεταστεί και να συνταχθούν δύο ιατρικές γνωματεύσεις που να βεβαιώνουν τη συνδρομή ή μη των προϋποθέσεων του Ν. 2071/1992 για την ακούσια νοσηλεία του παραπάνω. Ο ασθενής εξετάστηκε άμεσα από δύο ψυχιάτρους της Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου, οι οποίοι και συνέταξαν σχετική ιατρική γνωμάτευση, όπου αφού περιγράφουν την προκύπτουσα από την κλινική τους εξέταση ψυχική κατάσταση του ασθενούς, καταλήγουν ότι ο εξετασθείς «πάσχει από Σχιζοφρενική Ψύχωση, δεν είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και η έλλειψη νοσηλείας του έχει ως συνέπεια να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του» και συμπεραίνουν ότι «πληρούνται οι προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία βάσει της παρ. 2 του αρθ. 95 του Ν. 2071/92».

Επειδή όμως, (α) η Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Χ. ήταν υπερπλήρης και σε αυτήν είχαν αναπτυχθεί ήδη εκείνη την ημέρα επικουρικές κλίνες «ράντζα»), (β) τη σχετική εισαγγελική παραγγελία συνόδευε αίτηση του αδελφού του ασθενούς, κατοίκου Καλλιθέας Αττικής, με την οποία αυτός ζητούσε τη συνδρομή των αρμοδίων οργάνων της πολιτείας ούτως ώστε ο ασθενής να μεταφερθεί στο ΨΝΑ στο Δαφνί, που ευρίσκεται σχετικά κοντά στη κατοικία του, ώστε «να του παρέχεται η ευχέρεια να τον προσέχει», (γ) η κατάσταση της υγείας του ασθενούς κ. Χ.Α. ή άλλου τρίτου δεν κινδύνευε από μια ολιγοήμερη καθυστέρηση της νοσηλείας του, δεδομένου ότι η νόσος από την οποία πάσχει είναι χρόνια και με αργή πλέον πορεία, αλλά και δεν διαπιστώθηκε κανείς κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς εκ μέρους του, και το σημαντικότερο, επειδή (δ)

η εισαγγελική αρχή είναι αυτή που, σύμφωνα με τον Ν. 2071/92, άρθρο 96, παρ. 4, αφού διαπιστώσει ότι συντρέχουν οι τυπικές προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία, διατάσσει τη ακούσια νοσηλεία του ασθενούς σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας, οι ψυχίατροι στη γνωμάτευσή τους που διαβίβασαν προς την Εισαγγελία της πόλης τους προσέθεσαν επίσης ότι «συστήνουμε η νοσηλεία του ασθενούς να πραγματοποιηθεί σε άλλο Νοσοκομείο» και προέτρεψαν τον αστυνομικό υπάλληλο που συνόδευε τον ασθενή, να τον συνοδεύσει μέχρι την κατοικία του, εκεί απ' όπου τον παρέλαβε και όπου ζει τα τελευταία 40 χρόνια, αναμένοντας την νέα εισαγγελική εντολή.

Πράγματι, λίγες ημέρες αργότερα, στις 14/11/2008, δυνάμει νέας εισαγγελικής παραγγελίας ο κ. Χ.Α. μεταφέρεται εκ νέου, συνοδεία αστυνομικού, προς νοσηλεία στη Κλινική μας και φυσικά, υπακούοντας στην εντολή, ο ασθενής εισάγεται άμεσα στην Ψυχιατρική Κλινική μας όπου και νοσηλεύεται για λίγες εβδομάδες.

Δέκα ημέρες αργότερα από την εισαγωγή του ασθενούς στην Ψυχιατρική Κλινική μας, κοινοποιείται από την τοπική Πταισματοδίκη προς τον Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής κλήση για προκαταρκτική εξέταση προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπέπεσε σε παράνομες πράξεις ενώ στις 14/8/2009 ακολουθεί κλητήριο θέσπισμα από την κ. Εισαγγελέα Πλημ/κών που καλεί τον Διευθυντή να δικαστεί στις 23/11/2010 στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο ως υπαίτιος «ότι στην πόλη Χ. στις 6/11/2008 με πρόθεση εξέθεσε άλλον καθιστώντας έτσι αυτόν αβοήθητο και συγκεκριμένα κατά τον ανωτέρω τόπο και χρόνο, ως Διευθυντής της Ψυχιατρικής Κλινικής αρνήθηκε να παραλάβει και να νοσηλεύσει στην Ψυχιατρική Κλινική τον χρίζοντα εγκλεισμό και ιατρική περίθαλψη ψυχοπαθή ασθενή Χ.Α., παρότι είχε εκδοθεί η σχετική παραγγελία της κ. Εισαγγελέως Πρωτοδικών περί εγκλεισμού του ως άνω ασθενούς στο εν λόγω νοσηλευτικό ίδρυμα στα πλαίσια ακούσιας νοσηλείας του, κατ' αρ. 95 Ν. 2071/1992, εκθέτοντας έτσι και καθιστώντας αβοήθητο τον ανωτέρω ασθενή». Η κ. Εισαγγελέας κοινοποίησε επίσης την ανωτέρω κλήση στον Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου όπου υπάγεται η Κλινική αλλά και στην Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου της περιοχής αυτής.

Η δίκη αυτή, μετά από μία αναβολή, τελικά πραγματοποιήθηκε στις 21/6/2011. Κατά τη διάρκεια της

δίκης αυτής τονίστηκε αρχικά από τους συνηγόμενους υπεράσπισης το αβάσιμο της κατηγορίας ως προς τα πραγματικά διαδραματισθέντα γεγονότα: ο Διευθυντής της Κλινικής δεν αρνήθηκε, όπως αβάσιμα κατηγορείται, να νοσηλεύσει τον ασθενή κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας για νοσηλεία, αφού όταν αυτή εκδόθηκε στις 14/11/2008, και δυνάμει αυτής διακομίστηκε ο ασθενής στο Νοσοκομείο, ο τελευταίος άμεσα εισήχθη στη Ψυχιατρική Κλινική όπου και νοσηλεύτηκε. Στη χρονικά προηγηθείσα βέβαια εισαγγελική εντολή για εξέταση που εκδόθηκε στις 6/11/2008, ο κ. Χ.Α. μετά την εξέτασή του δεν εισήχθη στη Κλινική –παρά τη διαπίστωση ύπαρξης ψυχιατρικής παθολογίας– αλλά του συνεστήθη να γυρίσει στην κατοικία του και να αναμείνει νέα επικείμενη εισαγγελική εντολή που θα διατάσσει την νοσηλεία του. Η κ. Εισαγγελέας είχε όμως την άποψη ότι ακόμα και όταν διακομίζεται πολίτης για ακούσια ψυχιατρική εξέταση προκειμένου να εξεταστεί και να συνταχθούν δύο ιατρικές γνωματεύσεις που να βεβαιώνουν τη συνδρομή ή μη των προϋποθέσεων του Ν. 2071/1992 για την ακούσια νοσηλεία του παραπάνω, ο υπεύθυνος Διευθυντής οφείλει εκτός του να διαβιβάσει στην Εισαγγελία τις δύο ιατρικές γνωματεύσεις, επίσης να προχωρήσει στην νοσηλεία του χωρίς να μεσολαβεί νέα εισαγγελική εντολή που να ζητά τη νοσηλεία του ασθενούς. Αντέτινα σε αυτό το σημείο ότι, ακόμη και αν δεχθούμε ότι έπρεπε να ενεργήσω καθ' υπέρβαση των εξουσιών και των αρμοδιοτήτων μου που μου χορηγήθηκαν ως Διευθυντής Κλινικής, αυτό θα μπορούσα να το πράξω μόνο αν μου το επέβαλε η κατάσταση της υγείας του ασθενούς και οι ανάγκες της νοσηλείας του, όπως ρητά οι διατάξεις του άρθρου 98 παρ. 4 του Ν. 2071/1992 ορίζουν. Η κατάσταση της υγείας του συγκεκριμένου ασθενούς, για την οποία είχα άμεση αντίληψη, αφού υπήρξα ο ένας εκ των δύο εξεταστών ψυχιάτρων της Κλινικής, δεν ήταν τέτοια που να καθιστούσε την ανάγκη νοσηλείας του επείγουσα, κατάσταση που αν ίσχυε θα μου επέβαλλε να νοσηλεύσω άμεσα τον ασθενή, ενεργώντας πέρα από τις εντολές που είχα λάβει, πληροφορώντας όμως αμέσως τον εισαγγελέα σχετικά και ζητώντας του να αποστείλει κατεπειγόντως την εντολή του για ακούσια νοσηλεία του αρρώστου. Η κατάσταση της υγείας του δεν μου επέβαλλε να ενεργήσω πέρα από τις εντολές που είχα λάβει, ούτε μου επέβαλλε να υποκαταστήσω τον κ. Εισαγγελέα Πρωτοδικών ή το Μονομελές Πρωτοδικείο, αποφα-

σίζοντας εγώ την ακούσια νοσηλεία του. Η εξέτασή του, από δύο ψυχιάτρους, έδειξε με σύμφωνη γνώμη των δύο ιατρών, ότι επρόκειτο για έναν ασθενή, που τουλάχιστον επί 40 έτη έπασχε από Σχιζοφρένεια, υπολειμματικού τύπου, χωρίς να παρουσιάζει επεισόδιο υποτροπής, ο οποίος έπρεπε πράγματι να νοσηλευθεί, αλλά η κατάσταση της υγείας δεν κινδύνευε από την μη άμεση πραγματοποίηση της νοσηλείας του, όπως και κανένας άλλος τρίτος δεν κινδύνευε αφού δεν διαπιστώθηκε κανείς κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς εκ μέρους του.

Υποστήριξα ακόμα πως θεωρώ ότι άδικα κατηγορούμαι ότι διέπραξα το έγκλημα της έκθεσης έναντι του συγκεκριμένου ασθενούς, αφού από την μη πραγματοποίηση της επείγουσας νοσηλείας του ασθενούς δεν θα είχαμε επίταση της υγείας του ή περαιτέρω διακινδύνευση αυτής, πολύ δε περισσότερο της ζωής του, και ως εκ τούτου, ο εν λόγω ασθενής με πράξεις ή παραλείψεις μου ούτε κατέστη αβοήθητος ούτε αφέθηκε αβοήθητος. Αντίθετα, άμεσα, με τις ενέργειές μου, πληροφορώντας την κ. Εισαγγελέα για την ανάγκη πραγματοποίησης ακούσιας νοσηλείας του και υποδεικνύοντας την καταλληλότερη γι' αυτόν τον σκοπό Μονάδα, που όφειλα να κάνω, ενήργησα έτσι ώστε να κινηθεί η προβλεπόμενη διαδικασία για την μεταφορά του σε «κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας» (παρ. 4, αρ. 96 του Ν. 2071/92) καθώς και να εκδοθεί με την προβλεπόμενη διαδικασία, δικαστική απόφαση για την ακούσια νοσηλεία του.

Κατατέθηκαν ακόμα στο δικαστήριο οι σχετικές δημοσιευμένες απόψεις διαφόρων θεσμικών φορέων ή έγκριτων επιστημόνων, όπως του Συνηγόρου του Πολίτη (2004):³ «Σύμφωνα με τον Ν. 2071/92 ο Εισαγγελέας μπορεί να διατάξει την μεταφορά ενός προσώπου σε δημόσια ψυχιατρική κλινική για ακούσια εξέτασή του, με την παραμονή του σε αυτή να μην μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες. Ο χρονικός αυτός περιορισμός δικαιολογείται από το γεγονός ότι σε τούτο το στάδιο έχουμε έναν πιθανώς ψυχικά ασθενή που στερείται την ελευθερία του και υποβάλλεται σε ιατρικές εξετάσεις (διαγνωστικού χαρακτήρα) χωρίς τη συναίνεσή του. Στο διάστημα αυτό πρέπει να συνταχθούν οι δύο ψυχιατρικές γνωματεύσεις και να σταλούν στον αρμόδιο Εισαγγελέα, ώστε εκείνος να αποφασίσει για την τύχη του προσώπου. Εφόσον μετά απ' αυτά ο Εισαγγελέας αποφασίσει τον εγκλεισμό του προσώπου, οφείλει μέσα

σε τρεις (3) ημέρες να υποβάλλει αίτημα στο αρμόδιο Πρωτοδικείο, προκειμένου το τελευταίο να επιληφθεί της υπόθεσης. Σύμφωνα με τα παραπάνω η παραμονή σε ψυχιατρικό κατάστημα ακούσια εισαχθέντος για εξέταση δεν μπορεί, χωρίς άλλο λόγο, να μετατραπεί σε ακούσια νοσηλεία, ούτε να παραταθεί πέραν των 48 ωρών. Επιπλέον από τη στιγμή της εισαγγελικής παραγγελίας για εισαγωγή και νοσηλεία απαιτείται οπωσδήποτε δικαστική απόφαση εντός των επόμενων δεκατριών ημερών (3 ημέρες προθεσμία στον Εισαγγελέα για εισαγωγή της αίτησης στο Πρωτοδικείο+10 ημέρες προθεσμία για τη συνεδρίαση του Πρωτοδικείου).

Η του Φυτράκη, (2005)⁴: «Οι γιατροί δεν φαίνεται να αντιλαμβάνονται με απόλυτη ακρίβεια τη διάκριση που κάνει ο νόμος μεταξύ της εξέτασης και της νοσηλείας. Έχουν μπροστά τους ένα περιστατικό. Στην πράξη, βεβαίως συντάσσουν... τις γνωματεύσεις για τον Εισαγγελέα, και αμέσως αρχίζει το στάδιο που λέγεται «θεραπεία-νοσηλεία». Αντίθετα ο νόμος φαίνεται να διακρίνει απολύτως αυτά τα δύο στάδια. Δηλαδή σου λέει: κύριε, σου τον παρέδωσα για να τον εξετάσεις. Θα μου πεις τι γίνεται με τις γνωματεύσεις κι εγώ θα αποφασίσω ως Εισαγγελέας τι θα κάνετε στο επόμενο βήμα. Ο χρόνος –ο νόμος αυτό μας λέει– διαρκεί μέχρι 48 ώρες. Μετά τις 48 ώρες απαγορεύεται να κάνεις οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Άμα έρθει η απόφαση του Εισαγγελέα για τη νοσηλεία πια, που να εγκρίνει τη νοσηλεία και όχι πια την εξέταση, θα ξεκινήσει να νοσηλεύεται».

Η της άποψης της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2009)⁵: «Ο Εισαγγελέας έχει το δικαίωμα να διατάξει την ακούσια μεταφορά σε δημόσια ψυχιατρική κλινική και την ακούσια εξέταση του φερόμενου ως ασθενή, όταν αυτός αρνείται να εξεταστεί, όχι όμως και την εισαγωγή του. Η παραμονή του φερόμενου ως ασθενή στην κλινική σε μια τέτοια περίπτωση διαρκεί μόνο όσο χρειάζεται για να συνταχθούν οι δύο γνωματεύσεις και πάντως, σύμφωνα με ρητή διάταξη του Νόμου, ποτέ περισσότερο από 48 ώρες. Η εισαγωγή του αρρώστου και προ παντός η ακούσια υποβολή του σε θεραπεία νομιμοποιείται μόνο όταν οι γιατροί γνωματεύσουν ότι επιβάλλεται η ακούσια νοσηλεία του και μόνο όταν ακολουθήσει νέα εντολή του Εισαγγελέα που θα διατάσσει την εισαγωγή. Η ΕΨΕ εντούτοις λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες αντικειμενικές δυσκολίες θα ανεχόταν κατ' οικονομία

μία την ακούσια νοσηλεία του αρρώστου χωρίς την νέα διαταγή του Εισαγγελέα, αλλά για βραχύ μόνο χρονικό διάστημα και μόνο σε περίπτωση που η ανάγκη της νοσηλείας είναι επείγουσα. Σε μια τέτοια περίπτωση οι γιατροί οφείλουν όμως να ενημερώσουν αμέσως και εγγράφως τον εισαγγελέα για τους ιατρικούς λόγους που τους αναγκάζουν να παραβλέψουν τον Νόμο και για την υποχρέωσή του να αποστείλει κατεπειγόντως την εντολή του για την εισαγωγή του αρρώστου».

Η την άποψη των Τριανταφύλλου Γ, Χοτομανίδου Π (2005):⁶ «Με τη νομοθετική ρύθμιση 2447/1996 καταργήθηκε σιωπηρά κάθε διαφορετική ρύθμιση και κατά συνέπεια καταργήθηκε και η αρμοδιότητα του Εισαγγελέα να διατάξει την μεταφορά του ασθενούς σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας πριν αποφανθεί το Δικαστήριο για την αίτηση ακούσιας νοσηλείας. Σύμφωνα με τη διάταξη αυτή «όταν η κατάσταση ενός προσώπου επιβάλλει την ακούσια νοσηλεία του σε μονάδα ψυχικής υγείας, αυτή γίνεται μετά προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου και κατά τις διατάξεις ειδικών νόμων». Με την σωρευτική χρήση δύο ταυτόσημων λέξεων με χρονική σημασία στην γραμματική διατύπωση της διάταξης («...μετά προηγούμενη...») τονίζεται emphaticά ότι η άδεια του δικαστηρίου πρέπει να προηγείται της πραγμάτωσης της ακούσιας νοσηλείας, δηλαδή η άδεια του δικαστηρίου πρέπει να προηγείται οποιασδήποτε επέμβασης στην ελευθερία του ασθενούς. Με τη νέα ρύθμιση καταργήθηκε σιωπηρά κάθε διαφορετική ρύθμιση και κατά συνέπεια καταργήθηκε και η αρμοδιότητα του Εισαγγελέα να διατάξει την μεταφορά του ασθενούς σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας πριν αποφανθεί το Δικαστήριο για την αίτηση ακούσιας νοσηλείας... Έτσι μετά την ισχύ του Ν. 2447/96 (ΦΕΚ Α278 / 30-12-1996), η ελληνική νομοθεσία ακολουθεί πλέον την στενότερη άποψη σχετικά με την αρχή που μπορεί να διατάξει την ακούσια εισαγωγή και δεν έχει πλέον νόμιμο έρεισμα η διαταγή του Εισαγγελέα για μεταφορά του ασθενούς σε ΜΨΥ, είτε για εισαγωγή και θεραπεία είτε για εισαγωγή και σύνταξη ιατρικών γνωματεύσεων, πριν να αποφανθεί το Δικαστήριο για την αίτηση των συγγενών ή του Εισαγγελέα με την οποία ζητείται η ακούσια νοσηλεία».

Στη δίκη κατέθεσε και ο Καθηγητής Ψυχιατρικής κ. Γουρζής Φ, υποστηρίζοντας την άποψη ότι για να προχωρήσει η ακούσια νοσηλεία ενός ασθενούς που

εισήχθη ακουσίως σε Ψυχιατρική Κλινική για εξέταση, οφείλει να ακολουθήσει και δεύτερη εισαγγελική εντολή που να εντέλει την νοσηλεία του.

Τελικά, το αποτέλεσμα που εξέδωσε το Τριμελές Πλημμελειοδικείο ήταν απαλλακτικό για τον κατηγορούμενο, κηρύσσοντας τον υπογράφοντα αθώο. Η Γραμματεία πάντως των Δικαστηρίων δεν κοινοποίησε το αποτέλεσμα της δίκης αυτής σε όλους αυτούς που είχε φροντίσει να κοινοποιήσει αρχικά την κατηγορία που μου απηύθυνε, όταν μου απέστειλε το κλητήριο θέσπισμα.

Επίλογος

Πριν τη δίκη αυτή, η κ. Εισαγγελέας όταν εξέδιδε εισαγγελική παραγγελία για ακούσια εξέταση πολίτη από ψυχιάτρους του Νοσοκομείου, δεν απασχολείτο ξανά με το περιστατικό, γιατί όπως με είχε πληροφορήσει «για τις περιπτώσεις αυτές υπεύθυνοι είναι οι ψυχίατροι και όχι οι εισαγγελείς». Αυτή η μάλλον στιγμιστική, κατά την άποψή μου, αντίληψη για τους ψυχικά ασθενείς της δικαστικής λειτουργού συναντούσε την ασάφεια της παρ. 5 του αρθ. 96 του Ν. 2071/92 και δικαιολογείτο από αυτήν.

Μετά το αποτέλεσμα αυτής της δίκης, η κ. Εισαγγελέας άρχισε να εκδίδει μετά από κάθε εισαγγελική παραγγελία της για εξέταση πολίτη από ψυχιάτρους, και εφόσον βεβαίως τούτο συνιστούσαν οι γνωματεύοντες ψυχίατροι, νέα εισαγγελική παραγγελία που διατάσσει πλέον την μεταφορά και νοσηλεία του ασθενούς αυτού στη Ψυχιατρική Κλινική ενώ συνάμα υποβάλλει και σχετικό αίτημα στο αρμόδιο Πρωτοδικείο.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, υλοποιούνται πλέον και στην πόλη μας οι κείμενες νομοθετικές ρυθμίσεις της χώρας μας, σύμφωνα με το πνεύμα των οποίων οι ψυχίατροι δεν μπορούν να εισάγουν και να νοσηλεύουν αυθαίρετα οποιονδήποτε πολίτη σε Ψυχιατρική Κλινική. Η νοσηλεία τους οφείλει να πραγματοποιείται μόνο εφόσον η τεκμηριωμένη ιατρική γνώση τους συμπληρώνεται από τη δικαστική απόφαση, τη μόνη εξουσία που σύμφωνα με το νομικό μας πολιτισμό μπορεί να θίξει την ατομική ελευθερία.

Τελειώνοντας, επιτρέψτε μου να αναρωτηθώ αν πράγματι χρειαζόταν τόσο κόστος (οικονομικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, χρόνου εργασίας) για να κατα-

λήξουμε σε μια απόφαση που θα μπορούσαμε να είχαμε οδηγηθεί αν υπήρχε μια κουλτούρα διαλόγου και συνεργασίας ανάμεσα στους εμπλεκόμενους επαγγελματίες στην υλοποίηση της ακούσιας εξέτασης και νοσηλείας. Ή ακόμα περισσότερο, αν προβλεπόταν θεσμικά η παρακολούθηση της εξέλιξης

κάθε ακούσιας νοσηλείας να γίνεται εντός του χώρου της κλινικής στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής από επιτροπή στην οποία θα μπορούσε να συμμετάσχουν εκτός από εκπρόσωπο της δικαστικής αρχής, μέλη συνηγορητικών οργανώσεων καθώς και εκπρόσωποι της ΤΕΨΥ κάθε τομέα.

Compulsory hospitalization: A case of conflict between the psychiatrist and the persecutor due to the obscurity of the law

N. Bilanakis

Psychiatric Department, General Hospital of Arta, Greece

Psychiatriki 2012, 23:255–261

The process of involuntary psychiatric examination and/or hospitalization is a rare experience for the average modern man. As part of it, the citizen shall be subjected to a restriction of his freedom and forced hospitalization without himself having sought neither of the above situations. The rarity of this experience, assisted by the severity of the threat to individual freedom and dignity that leads to, impose the existence of a clear legal framework which will describe the permissive or non-implementation of procedures, the pious keeping on behalf of the stakeholders of these legal provisions and the operation of a reliable system of registration and control of these processes. In our country legal act nr.2071 for involuntary hospitalization in a psychiatric unit became the legal framework, which in 1992 was decided to be adopted, to describe the necessary conditions and requirements needed be fulfilled for the realization of involuntary examination and/or hospitalization in patients with mental illness, while respecting individual rights and freedoms. Although the replacement of previous relevant law with the adoption of this law was hailed by many sides, full implementation thereafter and, where applicable, “stumbled” because it never met with the full agreement of all parties involved. It is estimated that, in Greece, 40 to 50% of all hospitalizations taking place in public psychiatric units are involuntary hospitalizations. This percentage is extremely high, being nearly four times the European average. Therefore, it is now more than ever important to undertake initiatives towards re-testing the conditions under which the involuntary examination and/or treatment is realized in our country. The purpose of this short article is to present a case where the prosecutor and the psychiatrist disagreed on the interpretation of a paragraph of law nr. 2071/92 so the first to prosecute the second. Fortunately, the psychiatrist, who defended the view that only the judiciary has the power and authority to order involuntary hospitalization of a mentally ill patient, of course after the evidences based medical positive opinion of the psychiatrists, was acquitted by the court. In conclusion, we suggest that for the obscure points of interpretation of the law, professionals involved in its implementation (that is psychiatrists, prosecutors, police personnel etc.) must (a) adopt a spirit of conciliation and (b) establish measures and procedures that will allow continuous monitoring of the implementation of each case of involuntary examination and/or hospitalization.

Key words: Compulsory hospitalization, involuntary treatment, human rights.

Βιβλιογραφία

1. Pallis DJ, Apostollou NS, Economou MP, Stefanis N. Compulsory hospitalization and optimal mental health care: A European prespective and the example of Greece. *Psychiatriki* 2007, 18: 307-314
2. Ν. Μπιλανάκης (Επιμ. Έκδοσης): *Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών, Ιατρικά και νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του Ν. 2071/92*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2011
3. Συνήγορος του Πολίτη. *Πόρισμα με Θέμα: Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο*. Απρίλιος 2004, www.synigoros.gr
4. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης Φορέων Υλοποίησης «Ψυχαργώς - 2η Φάση»: Πρακτικά 2η Συνάντησης «Για την Ακούσια νοσηλεία», Αθήνα, 3/2/2006, www.yyka.gr, Δεκέμβριος, 2006
5. Θέσεις της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας σχετικά με την εφαρμογή του Ν. 2071/1992. Στο: Ν. Μπιλανάκης (Επιμ. Έκδοσης): *«Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών, Ιατρικά και νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του Ν. 2071/92»*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2011
6. Τριανταφύλλου Γ, Χοταμανίδου Π. Η Εισαγγελική εντολή ακούσιας εισαγωγής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε ΜΨΥ μετά την τροποποίηση του Αστικού Κώδικα (Ν. 2447/96), Αρμενόπουλος, Περιοδικό του ΔΣΘ, τ. Απριλίου 2005

Αλληλογραφία: Ν. Μπιλανάκης, Διευθυντής Ψυχίατρος, Ψυχιατρική Κλινική, ΓΝ Άρτας, Λόφος Περάνθης, 471 00 Άρτα
e-mail: niko.bila@yahoo.com