



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Σπουδές Φύλου: Μεθοδολογίες, Θεωρίες, Πολιτικές

Διπλωματική Εργασία

**Από τα Άσυλα στην Ψυχανάλυση και τη Φαρμακοβιομηχανία:
Έμφυλη Αντίσταση, Ψυχική «Αναπηρία» και Παθολογικοποίηση του
Θηλυκού Βιώματος**

Λεμονιά Αβαγιάννη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ.Δήμητρα Τζανάκη

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγράφισσας/δημιουργού») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγράφισσα/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγράφισσας/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγράφισσας/δημιουργού. Η συγγράφισσα/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων.



**Από τα Άστυλα στην Ψυχανάλυση και τη Φαρμακοβιομηχανία:
Έμφυλη Αντίσταση, Ψυχική «Αναπηρία» και Παθολογικοποίηση
του Θηλυκού Βιώματος**

Λεμονιά Αβαγιάννη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Δήμητρα Τζανάκη

ΣΕΠ ΕΑΠ,

Επίκουρη Καθηγήτρια

Τμήμα Κοινωνιολογίας του Φύλου

Πανεπιστήμιο Αιγαίου

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Μαίρη Λεοντσίνη

ΣΕΠ ΕΑΠ,

Καθηγήτρια

Τμήμα Εκπαίδευσης &

Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία

Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο

Αθηνών

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	8
Κεφάλαιο 1: Από το Άσυλο στο Νοσοκομείο του 20^{ου} αιώνα	17
1.1 Ιστορική μετάβαση: από τον θεσμικό εγκλεισμό στο ψυχιατρικό άσυλο και στις «ανοιχτές» μορφές ιατρικής διαχείρισης του 20ού αιώνα	17
1.2 Το Ιατρικό Βλέμμα και η Παραγωγή της Αναπηρίας	19
1.3 Από την ψυχοδυναμική στη βιοϊατρική προσέγγιση της κατάθλιψης.....	20
1.4 Από το DSM-I (1952) έως το DSM-5 (2013).....	23
1.5 Το DSM ως μηχανισμός κοινωνικού ελέγχου και «ονοματοδοσίας».....	29
1.6 Κριτική του Ρόλου της Φαρμακοβιομηχανίας	35
1.7 Κριτική της Σύγχρονης Παθολογικοποίησης του Ψυχικού Πόνου	37
1.8 Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας - Μια επανερμηνεία της ψυχικής αναπηρίας.	39
1.9 Το σώμα και η φωνή του υποκειμένου εντός του νοσοκομειακού μηχανισμού	41
Κεφάλαιο 2: Λογοτεχνικές και Πολιτισμικές Μορφές Θηλυκής Αντίστασης ενάντια στον πατριαρχικό βιοϊατρικό λόγο	43
2.1 Charlotte Perkins Gilman - <i>The Yellow Wallpaper</i> (1892).....	44
2.1.1 Η θεραπεία της «ανάπαυσης» και η κατασκευή της «τρέλας» της γυναίκας	44
2.1.2 Ανάλυση της απομόνωσης, της σιωπής και του εγκλεισμού ως μηχανισμών ελέγχου	45
2.1.3 Το γράψιμο ως πράξη επιβίωσης.....	46

2.2 Κατερίνα Γώγου. Η Ποίηση ως Ψυχιατρικό Αντισώμα	47
2.2.1 Ανάλυση ποιημάτων από <i>Τρία Κλικ Αριστερά, Ιδιώνυμο</i>	48
2.2.2 Η Γώγου ως αντι-ψυχιατρική φωνή της Μεταπολίτευσης	49
2.3 Η Κοινωνία της Κόπωσης	50
Κεφάλαιο 3: Φωνές Επανύπαρξης. Συνεντεύξεις και Αυτοβιογραφική Ανάγνωση	55
3.1 Μεθοδολογική Τοποθέτηση	55
3.2 Θεματική ανάλυση - Επιτελεστικότητα φωνής	58
3.2.1 Βιογραφική αφήγηση - πλαίσιο ζωής	59
3.2.2 Η ενσώματη εμπειρία της κατάθλιψης	60
3.2.3 Η εμπειρία με τους ειδικούς	63
3.2.4 Η κοινωνική πρόσληψη της θλίψης	63
3.2.5 Νοσηματοδότηση της θλίψης ως εμπειρία μνήμης, αντίδρασης ή μη συμμόρφωσης	64
3.2.6 Η πίεση για θετικότητα & η κουλτούρα της ανθεκτικότητας	66
3.2.7 Έμφυλη & πολιτική διάσταση της εμπειρίας της κατάθλιψης	68
3.2.8 Η αφήγηση ως πράξη επανύπαρξης	69
3.3 Η Αυτοβιογραφική Αφήγηση ως Θεραπευτική Πράξη	72
Βιβλιογραφία	74
Παράρτημα 1: Έντυπο πληροφόρησης	83
Παράρτημα 2: Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης	85
Παράρτημα 3: Οδηγός ημιδομημένων ερωτήσεων	86

Περίληψη

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία διερευνά τους τρόπους με τους οποίους η έννοια της ψυχικής «αναπηρίας», συγκροτείται, νοσηματοδοτείται και βιώνεται μέσα από ψυχιατρικούς θεσμικούς και κοινωνικούς λόγους. Η εργασία κινείται σε τρεις άξονες: ιατρικοποίηση, αντίσταση και επανύπαρξη. Η εργασία εστιάζει στην ανθρώπινη εμπειρία της κατάθλιψης και εντάσσεται στο πεδίο της κριτικής ψυχιατρικής, των φεμινιστικών σπουδών και των μελετών αναπηρίας και *crip* θεωρίας. Η εργασία αξιοποιεί θεωρητικά πλαίσια από τη φουκωική ανάλυση της βιοπολιτικής και της βιοεξουσίας, τη μετα-αποικιακή ιστοριογραφία και τις σύγχρονες προσεγγίσεις για την από-ιατρικοποίηση της ψυχικής δυσφορίας. Η εργασία αναλύει τα ποιοτικά δεδομένα συνεντεύξεων γυναικών με εμπειρία κατάθλιψης, αξιοποιώντας την έννοια της επιτελεστικότητας της φωνής και της *situated knowledge*, αναδεικνύοντας την κατάθλιψη ως μια μορφή έμφυλης αντίστασης. Η έρευνα υιοθετεί την αυτοεθνογραφική προσέγγιση διερευνώντας την κατάθλιψη ως ένα ενεργό συναισθηματικό αρχείο μνήμης.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική αναπηρία, κατάθλιψη, βιοπολιτική, ιατρικοποίηση, έμφυλη αντίσταση, επανύπαρξη

Abstract

This postgraduate thesis explores the ways in which the concept of mental “disability” is constituted, given meaning and experienced through psychiatric institutional and social discourses. The work moves along three axes: medicalization, resistance and re-existence. The work focuses on the human experience of depression and is part of the field of critical psychiatry, feminist studies and disability studies and crip theory. The work utilizes theoretical frameworks from the Foucauldian analysis of biopolitics and biopower, postcolonial historiography and contemporary approaches to the de-medicalization of mental distress. The work analyzes qualitative interview data of women with experience of depression, utilizing the concept of voice performativity and situated knowledge, highlighting depression as a form of gendered resistance. The research adopts an autoethnographic approach by exploring depression as an active emotional memory archive.

Keywords: mental disability, depression, biopolitics, medicalization, gender resistance, re-existence

Εισαγωγή

Ο λόγος για την κατάθλιψη ως φαινόμενο, το οποίο είναι συνδεδεμένο με την ανθρώπινη ιστορία, μας καταδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο η εμπειρία του πόνου και της απώλειας, διολίσθησε σε διαταραχή και διαγνωστική κατηγορία. Ήδη από τον 5^ο π.Χ. αιώνα και τον Ιπποκράτη, ξεκινάει μια προσπάθεια ερμηνείας με βάση τη φύση και όχι το υπερφυσικό. Στα κείμενα που συγκροτούν το Ιπποκρατικό Corpus και στηριζόμενος στη θεωρία των τεσσάρων χυμών του σώματος, ο Ιπποκράτης και στη συνέχεια ο Γαληνός, απέδωσαν την ύπαρξη της ασθένειας στην ανισορροπία αυτών των τεσσάρων στοιχείων και δη για τη μελαγχολία πίστευαν ότι ευθυνόταν η μεγάλη συγκέντρωση της μέλαινας χολής. Ο ίδιος ο Ιπποκράτης όριζε τη μελαγχολία ως εκείνη την κατάσταση όπου η λύπη ή ο φόβος είχαν μεγάλη διάρκεια. Η δε θεραπεία, περιλάμβανε πρωτίστως τη σωστή διατροφή, κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες συμπεριλαμβανόμενων της άσκησης και του καλού ύπνου (Λέκκα, 2012:23-24). Στους χριστιανικούς χρόνους, η αντίληψη για αυτό που σήμερα ονομάζουμε κατάθλιψη μετατοπίζεται αισθητά σε σχέση με τη νατουραλιστική προσέγγιση της αρχαιότητας, αφού επανανοηματοδοτείται κυρίως ως πνευματικό και ηθικό ζήτημα (Westerink, 2014:340). Στην Αναγέννηση η «μελαγχολία» αποκτά διττό χαρακτήρα, καθώς από τη μία συνεχίζει να θεωρείται παθολογική κατάσταση, ενώ από την άλλη συνδέεται με την δημιουργικότητα και την ιδιοφυΐα, όπως αποτυπώνεται στο έργο του Robert Burton (1621), *The Anatomy of Melancholy*.

Τον 19^ο αιώνα με την εδραίωση των επιστημονικών πεδίων της νευρολογίας και της ψυχιατρικής, η υστερία ερμηνευόταν ως μια κατάσταση νευρολογικής αιτίας. Την ίδια περίοδο, οι θεωρίες περί εκφυλισμού αναδείχθηκαν βασικές για την προάσπιση και εδραίωση του καπιταλισμού και χρησιμοποιήθηκαν αφειδώς από τη δεκαετία του

1870 με στόχο να πειθαρχηθεί η εργατική τάξη, σε μια περίοδο κατά την οποία εργάτριες οργανώνονται σε συνδικαλιστικές ενώσεις και εργατικές κινητοποιήσεις (κυρίως στον κλωστοϋφαντουργικό τομέα και στα εργοστάσια). Οι απεργίες γυναικών στη Νέα Υόρκη και στη Βοστώνη τη δεκαετία του 1880–1890 δεν είναι σπάνιες. Συγχρόνως η έννοια της «τραυματικής υστερίας» αναδείχθηκε στο έτερο εργαλείο του καπιταλισμού. Όπως αναφέρει η Τζανάκη (2021), ο όρος «τραυματική υστερία» καθιερώθηκε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα από τον Jean Martin Charcot, ο οποίος είχε μετατρέψει τη Salpêtrière σε κλινική μελέτης της υστερίας. Ο Charcot διαπίστωσε, ότι ο κύριος όγκος των ασθενών ήταν εργάτες του σιδηροδρόμου της περιοχής οι οποίοι, μετά από κάποιο εργατικό ατύχημα, παρουσίαζαν μια σειρά από συμπτώματα που παρέπεμπαν σε υστερική κρίση. Ο Charcot υποστήριξε ότι πρόκειται για τραυματικό σοκ, το οποίο ήταν αποτέλεσμα προϋπάρχουσας ψυχικής ευαλωτότητας του ατόμου και ιδιαίτερα των διάχυτων συναισθημάτων φόβου και τρόμου που βίωσε στη διάρκεια του ατυχήματος του. Για τον Charcot ήταν σαφές πως επρόκειτο για άνδρες οι οποίοι παρά τη σωματική τους δύναμη, εμφάνιζαν ψυχική θηλυκότητα καθώς είχαν καθηλωθεί σε ένα παιδικό στάδιο ανάπτυξης. Αυτό το γεγονός τον οδήγησε να αναθεωρήσει την ερμηνεία του για την υστερία και να αποφανθεί ότι πλέον αιτία της νόσου δεν είναι η μήτρα, αλλά το μυαλό. Έτσι ενέταξε την υστερία στη σφαίρα της ψυχοπαθολογίας. Δήλωνε ταυτόχρονα ότι η «τραυματική υστερία» ήταν σύννηθες φαινόμενο στα κατώτερα λαϊκά στρώματα και σε άτομα καταπονημένα από την εξαντλητική εργασία (Τζανάκη, 2020).

Κατά αυτό τον τρόπο, το έμφυλο πρόσημο της υστερίας, το οποίο επεκτάθηκε και στους «εκθηλυμένους» άνδρες, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την κατανόηση της ιστορίας της θλίψης και της κατάθλιψης καθώς ανέδειξε τον τρόπο με τον οποίο συναισθήματα όπως, η θλίψη, η απόγνωση, το πένθος και η συναισθηματική δυσφορία, απέναντι σε ένα σύστημα που συνθλίβει, έπαψαν να αντιμετωπίζονται αποκλειστικά ως ανθρώπινες εμπειρίες και εντάχθηκαν σταδιακά σε καθεστώτα ιατρικής ερμηνείας και ελέγχου.

Από την άλλη, η «ευγονική», ένας όρος που επινοήθηκε το 1883 από τον Σερ Φράνσις Γκάλτον (Κόκκινος, 2021), στατιστικολόγο, ψυχολόγο, ανθρωπολόγο,

γενετιστή, περιέγραφε τη ζωή σε ανθρώπινη και μη ανθρώπινη, αξιοποιώντας τα δίπολα φύση/πολιτισμός, αρσενικό/θηλυκό, φυσιολογικό/παθολογικό, λογική και συναίσθημα (Τζανάκη & Κουρούτζας, 2024), θεμελιώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο, τη δυνατότητα της επιστήμης να επέμβει και να διορθώσει.

Μία από τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της εποχής αποτέλεσε η ξακουστή «θεραπεία της ανάπαυσης» του Silas Weir Mitchell. Ο Mitchell υποστήριζε ότι οι γυναίκες, με την έντονη συναισθηματική τους φύση, είχαν ανάγκη αναμόρφωσης και ενδυνάμωσης της εσωτερικής τους ανθεκτικότητας, της υπομονής και της εγκαρτέρησης. Στην πραγματικότητα η συγκεκριμένη μέθοδος βασιζόταν στην απομόνωση και στην απόλυτη στέρηση κάθε δημιουργικής και πνευματικής διέγερσης. Ειδικότερα για την ασθενή αυτό σήμαινε, την πλήρη σωματική και πνευματική αδράνεια, την απαγόρευση πνευματικής ενασχόλησης, την αποκοπή από κοινωνικές επαφές, την υποχρεωτική υπερσίτιση και την παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι, συνοδευόμενη συχνά από τον απόλυτο έλεγχο του περιβάλλοντός της. Η προσέγγισή του Mitchell, βασιζόταν στην αντίληψη ότι οι διαγνώσεις της υστερίας και της «νευρικής εξάντλησης» - οι οποίες κατά κανόνα αποδίδονταν σε γυναίκες - οφείλονταν είτε σε υπερβολική πνευματική δραστηριότητα, είτε σε απόκλιση από τον «συμβατικό» γυναικείο ρόλο. Καθ' ύλην αρμόδιος για αυτή τη «θεραπεία» ήταν ο γιατρός, ο οποίος αναλάμβανε τον έλεγχο των συναισθημάτων της ασθενούς αλλά και τον ολοκληρωτικό σχεδιασμό της καθημερινότητάς της (Τζανάκη, 2016:171-179).

Και είναι σε αυτό το σημείο όπου η αλήθεια και η αυθεντία του γιατρού ταυτίζεται το γυναικείο σώμα με μια έμφυλη εγγενή παθολογία, εκχωρώντας του ταυτόχρονα το δικαίωμα να μπορεί το διαγνώσει. Πρόκειται για την πρακτική «υστερικοποίησης» του σώματος των γυναικών η οποία λειτουργεί ως επιστημονικός λόγος πειθάρχησης (Foucault, 2003) με στόχο την πειθάρχηση της επιθυμίας. Στο «*The Birth of the Clinic*» ο Michel Foucault σημειώνει ότι: «η εμπειρία διαβάζει με μια ματιά τις ορατές βλάβες του οργανισμού...η ασθένεια αρθρώνεται ακριβώς στο σώμα.... Η ματιά πρέπει απλώς να ασκήσει το δικαίωμα της προέλευσης της αλήθειας» (Foucault, 1973:4). Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η ψυχική οδύνη αυτών που ορίστηκαν ως μη ανθεκτικές/οί στον Μεσοπόλεμο (Τζανάκη 2026), δεν γινόταν αντιληπτή ως έκφραση

συγκεκριμένων κοινωνικών, φυλετικών και έμφυλων διακρίσεων, αλλά ως ένδειξη ατομικής παθολογίας που έχρηζε θεραπείας και επιτήρησης. Στις δεκαετίες 1920-1940, η θλίψη, η απογοήτευση, η νευρική εξάντληση και η μελαγχολία ερμηνεύονταν συχνά ως στοιχεία προσωπικότητας, ενώ η ίδια η ψυχανάλυση (Freud, 1917), αντιμετώπιζε τη μελαγχολία ως αποτέλεσμα απώλειας και εσωτερίκευσης του χαμένου αντικειμένου.

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η μελαγχολία αντικαθίσταται από τον όρο «κατάθλιψη» και αρχίζει να ορίζεται ως διακριτή κλινική οντότητα, με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια. Με την καθιέρωση της κατάθλιψης ως διακριτής διαγνωστικής κατηγορίας, αναδύθηκε παράλληλα ένα διαχρονικό ερώτημα: πότε η ανθρώπινη θλίψη παύει να θεωρείται αναμενόμενη αντίδραση στον πόνο και την απώλεια και μετατρέπεται σε αντικείμενο ψυχιατρικής διάγνωσης, κάτι που συνοδεύεται με μια συνεχώς διογκούμενη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων; Ο Peter Conrad (2007), στο «*Medicalization of Society*» εισάγοντας την έννοια της ιατρικοποίησης, μας εξηγεί πώς με την παθολογικοποίηση των ανθρώπινων καταστάσεων, αυτές μετατρέπονται σε ιατρικώς διαγνώσιμες κατηγορίες. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα των ανθρώπινων εμπειριών και συμπεριλαμβάνει καταστάσεις όπως, ο αλκοολισμός, οι διατροφικές διαταραχές, η σεξουαλικότητα και το φύλο, οι μαθησιακές δυσκολίες, ευρύτερα κοινωνικά φαινόμενα και συμπεριφορές που στο παρελθόν χαρακτηρίζονταν ως ανήθικες ή παραβατικές. Ταυτόχρονα έχει συμβάλλει στη δημιουργία νέων διαγνωστικών κατηγοριών όπως τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), το Σύνδρομο του Μετατραυματικού Στρες και το Σύνδρομο της Χρόνιας Κόπωσης. Οι Horwitz και Wakefield (2007:27-29), αναφέρουν ότι η φυσιολογική θλίψη είναι: α) συγκεκριμένη ως προς το πλαίσιο, καθώς εμφανίζεται ως αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο οδυνηρό γεγονός, β) με ένταση ανάλογη με την αιτία που την προκάλεσε και τη βαρύτητα ή τη μονιμότητα του βιώματος και γ) με συγκεκριμένη διάρκεια, ανάλογα με το αν εκλείπει η αιτιώδης συνθήκη ή το άτομο προσαρμόστεί στα νέα δεδομένα, αν και σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να παραταθεί όταν υπάρχουν αμετάβλητες συνθήκες, όπως η φτώχεια ή μια ανίατη αρρώστια. Στη σύγχρονη ψυχιατρική, η διάκριση μεταξύ φυσιολογικής

θλίψης και κατάθλιψης δεν βασίζεται μόνο στο περιεχόμενο του συναισθήματος, αλλά κυρίως στη διάρκειά του, στην έντασή του και στο κατά πόσο επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Ειδικότερα, οι Horwitz και Wakefield υποστηρίζουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των σύγχρονων διαγνώσεων καταθλιπτικών διαταραχών αποτελεί ουσιαστικά μια φυσιολογική εκδήλωση της θλίψης. Πρόκειται, δηλαδή για αναμενόμενη ανθρώπινη αντίδραση σε καταστάσεις απώλειας, ματαίωσης, φτώχειας, μοναξιάς, επισφάλειας, πένθους. Επομένως η κατάθλιψη δεν προέκυψε ιστορικά ως μια αυτονόητη ψυχιατρική πάθηση, αλλά ως μια βιωμένη εμπειρία λύπης και απώλειας, η οποία μέσα από τα Δυτικά επιστημονικά και πολιτισμικά πλαίσια, επανανοηματοδοτήθηκε και σταδιακά ιατρικοποιήθηκε ως παρέκκλιση από τη «φυσιολογική» θλίψη (Horwitz&Wakefield (2007:17). Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ακόμη και η διεκδίκηση της ταυτότητας της αναπηρίας δεν είναι εύκολη, καθώς τα άτομα στιγματίζονται ως ελλειμματικά που χρήζουν επιδιόρθωση από το ιατροβιομηχανικό κεφάλαιο. Κατά αυτόν τον τρόπο, στα σύγχρονα νοσοκομειακά περιβάλλοντα εντάσσονται σε ιατρική παρακολούθηση κοινά ανθρώπινα βιώματα όπως το άγχος, η θλίψη και η απώλεια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επέκταση της ιατρικής παρέμβασης σε τομείς που παλιότερα δεν υπάγονταν στην ιατρική δικαιοδοσία (Conrad, 2007:6).

Παράλληλα η αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς αποτελεί ακόμη μια περίπτωση του πώς η ιατρική διάγνωση αντιμετωπίζει ένα κοινωνικό πρόβλημα παθολογικοποιώντας τη συμπεριφορά και αντιμετωπίζοντας ως ψυχιατρικές ασθένειες προβλήματα και δυσκολίες που δημιουργεί ο σύγχρονος τρόπος ζωής ή άλλες ανθρώπινες εμπειρίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά η συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων για την αντιμετώπιση της θλίψης που απορρέει από ενδοοικογενειακή βία ή άλλα κοινωνικά προβλήματα. Από αυτή τη θέση ανάλυσης, ανακύπτει ο προβληματισμός κατά πόσο μπορούμε να μιλήσουμε για την κατασκευή της ψυχικής «αναπηρίας» δίχως να διερευνήσουμε τις συνθήκες κάτω από τις οποίες το σώμα και η ανθρώπινη συμπεριφορά αναδείχθηκαν, μέσω της επιστήμης, σε στόχους κοινωνικής οργάνωσης και βιοπολιτικής διαχείρισης της ζωής. Σε αυτό το πλαίσιο, παραφράζοντας το Judith Butler (2025), τίθενται τα ερωτήματα: ποιος φοβάται το σώμα; Ποιος φοβάται την επιθυμία, δηλαδή να υπάρχουν και να αισθάνονται αυτά τα σώματα με έναν τρόπο

που δεν περιορίζεται και δεν εγκλείεται σε ένα πλαίσιο κανονιστικό, εν τέλει του ίδιου του βιώματος; Η εν λόγω διαδικασία, μπορεί να ιδωθεί ως μια οδυνηρή μορφή «απομάγευσης» κατά την οποία συγκεκριμένες υποκειμενικότητες χαρακτηρίστηκαν παθολογικές, κατηγοριοποιήθηκαν και τέθηκαν υπό καθεστώςτα επιστημονικού και κοινωνικού ελέγχου, μέσω της ορθολογικοποίησης του βιώματός τους. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει η Sylvia Federici, για να εδραιωθεί η κυριαρχία επί του κόσμου, αναγκαία προϋπόθεση αποτελούσε η απομάγευσή του (Federici, 2025:240).

Στις επόμενες χρονικότητες, η λυσσαλέα ανάγκη του καπιταλισμού και της αστικής ελίτ για κυριαρχία, εκμετάλλευση και κερδοφορία, εισέρχεται σε μια φρενήρη τροχιά και με τη χρήση του βιοϊατρικού λόγου ως εργαλείο, θα διαμορφώσει το υποταγμένο επιστημονικό υποκείμενο, κάμπτοντας με κάθε μέσο κάθε ρωγμή αντίστασης. Όπως αναφέρει ο Foucault «η απόκτηση εξουσίας επί του ανθρώπου ως έμβιου όντος» (Foucault, 2002:294), υπήρξε κομβικό σημείο στην ανθρώπινη ιστορία. Η πειθάρχηση ήταν το ζητούμενο. Η καταδίκη σε σιωπή και η παθολογικοποίηση του βιώματος ήρθαν να ορίσουν τη συμπεριφορά και να θεμελιώσουν τη συμπτωματολογία στη βάση μιας στερεάς και αδιασάλευτης κανονικότητας. Δημιουργείται έτσι μια αποικιοποίηση του υποκειμένου η οποία εκφέρεται με δύο όψεις: από τη μία, η «ανατομικο-πολιτική», μια εξατομικευμένη εξουσία, εντεταλμένη στην πειθάρχηση του ανθρώπινου σώματος και από την άλλη μια εξουσία που μαζικοποιεί, η «βιοπολιτική», η οποία στοχεύει στο ίδιο το ανθρώπινο είδος (Foucault, 2002:298). Έτσι φτάνουμε στο σημείο όπου η διάγνωση του γιατρού, ιατρικοποιεί τις ανθρώπινες δυσκολίες. Κατά αυτόν τον τρόπο το ίδιο το βίωμα εννοιοлогείται και περιγράφεται με ιατρικούς όρους, κατανοείται εντός του ιατρικού πλαισίου και επομένως «θεραπεύεται» με την ιατρική παρέμβαση (Conrad, 2007). Σύμφωνα με τον Φουκώ ο ιατρικός λόγος τοποθετείται στο κέντρο της υποκειμενικότητας καθώς τα άτομα ενσωματώνουν και αναγνωρίζουν την αλήθεια του εαυτού μέσα από το δίπολο φυσιολογικού – παθολογικού, μετατρέπουν έτσι σε κεντρικό άξονα της ζωής, τη διαχείριση της υγείας τους. Η ασθένεια έπαψε να είναι μια αφηρημένη οντότητα και έγινε μια «παθολογική ζωή» (Foucault, 1973). Η διαδικασία αυτή κορυφώνεται με την καθιέρωση της Μείζονος Καταθλιπτικής

Διαταραχής (Major Depressive Disorder – MDD) στο DSM-III το 1980 και στις επακόλουθες επικαιροποιήσεις όπως το DSM-5-TR του 2022, όπου ακόμη και η παρατεταμένη διάρκεια της θλίψης σε συνθήκες απώλειας, καθιερώνεται ως διαταραχή. Μια εξέλιξη που αναδεικνύει την κατάθλιψη όχι μόνο ως σύμπτωμα αλλά και ως κριτήριο κοινωνικής ρύθμισης και προσαρμογής.

Εντασσόμενη στο χώρο της κριτικής ψυχιατρικής, των φεμινιστικών σπουδών και των μελετών αναπηρίας και crip θεωρίας, η οποία αμφισβητεί τις κυρίαρχες αντιλήψεις περί κανονικότητας, λειτουργικότητας και αρτιμέλειας, η παρούσα εργασία εμβαθύνει στην ανθρώπινη εμπειρία της κατάθλιψης. Ωστόσο, η μελέτη εστιάζει πρωτίστως στην έννοια της ψυχικής αναπηρίας ως κοινωνικής και πολιτικής κατηγορίας, εξετάζοντας τους τρόπους με τους οποίους αυτή συγκροτείται μέσα από ψυχιατρικούς, θεσμικούς και κοινωνικούς λόγους, αξιοποιώντας θεωρητικά πλαίσια από τη φουκωική ανάλυση της βιοεξουσίας και της βιοπολιτικής, τη φεμινιστική και μετα-αποικιακή ιστοριογραφία, καθώς και από σύγχρονες προσεγγίσεις περί ιατροκοποίησης της ψυχικής δυσφορίας. Η ψυχική αναπηρία ως μια διακριτή κοινωνική κατηγορία, αντιμετωπίζεται ως μηχανισμός ταξινόμησης ένα μέσο διαχωρισμού των υποκειμένων, στο πλαίσιο εντός του οποίου τα άτομα αξιολογούνται με βάση την εκτιμώμενη «ικανότητά» τους να αντεπεξέρχονται στις απαιτήσεις και στους ρυθμούς του σύγχρονου καπιταλισμού και κυρίως ως τρόπος με τον οποίο η ανθρώπινη θλίψη μετατρέπεται σε παθολογία όταν υπερβαίνει τα κοινωνικά και ψυχιατρικά καθορισμένα όρια διάρκειας, λειτουργικότητας και κανονικότητας (Horwitz & Wakefield, 2007). Όσοι/ες/α βρίσκονται εκτός του πλαισίου λειτουργικότητας, καθίστανται αντικείμενα ιατροφαρμακευτικής παρέμβασης. Εντός αυτού του πλαισίου, η παρούσα μελέτη διερευνά τον τρόπο με τον οποίο η έννοια της ψυχικής «αναπηρίας», όχι ως αμιγώς ατομικού ή αποκλειστικά ιατρικού ζητήματος, αλλά ως κοινωνικά και ιστορικά διαμορφωμένου κατασκευάσματος, σε συνάφεια με τις προσεγγίσεις των Disability Studies και των κριτικών ρευμάτων της crip θεωρίας, αμφισβητεί την καθολικότητα των ψυχιατρικών κατηγοριών και εξετάζει τη συνάντηση μεταξύ της βιωμένης εμπειρίας και θεσμικών δομών, καθώς και του βιοϊατρικού λόγου, που καθορίζουν ποιοι τρόποι σκέψης, συναισθήματος και ύπαρξης θεωρούνται

«φυσιολογικοί» και ποιοι ψυχικά ανάπηροι. Κεντρικός στόχος της έρευνας είναι η ανάδειξη της φωνής επανύπαρξης η οποία αναδύεται μέσω αυτοβιογραφικών αφηγήσεων, ποίησης και ποιοτικών συνεντεύξεων.

Με αυτό το πλαίσιο, στο πρώτο κεφάλαιο θα διερευνήσουμε τον τρόπο με τον οποίο η έννοια της ψυχικής «αναπηρίας», κατασκευάζεται μέσα από θεσμούς, όπως το γενικό νοσοκομείο και παράγεται μέσω της ιατρικής γλώσσας. Παράλληλα θα αναλύσουμε τις διαγνωστικές κατηγορίες της ηθικής παράνοιας, της υστερίας και της μελαγχολίας, ως αλληλένδετες μορφές ονοματοδότησης της απόκλισης από την κυρίαρχη κανονικότητα (ηθική, έμφυλη, παραγωγική) και πώς αυτές λειτουργούν ως εργαλείο πειθάρχησης του σώματος και του λόγου του υποκειμένου, αλλά και ως μηχανισμός κοινωνικού ελέγχου. Θα αναφερθούμε στο ρόλο της ψυχανάλυσης για την ερμηνεία των συναισθηματικών εμπειριών και πώς αυτή πραγματώνεται μέσω της εστίασης στην ψυχική σφαίρα, αποτελώντας άλλον έναν μηχανισμό πειθάρχησης και παραγωγής «αληθινού» λόγου. Στη συνέχεια θα δούμε τον τρόπο παθολογικοποίησης της ανθρώπινης εμπειρίας μέσα από το βιοϊατρικό μοντέλο του Emil Kraepelin, τη γέννηση της ταξινόμησης και πώς αυτή γιγαντώθηκε από τις αναθεωρήσεις του εγχειριδίου των διαγνωστικών κατηγοριών (DSM), της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας καθώς και το ρόλο της φαρμακοβιομηχανίας ως εκμεταλλευτικού παράγοντα της ανθρώπινης δυσφορίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα εξετάσουμε τους τρόπους με τους οποίους η λογοτεχνία και η ποίηση λειτουργούν ως πεδία από-ιατρικοποίησης και επαναδιεκδίκησης της υποκειμενικής θηλυκής εμπειρίας από τον πατριαρχικό βιοϊατρικό λόγο. Μέσα από τις λογοτεχνικές φωνές των Charlotte Perkins Gilman και Κατερίνας Γώγου, θα ανιχνεύσουμε ρωγμές αντίστασης και αμφισβήτησης της ιατρικής εξουσίας. Παράλληλα, μέσα από σύγχρονες φεμινιστικές και κριτικές θεωρήσεις της κατάθλιψης, θα διερευνήσουμε τον τρόπο με τον οποίο η θλίψη και η ψυχική οδύνη ερμηνεύτηκαν όχι μόνο μέσα από δυτικά αφηγήματα παθολογικοποίησης αλλά και ως μορφές αντίστασης των ίδιων των θηλυκοτήτων.

Στο τρίτο κεφάλαιο, η έρευνα μετατοπίζεται από την ιστορική και λογοτεχνική ανάλυση στη σύγχρονη βιωμένη εμπειρία της κατάθλιψης, μέσα από την

ανάλυση ποιοτικών συνεντεύξεων ατόμων με εμπειρία ψυχικής δυσφορίας, ψυχιατρικής διάγνωσης ή/και εγκλεισμού, εστιάζοντας στις ίδιες τις φωνές των υποκειμένων. Μέσα από τις αφηγήσεις τους, διερευνάται ο τρόπος με τον οποίο βιώνεται, αμφισβητείται ή επανανοηματοδοτείται η έννοια της ψυχικής αναπηρίας από τα ίδια τα άτομα. Παράλληλα, η έννοια της ψυχικής αναπηρίας προσεγγίζεται σε διάλογο με την *crip theory*, όχι ως ατομικό έλλειμμα ή εγγενής παθολογία, αλλά ως κοινωνικά και ιστορικά προσδιορισμένη κατηγορία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Από το Άσυλο στο Νοσοκομείο του 20^{ου} αιώνα

1.1 Ιστορική μετάβαση: από τον θεσμικό εγκλεισμό στο ψυχιατρικό άσυλο και στις «ανοιχτές» μορφές ιατρικής διαχείρισης του 20^{ου} αιώνα

Από την εποχή της πρωταρχικής συσσώρευσης και τον διωγμό των αγροτών από τη γη τους, εγκαινιάζεται μια εποχή εκτεταμένης βίας και κοινωνικής τρομοκρατίας. (Federici, 2004). Η βία της αστικής τάξης, είχε ως στόχο, την καθολική καθυπόταξη και την εξάλειψη κάθε συμπεριφοράς που δεν πειθαρχούσε στο νέο πρότυπο του πειθαρχημένου και παραγωγικού εργασιακού υποκειμένου (Federici, 2004:191) με συμπεριφορές που αποκλίνουν από τα πρότυπα της προτεσταντικής εργασιακής ηθικής (Foucault, 2004a).

Σε αυτό το ιστορικό συγκείμενο, το 1656 ιδρύεται στη Γαλλία το Γενικό Νοσοκομείο, ένας θεσμός που, σύμφωνα με τον Foucault (2004a:44-46), δεν συνδέεται με την ιατρική θεραπεία αλλά με τη διαχείριση της φτώχειας και της κοινωνικής αταξίας. Με βασιλικό διάταγμα του 1676, ο θεσμός επεκτάθηκε σε ολόκληρο το βασίλειο και σύντομα εξαπλώθηκε σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, λειτουργώντας ως μηχανισμός εγκλεισμού και πειθάρχησης των πληθυσμών (Foucault, 2004a:47-50). Στο εσωτερικό αυτών των ιδρυμάτων εγκαθιδρύθηκε μια μορφή πειθαρχικής εξουσίας που στόχευε στην κανονικοποίηση των υποκειμένων και στον διαχωρισμό των «υπάκουων» από όσες και όσους θεωρούνταν κοινωνικά επικίνδυνοι (Foucault, 2003:175). Παράλληλα, η κοινωνική υποβάθμιση των γυναικών νομιμοποιούνταν μέσα από αντιλήψεις που τις παρουσίαζαν ως συναισθηματικές, παράλογες και ανίκανες για αυτοέλεγχο, άρα ως υποκείμενα που έχρηζαν ανδρικής επιτήρησης (Federici, 2025:145). Ιδιαίτερα χαρακτηριστική υπήρξε η περίπτωση του νοσοκομείου Salpêtrière στο Παρίσι, το οποίο λειτούργησε ως χώρος εγκλεισμού χιλιάδων γυναικών που θεωρούνταν κοινωνικά αποκλίνουσες. Όπως επισημαίνουν οι

Τζανάκη και Κουρούτζας (2024:54), το ίδρυμα αποτέλεσε έναν κατεξοχήν έμφυλο μηχανισμό κοινωνικού ελέγχου, καθώς συγκέντρωνε γυναίκες που χαρακτηρίζονταν ως φτωχές, ανήθικες, αργόσχολες, ψυχικά ασθενείς ή γενικότερα μη συμμορφούμενες προς τις κυρίαρχες νόρμες της εποχής. Υπό αυτή την έννοια, ο εγκλεισμός δεν στόχευε μόνο στη διαχείριση της ψυχικής ασθένειας, αλλά και στη ρύθμιση της γυναικείας συμπεριφοράς και του ανθρώπινου πόνου.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναδύεται και η μελαγχολία ως ιδιαίτερο αντικείμενο ηθικής και αργότερα ψυχιατρικής διαχείρισης. Αν και για αιώνες περιέγραφε ευρύτερες εμπειρίες θλίψης, απόσυρσης και ψυχικής δυσφορίας, σταδιακά συνδέθηκε με χαρακτηριστικά που αντιστρατεύονταν το ιδεώδες του πειθαρχημένου και παραγωγικού υποκειμένου. Η αδυναμία εργασίας, η κοινωνική απόσυρση, η απώλεια ενδιαφέροντος και η παρατεταμένη θλίψη, έπαψαν να νοούνται αποκλειστικά ως ανθρώπινες εμπειρίες και μετατράπηκαν σε ενδείξεις απόκλισης που έχρηζαν επιτήρησης, ταξινόμησης και θεραπευτικής παρέμβασης. Είναι σε αυτό το πλαίσιο της καπιταλιστικής παραγωγής που οι γυναίκες θεωρούνται πλέον κοινό αγαθό, με την εργασία τους, αλλά και την αλήθειά τους, να ταυτοποιείται ως φυσικός πόρος (Federici, 2025:139) της πατριαρχίας, νομιμοποιώντας την κυριαρχία του λευκού ανδρικού υγιούς σώματος (Τζανάκη, 2016:27). Και είναι ήδη από τον 19^ο αιώνα όπου το έμφυλο σώμα και η επιθυμία γίνεται αντικείμενο λεπτομερούς μελέτης και ψυχιατρικής παρατήρησης (Αθανασίου, 2011:291). Με τον τρόπο αυτό διαμορφωνόταν ένα σύστημα φιλτραρίσματος ανάμεσα στους ανθρώπους. Από τη μία πλευρά, οι κανονικοί, οι ικανοί προς εργασία και από την άλλη οι μη κανονικοί, οι ανήθικοι, οι ανίκανοι να συνεισφέρουν στην παραγωγική διαδικασία. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η επιθυμία για ελευθερία ερμηνευόταν ως «ηθική παράνοια» (Τζανάκη, 2016), ενώ η ηθική θεραπεία, που οριζόταν μέσω της εργασίας, ήταν προαπαιτούμενη για την εδραίωση της προτεσταντικής ηθικής (Τζανάκη, 2016). Με αυτό το πλαίσιο, η μελαγχολία κατέστη ιδιαίτερα προβληματική για τις αναδιδόμενες καπιταλιστικές κοινωνίες, καθώς τα χαρακτηριστικά που της αποδίδονταν μια και η αδράνεια, η κοινωνική απόσυρση, η απώλεια ενδιαφέροντος και η μειωμένη ικανότητα για εργασία, βρίσκονταν σε αντίθεση με το ιδεώδες του πειθαρχημένου και παραγωγικού υποκειμένου. Με αυτόν τον τρόπο, η νεοαναδυόμενη ψυχιατρική

συμβάλλει στη συγκρότηση ενός κανονιστικού πλαισίου, εντός του οποίου η ψυχική «διαφορά» ορίζεται σε αντιπαράβολή με ένα κυρίαρχο ιδεώδες ηθικής υποκειμενικότητας.

1.2 Το Ιατρικό Βλέμμα και η Παραγωγή της Αναπηρίας

Η φροϋδική ψυχανάλυση αναδείχθηκε σε έναν νέο μηχανισμό ελέγχου. Ο Freud (1917), στο δοκίμιό του «*Mourning and Melancholia*» προσδιορίζει τη μελαγχολία ως μια ψυχολογική κατάσταση που συνδέεται με την απώλεια ενός προσώπου ή αντικειμένου προσκόλλησης και εσωτερίκευση της απώλειας, η οποία εκδηλώνεται ως έντονη αυτομομφή. Σε αντίθεση με την υστερία, η οποία εκδηλώνει σωματικά συμπτώματα, η μελαγχολία αποτελεί μια ενδοψυχική διεργασία που χαρακτηρίζεται από αίσθημα ενοχής και διάρρηξη των εσωτερικών δεσμών, αποτελώντας έτσι μια λιγότερο ορατή, εσωτερικευμένη μορφή ψυχικής απόκλισης (Freud, 1917). Στο πλαίσιο αυτό, είναι ο ειδικός που θα καταφέρει να εντοπίσει τη ρίζα του ψυχικού πόνου δίνοντας τη δική του ερμηνεία, παραγκωνίζοντας τη φωνή του υποκειμένου, παθολογικοποιώντας τη συμπεριφορά και χαρακτηρίζοντάς την ως «άρρωστη» (Conrad, 1992).

Αυτό που ωστόσο σηματοδοτεί η ψυχαναλυτική επεξεργασία της έννοιας της μελαγχολίας μετά το 1917, είναι η μετατόπιση της εστίασης από το εμφανές σύμπτωμα στο εσωτερικό, αθέατο πεδίο της ψυχικής σφαίρας. Μέσα από το δυτικό ερμηνευτικό σχήμα της ψυχανάλυσης, ο ειδικός δεν περιορίζεται στην παρατήρηση και αναγνώριση της συμπεριφοράς, αλλά διεισδύει στον πυρήνα του πόνου, εντοπίζει τη ρίζα της απώλειας, των ενδοψυχικών συγκρούσεων και των επιθυμιών, που χαρακτηρίζονται ως ανεξέλεγκτες ή παθολογικές. Η διάγνωση παύει να βασίζεται αποκλειστικά σε εξωτερικές ενδείξεις, μετατρέπεται σε μέσο κανονικοποίησης της υποκειμενικότητας, όπου η εμπειρία του ατόμου ταξινομείται ως μελαγχολία ή άλλη ψυχική διαταραχή, ενώ η ίδια η φωνή του υποκειμένου παραμένει παραγκωνισμένη, σε μια διαδικασία ηθικής συμμόρφωσης.

Στον Μεσοπόλεμο και ιδίως τη δεκαετία του 1930, νέες θεραπευτικές μέθοδοι όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), εισήχθησαν στην ιατρική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Τα πειράματα ξεκίνησαν από τον καθηγητή ψυχιατρικής Ugo Cerletti (1877-1963), πάνω σε σκυλάκια. Στη διάρκεια αυτών των πειραμάτων πάνω από τα μισά σκυλιά πέθαναν από ανακοπή. Η εμπειρία της θεραπείας αυτής αποτυπώνεται με ιδιαίτερη ένταση στη μαρτυρία της ποιήτριας Sylvia Plath όταν νοσηλευόμενη με καταθλιπτική διαταραχή, υποβλήθηκε σε ηλεκτροσόκ: *«με κάθε αστραπή ένας τεράστιος κραδασμός με συντάραζε μέχρι που νόμισα ότι τα κόκαλά μου θα έσπαγαν και το μεδούλι θα χυνόταν έξω σαν τσακισμένο φυτό. Αναρωτήθηκα τι τρομερό πράγμα είχα κάνει»* (Λέκκα, 2012:138). Η Plath αναφερόταν συχνά στην έντονα πατριαρχική εξουσία του πατέρα της και στην κακοποιητική συμπεριφορά του συζύγου της, ΤεντΧιουζ. Η διαδικασία αυτή συνδέεται άμεσα με τον τρόπο με τον οποίο συγκροτείται ιστορικά η έννοια της ψυχικής αναπηρίας, καθώς και με τον λόγο του ειδικού που καλείται να ερμηνεύσει και να νοηματοδοτήσει το βίωμα.

1.3 Από την ψυχοδυναμική στη βιοϊατρική προσέγγιση της κατάθλιψης

Στα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, διαμορφώθηκαν δύο βασικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της κατάθλιψης: η ψυχοδυναμική προσέγγιση του Sigmund Freud και το βιοϊατρικό μοντέλο του Emil Kraepelin. Η Ψυχοδυναμική σχολή θεωρούσε ότι τα συμπτώματα οφείλονταν σε ενδοψυχικές ασυνείδητες διεργασίες με ψυχολογικές και όχι βιολογικές αιτίες ή προδιαθέσεις και πως αυτά εμφανίζονται ως αποτέλεσμα των φυσιολογικών λειτουργιών της ανθρώπινης υπόστασης. Η εστίαση της Ψυχοδυναμικής σχολής αφορούσε κυρίως τον εντοπισμό της ασυνείδητης δυναμικής και τους τρόπους με τους οποίους αυτή συντηρεί και ελέγχει τα συμπτώματα. Για τους ψυχαναλυτές, υπήρχε σαφής διάκριση ανάμεσα στο πένθος και την παθολογική μελαγχολία, καθώς πίστευαν ότι η ψυχοδυναμική που υπάρχει στις ψυχικές διαταραχές δεν είναι ξεχωριστή από την ψυχοδυναμική της

κανονικότητας, υποστηρίζοντας έτσι μια συνέχεια ανάμεσα στη συνηθισμένη κατάσταση θλίψης, στην κατάθλιψη και την παθολογική μελαγχολία (Horwitz & Wakefield, 2007:73).

Για τον Sigmund Freud (1856-1939), το πένθος και η μελαγχολία είναι το αποτέλεσμα της απώλειας ενός προσώπου, ιδέας ή ιδανικού. Για το μεν πένθος η απώλεια είναι συνειδητή και τα συμπτώματα έχουν μια ορισμένη χρονική διάρκεια, ενώ για τη μελαγχολία, η απώλεια είναι ασυνείδητη και η καταθλιπτική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο είναι σχεδόν μόνιμη (Freud, 1917). Η ανάλυση του Freud επικεντρωνόταν στις άμεσες ψυχογενείς αιτίες, που προέρχονταν κυρίως από καταπιεσμένες επιθυμίες και ψυχολογικές συγκρούσεις και δεν θεωρούσε ότι αυτές είχαν σχέση με κληρονομικότητα ή άλλες σωματικές αιτίες. Κατά αυτόν τον τρόπο υιοθετώντας μια θεωρία ψυχογενούς αιτιότητας για την κατάθλιψη, ο Freud, απαρνήθηκε μια παράδοση 2.500 χρόνων σύμφωνα με την οποία τα αίτια της κατάθλιψης είναι φυσιολογικά. Ωστόσο ο Freud για το πένθος, θεωρούσε ότι δεν είναι μια νοσηρή κατάσταση που χρήζει ιατρικής παρέμβασης, αλλά μια φυσιολογική αντίδραση και οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση θα μπορούσε να είναι ακόμη και επιβλαβής καθώς υπογράμμιζε πως η θλίψη αυτοθεραπεύεται. Με αυτόν τον τρόπο ο Freud, διέκρινε με σαφήνεια το φυσιολογικό πένθος, που εκδηλώνεται έπειτα από μια απώλεια, από την καταθλιπτική διαταραχή (Horwitz & Wakefield, 2007:75). Επίσης ο μαθητής του Freud, Karl Abraham (1877-1925), έδωσε την πρώτη ψυχαναλυτική ερμηνεία της κατάθλιψης ως «θυμός που στρέφεται προς τα μέσα» (Horwitz & Wakefield, 2007:74). Για τον Abraham, το πένθος αποτελεί μια συνειδητή επικέντρωση στην απώλεια του προσώπου, σε αντίθεση με την κατάθλιψη όπου το άτομο χαρακτηρίζεται από αισθήματα ενοχής και μειωμένης αυτοεκτίμησης. Σε αυτό το πλαίσιο ο Abraham, κάνει σαφή τη διάκριση ανάμεσα στο πένθος και την κατάθλιψη.

Στην αντίπερα όχθη της ψυχοδυναμικής θεώρησης, η προσέγγιση της κατάθλιψης από τη σχολή του Emil Kraepelin (1856-1926), υιοθέτησε ένα αυστηρό βιοϊατρικό μοντέλο. Ο Kraepelin, ερμήνευε τις ψυχικές διαταραχές ως αποτέλεσμα εγκεφαλικών παθολογιών και τις ταξινομούσε βάσει τη συμπτωματολογία, την εξέλιξη και την πρόγνωση, διατηρώντας παράλληλα την αρχή της διάκρισης της διαταραχής που δεν

οφειλόταν σε επαρκή εξωτερική αιτία, καθώς και την ένταση και την επιμονή της αντίδρασης. Ωστόσο η μελέτη του, εστίαζε αποκλειστικά σε σοβαρές περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύονταν στα ψυχιατρικά ιδρύματα, γεγονός που καθιστούσε δύσκολη τη διάκριση από τη φυσιολογική θλίψη (Horwitz & Wakefield, 2007:37).

Η συστηματική κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών από τον Kraepelin, με την οριοθέτησή τους στην εμπειρική κλινική παρατήρηση και η αποσύνδεσή τους από την ψυχοδυναμική και τη φιλοσοφική ερμηνεία τους, αποτέλεσαν τη βάση της σύγχρονης βιολογικής ψυχιατρικής. Ο Kraepelin εστίαζε την ανάλυσή του για την ερμηνεία των διαταραχών, στο συναίσθημα (affect), τη νόηση (intellect) και την βούληση (volition) συστηματοποιώντας και ενοποιώντας το σύνολο των αλλαγών της διάθεσης από την περιοδική ψύχωση ως την μελαγχολία και τις ήπιες διακυμάνσεις της διάθεσης, σε μία ενιαία νοσολογική κατηγορία, καθώς τις θεωρούσε εκδηλώσεις μιας κοινής υποκείμενης παθολογίας. Στο κρεπελινικό σύστημα, η βούληση κατέχει κεντρική θέση στην κατανόηση της ψυχικής λειτουργίας, καθώς η διαταραχή της θεωρείται θεμελιώδης ένδειξη ψυχικής παθολογίας. Το συναίσθημα και η νόηση αναλύονται σε συνάρτηση με την ικανότητα του ατόμου να κατευθύνει τη συμπεριφορά του με τρόπο συνεκτικό, ορθολογικό και κοινωνικά αποδεκτό. Παράλληλα υποστήριζε ότι η προσωπικότητα και οι ιδιοσυγκρασιακές διαθέσεις (καταθλιπτική, κυκλοθυμική, μανιακή), αποτελούν το υπόβαθρο πάνω στο οποίο αναπτύσσονται οι ψυχικές διαταραχές ενώ τόνιζε και τον ρόλο της κληρονομικής προδιάθεσης (Zivanovic & Nedic, 2012). Ωστόσο ο Kraepelin, με παρουσιάσεις πραγματικών περιστατικών που εμφάνιζαν παρόμοια συμπτώματα, έθεσε το ζήτημα της διαφοροποίησης ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και τη διαταραχή. Κατά αυτόν τον τρόπο, επισημαινε πως υπήρχε μεγάλη πιθανότητα να χαρακτηριστεί κάποιο άτομο ως διαταραγμένο, καθώς δεν είναι τα συμπτώματα αυτά καθαυτά, ούτε η διάρκεια τους που φανερώνουν διαταραχή, αλλά το γεγονός ότι απουσιάζει η αναλογική σύνδεση με οποιαδήποτε εξωτερική αιτία (Horwitz & Wakefield, 2007:76).

Τη δεκαετία του 1920, ο Adolf Meyer (1866-1950), ελβετός ψυχίατρος, διαμόρφωσε τη δική του προσέγγιση με εστίαση στην πορεία ζωής, την ιδιοσυγκρασία και στην ικανότητα των ατόμων να αντεπεξέρχονται στις προκλήσεις

της ζωής, επαναπροσδιορίζοντας τις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ως βλάβες. Ιδιαίτερα για την κατάθλιψη υποστήριξε ότι οφείλονταν στην προδιάθεση, και στις δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις των ατόμων σε περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες, και όρισε την απλή μελαγχολία ως υπερβολική και αβάσιμη κατάθλιψη και την κοινή κατάθλιψη ως υπερβολή της φυσιολογικής λύπης. Κατά αυτόν τον τρόπο, δεν συσχέτισε την εκδήλωση της φυσιολογικής θλίψης με την απώλεια παράλληλα προέτρεπε τους ψυχιάτρους να αναγνωρίζουν ως διαταραγμένα τα άτομα που εκδηλώνουν δυσπροσαρμοστική απόκριση στα περιβαλλοντικά τους πλαίσια (Horwitz&Wakefield, 2007:83). Η προσέγγιση του Meyer, επηρέασε καθοριστικά τη διαγνωστική ταξινόμηση των διαταραχών του DSM-I και DSM-II. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, οι εμπειρίες του πολέμου, της απώλειας, του εκτοπισμού και της μαζικής βίας παρήγαγαν εκτεταμένες μορφές ψυχικής οδύνης, οι οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν αναμενόμενες ανθρώπινες αντιδράσεις στις ιστορικές συνθήκες της εποχής. Ωστόσο, αντί να αντιμετωπιστούν ως κοινωνικά και πολιτικά ζητήματα, ερμηνεύτηκαν ολόένα και περισσότερο μέσα από το πρίσμα της ατομικής ψυχοπαθολογίας και της ψυχιατρικής παρέμβασης. Κομβικό σημείο σε αυτήν την στροφή αποτέλεσε η τυποποίηση της διαγνωστικής ταξινόμησης στη βάση καθιερωμένων κριτηρίων και η ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας (Λέκκα, 2012).

1.4 Από το DSM-I (1952) έως το DSM-5 (2013)

Η εξέλιξη των διαγνωστικών εγχειριδίων από το DSM-I έως το DSM-5, σηματοδοτεί μια ουσιαστική μετατόπιση από τις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις που εστιάζουν στις αιτίες προς ένα περιγραφικό μοντέλο ταξινόμησης, το οποίο θεμελιώνεται αποκλειστικά στα συμπτώματα αγνοώντας ταυτόχρονα το πλαίσιο.

Το 1952, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA), εκδίδει το DSM-I, όπου περιλάμβανε τρεις βασικές κατηγορίες διαταραχών τις νευρώσεις, τις ψυχώσεις και τις διαταραχές προσωπικότητας. Ως προς την εννοιολογική διαμόρφωση της

κατάθλιψη, αυτή προσδιορίστηκε ως «καταθλιπτική αντίδραση» ενώ δινόταν έμφαση στους ασυνείδητους ψυχολογικούς μηχανισμούς. Στο DSM-I, η έννοια της κατάθλιψης υποδήλωνε σαφώς ότι αποτελούσε μια αποκρινόμενη διεργασία, η οποία προέκυπτε από μια μη συνειδητή προσπάθεια αντιμετώπισης του άγχους και της ψυχικής δυσφορίας, ως αντίδραση σε μια στρεσογόνα συνθήκη ή σε εμπειρία απώλειας. Παράλληλα λαμβάνονταν υπόψη το ατομικό ιστορικό και η απουσία σοβαρών συμπτωμάτων (π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός, παραληρητικές ιδέες), διαφοροποιώντας την κατάθλιψη από την ψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή. Επίσης στον ορισμό δεν γινόταν ρητή διάκριση της κατάθλιψης από την απλή θλίψη καθώς η διάγνωση της διαταραχής προϋπόθετε την ύπαρξη συγκεκριμένων εσωτερικών δυσλειτουργιών (αμυντικοί μηχανισμοί) που οδηγούν σε δυσανάλογη αντίδραση, οι οποίες εξ ορισμού δεν υπάρχουν στη φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση (Horwitz & Wakfield, 2007).

Στην δεύτερη έκδοση του εγχειριδίου DSM-II το 1968, η κατάθλιψη ορίστηκε ως «καταθλιπτική νεύρωση» και διαχωρίστηκε από την απλή θλίψη θέτοντας ως κριτήριο διάγνωσης την έλλειψη αναλογικότητας της αντίδρασης σε σχέση με τον εκλυτικό παράγοντα (αιτία). Το DSM-II, διατύπωνε ρητά την απώλεια ενός αντικειμένου μείζονος συναισθηματικής σημασίας ως το γεγονός το οποίο μπορούσε να πυροδοτήσει μια δυσανάλογη και ως εκ τούτου παθολογική αντίδραση. Ωστόσο η συγκεκριμένη οριοθέτηση αναγνώριζε ότι οι απώλειες είναι δυνατόν να προκαλέσουν μια δυσανάλογη αντίδραση ακόμη και αν απουσίαζαν οι εσωτερικές συγκρούσεις και θεωρούσε ως φυσιολογική αιτία θλίψης και άλλες καταστάσεις εκτός του πένθους όπως, η απώλεια της περιουσίας. (Horwitz & Wakfield, 2007).

Για μεγάλο διάστημα οι διαγνώσεις για την κατάθλιψη, όπως παρουσιάστηκαν στις δύο πρώτες εκδόσεις του DSM, παρέμεναν ρητά κάτω από την επιρροή της ψυχαναλυτικής προσέγγισης. Αυτό σιγά σιγά, στη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, άρχισε να αλλάζει καθώς δέχτηκε έντονη κριτική σχετικά με την αξιοπιστία και την τεκμηρίωση στις διαγνώσεις. Συγκεκριμένα, το 1972 ο John Feighner, ειδικός στο Πανεπιστήμιο της Ουάσινγκτον, με στόχο την επιτάχυνση της ψυχιατρικής έρευνας και των διαγνωστικών διαδικασιών, κωδικοποίησε τα διαγνωστικά κριτήρια για 15 ψυχικές διαταραχές, κατατάσσοντας τις συναισθηματικές διαταραχές σε δύο

κατηγορίες: την μανία και την κατάθλιψη. Η διάγνωση της κατάθλιψης βασιζόταν σε τρία κριτήρια που αφορούσαν την ύπαρξη συγκεκριμένων συμπτωμάτων: 1^ο κριτήριο: δυσφορική διάθεση, με συμπτώματα έντονης θλίψης και απελπισίας, 2^ο κριτήριο: συνύπαρξη πέντε επιπλέον συμπτωμάτων, (όπως: προβλήματα ύπνου, διαταραχή όρεξης, απώλεια ενδιαφέροντος, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής, μειωμένη συγκέντρωση ή βραδύτητα σκέψης και αυτοκτονικό ιδεασμό) και 3^ο κριτήριο: τα συμπτώματα πρέπει να έχουν συνεχή διάρκεια τουλάχιστον ενός μηνός. Βάσει των κριτηρίων Feighner, η κατάθλιψη οριοθετήθηκε εντός σαφώς προσδιορισμένων κλινικών εκδηλώσεων και της χρονικής τους διάρκειας χωρίς να υπάρχει χώρος για φυσιολογικές αντιδράσεις πένθους μεγαλύτερης διάρκειας (Horwitz & Wakefield, 2007:91).

Το 1978 ο Robert Spitzer, με εντολή του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας, ανέπτυξε τα Κριτήρια Έρευνας και Διάγνωσης (RDC), επεκτείνοντας τις διαγνωστικές κατηγορίες σε 25 βασικούς τύπους με πολλές υποκατηγορίες. Ο Spitzer αναλαμβάνοντας την προεδρία της ομάδας εργασίας για την αναθεώρηση του DSM-III, αξιοποίησε την ευκαιρία να διαμορφώσει ένα νέο διαγνωστικό σύστημα, που θα προσέδιδε μεγαλύτερη επιστημονική οντότητα στην ψυχιατρική. Κατά αυτόν τον τρόπο, διαγράφεται μια μεθοδολογική μετατόπιση με σαφή εγκατάλειψη του πλαισίου που ενσωματώθηκε στο DSM-III (Horwitz & Wakefield, 2007:95).

Σε αυτό το πλαίσιο η έκδοση του DSM-III το 1980, σηματοδότησε μια ριζική αλλαγή στον τρόπο που ορίζονται οι ψυχικές διαταραχές. Μέσα σε 494 σελίδες όπου απαριθμούσαν 265 διαγνωστικές κατηγορίες, ενσωμάτωσε συμπληρωματικούς άξονες αξιολόγησης που αφορούσαν: την προσωπικότητα, την ηλικία έναρξης, τις γνωστικές λειτουργίες, την πορεία της διαταραχής, τους προδιαθεσικούς παράγοντες, τις επιπλοκές, τον επιπολασμό, το οικογενειακό μοτίβο, την αναλογία φύλου, τις σωματικές παθήσεις, και το επίπεδο λειτουργικότητας πέρα από την κλινική διάγνωση (First, et al., 2023). Κατά αυτόν τον τρόπο, καθιέρωθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια με βάση ένα περιγραφικό αντί του αιτιολογικού μοντέλου, που ίσχυε στις προηγούμενες εκδόσεις, απορρίπτοντας ταυτόχρονα τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, οι οποίες εστίαζαν στους αμυντικούς μηχανισμούς και στις εσωτερικές συγκρούσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, το DSM-III όρισε την καταθλιπτική διαταραχή ως «Μείζων

Καταθλιπτική Διαταραχή» (ΜΚΔ), δίνοντας έμφαση στην κλινική συμπτωματολογία και απορρίπτοντας τις αιτίες. Εξαλείφοντας το πλαίσιο και καταργώντας τη διάκριση της αναλογικότητας, η διάγνωση βασίστηκε αποκλειστικά σε συγκεκριμένα συμπτώματα για διάστημα 2 εβδομάδων, ανεξάρτητα από το αν η θλίψη αποτελούσε αναμενόμενη και δικαιολογημένη αντίδραση απέναντι σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Το πλαίσιο αναγνωρίζονταν, μόνο στην περίπτωση του πένθους. Ο λόγος αυτής της εξαίρεσης οφείλεται στο γεγονός ότι στο πένθος, παρόλο που η συμπτωματολογία μετά την απώλεια παρουσιάζει ομοιότητες με την κατάθλιψη, εν τούτοις, συνιστά μια φυσιολογική και παροδική αντίδραση (Horwitz & Wakfield, 2007). Ωστόσο φυσιολογικές αντιδράσεις σε άλλες στρεσογόνες και οδυνηρές καταστάσεις, όπως σοβαρή ασθένεια, απώλεια εργασίας, δεν περιλαμβάνονταν στην εξαίρεση. Κατά αυτόν τον τρόπο, το DSM-III, παραβλέποντας το κοινωνικό πλαίσιο και τη δυνατότητα κατανόησης του ανθρώπινου συναισθήματος, μετατρέπει τη φυσική ανθρώπινη οδύνη σε κλινική οντότητα, αυξάνοντας υπέρμετρα τον αριθμό των υποκειμένων που ταξινομούνται ως ψυχικά ασθενείς.

Με την δημοσίευση του DSM-IV το 1994, η κατάθλιψη κατατάχθηκε στην ευρύτερη ομάδα των Διαταραχών της Διάθεσης με πρωταρχική την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ), ενώ ταυτόχρονα θεσπίστηκε ένας διευρυμένος ορισμός, σύμφωνα με τον οποίο νοείται ως ένα κλινικό σύνδρομο, το οποίο αντανακλά μια υποκείμενη δυσλειτουργία του ατόμου και όχι μια κοινωνικοπολιτισμικά αποδεκτή και αναμενόμενη αντίδραση σε ένα ψυχοπιεστικό γεγονός όπως είναι η απώλεια αγαπημένου προσώπου. Η παρουσία πέντε από εννέα συμπτώματα όπως: καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης, απώλεια ή αύξηση βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, κόπωση ή μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής ή αναξιοσύνης, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή σκέψης και αυτοκτονικός ιδεασμός, και με διάρκεια δύο εβδομάδων, καθιστούσαν ικανό το κριτήριο για τη διάγνωση της ΜΚΔ. Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων, ανεξάρτητη από την αιτία που τα προκάλεσαν, είχε ως αποτέλεσμα έντονες αλλά φυσιολογικές αντιδράσεις όπως, ανεργία και προβλήματα διαβίωσης, να κατηγοριοποιούνται ως παθολογικές καταστάσεις. Η μόνη εξαίρεση στο DSM-IV, αφορούσε τη θλίψη λόγω πένθους ως φυσιολογική αντίδραση για ένα διάστημα δύο μηνών. Για να

συμπεριλάβει την έντονη δυσφορία σε στρεσογόνο παράγοντα το DSM-IV τοποθέτησε μια νέα κατηγορία, την Ήπια Καταθλιπτική Διαταραχή, η διάγνωση της οποίας στηρίζεται στην εκδήλωση δύο έως τεσσάρων αντί πέντε συμπτωμάτων, για μια περίοδο δύο εβδομάδων, με συνέπεια τον κίνδυνο παθολογικοποίησης καθημερινών βιωματικών δυσχερειών (Horwitz & Wakfield, 2007:119).

Στο DSM-5 το οποίο εκδόθηκε το 2013, γίνεται μια στροφή προς ένα διαστασιακό μοντέλο προσδιορισμού των διαταραχών οι οποίες αριθμούν πλέον τις 541, μέσω ψυχοπαθολογικών παραμέτρων με διαβαθμισμένη ένταση ή βαρύτητα. Οι νέοι παράμετροι βασίζονται στη βαρύτητα της εκάστοτε διαταραχής ή στα κλινικά συμπτώματα όπου μέσα από μια κλιμακούμενη αξιολόγηση εξασφαλίζεται μια εξειδικευμένη διάγνωση. Επιπλέον ομαδοποιούνται ορισμένες διαταραχές σε ευρύτερες ταξινομικές κατηγορίες οι οποίες αναφέρονται ως «φάσματα». Το αναθεωρημένο σύστημα, καταργώντας το πολυαξονικό, βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο αξιολόγησης του DSM-III, ενσωματώνει σε ένα μόνο άξονα την αξιολόγηση όλων των σωματικών και ψυχικών παθήσεων και προαιρετικά μέσω της κλίμακας WHODAS2.0, αναγνωρίζει συγκεκριμένους δυσμενείς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Το 2022 κυκλοφόρησε το DSM-5-TR απαριθμώντας 1.924 σελίδες (πρώτη αναθεώρηση του DSM-5), όπου παράλληλα με τις αναβαθμίσεις και τις διευκρινήσεις των διαγνωστικών κριτηρίων, περιλαμβάνει πολιτισμικά, επιδημιολογικά και έμφυλα δεδομένα. Ποιο συγκεκριμένα, αναβάθμισε σε διακριτή μορφή καταθλιπτικής διαταραχής, την «Προεμμηνορροϊκή Δυσφορική Διαταραχή» παρότι είχε γίνει επίσημη διαγνωστική κατηγορία ήδη στο DSM-5 (2013). Συγχρόνως, με κριτήριο την καταθλιπτική διάθεση, διάρκειας 2 ετών για ενήλικες και ένα έτος για παιδιά και εφήβους, διαμόρφωσε μια νέα ταξινομική κατηγορία, την «Επιμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή». Επιπροσθέτως, όσον αφορά τον παιδικό πληθυσμό ηλικίας έως 12 ετών και την απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς, θεσπίστηκε η «Διαταραχή Απορύθμισης της Διάθεσης με Εκρηκτικότητα». Επιπλέον, η Κεντρική Επιτροπή Αναθεώρησης του DSM-5, αξιολογώντας 29 εισηγήσεις από την επιστημονική κοινότητα και το ευρύ κοινό, κατέληξε στην προσθήκη μιας νέας διαγνωστικής οντότητας, την «Παρατεταμένη Διαταραχή Πένθους» (First, etall,

2023). Η κατηγορία αυτή καθιερώνει το πένθος ως διακριτή ψυχιατρική πάθηση, εφόσον η διάρκειά του υπερβαίνει τους 12 μήνες και συνοδεύεται από έντονη ψυχική οδύνη, συναισθηματικό μούδιασμα, συμπτώματα που σχετίζονται με τη θλίψη, και τα οποία είναι αρκετά σοβαρά ώστε να προκαλέσουν λειτουργική έκπτωση και πρόκληση βλάβης (APA, 2022).

Τις τελευταίες δεκαετίες, ένας ευρύς αριθμός δυσχερειών και κοινωνικών προβλημάτων που ταξινομούνται ως διαταραχές, αυξάνεται εκθετικά παρά τις αμφισβητούμενες ενδείξεις για την ιατρική τους υπόσταση. Πλήθος ερευνών τονίζουν ότι η ιατρικοποίηση έχει μεταστρέψει το φυσιολογικό σε παθολογικό, ενώ οι ιατρικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, έχουν αναδιαμορφώσει τα όρια της αποδεκτής συμπεριφοράς σε διάφορες καταστάσεις της ύπαρξης. Οι κριτικοί μελετητές/τριες διατυπώνουν την εκτίμηση ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι μηχανισμοί κοινωνικού ελέγχου θα αντικατασταθούν από τον ιατρικό κοινωνικό έλεγχο (Conrad, 2007). Η έρευνα από φεμινίστριες ερευνήτριες στο πεδίο, έχει αναδείξει τη δυσανάλογη ιατρικοποίηση των γυναικείων κοινωνικών εμπειριών. Αυτό παρατηρείται σε μελέτες αντισύλληψης, τοκετού, προεμμηνορροϊκού συνδρόμου, εμμηνόπαυσης, σεξουαλικότητας, άγχους, κατάθλιψης, και απώλειας, αναδεικνύοντας την έμφυλη διάσταση της ιατρικοποίησης (Peglidou, 2010).

Άμεση συνέπεια αυτού ήταν να μετασχηματιστεί ριζικά ο τρόπος κατανόησης της ψυχικής οδύνης, από την βιοματική αφήγηση και την προσωπική ιστορία της επιθυμίας προς την χημική ρύθμιση των συμπτωμάτων. Η κορύφωση γίνεται με τα ψυχοφάρμακα, όπου εντός αυτού του πλαισίου, ενισχύεται το βιοϊατρικό μοντέλο μετατοπίζοντας την προσοχή από την προσωπική αφήγηση στη χημεία του εγκεφάλου. Και είναι σε αυτό το σημείο όπου η ερμηνεία της «ψυχικής υγείας» ανασχηματίζεται ριζικά καθώς οι επιστημονικές μελέτες και δημοσιεύσεις επικεντρώνονται ολοένα και περισσότερο στη βιολογική εξήγηση και την φαρμακευτική λύση, επαναπροσδιορίζοντας την ψυχική οδύνη ως ζήτημα νευροχημικής ισορροπίας, το οποίο απαιτεί φαρμακευτική επέμβαση. Μια σειρά χημικών ενώσεων, όπως χλωροπρομαζίνη (1952), ιμιπραμίνη (1957), βενζοδιαζεπίνη, συγκρότησαν τις τρεις βασικές κατηγορίες ψυχοτρόπων σκευασμάτων: τα νευροληπτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα ηρεμιστικά αντίστοιχα, αποτελώντας την

αποτελεσματικότερη λύση όπου με το μανδύα της θεραπείας, μπορούσαν πλέον να επέμβουν ουσιαστικά στα σώματα των ανθρώπων και να τα καταστείλουν, να μειώσουν τη διάρκεια της νοσηλείας, εδραιώνοντας το βιοϊατρικό μοντέλο και καθιστώντας παράλληλα τις φαρμακοβιομηχανίες ως τις πλέον κερδοφόρες επιχειρήσεις του ύστερου καπιταλισμού (Λέκκα, 2012).

Ο ρόλος των φαρμακοβιομηχανιών αποτελεί μείζον θέμα. Μέσω των προωθητικών ενεργειών και των επιτρεπόμενων πλέον διαφημίσεων, διεισδύουν ολόένα και σε περισσότερες πτυχές της καθημερινότητας μας. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η περίπτωση του φαρμάκου Paxil και της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής. Ενώ το συγκεκριμένο φάρμακο εγκρίθηκε για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η κορεσμένη αγορά από άλλα φάρμακα οδήγησε την κατασκευάστρια εταιρεία να αιτηθεί την διεύρυνση των ενδείξεων συμπεριλαμβάνοντας τις αγχώδεις διαταραχές. Έτσι η γενικευμένη χρήση του Paxil με τη συμβολή της διαφημιστικής εκστρατείας από την κατασκευάστρια εταιρεία, προώθησε την ιατρικοποίηση του άγχους και συνέβαλε στην ένταξη των κοινών συναισθημάτων όπως η ανησυχία και η συστολή με το Paxil να θεωρείται η καταλληλότερη θεραπεία. Το 2001 το Paxil, κατατάχθηκε ως ένα από τα πλέον συνταγογραφούμενα φάρμακα. Το παράδειγμα του Paxil καταδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο οι φαρμακευτικές εταιρείες όχι μόνο εμπορεύονται φάρμακα αλλά δραστηριοποιούνται πλέον στην εμπορευματοποίηση καταστάσεων (Conrad, 2007).

1.5 Το DSM ως μηχανισμός κοινωνικού ελέγχου και «ονοματοδοσίας»

Όπως μας επισημαίνει ο Foucault «η γλώσσα δεν είναι απλώς μια περιγραφή, αλλά μια κατάσχεση του είναι» (Foucault, 1973). Σύμφωνα με αυτή την θεώρηση αναδεικνύεται ο τρόπος με τον οποίο, μέσω της εξουσίας της ιατρικής εννοιολόγησης, κατασκευάζεται η ανθρώπινη υποκειμενικότητα ως παθολογική.

Το εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM), αναδεικνύεται σε κεντρικό ρυθμιστή της κοινωνίας και σε κυρίαρχο εργαλείο εξουσίας καθώς καθορίζει τα όρια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και τη διαταραχή όπως διατυπώνονται μέσα από τους ορισμούς που θέτει. Σύμφωνα με τους Horwitz και Wakfield (2007), το εγχειρίδιο των διαγνωστικών ταξινομήσεων παρέχει στην ψυχιατρική την ευελιξία και την επιστημονική εγκυρότητα να μπορεί να διαχειριστεί τα ανθρώπινα συναισθήματα. Η ψυχιατρική, μέσω μιας τυποποιημένης και νομιμοποιημένης γλώσσας, που αντλεί από το κωδικοποιημένο σύστημα του DSM, αποκτά το δικαίωμα να διαγιγνώσκει, να ταξινομεί μη ιατρικά προβλήματα και συμπεριφορές ως διαταραχές, να χαρακτηρίζει μια κατάσταση ως νοσηρή και να παρεμβαίνει για την αντιμετώπισή της. Η Φουκωϊκή ανάλυση, μας αποσαφήνισε με ποιους τρόπους η εξουσία παράγει λόγους, νοήματα, νόρμες, ταυτότητες και υποκειμενικότητες. Το DSM ως φορέας αυτής της εξουσίας, καθορίζει ποια συμπεριφορά και ποια συναισθήματα αποτελούν «συμπτώματα», παράγοντας κατά αυτόν τον τρόπο νέες ταυτότητες, με τη μορφή των «ψυχικών διαταραχών». Επιπλέον, ερμηνεύοντας τις αιτίες της συμπεριφοράς, μέσα από ένα αμιγώς βιολογικό πρίσμα, αναπλαισιώνει τα κοινωνικά προβλήματα ως ατομικές αποτυχίες (Boyle & Johnstone, 2025:65). Σε αυτό το πλαίσιο οι φυσιολογικές αντιδράσεις της θλίψης απέναντι στην κακοποίηση, την ανεργία, στον σύγχρονο τρόπο ζωής, στον πόνο της απώλειας, αποσυνδεδεμένες από τις αιτίες που τις προκαλούν, δημιουργούν μια συνθήκη αποπολιτικοποίησης, στην οποία το άτομο καλείται να αναθεωρήσει τον τρόπο που κατανοεί τα ίδια του τα συναισθήματά και να δεχτεί τη διάγνωση και την φαρμακευτική αγωγή. Συγχρόνως, οτιδήποτε δεν εμπίπτει στην κανονικότητα, χαρακτηρίζεται ως αποκλίνουσα συμπεριφορά και επαναπροσδιορίζεται. Αυτός ο επαναπροσδιορισμός δημοσιεύεται σε ιατρικά περιοδικά, στη συνέχεια νομιμοποιείται μέσω της υποβολής θέσεων και επιχειρημάτων από ομάδες συμφερόντων και τέλος κωδικοποιείται εντός του συστήματος ιατρικής ταξινόμησης. Ο Conrad μας επισημαίνει ότι, η ιατρική λειτουργεί ως θεσμός κοινωνικού ελέγχου επαναπροσδιορίζοντας πτυχές της καθημερινής ζωής ως ιατρικό πρόβλημα, καθώς *«η μεγαλύτερη δύναμη κοινωνικού ελέγχου, προέρχεται από το να έχει κανείς την εξουσία να ορίζει ορισμένες συμπεριφορές, πρόσωπα και πράγματα»* (Conrad, 2007:8).

Μέσα από εργαλεία όπως το DSM, ο κοινωνικός έλεγχος μετατοπίζεται από τη σφαίρα νομικών ή άλλων θεσμών στο πεδίο της ιατρικής. Αυτό συνεπάγεται τη διεύρυνση της ιατρικής επιρροής στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η ιατρική μπορεί πλέον μέσω της κατηγοριοποίησης και των ορισμών, να ορίζει τα όρια του φυσιολογικού/παθολογικού και του υγιούς/ασθενούς. Η εξουσία του DSM εξαπλώνεται : α) μέσω της διατύπωσης ορισμών, για την ερμηνεία διάφορων καταστάσεων και συμπεριφορών, β) με την υιοθέτηση από φορείς και οργανισμούς των συγκεκριμένων οδηγιών που θέτει το DSM για την ρύθμιση των ταξινομημένων ομάδων του πληθυσμού και γ) σε επίπεδο αλληλεπίδρασης, όπου ο γιατρός αναγνωρίζει και αποδίδει τη διάγνωση στο πλαίσιο της κλινικής αξιολόγησης (Conrad, 1992). Σε αυτό το πλαίσιο η ιατρική εννοιολόγηση αναδεικνύεται σε ένα κανονιστικό πλαίσιο της ανθρώπινης συμπεριφοράς και νομιμοποιείται, καθώς αναγνωρίζεται επίσημα από τους επιστημονικούς και κρατικούς φορείς. Παράλληλα οι διαγνωστικές κατηγοριοποιήσεις, ενδέχεται να οδηγήσουν σε αύξηση των διακρίσεων και του στίγματος καθώς η κάθε διάγνωση, θέτει ένα αφήγημα για το πώς αναμένεται να συμπεριφερθεί το άτομο, γεγονός που ενισχύει τα στερεότυπα περί ακραίας συμπεριφοράς ή επικινδυνότητας (Boyle & Johnstone, 2025:49). Κι ενώ η αντιμετώπιση των σωματικών ασθενειών έχουν τη συγκατάθεση του ατόμου, οι ψυχικές ασθένειες διαχειρίζονται κυρίως με ακούσιο τρόπο. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχιατρικές διαγνώσεις λειτουργούν ως στιγματιστικές ταμπέλες (Szasz, 1974:xi) και ως μέσο κοινωνικού ελέγχου καθώς αυτό που περιγράφουν δεν αντιστοιχεί σε σωματικές ασθένειες, αλλά αποτελεί μια σκιαγράφιση αποκλίνουσων συμπεριφορών από την κυρίαρχη νόρμα. Ένα άλλο σημείο που χρειάζεται να επισημάνουμε είναι το έμφυλο πρόσημο σε αρκετές από τις διαγνώσεις του DSM, όπως για παράδειγμα αυτό της «Προεμμηνορροϊκής Διαταραχής», ή το γεγονός ότι δυνητικά οι γυναίκες λόγω του έντονα συναισθηματικού ψυχισμού τους, είναι πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη. Όλο αυτό δημιούργησε μία στρέβλωση στην διαδικασία της θεραπευτικής προσέγγισης που ακολουθείται μετά τη διάγνωση. Καθώς ολοένα και περισσότερα άτομα επισκέπτονται την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η χρήση των κατηγοριοποιήσεων του DSM από τους ειδικούς αυτών των δομών έχει οδηγήσει σε πλήθος ψευδών θετικών διαγνώσεων για καταθλιπτική διαταραχή. Το 40% των ατόμων που επισκέπτονται την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ελέγχονται πλέον για προβλήματα

συμπεριφοράς και για κατάθλιψη, ενώ το σύνηθες αποτέλεσμα μιας διάγνωσης κατάθλιψης είναι μια αντικαταθλιπτική φαρμακευτική συνταγή (Horwitz&Wakfield, 2007:155).

Οι Horwitz και Wakfield (2007), τεκμηριώνουν στην έρευνά τους τον τρόπο με τον οποίο η φυσιολογική λύπη, μέσω των αναθεωρήσεων του DSM-III και του DSM-IV, μετατράπηκε σε Καταθλιπτική Διαταραχή. Η ελαστικότητα των ορισμών, έχει οδηγήσει σε μια υπέρμετρη αύξηση των διαγνώσεων της «Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής». Μια υπερδιάγνωση που εξυπηρετεί την καπιταλιστική κερδοφορία και τα συμφέροντα του κλάδου της φαρμακοβιομηχανίας, ιατρικοποιώντας τον ανθρώπινο πόνο. Στα πλαίσια αυτά, και λόγω της ελλειπούς κρατικής περίθαλψης και της διαχειριζόμενης φροντίδας, σε συνδυασμό με τη χρήση των κατηγοριοποιήσεων του DSM, προωθείται η μη κοστοβόρα λύση της φαρμακοθεραπείας αντί των πιο δαπανηρών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Επιπροσθέτως η ελαστικότητα των διαγνωστικών κριτηρίων και η επέκταση των ορίων των ιατρικών κατηγοριών, ενδέχεται να οδηγήσουν σε μια τεράστια αύξηση στην εκτιμώμενη συχνότητα διάγνωσης μιας πάθησης, γεγονός το οποίο αποτελεί μία επιπλέον προσφορά προς την μεγέθυνση της κερδοφορίας των φαρμακοβιομηχανιών (Conrad, 2007). Κι ενώ έως τότε, τα συναισθήματα θλίψης αποτελούσαν απόρροια της ανθρώπινης έκφρασης και συμπεριφοράς, απέναντι σε τραυματικά γεγονότα ή σε άλλες οδυνηρές εμπειρίες ζωής, η βιοματική αυτή διάσταση υποβαθμίστηκε και αποσυνδέθηκε από το ιστορικό πλαίσιο της μελαγχολίας. Στο νέο πλαίσιο, η βιοματική εμπειρία και η μοναδική ιστορία του υποκειμένου υποσκελίζεται, δεν ρωτάται γιατί βιώνει πόνο, τι του έχει συμβεί, παρά μόνο πόσα συμπτώματα έχει και πόσο αυτά διαρκούν. Σε αυτό το πλαίσιο η ψυχική οδύνη μετατρέπεται σε ένα μετρήσιμο φαινόμενο, εντός του οποίου, βρίσκει εφαρμογή η φαρμακοβιομηχανία. Στην ουσία αυτό σηματοδότησε έναν σωφρονισμό της ίδιας της διαδικασίας της θλίψης και του πένθους με τους όρους της λευκής, δυτικής, ηγεμονικής κοσμοθεωρίας. Η κατάθλιψη από μια αφήγηση εσωτερικής σύγκρουσης ή απώλειας, γίνεται μία διαγνωστική κατηγορία μετρήσιμων συμπτωμάτων εντός του ψυχικού πεδίου, θολώνοντας τα όρια ανάμεσα στην ανθρώπινη εμπειρία και την παθολογία, ανοίγοντας κατά αυτόν τον τρόπο, τον δρόμο για τη φαρμακολογική της ρύθμιση. Κι ενώ μέχρι το 2013 η απλή θλίψη

μπορούσε να ταξινομηθεί ως κατάθλιψη, πλέον στο DSM-5-TR, το ίδιο το παρατεταμένο πένθος καθιερώνεται ως «ασθένεια», επισφραγίζοντας με απόλυτο τρόπο την ιατροποίηση της ανθρώπινης απώλειας.

Αυτή η ενσωμάτωση έχει βαθύτατες πολιτισμικές και ηθικές επιπτώσεις καθώς διευρύνει περαιτέρω την παθολογικοποίηση των ανθρώπινων συναισθημάτων ξεπερνώντας και την αμφισβητούμενη κατάργηση της εξαίρεσης του πένθους (bereavement exclusion) στο DSM-5. Η παρατεταμένη θλίψη δεν αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση στον πόνο της απώλειας αλλά αντιμετωπίζεται πλέον, ως μια παθολογική κατάσταση που χρήζει θεραπευτικής παρέμβασης. Το πένθος δεν είναι πια μια εμπειρία, μια εσωτερική διεργασία, μια πολιτισμική τελετουργία, ούτε ο αναγκαίος χρόνος για την επεξεργασία της απώλειας. Μετατρέπεται σε διαγνωστική κατηγορία, γίνεται δυνητικός στόχος για θεραπευτική αγωγή, αλλά πρωτίστως αποκαλύπτεται ως πεδίο φαρμακολογικής επέμβασης. Ο χρόνος της οδύνης αποκτά προκαθορισμένη διάρκεια, τιθασεύεται, κανονικοποιείται, όπως και η πειθάρχηση του συναισθήματος και της ίδιας της βαθύτερης επιθυμίας. Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας προσπαθούν να συνδέσουν τις συναισθηματικές εκφράσεις και τις συμπεριφορές, σε μία από τις κατηγοριοποιήσεις και να βγάλουν διάγνωση. Ωστόσο αυτή η αντιστοίχιση δεν τεκμηριώνεται επιστημονικά, καθώς τα συμπτώματα, αφενός, είναι αποτέλεσμα υποκειμενικής κρίσης και αφετέρου, αυτή η ταύτιση των συναισθημάτων με τα συμπτώματα, στηρίζεται κυρίως σε κοινωνικά πρότυπα για το πώς θα έπρεπε να συμπεριφερόμαστε. Επιπλέον, οι νόρμες που καθορίζουν τις διαγνώσεις, προέρχονται από δυτικούς λευκούς άνδρες των υψηλότερων κοινωνικών στρωμάτων, με αποτέλεσμα οι διαγνωστικές κρίσεις να δημιουργούν μεγαλύτερα προβλήματα σε πληθυσμιακές ομάδες των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων. Επίσης οι διαγνωστικές κατηγορίες δεν αναγνωρίζουν το νόημα της ανθρώπινης εμπειρίας με συνέπεια να προκαλείται «επιστημική αδικία» (Fricker, 2007), η οποία είναι ακόμη μεγαλύτερη για άτομα με ιστορίες αποικισμού (Boyle & Johnstone, 2025:103).

Ο Thomas Szasz, στο βιβλίο του «*The Myth of Mental Illness*», υποστηρίζει ότι «*η ψυχική ασθένεια είναι ένας μύθος*» (Szasz, 1974:262), και αναλύει τον τρόπο σύμφωνα με τον οποίο η σύγχρονη ψυχιατρική επινόησε νέες ασθένειες. Αυτό επιτεύχθηκε αλλάζοντας το μέτρο για το τι αποτελεί ασθένεια. Σε αυτό το πλαίσιο, η ψυχιατρική

πρόσθεσε ένα νέο κριτήριο στον τρόπο που ανιχνεύονται οι αλλοιώσεις στη σωματική δομή του ατόμου, αυτό της «αλλοίωσης της σωματικής λειτουργίας» (Szasz, 1974:12), το οποίο εντοπίστηκε μέσα από την παρατήρηση όχι του σώματος, αλλά, της συμπεριφοράς του ατόμου. Αυτή η πρακτική, οδήγησε στο να δηλωθεί η υστερία ως ασθένεια και να αποτελέσει το πρότυπο της νέας κατηγορίας ασθενειών με τον χαρακτηρισμό ως ψυχικές και δυσλειτουργικές. Αλλάζοντας λοιπόν τα κριτήρια του τι συνιστά ασθένεια, έννοιες όπως υστερία, κατάθλιψη, ομοφυλοφιλία, προστέθηκαν στην κατηγορία των ασθενειών καθώς περάσαμε από την φυσικοχημική διαταραχή του σώματος στην ερμηνεία της ανθρώπινης εμπειρίας του πόνου ή της συμπεριφοράς ως δυσλειτουργικής. Σε αυτό το πλαίσιο, το διαζύγιο, το πένθος, η ανεργία, η φτώχεια, γίνονται ασθένεια και σηματοδοτούν την προσωπική αποτυχία και ανικανότητα του ατόμου. Πρόκειται για έναν ψυχιατρικό επεκτατισμό ο οποίος εξυπηρετεί πολιτικές και οικονομικές σκοπιμότητες. Η χρήση των επιθέτων «ψυχικός», «νευρωσικός» και «συναισθηματικός», λειτουργούν ως εργαλεία νοσηματοδότησης αλλά αποτελούν και ένα μηχανισμό συγκάλυψης, των διαφορών ανάμεσα σε δύο κατηγορίες ανθρώπινων δυσκολιών. Αφενός των δυσκολιών που δημιουργούν πρόβλημα στη λειτουργία του οργανισμού ως μηχανής (π.χ. σωματικές παθήσεις) και αφετέρου εκείνων που εμποδίζουν την κοινωνική προσαρμογή και οι οποίες ενώ δεν επηρεάζουν τη λειτουργία αυτής της «μηχανής», εν τούτοις, είναι εγγενείς με τους σκοπούς που κατασκευάστηκε ως ένας μηχανισμός για να εξυπηρετεί το κοινωνικοοικονομικό και παραγωγικό σύστημα (Szasz, 1974:37). Για τον Szasz, η έννοια του ψυχικά ασθενούς αποτελεί μια ορθολογικοποίηση, μέσω της οποίας οι δυσκολίες της ζωής οι οποίες εκφράζονται και βιώνονται με όρους ψυχιατρικών συμπτωμάτων, κατανοούνται από την ψυχιατρική με τρόπο παρόμοιο με τις άλλες σωματικές παθήσεις, συγκαλύπτοντας τις ηθικές συγκρούσεις του ατόμου (Szasz, 1974:262).

Η Joanna Moncrieff, ψυχίατρος και καθηγήτρια στο University College του Λονδίνου στο βιβλίο της «Ο Μύθος της Χημικής Ίασης» (2019), τονίζει τον ρόλο του DSM ως εργαλείο «επαναϊατροποίησης» της ψυχιατρικής καθώς τη δεκαετία του 1970 με τη συμβολή του κινήματος της αντιψυχιατρικής άρχισε να χάνει την αξιοπιστία της. Το DSM με τις τυποποιημένες διαγνώσεις, της παρείχε την χαμένη

αξιοπιστία και αντικειμενικότητα, στην ουσία όμως αυτό που εξυπηρέτησε ήταν οι επαγγελματικές ανάγκες και τα οικονομικά συμφέροντα. Η Moncrieff, υπογραμμίζει ότι το οικονομικό κίνητρο λειτούργησε ως μοχλός πίεσης, για περισσότερο ποσοτικοποιημένες και επιστημονικά τεκμηριωμένες διαγνώσεις, και από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Παράλληλα η εισαγωγή νέων φαρμάκων λειτούργησε ως εργαλείο υπεράσπισης της εγκυρότητας των ψυχιατρικών διαγνώσεων και ως νομιμοποιητικός παράγοντας. Η Moncrieff, τοποθετείται σχετικά με τη διεύρυνση των ορίων των διαγνωστικών ταξινομήσεων, δίνοντας το παράδειγμα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Το γεγονός ότι το DSM, άλλαξε το επίκεντρο της διαταραχής (ελλειμματική προσοχή αντί για υπερκινητικότητα) οδήγησε στην αύξηση των διαγνωσμένων παιδιών (κυρίως των κοριτσιών) αλλά και των ενηλίκων (Moncrieff, 2019).

1.6 Κριτική του Ρόλου της Φαρμακοβιομηχανίας

Οι αναφορές για την αγορά των αντικαταθλιπτικών παγκοσμίως (Antidepressant Drugs Market), δείχνουν αύξηση με ετήσιο ρυθμό της τάξης του 3,3%, και προβλέπεται να φτάσει στα 26,9 δισεκατομμύρια δολάρια ως το 2033, με το μεγαλύτερο μερίδιο να το απορροφούν οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), ενώ το μεγαλύτερο μερίδιο της αγοράς αντικαταθλιπτικών, καρπώνεται η Βόρεια Αμερική με ποσοστό της τάξης του 47,9% των εσόδων της παγκόσμιας αγοράς (GNs, 2024). Σε άλλη έκθεση προβλέπεται ότι το μέγεθος της αγοράς των αντικαταθλιπτικών θα φτάσει το 2027 στα 18,29 δισεκατομμύρια δολάρια, με ρυθμό αύξησης 2,9% (FBIs, 2025).

Η συνεχής άνοδος της κατανάλωσης φαρμάκων στην Ελλάδα, αναδεικνύει ένα εφιαλτικό σενάριο, σύμφωνα με σχετική μελέτη που εκπονήθηκε για την περίοδο 2015-2021. Συγκεκριμένα, η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών από το 2015 στο 2021, αυξήθηκε 20,8% με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 3,1%. Παράλληλα η

φαρμακευτική δαπάνη εκτοξεύτηκε το 2021 στα 4,6 δις καταγράφοντας μια άνοδο της τάξης του 31,9% σε σύγκριση με το 2015 (TVXS, 2022). Όπως αναφέρει η Moncrieff, η φαρμακοβιομηχανία είχε ξεκινήσει ήδη από το 1961 επιθετική έρευνα για τις χημικές ενώσεις των αντικαταθλιπτικών παράλληλα οι πρώτες διαφημιστικές καμπάνιες για την προώθηση των αντικαταθλιπτικών, όπως αυτή στο *British Medical Journal*, προσπαθούσαν να καθιερώσουν την αντίληψη περί συνηθισμένης και ιατρικά αντιμετωπίσιμης πάθησης (Moncrieff, 2019). Ένα παράδειγμα αυτής της επιθετικής στρατηγικής της φαρμακοβιομηχανίας αποτελεί η «ενημερωτική» εκστρατεία του «Βασιλικού Κολλεγίου Ψυχιάτρων και Γενικών Ιατρών» το 1991 με την χρηματοδότηση από την εταιρεία Eli Lilly (Prozac), με σκοπό να πειστούν οι γενικοί γιατροί «να διαγιγνώσκουν περισσότερους ανθρώπους ως καταθλιπτικούς και να συνταγογραφούν περισσότερα αντικαταθλιπτικά» (Moncrieff, 2019:229), παράλληλα για να καμφθεί η αντίσταση του πληθυσμού, τονιζόταν ότι τα αντικαταθλιπτικά δεν δημιουργούν εθισμό. Αυτό που επισημαίνει στη μελέτη της η Moncrieff, είναι ότι προωθήθηκε και υιοθετήθηκε ένα «νοσοκεντρικό μοντέλο» για τη δράση των φαρμάκων, όχι επειδή τα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα είναι αδιάσειστα, αλλά διότι με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίστηκε η προώθηση των συμφερόντων της φαρμακοβιομηχανίας, του ψυχιατρικού κλάδου και του νεωτερικού κράτους (Moncrieff, 2019:41). Αυτή η νοσοκεντρική προσέγγιση υποδηλώνει ότι τα φάρμακα στοχεύουν σε υποκείμενες βιολογικές βλάβες και σε αρκετές περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η δια βίου χρήση τους, αλλά στην ουσία αυτό που εξυπηρετούν είναι οι σκοποί του φαρμακοβιομηχανικού μάρκετινγκ. Ενώ σπάνια υπάρχει ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους και τις παρενέργειες (Boyle& Johnstone, 2025:177).

Ο Nikolas Rose (2003), στο βιβλίο του «*Neurochemical Selves*», αναλύει το πώς φτάσαμε να γίνουμε «νευροχημικοί εαυτοί». Ο Rose αναφέρει, ότι η νόσος είναι το αποτέλεσμα μιας συμπαγωγής, διάγνωσης και θεραπείας, η οποία καθίσταται εφικτή μέσω της προώθησης από τις φαρμακοβιομηχανίες ενός μοντέλου χημικής ανισορροπίας. Από παράδειγμα αυτής της συμπαγωγής αποτελεί η περίπτωση της Merck. Χορηγώντας την έρευνα του Frank Ayd, για την αμιτρυπτίνη ως αντικαταθλιπτικού, η Merck αξιοποίησε το σχετικό βιβλίο του Ayd το «*Recognizing the Depressed Patient*» (1961), για τους σκοπούς του μάρκετινγκ, πουλώντας όχι

μόνο την αμιτρυπτιλίνη, αλλά και μια καινούργια ιδέα για το τι είναι η κατάθλιψη και πώς αυτή πρέπει να διαγνωστεί και να θεραπευτεί, δημιουργώντας έτσι μια κερδοφόρα αγορά του αντικαταθλιπτικού εκτός νοσοκομείου. Δεν είναι τυχαίο ότι η ίδια η Merck, αγόρασε και διάνειμε σε όλο τον κόσμο, 50.000 αντίτυπα από το βιβλίο. Αναλογιζόμενες το νέο πεδίο κερδοφορίας, οι φαρμακοβιομηχανίες άρχισαν να επενδύουν στην έρευνα, ενώ παράλληλα αναπτύχθηκαν ειδικές κλίμακες μέτρησης (π.χ. Hamilton), για τη δραστηριότητα των φαρμάκων, οι οποίες τροποποίησαν τη μορφή της διαταραχής. Σε αυτό το πλαίσιο η κατάθλιψη αποδόθηκε στην έλλειψη της σεροτονίνης, εδραιώνοντας την αύξηση των SSRI και επηρεάζοντας τόσο την ιατρική άποψη όσο και τη γενικότερη αντίληψη σχετικά με την επίδραση των νευροχημικών ουσιών του εγκεφάλου στη διάθεση. Αυτό που γίνεται σαφές είναι ότι οι εμπορικές αποφάσεις όχι μόνο διαμορφώνουν, αλλά θεμελιώνουν τον κανόνα της ψυχιατρικής σκέψης, μετατρέποντας στην ουσία την σύγχρονη ψυχιατρική σε ουραγό των φαρμακοβιομηχανιών. Συγχρόνως τα εργαστήρια ψυχιατρικής έρευνας έχουν ενσωματωθεί στο φαρμακολογικό εργοστάσιο το οποίο, αποτελεί μέρος πολυεθνικών εταιρειών οι οποίες παίζουν με συγκεκριμένους όρους στο παιχνίδι της αύξησης των μετοχικών μερισμάτων (Rose, 2003).

1.7 Κριτική της Σύγχρονης Παθολογικοποίησης του Ψυχικού Πόνου

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατάθλιψη αποτελεί την πρωταρχική αιτία αναπηρίας, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες, στους ανασφάλιστους/ες ενήλικες και σε όσους ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Οι έρευνες αναφέρουν ότι με κατάθλιψη, (η οποία εκφράζεται με επίμονη θλίψη και λειτουργική έκπτωση στην ικανότητα ολοκλήρωσης καθημερινών εργασιών για διάστημα τουλάχιστον 2 εβδομάδων), ζουν πάνω από 300 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, ενώ η αύξηση της νόσου τη δεκαετία 2005-2015 ήταν της τάξεως του 18% (WHO, 2017). Στις έρευνες για την καταθλιπτική διαταραχή, γίνεται αναφορά σχετικά με τους τρόπους και τις πολιτικές που πρέπει να πάρουν οι κυβερνήσεις και

οι εργοδότες ώστε να αντιμετωπίσουν αφενός την αυξημένη ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες υγείας και αφετέρου τη μείωση της παραγωγικότητας. Παράλληλα καταγράφονται τα στοιχεία όσων ατόμων με διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής κάνουν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ειδικότερα μέσω των δεικτών: του «*Years Live with Disability*» (YLDs), όπου γίνεται καταγραφή των ετών ζωής με αναπηρία και του «*Disability Adjusted Life Years*» (DALYs), όπου αποτελεί το άθροισμα των ετών ζωής που χάθηκαν με τα έτη ζωής με «δυσλειτουργική» συμπεριφορά (Ferrucci, et all, 2007), η κατάθλιψη, απογράφεται στατιστικά ως ψυχική αναπηρία όχι λόγω σωματικής βλάβης, αλλά επειδή παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα και την παραγωγικότητα του ατόμου.

Επιπλέον η «*Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας*», εκπόνησε το Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία στο οποίο έθεσε ως στόχο για τα κράτη μέλη, τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό και την θεραπευτική αγωγή. Το 2015, από τη Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών ψηφίστηκε η Ατζέντα 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη, θέτοντας ως προτεραιότητα την προαγωγή της ψυχικής υγείας (WHO, 2025). Από τον Ιανουάριο του 2000 έως το Νοέμβριο του 2021, πραγματοποιήθηκε έρευνα από το «*Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης της Υγείας*» με χρηματοδότηση του ιδρύματος Bill & Melinda Gates, με σκοπό να αναδειχθούν τα ποσοστά κάλυψης της θεραπευτικής αγωγής για την καταθλιπτική διαταραχή. Από την έρευνα αποκλείστηκαν δείγματα από: νοσηλευόμενους/ες, γυναίκες που βρίσκονταν σε περιγεννητική περίοδο, άστεγους/ες, άτομα που βρίσκονταν σε συνθήκες εγκλεισμού, και εθνοτικές και φυλετικές μειονότητες (Moitra, et all, 2022). Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), έχει εκδώσει έναν Οδηγό παρέμβασης (mhGAP), τον οποίο συμβουλεύονται μη εξειδικευμένα άτομα σε 90 χώρες και τα οποία μετά από ένα μικρή εκπαίδευση μπορούν να παρέχουν θεραπεία για την κατάθλιψη (WHO, 2025).

Δεδομένων των στοιχείων, η κατάθλιψη στον 21^ο αιώνα, συνιστά την «*κύρια αιτία κακής υγείας και αναπηρίας*» στον κόσμο (WHO, 2017), γεγονός που φανερώνει ότι πρόκειται για ένα πολιτισμικό φαινόμενο το οποίο κλιμακώνεται παγκοσμίως. Συγχρόνως εκλαμβάνεται ως ψυχική αναπηρία επειδή αφορά συμπεριφορές και δραστηριότητες που αποκλίνουν από τη νόρμα του λειτουργικού και παραγωγικού

υποκειμένου, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του καπιταλισμού Παράλληλα συνιστά ένα πεδίο κερδοφορίας, όπως καταδεικνύεται από τα εκρηκτικά νούμερα της παγκόσμιας αγοράς φαρμάκων. Ο 21^{ος} αιώνας με την εποχή των μνημονίων και την πρόσφατη πανδημία COVID-19, ανέδειξε σε παγκόσμιο επίπεδο και με οδυνηρό τρόπο την ψυχική ευαλωτότητα του πληθυσμού. Παράλληλα η καθιέρωση της «Παρατεταμένης Διαταραχής Πένθους» στο DSM-5-TR το 2022 ως νέα κατηγορία, έκανε δυσδιάκριτο το όριο ανάμεσα στο πένθος και την παθολογία. Μια εξέλιξη που επισφράγισε την επικράτηση μιας νεοφιλελεύθερης ψυχοπολιτικής εποχής, όπου οποιαδήποτε εκδήλωση θλίψης, απαιτεί άμεση διάγνωση, παρέμβαση και επαναφορά στην κανονικότητα. Όμως η θλίψη αναδύεται ως σύμπτωμα του σύγχρονου τρόπου ζωής. Εκδηλώνεται είτε μέσα από την υπερβολή και την επιθετικότητα, είτε μέσα από την καταστροφή του νοήματος. «Αντί για τον σαρκασμό που αρνείται το πένθος και δεν αντέχει τη λύπη, επιλέγει τη σιωπή και την εσωτερικότητα» (Βελώνης, 2026).

Η JasbirK. Puar (2017), στο «*The Right to Maim Debility, Capacity, Disability*» αναφέρει ότι, η ρύθμιση του συναισθήματος αποτελεί έναν καθοριστικό μηχανισμό ελέγχου, με την κατάθλιψη να αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της ψυχιατρικής ρύθμισης. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση των ατόμων με κατάθλιψη δεν θα είναι αποτέλεσμα μόνο της διεύρυνσης των διαγνωστικών κριτηρίων, αλλά και του βαθμού ρύθμισης των επιπέδων της, δηλαδή σε πιο βαθμό είναι κάποιο άτομο καταθλιπτικό και εν τέλει ποιος είναι αυτός ο λόγος που διαμόρφωσε αυτό το καθεστώς αλήθειας γύρω από την ψυχική αναπηρία.

1.8 Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας - Μια επανερμηνεία της ψυχικής αναπηρίας

Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας σηματοδοτεί μια μετατόπιση στον τρόπο θεώρησης της έννοιας αναπηρίας σύμφωνα με το οποίο, η αναπηρία δεν αποτελεί βιολογική δυσλειτουργία αλλά παράγεται από τους δομικούς φραγμούς και τα εμπόδια που θέτουν οι ικανοκρατικές κοινωνικές αντιλήψεις. Αυτή η μετάβαση

στοχεύει στην απομάκρυνση από την αποκλειστική ιατρική αντιμετώπιση προς την αποπαθολογικοποίηση της ανθρώπινης ποικιλομορφίας. Εισάγοντας την έννοια της «αδυναμίας» (debility), έναντι της αναπηρίας (disability) η Puar (2017), περιγράφει την συστηματική φθορά και πρόκληση αδυναμίας των πληθυσμών από τις απάνθρωπες συνθήκες του καπιταλισμού και της αποικιοκρατίας. Σε αυτό το πλαίσιο ενώ η «αναπηρία» αναγνωρίζεται ως μια κατάσταση που χρήζει προστασίας, η «αδυναμία» αποτελεί μια κατάσταση που παράγεται συστηματικά σε συνθήκες πολέμου, εποικισμού, εργασιακής επισφάλειας, σε πατριαρχικά δομημένα περιβάλλοντα, σε μεταναστευτικές πολιτικές, σε πολιτικές φτωχοποίησης και απαξίωσης της ανθρώπινης ζωής. Για την Puar, *«Η αδυναμία δεν είναι υποπροϊόν της λειτουργίας της βιοπολιτικής, αλλά ένα επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, που λειτουργεί τόσο ως διαταραχή του δυαδικού στοιχείου μη αναπήρου/αναπήρου - ως ενδιάμεσος χώρος - όσο και ως συμπλήρωμα της αναπηρίας»* (Puar, 2017:xvii).

Η Ann Cvetkovich (2012), αναφέρει πως η υιοθέτηση ενός κοινωνικού μοντέλου για την αναπηρία, σε ένα πλαίσιο όπου η ανθρώπινη ύπαρξη δεν αξιολογείται βάσει κριτηρίων παραγωγικότητας, αλλά αναγνωρίζεται ως μια μορφή κοινωνικής και πολιτικής ταυτότητας, επιτρέπει στα άτομα τη δυνατότητα αυτενέργειας απέναντι στον ιατρικό λόγο ο οποίος ιατρικοποιεί τα συναισθήματα που προκύπτουν από τη συνεχή προσπάθεια προσαρμογής στην κουλτούρα του καπιταλισμού. Το κοινωνικό μοντέλο δίνει έμφαση στον τρόπο που η κοινωνία κατασκευάζει την έννοια της κανονικότητας και του «φυσιολογικού» και προσεγγίζει την αναπηρία και την κατάθλιψη, ως πολιτισμικό και κοινωνικό φαινόμενο. Παράλληλα εστιάζει στη βιωμένη εμπειρία και στις προσωπικές αφηγήσεις των ίδιων των υποκειμένων που συμβάλλουν στην ανάδειξη διαφορετικών τρόπων ύπαρξης. Ακόμη η προσέγγιση της κατάθλιψης μέσα από έννοιες όπως η ακηδία, ερμηνεύει την κατάθλιψη ως μια πνευματική διαδικασία και όχι μια κατάσταση που απαιτεί βιοχημική ρύθμιση. Η Jacqui Alexander υποστηρίζει ότι η αποαποικιοποίηση η οποία περιλαμβάνει την απελευθέρωση από καταστάσεις θλίψης, ως συνέπεια βίαιων και τραυματικών εμπειριών, παίρνει τη μορφή μιας ριζοσπαστικής αυτοδιάθεσης η οποία περιλαμβάνει πρακτικές πνευματικής αποκατάστασης (Cvetkovich, 2012:134). Σε κάποιες

περιπτώσεις το να αυτοπροσδιορίζεσαι ως ανάπηρη/ος/ο, μπορεί να είναι επικίνδυνο ακόμη και για την επιβίωσή σου (Puar, 2017:15).

1.9 Το σώμα και η φωνή του υποκειμένου εντός του νοσοκομειακού μηχανισμού

Στο πλαίσιο αυτής της γενεαλογικής μετατόπισης, από την κατανόηση της ψυχικής οδύνης ως βιωματικής εμπειρίας προς την ταξινόμησή της σε διαγνωστικές κατηγορίες, καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους οι κατηγορίες αυτές ενσαρκώνονται και επιβάλλονται στο ίδιο το σώμα και τον λόγο του υποκειμένου. Όπως αναδεικνύεται τόσο στη φουκωική ανάλυση όσο και στη θεωρία των «ολικών ιδρυμάτων» του Erving Goffman, ο εγκλεισμός δεν αποτελεί απλώς χώρο φιλοξενίας της παθολογίας, αλλά μηχανισμό παραγωγής της, μέσω διαδικασιών πειθάρχησης, επιτήρησης και αποδόμησης της ταυτότητας. Έτσι, η πειθαρχία ονομάζεται θεραπεία και η καταστολή, ονομάζεται φαρμακευτική αγωγή (Goffman, 2017), η συμπεριφορά παθολογικοποιείται και το άτομο πλέον εκφέρεται με μια ιατρική ταμπέλα διάγνωσης. Πρόκειται για ένα μηχανισμό ο οποίος λειτουργεί ως αποδομητής της ταυτότητας του υποκειμένου μετατρέποντας το άτομο σε αλλότριο.

Με τη σειρά του ο Peter Conrad στη μελέτη του *The Medicalization of Society*, αναφέρεται στον όρο «ιατρικοποίηση» για να περιγράψει τη διαδικασία μέσα από την οποία «μη ιατρικά προβλήματα ορίζονται και αντιμετωπίζονται ως ιατρικά προβλήματα, συνήθως με όρους ασθένειας και διαταραχών» (Conrad, 2007:4). Από τη στιγμή που ένα πρόβλημα ορίζεται με ιατρική ορολογία, αυτόματα εμπίπτει πλέον στη δικαιοδοσία της ιατρικής και επομένως η μόνη ίαση είναι η ιατρική παρέμβαση. «Δεν είναι *ipso facto* ιατρικό πρόβλημα. Αντίθετα, πρέπει να οριστεί ως τέτοιο» (Conrad, 2007:5).

Η ιατρικοποίηση στοχεύει στο ίδιο το άτομο και αγκαλιάζει ένα εύρος φυσιολογικών καταστάσεων της ζωής όπως το άγχος και η διάθεση, εστιάζοντας στη βιολογία και

τις εγκεφαλικές λειτουργίες αφήνοντας απέξω το κοινωνικό περιβάλλον που δημιουργεί τις δυσκολίες. Πρόκειται για μια ιατρική αποικιοποίηση των σωμάτων όπου πλέον ταξινομούνται ως ασθενή, διευρύνοντας τον ιατρικό κοινωνικό έλεγχο πάνω στις ανθρώπινες αντιδράσεις (Conrad, 2007:7-8). Οι αιτίες αγνοούνται, ο λόγος του φιμώνεται, οι φωνές τους αποσιωπώνται και απομονώνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον, η βιωμένη εμπειρία τους, εγκλωβίζεται ανάμεσα σε ιατρικούς όρους και θυσιάζεται στο βωμό της ιατρικής ερμηνείας. Από την άλλη το υποκείμενο, έχοντας εμπεδώσει τη νέα μορφή κοινωνικού ελέγχου, μέσω της οποίας ορίζεται, ποια είναι η φυσιολογική συμπεριφορά, αναζητά το ίδιο τη διάγνωση που θα του διασφαλίσει τη δυνατότητα κατανόησης των συμπτωμάτων του αλλά και τη νομιμοποίηση του στο κοινωνικό γίνεσθαι, με την ταυτότητα πλέον του ασθενούς ή του ψυχικά ανάπηρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Λογοτεχνικές και Πολιτισμικές Μορφές Θηλυκής Αντίστασης ενάντια στον πατριαρχικό βιοϊατρικό λόγο

Ωστόσο, η ιστορία της ψυχικής οδύνης δεν εξαντλείται στις διαγνώσεις, στα ιδρύματα και στους μηχανισμούς ταξινόμησης και ακόμη και στην κριτική θεώρηση. Παράλληλα με τον ψυχιατρικό λόγο αναπτύσσονται και άλλες μορφές αφήγησης της οδύνης. Ενώ στο πλαίσιο της κλινικής η φωνή του ασθενούς συχνά μεταφράζεται σε σύμπτωμα και εντάσσεται σε μια διαγνωστική κατηγορία, στη λογοτεχνία, στην αυτοβιογραφία και στις προσωπικές αφηγήσεις η φωνή αυτή είναι η βιωμένη εμπειρία. Η μετάβαση αυτή από το ιατρικό βλέμμα προς τον λόγο του ίδιου του υποκειμένου αποτελεί ένα κρίσιμο βήμα για την κατανόηση της κατάθλιψης και της ψυχικής οδύνης όχι μόνο ως διαγνώσεων, αλλά και ως ένα αντι-αρχείο βιωματικών εμπειριών και επανερμηνείας από τα «κάτω». Υπό αυτή την έννοια, η λογοτεχνία μπορεί να ιδωθεί ως ένα εναλλακτικό ή «αντί-αρχείο» της ψυχικής οδύνης, μέσα από το οποίο αναδύονται φωνές, μηνύες και εμπειρίες που συχνά απουσιάζουν από τα ψυχιατρικά εγχειρίδια, τα αρχεία των ασύλων και τους λόγους των ειδικών. Η ανάγνωση της ψυχικής οδύνης απαιτεί επομένως να στραφούμε όχι μόνο στα αρχεία της ψυχιατρικής και της ψυχανάλυσης, αλλά και στις αφηγήσεις των ίδιων των υποκειμένων, όπως αυτές εγγράφονται στη λογοτεχνία και την αυτοβιογραφική γραφή, μέσα από μικρές χαραμάδες ελευθερίας, από ρωγμές αντίστασης και αμφισβήτησης που διαρρέουν την έκφραση της προσωπικής βούλησης (Goffman, 2017). Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, μέσα από τα κείμενα της Charlotte Perkins Gilman, και της Κατερίνας Γώγου, θα ανιχνεύσουμε αυτές τις ρωγμές αντίστασης από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα μέχρι τις μέρες μας, σε μια περίοδο κατά την οποία η θλίψη μετατρέπεται, σταδιακά, σε παθολογικοποιημένη κατάθλιψη στο πλαίσιο του δυτικού ψυχιατρικού λόγου.

2.1 Charlotte Perkins Gilman - *The Yellow Wallpaper* (1892)

2.1.1 Η θεραπεία της «ανάπαυσης» και η κατασκευή της «τρέλας» της γυναίκας

Η Charlotte Perkins Gilman, έγραψε το «*The Yellow Wallpaper*» το 1892 ενσωματώνοντας αυτοβιογραφικά στοιχεία από τη δική της ιατρική εμπειρία, όταν μετά τη γέννηση του παιδιού της ταράζεται από επιλόχεια κατάθλιψη. Στην προσπάθειά της για βοήθεια, έρχεται σε επαφή με έναν διάσημο νευρολόγο της εποχής, τον Silas Weir Mitchell, γνωστό για τη μέθοδο του ως «*θεραπεία της ανάπαυσης*», ο οποίος της συνέστησε να ζει μια ενάρετη και οικιακή ζωή, «*και μην αγγίζεις ποτέ πένα, πινέλο ή μολύβι όσο ζεις*» (Gilman, 2025:12). Στο βιβλίο η ηρωίδα βρίσκεται κάτω από την αυστηρή επιτήρηση και τον έλεγχο του συζύγου της, ο οποίος ως «*γιατρός υψηλού κύρους*» (Gilman, 2025:24), την διαβεβαιώνει πως δεν έχει τίποτα «*παρά μια προσωρινή κατάθλιψη, μια ελαφρά τάση προς την υστερία*» (Gilman, 2025:24). Ο σύζυγος/γιατρός όχι μόνο αρνείται να αναγνωρίσει την οδύνη της, αλλά απαξιώνει κάθε μαρτυρία της, θεωρώντας τη ως ανόητη φαντασίωση, ως μυθεύματα ενός ταραγμένου νου: «*Ο Τζον είναι γιατρός... ίσως αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο δεν γίνομαι γρηγορότερα καλά. Βλέπετε, δεν πιστεύει ότι είμαι άρρωστη! Και τι να κάνεις;*» (Gilman, 2025:24), και παρακάτω: «*Είναι μια ψεύτικη και ανόητη φαντασίωση. Δεν μπορείς να μ' εμπιστευτείς σαν γιατρό όταν στο λέω;*» (Gilman, 2025:44-45).

Η διαδικασία της ενοχοποίησης: «*Εκείνος φροντίζει για τα πάντα κι έτσι αισθάνομαι υπερβολικά αχάριστη*» (Gilman, 2025:27), «*γίνομαι φοβερά νευρική και γκρινιαρά*» (Gilman, 2025:37), σε συνδυασμό με μια παιδικοποίηση της από μέρους του συζύγου/γιατρού: «*είναι πολύ προσεκτικός και στοργικός*» (Gilman, 2025:27), «*με αποκάλεσε ευλογημένο χηνάκι*» (Gilman, 2025:31), «*με πήρε στην αγκαλιά του, με κουβάλησε επάνω και μ' έβαλε στο κρεβάτι... μου διάβασε μέχρι που κουράστηκε το κεφάλι μου*» (Gilman, 2025:40-41), «*Τι συμβαίνει κοριτσάκι; μην περπατάς έτσι τριγύρω, θα κρυώσεις*» (Gilman, 2025:43), συντείνουν στην εσωτερίκευση της αδυναμίας της, επιδεινώνοντας την ψυχική της οδύνη. Πρόκειται για μια κατάσταση

που χαρακτηρίζεται από τη δυναμική της εξουσίας και του ελέγχου. Η συστηματική άρνηση κατανόησης του βιώματός της, ακυρώνει την υποκειμενική της αλήθεια με σκοπό την αποσιώπηση των συναισθηματικών της αντιδράσεων: *«μου απαγορεύεται εντελώς να «δουλέψω» μέχρι να είμαι και πάλι καλά»* (Gilman,2025:24), *«πρέπει να καταφύγω σε πανουργίες για να γράψω, ειδικά να έρχομαι αντιμέτωπη με σοβαρές αντιδράσεις»*(Gilman,2025:25).

Οι επιβεβλημένες απαγορεύσεις για δραστηριότητες που την ευχαριστούν, σε συνδυασμό με την υποτίμηση των προσωπικών της επιθυμιών, έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της ψυχικής δυσφορίας.: *«απεχθάνεται να με βλέπει να γράφω έστω και μία λέξη»*(Gilman,2025:29), *«Ο Τζον δεν ξέρει πόσο πραγματικά υποφέρω. Ξέρει ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος να υποφέρω, κι αυτό τον ικανοποιεί»* (Gilman,2025:30). Μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο της εποχής είναι διάχυτη η ψυχιατροποίηση της συμπεριφοράς. Όταν η συμπεριφορά αντιβαίνει στους έμφυλους κοινωνικούς ρόλους, αποτελεί την αιτία της παθολογίας, όπως αναφέρει η ηρωίδα για την αδελφή του Τζον: *«πιστεύει ότι το γράψιμο είναι αυτό που μ' έκανε ν' αρρωστήσω»* (Gilman,2025:35).

2.1.2 Ανάλυση της απομόνωσης, της σιωπής και του εγκλεισμού ως μηχανισμών ελέγχου

Η ηρωίδα είναι ένα ά-λογο υποκείμενο όχι γιατί της λείπει η λογική, αλλά επειδή της έχει στερηθεί το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, να μπορεί αποφασίζει η ίδια για το σώμα της και τις προσωπικές της ανάγκες, να εκφράζει με λόγο τις επιθυμίες και τα συναισθήματά της, να έχει τη δυνατότητα να γράφει για αυτά που της έχουν στερηθεί. Η αυστηρότητα των περιορισμών και η αναγκαστική αδράνεια που της επιβάλλονται, ο χώρος του εγκλεισμού της στο δωμάτιο με τα κάγκελα και το καρφωμένο κρεβάτι, η στέρηση κάθε έκφρασης, δεν λειτουργούν ως θεραπευτικά μέσα αλλά ως κατασταλτικοί μηχανισμοί, ως πρακτικές χειραγώγησης του σώματος και του ψυχισμού της με ολέθριες συνέπειες για την ψυχική της υγεία. Η εφαρμογή τους δημιουργεί απόγνωση, επιφέρει σωματική και ψυχική εξάντληση και οδηγεί σε

εσωτερική κατάρρευση. Σε αυτό το πλαίσιο η «τρέλα» φαντάζει η μόνη έξοδος από τη φυλακή της: *«ο Τζον με προειδοποίησε να μην ενδίδω καθόλου στη φαντασία. Λέει ότι με τη δύναμη της φαντασίας μου και τη συνήθειά μου να γράφω ιστορίες, μια νευρική αδυναμία όπως η δική μου είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε κάθε είδους ταραγμένες φαντασιώσεις και ότι οφείλω να χρησιμοποιώ τη θέλησή μου και τη λογική μου για να ελέγξω αυτή μου την τάση»*(Gilman,2025:32).

Η επιστημονική αυθεντία του συζύγου/γιατρού υποβαθμίζει και αποσιωπά την υποκειμενική εμπειρία οδύνης, με τρόπο που διαφαίνεται η δυναμική της εξουσίας. Η καταπίεση που βιώνει είναι διάχυτη σε κάθε πτυχή της ζωής της. Από τις επιλογές της διατροφής της και τις ώρες ανάπαυσης μέχρι και τον τρόπο που πρέπει να κινείται, όλα αυτά καταδεικνύουν την απόλυτη κυριαρχία που έχει ο γιατρός/σύζυγος πάνω στο σώμα της: *«δεν με αφήνει να κουνηθώ χωρίς ειδικές οδηγίες»*(Gilman,2025:27). Η εξουσία του συζύγου/γιατρού, δεν είναι μόνο στη συνθήκη στέρησης της ελευθερίας της. Γίνεται ο κύριος ρυθμιστής του χρόνου της, της σίτισης, του ύπνου, των δραστηριοτήτων, της χρήσης του λόγου, του τρόπου που θα κινείται, των επιλογών της, αλλά και του τι μπορεί να νιώθει : *«το ξέρεις ότι αυτό το μέρος σου κάνει καλό»* (Gilman,2025:31) και της ίδιας της επιθυμίας της: *«είπε ότι δεν ήμουν σε θέση να πάω και ούτε θα μπορούσα να το αντέξω»* (Gilman,2025:40). Πρόκειται για μια πειθαρχική πρακτική που την κατακτά στην ολότητά της (Foucault, 2004b:309), αφαιρώντας της κάθε πρωτοβουλία για αυτόνομη διαχείριση της ζωής της. Μια συνθήκη απόλυτης καταπίεσης όπου για την Gilman αποτελεί την αιτία της ψυχικής της κατάρρευσης.

2.1.3 Το γράψιμο ως πράξη επιβίωσης

Το γράψιμο ωστόσο, γίνεται το εργαλείο για την κατάκτηση της αυτονομίας της, μια πράξη ανυπακοής απέναντι στην ασφυκτική καταπίεση της «θεραπείας της ανάπαυσης», μια πρακτική που λειτουργεί ως μέσο επιβίωσης. Γράφοντας στο «άψυχο χαρτί» του ημερολογίου της, θα μπορέσει να διατυπώσει τα συναισθήματά και τις κρυφές επιθυμίες της, να εξομολογηθεί όσα αδυνατούσε να πει «σε ζωντανό

πλάσμα», να της επιτραπεί να νιώσει ελεύθερη, γεγονός το οποίο της προσφέρει μεγάλη ανακούφιση: *«Και ξέρω ότι ο Τζον θα το θεωρούσε παράλογο. Αλλά πρέπει με κάποιον τρόπο να πω τι αισθάνομαι και τι σκέφτομαι κι αυτό είναι μεγάλη ανακούφιση»* (Gilman, 2025:39-40). Μέσα από τη γραφή καταφέρνει να εκφράσει ελεύθερα, την αντίθεσή της στις πρακτικές του συζύγου της και αυτή η διαδικασία λειτουργεί ως ακύρωση της επιβεβλημένης σιωπής και απομόνωσης. Μέσα από τις λέξεις κατορθώνει να διαρρήξει τον κλοιό της σιωπής, να επανακτήσει την υποκειμενικότητά της, να δηλώσει την ανυπακοή της στην καταπίεση του συζύγου/γιατρού κι αυτό αποτελεί μια πράξη αντίστασης. Η ίδια η Gilman στην «Κίτρινη ταπετσαρία», κορυφώνει αυτήν την ανυπακοή και την αντίσταση όταν η ηρωίδα της, σκίζει την ταπετσαρία και σέρνεται πάνω από τον λιπόθυμο Τζον, επιτελώντας με αυτόν τον τρόπο την αυτονομία της: *«Επιτέλους βγήκα έξω,...σε πείσμα δικό σου και της Τζέινι! Κι έχω σκίσει την περισσότερη ταπετσαρία και δεν μπορείς να με ξαναβάλεις πίσω!»*(Gilman, 2025:59).

2.2 Κατερίνα Γώγου - Η Ποίηση ως Ψυχιατρικό Αντισώμα

«Μου φτιάζανε έναν κόσμο αντρικό και μου είπαν “ζήσε”.

Με φώναζαν “υστερική” όταν ούρλιαζα.

“Καταθλιπτική” όταν σόπαινα.

Κι όταν είπα την αλήθεια

με είπαν “τρελή”»(Γώγου)

Αν η εξουσία, σύμφωνα με τη φουκωϊκή ανάλυση, στοχεύει στην κανονικοποίηση των σωμάτων μας, στην τυποποίηση της σκέψης και της ζωής μας, τότε η Γώγου αναδεικνύεται η ενσάρκωση της αντίστασης. Είναι η φωνή που σπάει την ίδια τη σιγή του θανάτου, είναι η αναπαράσταση της ρωγμής, η οποία πετώντας λέξεις-σουγιάδες

γκρεμίζει το κανονικοποιημένο και καθυποταγμένο οικοδόμημα της εξουσίας. Η ποίηση της Γώγου λειτουργεί ως ένα εργαλείο αντίστασης, ένα δυναμικό «ψυχιατρικό αντισώμα» που αντιτίθεται ως ζωντανό οχυρό απέναντι στην ασφυξία της εξουσίας και την πατριαρχία. Η ποίησή της φανερώνει τις εσωτερικές της συγκρούσεις αντισταθμίζοντας την ασφυκτική πραγματικότητα που βιώνει. Στην τελευταία της συνέντευξη η Γώγου είπε: «Κι αν μιλάω τώρα είναι για να πω ότι είμαι ζωντανή. Και τα ποιήματά μου, ό,τι και να λένε στον καθένα, σημαίνει ζωή» (Γώγου, 2018).

2.2.1 Ανάλυση ποιημάτων από *Τρία Κλικ Αριστερά, Ιδιώνυμο*

Το 1978, η Γώγου, στην πρώτη της ποιητική συλλογή «Τρία κλικ αριστερά», ξεκινάει γράφοντας: «*Η ζωή μας είναι σουγιάδες σε βρώμικα αδιέξοδα*» (Γώγου, 2013:9), εκφράζοντας τα δικά της αδιέξοδα, αλλά και τα αδιέξοδα της γενιάς της, σε μια γλώσσα αιχμηρή σαν σουγιάς και με ένα υπόκωφο παράπονο το οποίο αφήνει για μια στιγμή μόνο να φανερώσει την χαμένη αθωότητα, λίγο πριν καταλήξει: «*Την άλλη φορά που θα μας ρίζουνε να μην την κοπανίσουμε. να ζυγιαστούμε. Μην ξεπουλήσουμε φτηνά το τομάρι μας*» (Γώγου, 2013:10), ορθώνοντας ανάστημα απέναντι στην καταστολή και την υποταγή.

Στο ποίημα «*Η καταγωγή της οικογένειας*», αναδεικνύεται η σύγκρουση αλλά και η μελαγχολία από την καταπίεση και την εξουσία του πατέρα, ως έναν φόβο που διαρκεί ολόκληρη τη ζωή: «*Με τον ίδιο ολόιδιο φόβο. 5 χρονών. 19 χρονών. 20. 30. Όλη μου τη ζωή πατέρα..*» (Γώγου, 2013:22).

Στη «*Θολούρα*» εκφράζει την καταπιεστική καθημερινότητα των γυναικών, σε ρόλους που τις αλλοτριώνουν, μια βίαιη συνθήκη που επίσης γεννάει βία ως μορφή αντίστασης στην πατριαρχία: «*πήρε το καλώδιο της ψήστρας το 'σφιξε καλά στο λαιμό του άντρα της κι έγραψε κάτω από την ερώτηση του φεμινιστικού κινήματος: ΕΠΙΝΙΞΑ ΕΝΑΝ*».

Το ποίημα «14», αποτελεί μια αμείλικτη κριτική ενάντια στην ιατροποίηση της κοινωνικής οδύνης και στον ρόλο της ψυχιατρικής ως μηχανισμό ελέγχου,

καταστολής και συμμόρφωσης : «Γράψτε βάλιουμ μαντράζ - ξέρετε τώρα εσείς - κάντε με κοινωνικό πρόσωπο» (Γώγου, 2013:27-28).

Στο ποίημα «40» της συλλογής «Ιδιώνυμο», με το στίχο «θ' ανοίγουνε διάπλατες τις πόρτες των ψυχιατρείων» (Γώγου, 2013:67), αποτελεί μια δυνατή αντιψυχιατρική φωνή. Στο ποίημα εκφράζει την ανάγκη μιας άλλης κοινωνικής ανάστασης που παίρνει τη μορφή μιας απελευθέρωσης από την κανονικότητα, μέσα από την κατάργηση των ορίων ανάμεσα στους «υγιείς» και τους «τρελούς».

Στο ποίημα «79», από τη συλλογή «Το ξύλινο παλτό» εκφράζει μια αταλάντευτη στάση απέναντι στην υποταγή: «δεν θα παραδοθώ... κανένας αδρανής» (Γώγου, 2013:135).

2.2.2 Η Γώγου ως αντι-ψυχιατρική φωνή της Μεταπολίτευσης

Η ποιητική έκφραση της Γώγου συνιστά μια ευθεία σύγκρουση με τις κυρίαρχες αντιλήψεις του ορθολογισμού και της κανονικότητας και μετατρέπεται σε ζωντανή ενσάρκωση της συλλογικής οδύνης μιας γενιάς που βρίσκεται σε κοινωνική και υπαρξιακή κρίση. Η φωνή της μετουσιώνει την αυτοκαταστροφή και την προσωπική της οδύνη σε μια ηχηρή πολιτική διαμαρτυρία. Το ποιητικό σύμπαν της Γώγου, συνιστά μια αυθεντική φωνή που γεφυρώνει τον πολιτικό ριζοσπαστισμό με την υπαρξιακή αγωνία αναδεικνύοντας την κατάθλιψη όχι ως παθολογική κατάσταση, αλλά ως πράξη ταξικής και έμφυλης ανυπακοής, ως το κατηγορηματικό όχι μιας γυναίκας που αρνείται να ενσωματωθεί στην επιβεβλημένη κανονικότητα. Μέσα από την ποίησή της, η κατάθλιψη και η εξέγερση ταυτίζονται ως αλληλένδετες πράξεις με τρόπο όπου η θλίψη, αναδύεται σε κοινωνική αμφισβήτηση και πολιτική οργή. Το μοτίβο της ψυχικά άρρωστης γυναίκας στην ποίηση, αποκτά κομβική σημασία για την αυτοσυνείδηση των ατόμων και ολόκληρης της κοινωνίας, καθώς η εικόνα της έχει τη δυνατότητα να χλευάσει και να ακυρώσει όλα τα επιβαλλόμενα έμφυλα στερεότυπα της κοινωνίας (Σπυράτου, 2007).

2.3 Η Κοινωνία της Κόπωσης

Ο Μπιουνγκ-Τσουλ Χαν στο βιβλίο του *«Η Κοινωνία της Κόπωσης»* (2015), εξηγεί πως περάσαμε από την κοινωνία της πειθαρχίας, όπως την ανέλυσε ο Foucault, στην κοινωνία της επίδοσης του 21^{ου} αιώνα, μιας κοινωνίας όπου, μέσα από ένα «πλεόνασμα θετικότητας», «γεννά καταθλιπτικούς και αποτυχημένους». Με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας, το «πρότυπο της επίδοσης» αντικατέστησε το «πρότυπο της πειθαρχίας». Το απόλυτο θετικό ρήμα «μπορώ», αναδεικνύεται πιο αποτελεσματικό από το αρνητικό «πρέπει», αυξάνοντας την παραγωγικότητα πάνω από το επίπεδο της πειθαρχίας, καθώς η εξωτερική καταπίεση έχει αντικατασταθεί από την εσωτερική επιταγή. Σε μία τέτοια συνθήκη, το άτομο γίνεται ευέλικτο, καθώς αποδέχεται κάθε καθήκον και κάθε ρόλο με σκοπό να αυξήσει την αποδοτικότητά του. Οι καπιταλιστικές συνθήκες παραγωγής χρειάζονται ευέλικτα άτομα. Όλο αυτό συνιστά μια βία που εξαντλεί και η οποία πηγάζει από τη θετικότητα αυτής της συναίνεσης. Κατά αυτόν τον τρόπο *«το επιδοσιακό υποκείμενο είναι ταχύτερο και παραγωγικότερο από το υπάκουο υποκείμενο»* (Χαν, 2015:55). Αυτή η επιβολή της επίδοσης της μετανεωτερικότητας, σε συνδυασμό με τον εργασιακό κατακερματισμό και την εξατομίκευση της κοινωνίας, παράγει εξαναγκασμούς και αναλώσιμους Άλλους. Η κατάθλιψη εκδηλώνεται όταν το υποκείμενο της επίδοσης *«δεν μπορεί πια να μπορεί»* (Χαν, 2015:58) και βιώνεται ως καθολικό βίωμα του ύστερου καπιταλισμού, ένα σύμπτωμα της εξουθένωσης, της αποξένωσης, της μοναξιάς και της συνεχούς απαίτησης για παραγωγικότητα. Στη σημερινή εποχή η οδύνη ερμηνεύεται ως προσωπική αποτυχία και αδυναμία, καθώς το άτομο δεν επιτρέπεται να είναι λυπημένο χωρίς να θεωρείται δυσλειτουργικό. Έτσι ενώ η κοινωνία της πειθαρχίας κατασκεύαζε τρελούς, η σημερινή κοινωνία της «επίδοσης» δημιουργεί «αποτυχημένους» και καταθλιπτικούς (Χαν, 2015).

Από την άλλη, η συνεχής παρότρυνση για «ευτυχία», «ευζωία» και «ψυχική ευεξία», όπως προωθείται από την «κουλτούρα της ανθεκτικότητας» και της θετικής ψυχολογίας, παροτρύνει τα υποκείμενα να ανακάμψουν γρήγορα, να επιδιώκουν την αυτοβελτίωσή τους, να «θεραπευτούν» ώστε να επιστρέψουν στην παραγωγή. Σε

αυτό το πλαίσιο η κατάθλιψη επανανοηματοδοτείται όχι ως μήνυμα, αλλά ως μια δυσλειτουργία η οποία χρειάζεται διαχείριση. Όπως αναφέρει η Ruar (2017), στη σημερινή πραγματικότητα βιώνουμε έναν «αργό θάνατο», μέσα σε ένα πεδίο επισφάλειας και εγγύτητας, εξαντλημένες και εξαντλημένοι από τη συνεχή δραστηριότητα για την αναπαραγωγή της ζωής. Ενώ για την Cvetkovich (2012), στο «*Depression: A Public Feeling*», η έννοια της κατάθλιψης, αποτελεί μια ακόμη μορφή βιοεξουσίας που παράγει θάνατο όχι μόνο καταστρέφοντας πληθυσμούς μέσω πολέμων, γενοκτονιών και φτώχειας, αλλά πιο ύπουλα, προκαλώντας στους ανθρώπους συναισθήματα ασημαντότητας, ανικανότητας, και απόγνωσης. Αναλύοντας την έννοια της κατάθλιψης μέσα από μία αντιαποικιοκρατική οπτική, η Cvetkovich την επαναπροσδιορίζει ως ένα κοινωνικοπολιτικό και πολιτισμικό φαινόμενο, άμεσα συνυφασμένο με τον νεοφιλελευθερισμό και τον ρατσισμό, αλλά και ως ένα συναισθηματικό αρχείο, αποτελούμενο από εμπειρίες βίας, απώλειας, τραύματος και αποκλεισμού και το οποίο συντηρεί τη μνήμη, την κοινωνική οδύνη και την αδικία. Για την Cvetkovich «*το να νιώθεις άσχημα μπορεί, στην πραγματικότητα να είναι το έδαφος για μεταμόρφωση*» (Cvetkovich, 2012:3).

Η ματαιωμένη φιλοδοξία που γεννά η καπιταλιστική κουλτούρα, με την συνεχή πίεση για επιτυχία, παίρνει τη μορφή άγχους το οποίο πρέπει να γίνει διαχειρίσιμο μέσω της φαρμακευτικής βιομηχανίας και των συμβουλευτικών προσεγγίσεων για ανθεκτικότητα. Παράλληλα η ψηφιακή κουλτούρα διευρύνει αυτή την αντίφαση. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Instagram, Facebook, TikTok), αποτελούν χώρους αφήγησης του βιώματος και ορατότητας της οδύνης, μετατρέποντας ωστόσο τη θλίψη σε ένα αισθητικό προϊόν που στερείται την πολιτικής της υπόσταση. Η Audrey Wollen (2015a) με τη θεωρία του θλιμμένου κοριτσιού, μας εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο η θλίψη μπορεί να επαναϊστοριοποιηθεί παίρνοντας τη μορφή πολιτικής διαμαρτυρίας και αντίστασης. Για την Wollen, η θλίψη δεν είναι αδυναμία, ούτε προσωπική αποτυχία, αλλά μια ενεργητική πράξη ενάντια στις πατριαρχικές και εξουσιαστικές σχέσεις. Η προσωπική οδύνη μπορεί να λειτουργήσει ως μια σιωπηλή αντίσταση, η οποία κάνει ορατή την υποβόσκουσα βία. Η Wollen, ασκεί κριτική στην κουλτούρα «θετικότητας» και της «ευτυχίας» που μας επιβάλλει να είμαστε χαρούμενες και παραγωγικές και αναγνωρίζει ότι η επιμονή σε μια κατάσταση

θλίψης, ρηγματώνει αυτή την απαίτηση για ευτυχία. Σε αυτό το πλαίσιο η θλίψη αποτελεί μια συνειδητή πράξη ενδυνάμωσης και απελευθέρωσης.

Η Sara Ahmed (2010), στο *«The Promise of Happiness»*, μας καλεί να ξαναγράψουμε την ιστορία από την πλευρά των δυστυχισμένων, των καταθλιπτικών, αυτών που δεν εναρμονίζονται με τη βιομηχανία της ευτυχίας και την κουλτούρα της θετικότητας, ενώ αντιμετωπίζει τα συναισθήματα όχι ως εσωτερικές καταστάσεις, αλλά ως κοινωνικές και πολιτισμικές σχέσεις οι οποίες συνδέουν τα σώματα μεταξύ τους. Ιδιαίτερα το συναίσθημα της χαράς ως επιταγή, λειτουργεί ως εργαλείο το οποίο παράγει και συντηρεί κοινωνικές ιεραρχίες, και συγκροτεί τα όρια του ανήκειν. Ένα εργαλείο συμμόρφωσης και κοινωνικού ελέγχου, μια απαίτηση για το πώς πρέπει να ζούμε και να αισθανόμαστε, ώστε να ευθυγραμμιστούμε με τις κοινωνικές προσδοκίες. Κατά αυτόν τον τρόπο η εξουσία κανονικοποιείται, και η νεοφιλελεύθερη απαίτηση να είμαστε χαρούμενες και θετικές, συνιστά και μια «τεχνολογία αποικιακής κυριαρχίας» (Puar, 2021), η οποία επιβάλει, κυρίως στα γυναικεία σώματα, να παραμένουν ανθεκτικά, ευπροσάρμοστα και συναισθηματικά διαχειρίσιμα, ενώ όσες αρνούμαστε να αισθανθούμε ευχαρίστηση, χαρακτηριζόμαστε συναισθηματικά ξένες.

Κι εδώ η θλίψη, αποτελεί ένα συναισθηματικό αρχείο αδικίας, βίας και καταπίεσης, μια κραυγή διαμαρτυρίας στη βαναυσότητα της κανονικότητας μια υπόρρητη άρνηση συμμετοχής στα πρότυπα της ευτυχίας. Συγχρόνως η ευτυχία, εφαρμόζεται ως δείκτης απόδοσης, όχι μόνο για τα άτομα αλλά και για ολόκληρα έθνη. *«Η απαίτηση να είμαστε θετικές μπορεί να σημαίνει ότι καλύπτουμε την εχθρότητα ενός περιβάλλοντος»* (Ahmed, 2025:173). Εισάγοντας τη φιγούρα της *«feminist killjoys»* η Ahmed, μας προτρέπει να γίνουμε αυτές που χαλάνε το κλίμα της χαράς και να σπάσουμε τις ιεραρχίες της ευτυχίας που χωρίζουν τις ζωές σε άξιες και ανάξιες, να δούμε την κατάθλιψη ως μια μορφή έμφυλης αντίστασης απέναντι στην υποχρέωση της ευτυχίας και στην ψυχοπολιτική του νεοφιλελευθερισμού, όπου η θλίψη αντί να βιώνεται ως εμπειρία, μνήμη ή γνώση, καλείται να «θεραπευτεί», να εξουδετερωθεί, να «βελτιστοποιηθεί» ώστε να ενταχθεί στην παραγωγική ροή του εαυτού.

Επομένως η κατάθλιψη αναδύεται όχι ως ατομικό σύμπτωμα ή παθολογία, αλλά ως πολιτισμικό γεγονός ως μια εγγενώς θηλυκή μορφή αντίστασης η οποία εκφράζεται μέσω της συναισθηματικής εμπειρίας και ως τέτοια μπορεί να διαβαστεί ως αναπηρία της χαράς, μια πολιτική εκδήλωση ευαλωτότητας η οποία φανερώνει τα όρια του ανθρώπινου στο πλαίσιο των καπιταλιστικών και πατριαρχικών δομών. Η κατάθλιψη σε αυτό το πλαίσιο, παύει να αποτελεί προσωπική υπόθεση αλλά μετατρέπεται σε δημόσιο συναίσθημα. Γίνεται μια σιωπηλή συλλογική διαμαρτυρία απέναντι στις επιταγές της επιτυχίας, της χαράς και της «ψυχικής ευεξίας» αλλά και του θρήνου που συνοδεύει την απώλεια, το οποίο και αυτό παθολογικοποιείται, διαστρεβλώνοντας την ίδια την ερμηνεία της συναισθηματικής έκφρασης καθώς και την κατανόηση της νέας ανθεκτικής ατομικότητας. Το έχει επισημάνει και η Puar, όταν έγραφε πως το συναίσθημα είναι «το ελπιδοφόρο άνοιγμα του σώματος...μια πορώδης επιβεβαίωση αυτού που θα μπορούσε ή μπορεί να είναι» (Puar, 2017:19). Δεδομένου ότι η ενσώματη εμπειρία έχει νοηματοδοτηθεί μέσα από ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, δεν σημαίνει ότι δεν μπορούμε να επαναπροσδιορίσουμε τα βιώματα μας κάτω από ένα διαφορετικό πρίσμα, με τρόπο που να μας επιτρέπει «να ξανα-κατοικήσουμε το σώμα με νέες αντιλήψεις» (Ahmed, 2018).

Όπως μας επισημαίνει η Δήμητρα Τζανάκη (2026), υπάρχει η δυνατότητα να οραματιστούμε έναν εαυτό εκτός του δυτικού ορθολογιστικού πλαισίου, όπου η εξουσία της ανδρωπότητας τη μετατρέπει σε απόκλιση, παθολογία και απειλή που χρήζει διαχείρισης. Εκεί όπου η αντίσταση μετουσιώνεται σε χορό ή θάνατο, καθώς και τα δύο αναπνέουν μέσα από την εγγύτητα του ανυπάκουου *potentia*. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα ως σήμερα, αν κάτι φοβάται η εξουσία, αυτό δεν είναι άλλο από τις αμέτρητες επιθυμίες των ανυπάκουων, των μαγισσών, των ανάπηρων, των θηλυκοτήτων, των ίντερσεξ, των τρανς, του ατίθασου Παγκόσμιου Νότου. Όλων αυτών που κατάφεραν να εξεγερθούν στις επιβεβλημένες χωρικότητες με τις οποίες η λευκή, δυτική, αποικιοκρατική κυριαρχία περιχαράκωσε την ανθρώπινη υπόσταση και συμπεριφορά, διεκδικώντας μια ζωή και μια γνώση που δεν ταξινομεί, αλλά μέσα από κοινότητες φροντίδας και αλληλεγγύης, αφήνει χώρο στο αμέτρητο, στο άτυπο, και στο άρρητο. Γιατί «αν κάτι έσωσε τη ζωή στο Μεγάλο Πέρασμα των κοινοτήτων, δεν ήταν η προσαρμογή ούτε η υπακοή στην τεχνητή νοημοσύνη του Οιδίποδα, αλλά ο

χορός και ο θάνατος, η κοινότητα- η συνάντηση των σωμάτων όταν όλα γύρω κατέρρεαν. Όχι μια ζωή στη δουλεία του αποικιοκράτη, όχι μια ζωή που μετριέται σε παραγωγικότητα και αριστεία, ανθεκτικότητα, ανταγωνισμό, ορθολογισμό και από-ανθρωποποίηση. Αλλά μια ζωή που ρισκάρει να υπάρξει έξω και δημόσια, για να προστατεύσει το άλλο.» (Τζανάκη, 2026).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Φωνές Επανύπαρξης – Συνεντεύξεις και Αυτοβιογραφική Ανάγνωση

3.1 Μεθοδολογική Τοποθέτηση

Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να αναδειχθεί η κατάθλιψη ως «αναταραχή αρχείου» (Παπανικολάου, 2020), μέσα από το λόγο και την αλήθεια των ίδιων των υποκειμένων. Προς αυτή την κατεύθυνση και με τη χρήση ημιδομημένων αφηγηματικών συνεντεύξεων, υιοθετήθηκε η μορφή ποιοτικής έρευνας με μια αποαποικιοκρατική και φεμινιστική οπτική, η οποία κατανοεί την βιωμένη εμπειρία ως τοποθετημένη και αυθεντική πηγή γνώσης (Haraway, 1988). Η έρευνα εστίασε στο βίωμα των υποκειμένων με στόχο την ανάδειξη της φωνής επανύπαρξης και την επανανοηματοδότηση της εμπειρίας της κατάθλιψης ως ένα φαινόμενο με έμφυλες και πολιτικές προεκτάσεις. Οι συμμετέχουσες είχαν ενεργή συμμετοχή σε όλη τη διαδικασία και παροτρύνθηκαν να εκφραστούν ελεύθερα ώστε να ακουστεί η δική τους φωνή. Σε αυτό το πλαίσιο οι ημιδομημένες συνεντεύξεις λειτούργησαν ως πεδίο παραγωγής γνώσης όπου η αφήγηση και η μνήμη συνδέονται με την επανανοηματοδότηση του βιώματος και την ανάδειξη ρηγματώσεων στον κυρίαρχο λόγο. Στην έρευνα πήραν μέρος 7 γυναίκες με εμπειρία κατάθλιψης, ηλικίας 39-73 ετών με διαφορετικό μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο. Όλες οι συμμετέχουσες είναι ελληνικής καταγωγής από τις οποίες οι έξι ζουν σε Αθήνα, Ικαρία, Κρήτη και μία ζει στην Αγγλία.

Τα ερευνητικά ερωτήματα ακολούθησαν έναν οδηγό που κινήθηκε από τη βιογραφική αφήγηση και το πλαίσιο της ζωής, στην εμπειρία της κατάθλιψης, τη σχέση με τη διάγνωση, την επίδραση στην καθημερινότητα και τις κοινωνικές σχέσεις. Αναπτύχθηκαν θεματικοί άξονες που αφορούν την εμπειρία με τους

ειδικούς της ψυχικής υγείας, το θεραπευτικό πλαίσιο που ακολουθήθηκε και την κοινωνική πρόσληψη της θλίψης. Συγχρόνως, αναδείχθηκαν θεματικές γύρω από την κουλτούρα της ανθεκτικότητας, τη σχέση της κατάθλιψης με το σύγχρονο τρόπο ζωής και τις κοινωνικές πιέσεις αλλά και την πιθανή νοηματοδότηση της θλίψης ως εμπειρία μνήμης ή μη συμμόρφωσης στην κανονικότητα, παράλληλα με την κριτική στη θετικότητα ώστε να αναδειχθεί η πολιτική και έμφυλη διάσταση της εμπειρίας της κατάθλιψης.

Στο πλαίσιο της αναζήτησης μιας πολυεπίπεδης κατανόησης που θα συνδέει το βίωμα της κατάθλιψης με την θεωρία και την κλινική πράξη, η έρευνα συμπεριέλαβε και την επιστημονική γνώση του «ειδικού», με συνέντευξη ενός ψυχιάτρου που ζει και εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Αθήνα. Σε αυτό το πεδίο, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήματα που αφορούν: την επαγγελματική εμπειρία και το πλαίσιο της πρακτικής, τις διαγνωστικές κατηγορίες και την ψυχιατρικοποίηση μέσω του DSM, τη φαρμακοθεραπεία και τις αιτιολογικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης και αναδείχθηκαν θεματικές γύρω από την κουλτούρα της ανθεκτικότητας, την κοινωνική επιταγή της «θετικότητας», του σύγχρονου τρόπου ζωής, τη σχέση της κατάθλιψης με κοινωνικοοικονομικές πιέσεις και την σύνδεσή της με ευρύτερα κοινωνικοπολιτικά πλαίσια.

Στη συνέντευξη με τον ψυχίατρο και την εμπειρία του ως εργαζόμενος σε δημόσιο ψυχιατρείο, η κατάθλιψη δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά ως ατομικό πρόβλημα, αλλά πρωτίστως ως φαινόμενο με κοινωνικοπολιτικές προεκτάσεις: *«Ο πρωτεύον παράγοντας είναι η κοινωνική πίεση, οι δυσκολίες στη ζωή των ανθρώπων, η έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος. Δεν υπάρχει αυτό που λέμε το κοινωνικό κράτος. Ουσιαστικά το σύστημα υγείας έχει καταρρεύσει».*

Ταυτόχρονα, επισημαίνεται ο κίνδυνος της υπερβολικής συνταγογράφησης και της παθολογικοποίησης της φυσιολογικής θλίψης: *«υπάρχει μια τάση για υπερβολή γιατί εμείς ως ψυχίατροι ενδεχομένως να θεωρούμε λογικό ότι αξίζει να πάρουν φάρμακα, διαταραχές οι οποίες να μην είναι. Εμένα από την αρχή της εκπαίδευσης μου λέγανε ότι είναι υποχρέωση σου να βάλεις φάρμακο αλλά θα πρέπει να το σκεφτείς πολύ καλά. Να εξαντλείς όλες τις άλλες πιθανότητες, να μπορεί να λειτουργήσει ή να βελτιωθεί το*

άτομο με μη φαρμακευτικές μεθόδους. Αν εξαντληθούν αυτές οι πιθανότητες τότε είσαι αναγκασμένος να βάλεις φάρμακο. Περισσότερο έχουν αυξηθεί οι αγχώδεις διαταραχές που νομίζω καλώς παίρνουν τα φάρμακα. Ενδεχομένως να θεωρείται πιο εύκολο να βάλουμε ένα φάρμακο αλλά για μένα έχει αλλάξει πάρα πολύ η ζωή τα τελευταία χρόνια προς τις αυξανόμενες κοινωνικές πιέσεις και η εισαγωγή των αντικαταθλιπτικών ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, δηλαδή όντως δυσκολεύεται ο κόσμος και χρειάζεται φαρμακευτική υποστήριξη. Αυξάνονται οι συνταγογραφήσεις των αντικαταθλιπτικών αλλά κατά πόσο βελτιώνεται η ψυχική υγεία των ανθρώπων».

Στην ερώτηση για τη διάγνωση της παρατεταμένης διαταραχής πένθους, απάντησε: «Το πένθος δεν μπορεί να οριοθετηθεί αυστηρά. Όταν αρχίσει το πένθος και είναι πραγματικά με βαθύτερη ένταση παρατεταμένο σε διάρκεια, εκεί οπωσδήποτε πρέπει να αρχίσεις να σκέφτεσαι ότι κάτι ενδεχομένως είναι πιο σοβαρό και να μουν και τα υπόλοιπα διαγνωστικά κριτήρια για να βγει μια καταθλιπτική διαταραχή».

Για την κουλτούρα της θετικότητας και την απαίτηση για ανθεκτικότητα ανέφερε: «Ο τρόπος που απαιτείς από κάποιον να είναι θετικός ουσιαστικά του αυξάνεις τις ενοχές. Τι του συμβαίνει και από την άλλη πώς τον βοηθάς εσύ να βρει κάτι θετικό στη ζωή του όταν του στερείς αυτή τη δυνατότητα. Φτάνουμε τους ανθρώπους να δουλεύουν όλη την ημέρα και τα χρήματα να μην τους φτάνουν. Ακόμη και αν προσπαθήσουν να είναι παραγωγικοί σε αυτές τις συνθήκες είναι αδύνατο και όσο πιέζουν τον εαυτό τους οδηγούνται σε περισσότερο άγχος και κατάθλιψη. Η έννοια της ανθεκτικότητας είναι συγγενής με την κοινωνική κρίση του συστήματος. Κόβουν τις συντάξεις, κόβουν τα επιδόματα ανεργίας. Η απώλεια του θέσεων εργασίας. Η ακρίβεια, η πτώση του βιοτικού επιπέδου. Όλα αυτά αναγκαστικά οδηγούν τους ανθρώπους σε απόγνωση. Είναι η αρρώστια της κρίσης του συστήματος. Δεν υπάρχει καμία υποστήριξη ουσιαστικά στους ανθρώπους. Αρρωσταίνει ένας άνθρωπος της οικογένειάς σου και γίνεται ένα κοινωνικό δράμα. Πώς θα αντέξουν σε αυτή την κακοποίηση».

3.2 Θεματική ανάλυση – Επιτελεστικότητα φωνής

Η έρευνα ακολούθησε τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης των δεδομένων, με σκοπό την αναζήτηση και τον εντοπισμό μοτίβων και νοημάτων, όπως αυτά αντανakλούνται από το περιεχόμενο των συνεντεύξεων. Κατά τη διεξαγωγή της θεματικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε ο οδηγός των έξι φάσεων ανάλυσης όπως αναφέρονται στη μέθοδο ποιοτικής έρευνας των Braun&Clarke (2006), όχι όμως ως ένα αυστηρά τεχνικό ή γραμμικό εργαλείο κωδικοποίησης, αλλά ως ένα ευέλικτο ερμηνευτικό πλαίσιο που επέτρεψε την ανάδειξη των πολλαπλών νοηματοδοτήσεων της εμπειρίας. Η ανάλυση επηρεάστηκε παράλληλα από τις αρχές της αφηγηματικής έρευνας, της φεμινιστικής επιστημολογίας και της έννοιας της τοποθετημένης γνώσης (Haraway, 1988) δηλαδή, ότι οι αφηγήσεις των συμμετεχουσών ως «υποκειμενικές μαρτυρίες» δεν είναι κατώτερες από την επιστημονική γνώση. Επίσης δόθηκε βάρος όχι μόνο στο «τι» λέγεται αλλά και στο «πώς» αρθρώνεται η εμπειρία, ποιες σιωπές, αντιφάσεις και ρήξεις εμφανίζονται μέσα στον λόγο και με ποιον τρόπο οι αφηγήσεις αμφισβητούν κυρίαρχες ψυχιατρικές και κοινωνικές ερμηνείες της κατάθλιψης, αλλά και επανερμηνεύουν μέσα από το προσωπικό βίωμα. Υπό αυτή την έννοια, οι θεματικές δεν αντιμετωπίστηκαν ως προϋπάρχουσες κατηγορίες που απλώς ανακαλύπτονται μέσα στα δεδομένα, αλλά ως αποτέλεσμα μιας διαδικασίας συν-παραγωγής νοήματος μεταξύ ερευνήτριας και συμμετεχουσών. Η ανάλυση επιδίωξε να αναδείξει τόσο τις κοινές εμπειρίες όσο και τις διαφοροποιήσεις, τις ασυνέχειες και τις εντάσεις που διατρέχουν τις αφηγήσεις, αναγνωρίζοντας την κατάθλιψη ως βίωμα που διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα κοινωνικά, έμφυλα και πολιτισμικά συμφραζόμενα, ενώ η ίδια η ερευνήτρια συμμετείχε επίσης ως υποκείμενο που είχε βιώσει τη βία.

Επιπλέον, η έννοια της «αναταραχής του αρχείου» (Παπανικολάου, 2020), λειτούργησε ως ερμηνευτικός άξονας για την ανάγνωση των αφηγήσεων, καθώς οι μαρτυρίες συχνά αποκάλυπταν ρήγματα στις κυρίαρχες αφηγήσεις περί ψυχικής υγείας, κανονικότητας και ανθεκτικότητας. Οι αφηγήσεις αντιμετωπίστηκαν ως ζωντανά αρχεία μνήμης, μέσα από τα οποία αναδύονται εναλλακτικές μορφές γνώσης

και υποκειμενικότητας. Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας, σε όσα άτομα συμμετείχαν χρησιμοποιήθηκαν ψευδώνυμα. Η έρευνα διαρθρώνεται σε οκτώ θεματικούς άξονες.

3.2.1 Βιογραφική αφήγηση – πλαίσιο ζωής

Αναγνωρίζοντας ότι η ψυχική δυσφορία, απορρέει συχνά από τραυματικά γεγονότα ή είναι το αποτέλεσμα κοινωνικών ανισοτήτων και σχέσεων εξουσίας, προσπαθήσαμε να αναδείξουμε το προσωπικό νόημα και το πλαίσιο ζωής της κάθε συμμετέχουσας.

Μάρθα: *«Πριν 15 χρόνια, συνέβη ένα τροχαίο, ήμουν μαζί με τον αγαπημένο μου. Διασκεδάσαμε, έφυγε να πάρει ένα φίλο του και να ξανάρθει. Δεν τον ξαναείδα ποτέ. Έτρεξα με τα πόδια λίγο πιο κάτω από το μπαράκι στο οποίο βρισκόμασταν. Έφευγε από τη ζωή».*

Άρτεμις: *«ήταν μια πολύ δύσκολη παιδική ηλικία, στην οποία και λόγω του μπουλινγκ που δεχόμουν είχα απομονωθεί από μόνη μου, και σίγουρα έπαιξε ρόλο το γεγονός ότι ήμουν σε μια πολύ δυσλειτουργική οικογένεια, που δεν εκφραζόντουσαν συναισθήματα. Υπήρχε μια πολύ κακοποιητική φιγούρα μέσα στην οικογένεια, και αργότερα όλο αυτό οδήγησε σε μια σειρά από δυσλειτουργικές σχέσεις που ενίσχυσαν το τραύμα, μέχρι που έφτασε και στην αυτοκτονία του συντρόφου μου».*

Μυρτώ: *«Δεν ξέρω αν ήταν το στρες, γιατί είχα έντονο, ένιωθα πάντα στρεσαρισμένη. Ήθελα να ήμουν, καλή μαθήτρια, καλό παιδί. Τη δεύτερη φορά ήταν λόγω το ότι νόσησε η κόρη μου με καρκίνο. Είχα βιώσει και την απώλεια πριν να αρρωστήσει το παιδί, έχασα τον μπαμπά μου. Και ήταν κάπως ξαφνικό. Με πήγε πίσω, ήρθε μετά το άλλο και με αποτελείωσε. Με το παιδί μου δεν το άντεξα».*

Θάλεια: *«Μετά την εφηβεία, δύο πρώτα μου ξαδέρφια χάθηκαν μαζί. Βίαια. Αυτό ήταν το πρώτο χτύπημα. Λίγα χρόνια μετά, εκεί γύρω στα 22 μου, μετά από απεργιακές κινητοποιήσεις, κήρυξε λοκ άουτ η εταιρεία, βρέθηκα χωρίς δουλειά. Ο χωρισμός μου δημιούργησε πάρα πολλά προβλήματα και για αρκετό καιρό και μια σχετική βία μέσα στη σχέση μου, την οποία δεν την αναγνώριζα. Η απώλεια των γονιών μου. Και τελευταία, καταστράφηκε όλη μου η ζωή. Μου πήραν το σπίτι, με τους πλειστηριασμούς. Πολλά γεγονότα, απανωτά».*

Διοτίμα: *«Για μένα τα τελευταία χρόνια είναι ένας αγώνας επιβίωσης. Τα πιο βαριά πυροδοτήθηκαν με την αρρώστια του μπαμπά μου».*

Η Δάφνη περιγράφει πώς ξεκίνησε η κατάθλιψη: *«Την πρώτη φορά ήταν ότι πήγα στην Αγγλία. Ήταν η πρώτη φορά που έφευγα από το σπίτι μου. Βρέθηκα σε ένα ξένο περιβάλλον, πείστηκα. Σε μια ξένη χώρα, ένα καινούριο εκπαιδευτικό σύστημα. Στη δεύτερη περίπτωση ήταν οικονομικό άγχος».*

Κλειώ: *« Έχασα τον σύντροφο μου, τον άντρα μου. Ήμασταν από τα 20 χρόνια μαζί. Και κατέρρευσε το σύμπαν. Αυτή η αρρώστια. Ο καρκίνος».*

3.2.2 Η ενσώματη εμπειρία της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη εγγράφεται στο σώμα ως μια οδυνηρή διαδικασία, η οποία μετασχηματίζει τον τρόπο με τον οποίο το υποκείμενο αντιλαμβάνεται και βιώνει το ίδιο του το σώμα, ενώ μπορεί να εκδηλώνεται μέσα από σωματικές αισθήσεις ακόμη και στις περιπτώσεις όπου αρνείται ότι νιώθει θλιμμένο (Horwitz&Wakefield, 2007).

Στην μαρτυρία της Μάρθας το πένθος περιγράφεται ως μια πολυφασική και οδυνηρή διαδικασία: *«Ήταν πολύ έντονο, πολύ ξαφνικό, πολύ απρόσμενο και χαοτικό. Δεν μπορείς να πιστέψεις ότι έχει συμβεί, τι έχει γίνει, είναι ο πόνος μεγάλος. Μου έφερε θλίψη και κατάθλιψη, πόνο, οργή, θυμό, δεν μπορούσα να κοιμηθώ. Αν τύχει να κοιμηθώ, ξυπνούσα και ένιωθα τύψεις που κοιμάμαι ενώ ο άλλος έχει πεθάνει, είχα πέσει σε κατάθλιψη, έκλαιγα, κάπνιζα, έπινα. Ο πόνος δεν περνούσε ούτε με το ποτό ούτε με τίποτα. Ένιωθα θυμό, στην αρχή πολύ θυμό, τύψεις, οι τύψεις με βασάνιζαν καιρό».*

Η Άρτεμις περιγράφει την εμπειρία της ως μια κατάσταση αποσύνδεσης με αδυναμία να κατανοήσει τι συμβαίνει και άρνηση να αντιληφθεί τον πόνο: *«Νομίζω ότι ο οργανισμός μου δεν μπόρεσε να εκφράσει τη θλίψη των γεγονότων των οποίων βίωνε. Την πρώτη φορά που με χτύπησε η κατάθλιψη, δεν μπορούσα να καταλάβω τι μου συμβαίνει. Είχα αυτοκτονικούς ιδεασμούς, χωρίς όμως να τους βιώνω ως κομμάτι θλίψης. Είχα κρίσεις πανικού, απομονωνόμουν, δεν ήθελα να βγαίνω έξω. Ήμουν τελείως αποσχισμένη από τα συναισθήματά μου και δεν μπορούσα να καταλάβω τι μου*

συνέβαινε. Τη δεύτερη φορά ήτανε μετά την αυτοκτονία του συντρόφου μου και ήξερα τα χαρακτηριστικά της, και μπορούσα επειδή ήταν και πιο έντονο το γεγονός να έρθω σε επαφή με το συμβάν και με τη θλίψη μου, μπορούσα να καταλάβω το επίπεδο εκείνο στο οποίο όλα είναι μια ομίχλη στην οποία είναι πάρα πολύ δύσκολο να αντιληφθείς τον πόνο. Δεν θες να αντιληφθείς τον πόνο. Είχα φτάσει στο σημείο να θέλω κάποια στιγμή βγαίνοντας από το μετρό να πέσω πάνω σε ένα αυτοκίνητο, ο πόνος που ένιωθα ήταν τόσο έντονος που ήθελα να σωματικοποιηθεί, ήθελα να νιώσω ότι χτυπώ τον εαυτό μου για να νιώσω τον πόνο».

Η Μυρτώ διηγείται μια κατάσταση έντονου πόνου και απάθειας: «Ήθελα συνέχεια να κοιμάμαι, για να μην σκέφτομαι, δεν είχα διάθεση να κάνω τίποτα, δεν μπορούσα να φάω, δεν με ενδιέφερε κάτι, ήθελα να κοιμίσω τη σκέψη μου, να μην σκέφτομαι τίποτα, γιατί ένιωθα πολύ έντονη θλίψη και πόνο».

Η Θάλεια περιγράφει την αίσθηση του κενού, τη σωματική αδυναμία και το απόλυτο σκοτάδι: «Ένιωθα πολύ κενό. Σταμάτησα να ασχολούμαι με τα πάντα. Δεν ήμουν ο εαυτός μου. Ένιωθα ότι δεν ζημέρωνε πολλές φορές, ήταν τα πάντα σκοτεινά. Καθόμουν σε μία πολυθρόνα. Δεν σηκώνόμουν. Δεν μπορούσα να περπατήσω ένα διάστημα. Δεν μπορούσα ούτε ένα βήμα να κάνω. Έπρεπε πάντα να ακουμπάω κάπου, για να είμαι όρθια. Σκεφτόμουν πάρα πολύ σοβαρά να φύγω. Να σκοτωθώ. Αυτό ήταν η πρώτη μου φοβερή τραυματική εμπειρία και άρχισα να φοβάμαι ότι θα ξαναρχόταν. Δεν ήρθε ποτέ τόσο έντονο αλλά με επισκέφθηκε πάρα πολλές φορές στη ζωή μου».

Η καταθλιπτική εμπειρία της Διοτίμας την έκανε να νιώθει αποκομμένη από τον εαυτό της: «Ένιωθα ότι έχω χάσει τον εαυτό μου, αλλά δεν το καταλάβαινα. Ένιωθα ότι φέρω μία θλίψη, μία στεναχώρια, ένα μάζεμα. Πολύ θλίψη, απογοήτευση. Πολύ στεναχώρια. Πολύ άγχος, πένθος μοναξιά. Έχω κουραστεί και να κλαίω, και προσπαθώ και να κανονίζω και να γαμιέμαι».

Η Δάφνη παρουσιάζει τη δική της εμπειρία ως μια αποδιοργάνωση της ταυτότητας και της λειτουργικότητας: «Έπαψα να μπορώ να λειτουργώ, δεν μπορούσα να κοιμηθώ, δεν μπορούσα να φάω, είχα εγκαταλείψει τον εαυτό μου από πλευράς υγιεινής. Είχα πολύ μεγάλη τάση να αυτοτραυματίζομαι. Δεν μπορούσα να μιλήσω, είχε

πεθάνει ο λόγος. Υπήρχε μια αίσθηση αποτυχίας και έλλειψη ελπίδας, φοβόμουν πάρα πολύ».

Η Κλειώ μιλάει για το συναισθηματικό κενό που έχει παρεισφρήσει στη ζωή της: «Απλώς ξυπνάω, κοιμάμαι. Τα βλέπω όλα flat. Δεν βρίσκω χαρά πουθενά. Προσπαθώ να καταπονώ τον εαυτό μου. Να δουλεύω, να κουράζομαι, για να μπορώ να κοιμάμαι το βράδυ».

3.2.3 Η εμπειρία με τους ειδικούς

Η σχέση των ανθρώπων με ψυχική δυσφορία, με τους ειδικούς, αποτελεί ένα πεδίο διαπραγμάτευσης της ταυτότητάς τους. Πρόκειται για μια σχέση εξουσίας όπου ο ειδικός επιβάλλει τα δικά του νοήματα ενώ η αλήθεια του πάσχοντος αγνοείται (Boyle & Johnstone, 2025). Η διάγνωση βρίσκεται σε αντιπαράθεση με το νόημα και την προσωπική ιστορία του υποκειμένου. Οι πραγματικές αιτίες της δυσφορίας του αποσιωπούνται, στερώντας του την δυνατότητα να αναγνωρίσει ότι, η εμπειρία του απορρέει από δύσκολες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες παράλληλα η φαρμακευτική αγωγή, θεωρείται η μόνη ορθή οδός διαχείρισης της κατάστασης (Rose, 2003; Moncrieff, 2019).

Μυρτώ: Στον πρώτο που πήγα, δεν ξαναπήγα. Μου έκανε τόσο αρνητική εντύπωση. Ήταν σαν να μην ενδιαφέρθηκε, καθόλου για μένα. Δηλαδή, ήταν απλά για να συνταγογραφήσει κάτι, να μου δώσει φάρμακο και να φύγω, δεν ακούστηκα».

Θάλεια: «Του εξέθεσα όλα αυτά που ένιωθα και εκείνος κατευθείαν μου έδωσε φάρμακα αντικαταθλιπτικά και ηρεμιστικό. Βγαίνοντας δεν αισθάνθηκα ανακούφιση καμία. Μπορώ να πω ότι φοβήθηκα περισσότερο».

Μάρθα: «Μου έδωσε κάποια χαλαρωτικά για το βράδυ να μπορώ να κοιμάμαι τα οποία μου έφεραν το εντελώς αντίθετο αποτέλεσμα. Οπότε εκεί πείστηκα, δεν ήξερα τι να κάνω.

Η Δάφνη περιγράφει μια οδυνηρή εμπειρία καθήλωσης: *«Βγήκα από το νοσοκομείο χωρίς να είμαι καλύτερα από πριν. Έπαιρνα ένα κοκτέιλ φαρμάκων,*

αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά. Δύο φορές έφυγα από το θάλαμο, το έσκασα. Με γύρισε πίσω, περιπολικό και η αντιμετώπιση ήταν καθήλωση. Έξι άτομα να με κρατάνε μπρούμυτα. Ήταν επικίνδυνο γιατί ήτανε 20 λεπτά. Και δεν ήταν η μόνη φορά, γιατί μετά ζήτησα το φάκελό μου και υπήρχαν και άλλες περιπτώσεις καθήλωσης. Είχαν καταφέρει να με θυμώσουν. Εμένα που δεν αντιδρούσα σε τίποτα, που ήμουνα τελείως flat για δύο χρόνια, αυτοί οι άνθρωποι είχαν καταφέρει και να με θυμώσουν».

Η Διοτίμα διηγείται την απογοήτευσή της: «Έκανα ένα χρόνο συνεντεύξεις και τεστ μέχρι να ξεκινήσω την ψυχοθεραπεία. Ένιωσα φοβερά απογοητευμένη από το σύστημα που συνάντησα. Ενώ βίωνα πολύ στρεσογόνες καταστάσεις, χρειαζόταν να ακολουθηθεί μια γραφειοκρατία η οποία στην ουσία δεν με βοηθούσε και ήταν σαν να μην ακούγομαι καθόλου. Τα ψυχομετρικά τεστ που έκανα ήτανε γύρω στις 400 σελίδες και αυτό που βρήκα ήτανε μία έκθεση εντελώς απρόσωπη με πάρα πολλά λάθη, ήτανε μία απογοήτευση ένα αποκαρδιωτικό πράγμα».

Για την Άρτεμις ήταν σημαντικό να αναζητήσει έναν ειδικό ο οποίος θα την ακούσει ωστόσο: «Πήγα κατευθείαν σε ψυχίατρο ο οποίος ήξερα ότι θα με ακούσει. Μετά ήθελα να συνεχίσω ψυχοθεραπεία για να μπορέσω να πάω το βίωμα μέχρι πίσω, άλλαξα πάρα πολλούς ψυχολόγους μέχρι να βρω ανθρώπους οι οποίοι να με ακούνε και όχι να θέλουν να μου πούνε».

3.2.4 Η κοινωνική πρόσληψη της θλίψης

Για την Ahmed (2014:9-11), τα συναισθήματα αποτελούν κοινωνικοπολιτισμικές σχέσεις που συνδέουν τα άτομα μεταξύ τους καθώς κυκλοφορούν ανάμεσά τους. Με αυτόν τον τρόπο συναισθήματα όπως η θλίψη, η ντροπή, ο φόβος, η χαρά, παράγουν ιεραρχίες και καθορίζουν τα όρια του ανήκειν.

Στο περιβάλλον της Άρτεμις δεν υπήρχε αποδοχή της συναισθηματικής της κατάστασης γεγονός που την επιβάρυνε ακόμη περισσότερο: «όταν το έλεγα στους άλλους δεν το πίστευαν, μου έλεγαν: «εσύ δεν είσαι καλά; Μια χαρά είσαι. Είσαι δυνατή, θα τα καταφέρεις. Πώς κάνεις έτσι, είσαι δράμα». Αναγκαζόμουν να γελάω για να ικανοποιήσω τους γύρω μου για να μην τους στεναχωρώ. Νόμιζαν ότι με το να με

κάνουν να γελάω και να με αναγκάζουν να είμαι χαρούμενη, ότι θα με κάνουν και χαρούμενη. Τη δική τους ανάγκη την έκανα δική μου. Να με βλέπουν καλά, για να είναι αυτοί καλά με αποτέλεσμα να καταπιέζομαι περισσότερο και να μου είναι πάρα πολύ δύσκολο ακόμα περισσότερο να βιώσω το αίσθημα της θλίψης. Εσωτερικοποίησα τη θλίψη μου για να είναι οι άλλοι καλά, με αποτέλεσμα να μην μπορώ να συνέλθω ακόμα περισσότερο».

Η Διοτίμα υπερασπίστηκε πολλές φορές τη θλίψη της ενώ τονίζει τη σημασία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος: «Έχει χρειαστεί πολλές φορές να υπερασπιστώ θλίψη μου και την κατάθλιψή μου από ανθρώπους οι οποίοι δεν το καταλαβαίνουν και κυρίως άντρες. Είχα ανθρώπους που ήταν δίπλα μου, δεν ξέρω αν θα είχα καταφέρει να είμαι εδώ χωρίς αυτούς. Ακόμα και όταν μου λέγανε ότι θέλω να σε βοηθήσω αλλά δεν ξέρω πώς, τους έλεγα ότι εγώ θέλω απλά να είσαι δίπλα μου, θέλω να ξέρω ότι είσαι εδώ. Οπότε το να είσαι απλά εκεί το να μην νιώθει μόνη της η άλλη είναι το πιο όμορφο, το πιο ανθρώπινο που μπορούμε να κάνουμε».

Κλειώ: «Σε δύο εβδομάδες, σε δύο χρόνια θα βγάλεις έναν άνθρωπο από τη ζωή σου; Μπορεί να λέει ο καθένας ότι θέλει. Όταν το περάσεις, τότε καταλαβαίνεις και το πένθος τι είναι, και να χάσεις έναν άνθρωπο».

3.2.5 Νοηματοδότηση της θλίψης ως εμπειρία μνήμης, αντίδρασης ή μη συμμόρφωσης

Η θλίψη ως πηγή εμπειρίας και γνώσης συνιστά ένα «πολιτισμικό συναισθηματικό αρχείο» το οποίο εγγράφεται στον τρόπο που το άτομο δημιουργεί τη δική του αφήγηση καθώς διατηρεί τη μνήμη του τραύματος, της αδικίας και του αγώνα για επιβίωση (Cvetkovich, 2012). Για τις αφηγήτριες, τα τραυματικά γεγονότα εγγράφονται μόνιμα και η θλίψη αποτελεί πλέον κομμάτι της ταυτότητας τους.

Διοτίμα: «συνειδητοποίησα ότι είχα ξεχάσει το πόσο δύσκολα και στρεσογόνα ήταν όλα αυτά τα οποία βίωνα. Ήξερα ότι ήταν δύσκολα, ότι φέρω θλίψη, ότι έχω επηρεαστεί από όλα αυτά, αλλά δεν θυμόμουν τι ήταν όλα αυτά. Το σώμα μου και η ψυχή μου κουβαλούσε τη μνήμη αυτών. Κάπως όμως το τι ήταν αυτά καθαυτά

είχανε θαφτεί. Υπήρχαν τα απόνερα όλων αυτών των συμβάντων, τα οποία με επηρέαζαν και έφεραν τον πρώτο λόγο σε εμένα. Αυτό που μπορώ να πω με σιγουριά είναι ότι εάν δεν πενθήσεις όταν συμβεί, δεν είναι ότι θα φύγει το Πένθος. Απλά θα το φέρεις. Δεν νομίζω ότι υπάρχει χρονικό περιθώριο στο πώς μπορεί να πενθήσει ο καθένας, η καθεμία. Και δεν μιλάω μόνο για τους ανθρώπους, μιλάω και για τα ζώα. Πώς μπορείς εσύ να γυρίσεις να μου πεις πόσο χρόνο θέλω εγώ για να πενθήσω το μπαμπά μου ή το παιδί μου».

Μάρθα: «Ψάχνω να σκεφτώ, είναι εδώ γύρω, με βλέπει από κάπου. Εγώ δεν μπορώ να τον δω. Πέρασαν 15 χρόνια. και ακόμα και τώρα υπάρχουν κάποιες στιγμές που θα το σκεφτώ και θα κλάψω. Ο πόνος έμεινε μέσα. Οι σκέψεις, όλα ό,τι έχουμε ζήσει, δεν γίνεται να διαγραφούνε. Δεν είμαστε ηλεκτρονικοί υπολογιστές να διαγραφούν όλα σε ένα χρόνο, ένα μήνα. Δεν γίνεται».

Άρτεμις: «Πρέπει να κλάψεις, πρέπει να χτυπήσεις, πρέπει να φρικάρεις. Είναι ο μόνος τρόπος να το ξεπεράσεις. Διαφορετικά το εσωτερικοποιείς και γίνεται ακόμα χειρότερο. Προσωπικά συνήλθα όταν πήρα απόφαση ότι θέλω να ζήσω. Θα μπορούσα να κάνω και πέντε και έξι χρόνια να συνέλθω. Αλλά το θέμα δεν είναι να συνέλθω και να νομίζω ότι έχω συνέλθει. Όσο καιρό και να πάρει αυτό. Και τριάντα χρόνια να πάρει. Δεν ξέρω ακόμα αν έχω φιλτράρει τη θλίψη όλων όσων έχουν συμβεί. Ένα τραυματικό γεγονός θα σε σταμπάρει για πάντα. Δεν μπορώ αυτή τη στιγμή να γυρίσω και να πω ότι δεν θα σκεφτώ τον πρώην μου που αυτοκτόνησε και δεν θα βιώσω όλο το κομμάτι εκείνο. Νομίζω ότι η θλίψη μας συνοδεύει πάντα. Η κατάθλιψη μας ορίζει, είναι σε κάθε πλευρά της ζωής μας. Δεν μπορούμε να αποσχιστούμε από αυτό που είμαστε. Και ακόμα και αν βγάλουμε τον αυτοορισμό μας, δηλαδή ότι μου συνέβη αυτό και αυτό με ορίζει, το κομμάτι αυτού του τι είμαι τώρα ξεκινάει από εκεί. Όταν βιώνεις τον πόνο, ο πόνος γίνεται κομμάτι σου. Θεες, δεν θες».

Μυρτώ: «Τους ανθρώπους που φεύγουν δεν μπορώ να τους βγάλω εύκολα. Έχω μία αίσθηση ότι είναι γύρω μου. Με τον μπαμπά μου έναν χρόνο ταλαιπωρήθηκα πάρα πολύ. Αλλά τον κουβαλάω μαζί μου ακόμα. Και άλλες φορές μου φέρνει θλίψη, άλλες χαρά. Νομίζω ότι είναι κάπου παραδίπλα και όσο περνάει ο καιρός, νιώθεις

πολύ έντονα την αίσθηση της φυσικής παρουσίας, νομίζω ότι πνευματικά κάπου επικοινωνείς με τον άλλο και αυτό λίγο απαλύνει τον πόνο σου».

Θάλεια: «Οι απώλειες με ταράζανε. Αλλά έβγαينا γρήγορα από αυτές. Με τις μητέρας μου το χαμό χρειάστηκα λίγο περισσότερο. Ο χωρισμός μου ήταν εκείνος που μου δημιούργησε περισσότερο πρόβλημα και άργησα να βρω τις ισορροπίες μου. Είχα βία μέσα στη σχέση μου, την οποία δεν την αναγνώριζα. Αργότερα όταν έκανα βουτιά μέσα μου κατάλαβα ότι το διάστημα που το ζούσα δεν το αντιλαμβανόμουν έτσι σαν βία. Όμως, όταν φτάσω στο σημείο να το αναγνωρίσω σε μια διαρκή κατάθλιψη είμαι. Νιώθω ότι σίγουρα κάποια πράγματα δεν καθαρίζουνε μέσα μου εντελώς. Όμως, όταν έρχεται αυτό το μαύρο, το πολύ, το σκοτεινό αρχίζω και σκέφτομαι αντίστροφα και προσπαθώ να το καταπολεμήσω μόνη μου. Τώρα πια πολλά χρόνια βρίσκομαι μέσα σε αυτό».

Δάφνη: «Κατά εμέ μάλλον οι καταθλιπτικοί είμαστε και οι πιο ρεαλιστές, που βλέπουμε ίσως αυτό που συμβαίνει. Αυτό έχει κάποια σημασία γιατί εγώ μετά από τόσα χρόνια ψυχοθεραπείας που η ζωή μου, είναι σαφώς πιο χαρούμενη, διατηρώ καταθλιπτιογενή σκέψη. Γίνεται λίγο και μύθος, ας πούμε, ότι οι καταθλιπτικοί έχουν ένα *distorted thinking*. Και η δική μου απάντηση είναι μήπως τελικά είμαστε πιο ρεαλιστές εμείς».

Κλειώ: «Με αυτό που μου συνέβη, δεν έχω άγχος ούτε για το μέλλον, ούτε για τίποτα. Πάντα είχα μία τάση στη θλίψη. Δεν ήμουν της χαράς να βλέπω όλα τα πράγματα τι ωραία που είναι. Ποτέ δεν ήμουν έτσι. Ήμουν εκεί. Λίγο πάνω από το έδαφος. Τώρα λίγο κάτω. Δεν ξέρω γεννιόμαστε έτσι. Βιώνουμε κάτι άλλο. Απλώς δεν έβρισκα και τόσο χαρά σε όλα αυτά που με τριγυρίζουν και στη ζωή».

3.2.6 Η πίεση για θετικότητα & η κουλτούρα της ανθεκτικότητας

Μέσα στο πλαίσιο ρύθμισης της κοινωνικής συμπεριφοράς, η θετικότητα μετατρέπεται σε έναν πειθαρχικό μηχανισμό ο οποίος καταπιέζει και αποξενώνει όσα υποκείμενα δεν μπορούν να συμμορφωθούν στην απαίτηση της χαράς, παράλληλα τα γεμίζει ενοχικά συναισθήματα καθώς η ευτυχία συχνά περιγράφεται ως κάτι που το αποκτάς

αν ακολουθήσεις το ορθό μονοπάτι. Η πίεση για ευτυχία μας απομακρύνει από τα συναισθήματά μας και μας κάνει περισσότερο δυστυχισμένες (Ahmed, 2010).

Η Άρτεμις υπογραμμίζει ότι οι νόρμες της κανονικότητας και ο εξαναγκασμός στη χαρά ακυρώνει και αορατοποιεί το ίδιο το βίωμα της θλίψης: «Το να πιεστώ, να γίνω κανονική, είναι από μόνο του δύσκολο όταν βιώνεις τόσο βάθος τα συναισθήματά σου. Δεν μπορώ να παίρνω χάπια και απλά να συνεχίζω να πηγαίνω στη δουλειά και να γυρίζω από τη δουλειά. Η πίεση του να τα αντεπεξέλθω σε βάζει πιο βαθιά σε αυτό το κομμάτι της λούπας, της συνεχόμενης ροής, να αντεπεξέλθω, να αντεπεξέλθω, να αντεπεξέλθω. Η τοξική θετικότητα, τρομερό αυτό το πράγμα, που θα συναντήσεις έναν φίλο και θα πρέπει να χαμογελάσεις γιατί τον συνάντησες. Δεν σου είναι εύκολο να λες «Α, δεν θέλω να γκρινιάζω τώρα τι μου συμβαίνει». Όχι, να γκρινιάζεις. Μπαίνουμε σε μια διαδικασία στην οποία το πώς θα πρέπει να βγούμε, το πώς θα πρέπει να μιλήσουμε, το πώς θα πρέπει να είμαστε, μπαίνει σε κουτάκια. Από τη στιγμή που το αποδομήσεις αυτό, καταλαβαίνεις ότι δεν χρειάζεται να είσαι πάντα θετική».

Μυρτώ: «Θυμώνω, δεν το δέχομαι αυτό το πράγμα. Δεν έχει νιώσει τον πόνο που ένιωσα και γι' αυτό το λέει. Άμα είναι η ζωή σου λίγο πιο εύκολη μπορεί τουλάχιστον να έχεις ένα κομμάτι που να είσαι πιο ξένοιαστη. Αλλά όταν είναι και αυτά πάνω από το κεφάλι και τα οικονομικά και η δουλειά, επιβαρύνουν την κατάσταση».

Θάλεια: «Μα τι να σκεφτείς θετικά, όταν έχεις όλο αυτό το βάρος μέσα σου, όλη αυτή τη μαυρίλα. Με το να σου πει ο άλλος σκέψου θετικά, το αύριο θα είναι καλύτερο; Είναι υποκριτικό το να λες στον άλλον που καταστρέφονται τα πάντα γύρω του, σκέψου θετικά. Το θεωρώ πολύ επιθετικό να σου λέει ο άλλος, δες τα όλα όμορφα και αύριο ξημερώνει μια καινούρια μέρα. Ναι, ξημερώνει μια καινούρια μέρα αλλά φεύγουν τα προβλήματα;»

Μάρθα: «Δε γίνεται να απαιτείς να είναι θετικός. Όταν σου λέει ο άλλος «τώρα εντάξει, ξέχασέ το, πάνε όλα και προχώρησε τη ζωή σου» και ξαφνικά που στεναχωριέσαι να γίνεις χαρούμενη; Είναι και θέμα σεβασμού έτσι, όταν ο άλλος είναι μέσα στην κατάθλιψη. Είναι άβολο, σαν να μην γίνεται κατανοητό το συναίσθημα που ζεις».

Διοτίμα: «Το φως υπάρχει γιατί υπάρχει το σκοτάδι. Δεν μπορείς να είσαι πάντα μόνο στο ένα. Υπάρχουν φορές που θα βρεθείς στο σκοτάδι. Θα μείνεις εκεί για να το βιώσεις, να δεις γιατί είσαι εκεί, τι έχει να σου δώσει. Δεν θα είσαι παραγωγική. Δεν θα είσαι χαρούμενη. Δεν θα σκέφτεσαι θετικά. Και είναι οκ. Δεν μπορούμε πάντα να είμαστε ούτε αποδοτικοί, ούτε χαρούμενοι, ούτε αισιόδοξοι».

Κλειώ: «Ο καθένας θα κάνει αυτό που καταλαβαίνει. Όπως είναι ο εαυτός του. Τα άλλα όλα είναι μπουρδες. Πώς θα είμαι καλά; Με το ζόρι θα είμαι καλά; Αφού δεν είμαι καλά. Αφού πονάει η ψυχή μου. Τι καλά. Όλο αυτό που προσπαθούμε να είμαστε χαρούμενοι και λένε και κάνουν έτσι, εμένα δεν μου βγαίνει».

Δάφνη: «Υπάρχει αυτό η τοξική θετικότητα, να είμαστε όλοι χαρούμενοι. Και όλο αυτό της ευεξίας, του *resilience*, της ανθεκτικότητας. Θα ήθελα να έχω μια καλύτερη, πιο χαρούμενη πορεία σαν άνθρωπος, γιατί η εμπειρία της ψυχικής αρρώστιας ή όπως της πες την, μου στέρησε πάρα πολλά πράγματα. Έμεινα πάρα πολύ καιρό μόνη μου για να συνέλθω. Με πήγε πάρα πολύ πίσω. Θα ήθελα να μην τα έχω αυτά, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι θα ήθελα να είμαι τοξικά *positive*».

3.2.7 Έμφυλη & πολιτική διάσταση της εμπειρίας της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη όπως σημειώνει η Ahmed (2017), αποτελεί μια δικαιολογημένη αντίδραση στις δομικές αδικίες.

Διοτίμα: «Σε εμάς τις γυναίκες, όταν παρεκκλίνουμε από το χαρούμενη, αισιόδοξη, συνεργάσιμη, αποδοτική, μπαίνει κατευθείαν ένα τίτλος ο οποίος τα τσουβαλιάζει όλα. Για μένα τα τελευταία χρόνια είναι ένας αγώνας επιβίωσης. Όταν έχεις να αγωνιστείς για βασικά πράγματα και να επιβιώσεις το κάτι παραπάνω που μπορεί να έχει να δώσει η ψυχή σου είναι μια πολυτέλεια που τουλάχιστον εγώ δεν μπορούσα να την έχω».

Μάρθα: «Όλα μας επηρεάζουν και ο πόλεμος και η οικονομική κρίση, δεν μπορώ να συμβαίνει γύρω μου και να σκέφτομαι μόνο τον εαυτό μου. Μπορούμε να αλλάξουμε τα πράγματα, να βάλει ο καθένας το λιθαράκι του να αλλάξουμε τον κόσμο, χρειάζεται άμεσα αλλαγή».

Άρτεμις: «*Η ευτυχία και η δυστυχία δεν είναι άποψη, είναι βίωμα. Από τη στιγμή που η κυρίαρχη κουλτούρα σε εξαναγκάζει να χαμογελάς δε σημαίνει ότι είσαι ευτυχισμένη. Εκεί θα απαντήσεις ότι έχω το δικαίωμα στη δυστυχία. Ήμασταν μέσα στον κορονοϊό και λέγανε έλα να μαγειρέψουμε κουλουράκια. Και αυτοί που νιώθαν άσχημα νιώθαν πιο απομονωμένοι ακόμα. Βλέπω το πόσο μόνος νιώθει ο κόσμος. Όταν ο καθένας είναι εκτοπισμένος μόνος του, αυτό αντανακλάται και σε μένα. Λείπει το κομμάτι του εμείς. Εμείς με μια εμπιστοσύνη βαθιά. Εμείς με μια κατανόηση ότι ο άλλος δεν είναι τόσο διαφορετικός από το εγώ μου. Τις ίδιες ανάγκες έχει, τις ίδιες φροντίδες, την ίδια αγκαλιά έχει ανάγκη».*

Δάφνη: «*Υπάρχει αυτή η συνεχής ανασφάλεια η εργασιακή, που είναι χαρακτηριστικό του σύγχρονου τρόπου ζωής. Νομίζω ότι εάν δεν νιώσω θλίψη, είναι ανησυχητικό μπροστά σε τέτοιες καταστάσεις που συμβαίνουν στον κόσμο σήμερα. Είναι δυνατό να νιώθω χαρούμενη όταν συμβαίνει αυτό στη Γάζα;».*

3.2.8 Η αφήγηση ως πράξη επανύπαρξης

Στη βιογραφική αφήγηση, η ανθρώπινη ύπαρξη προσεγγίζεται ως ένα ενιαίο σύνολο όπου το νόημα της εμπειρίας δεν είναι αμετάβλητο αλλά πλαισιώνεται ιστορικά, πολιτισμικά και κοινωνικά. Αυτό μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο, τα υποκείμενα ανασυγκροτούν και επανανοηματοδοτούν τη βιωματική τους γεωγραφία μέσα στο χρόνο καθώς η εμπειρία διαπλέκεται με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο και η αφήγηση αναδεικνύεται σε εργαλείο κριτικής συνειδητοποίησης και χειραφέτησης. Εντός αυτού του πλαισίου, η «φωνή» δεν είναι μια απλή περιγραφή, αλλά αποτελεί, μια ενεργή επιτελεστική πράξη η οποία διεκδικεί χώρο και ορατότητα, και παράγει νέες νοηματοδοτήσεις της πραγματικότητας (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Η Άρτεμις τονίζει τη σημασία της αυθεντικής βίωσης των συναισθημάτων και της συμφιλίωσης με τον πόνο, πέρα από τις κοινωνικές προσδοκίες, ως πράξη αποδοχής και επανύπαρξης του εαυτού: «*Είναι πάρα πολύ δύσκολο να αποδεχτούμε τον εαυτό μας με τα σκοτάδια μας. Η θλίψη πρέπει να βιωθεί. Και είναι πολύ δύσκολο να βιώσεις την θλίψη σε όλο της το βάθος. Δεν μας θέλουμε δυστυχισμένους. Δεν μας*

θέλουμε θλιμμένους. Αλλά άμα δεις τα παιδιά κάθονται και κοιτάζουν τον ουρανό και είναι θλιμμένα και δεν τους νοιάζει που είναι θλιμμένα. Ζουν απλά αυτό που υπάρχει εκείνη τη στιγμή. Χάνουμε το παρόν επειδή δεν αφήνουμε τον εαυτό μας να είμαστε απλά στη στιγμή γιατί πρέπει να είμαστε κάτι άλλο».

Η Μάρθα, αποδέχεται την ανθρώπινη ευθραυστότητα και περιγράφει την θλίψη ως μια φυσική διαδικασία η οποία πρέπει να βιωθεί και να μην διαγραφεί: «Δεν είμαστε γεννημένοι να τα αντέχουμε όλα. Για μένα είναι ένα φυσικό στάδιο. Πρέπει να πενήσεις και να κλάψεις. Ένας άνθρωπος περνάει μια κατάθλιψη. Δεν σημαίνει ότι παραλογίζεται.»

Η Διοτίμα αναγνωρίζει τη θλίψη ως κομμάτι της ανθρώπινης εμπειρίας με το σκοτάδι να αποκτά έναν λειτουργικό τρόπο και νόημα της διαδικασίας επανύπαρξης παράλληλα τονίζει τη σημασία της καθημερινής φροντίδας του σώματος: «Καμιά φορά χρειάζεται να περάσουμε από τα σκοτάδια μας για να ξαναβγούμε στο φως. Είναι ανθρώπινο. Είναι μέρος της επούλωσης το να κάτσεις σε μία γωνία, να γλύψεις τις πληγές σου μέχρι να επουλωθούν για να μπορέσεις να σηκωθείς και να συνεχίσεις».

Για την Μυρτώ η εμπειρία της θλίψης αποτέλεσε μια εξελικτική διαδικασία προς την ενσυναίσθηση και την σύνδεση με έναν διαφορετικό τρόπο: «έχω μεγαλύτερη ενσυναίσθηση τώρα νομίζω. Έχω μάθει να μην θυμώνω και να μην παρεξηγώ τους ανθρώπους με οτιδήποτε μου λένε. Γιατί πιστεύω ότι καθένας κουβαλάει κάτι πάνω του και πάντα ψάχνω να βρω τι υπάρχει από πίσω από κάποιον άνθρωπο που λέει κάτι».

Μέσα από την αφήγηση το υποκείμενο ανασυγκροτείται ως φορέας λόγου και η ζωή κατακτιέται με έναν τρόπο επιτελεστικό (Butler, 2009) όπως στην περίπτωση της Θάλειας: «δεν μπορούσα να περπατήσω. Όλη τη νύχτα με τη βοήθεια μιας μικρής καρεκλίστας, προσπαθούσα να φύγω από τη μία μεριά να πάω στην άλλη και μέτραγα, έβαζα πάρα πολύ μικρούς στόχους, σιγά σιγά αυτό το πράγμα έκανα. Θα μετρήσω μέχρι το πέντε και θα περπατήσω χωρίς την καρέκλα. Θα μετρήσω μέχρι το δέκα και θα περπατήσω χωρίς την καρέκλα. Μέχρι να διασχίσω όλο το μαγαζί στο μάκρος μόνη μου και είπα να, μπορώ να περπατήσω».

Η γνώση παράγεται μέσα από την ίδια την εμπειρία (Harding, 2016) και δημιουργεί την δυνατότητα κοινωνικής παρέμβασης. Για τη Δάφνη: *«Έγινε κομμάτι της ιστορίας μου αυτό το πράγμα. Αλλά δεν θέλησα να το κρατήσω εκεί, δεν θέλησα να μείνω εκεί. Η αίσθηση ότι θέλω να ζήσω και όλο αυτό να το κάνω κάτι. Επέλεξα να κάνω έρευνα από την πλευρά των επιζώντων».*

Η νοηματοδότηση της θλίψης ως πηγή εμπειρίας και γνώσης αποτελεί για τις αφηγήτριες, ένα «πολιτισμικό συναισθηματικό αρχείο» και κομμάτι της ταυτότητάς τους το οποίο αφήνει ένα μόνιμο αποτύπωμα. Η κάθε αφήγηση διατηρεί τη μνήμη του τραύματος, της απώλειας και της αδικίας και καθορίζει τον αγώνα για επιβίωση. Το πένθος αντιμετωπίζεται ως μια υπαρξιακή διαδικασία που δεν μπορεί να οριοθετηθεί. Η θλίψη επανανοηματοδοτείται ως κομμάτι της αντίστασης και όχι ως αποτυχία.

Στην απαίτηση για θετικότητα οι αφηγήτριες δηλώνουν ότι πρόκειται για μια καταπιεστική και βίαιη επιταγή η οποία αορατοποιεί το ίδιο το βίωμα της θλίψης και αγνοεί την εμπειρία της οδύνης ενώ προκαλεί συναισθήματα ενοχής και αποξένωσης. Η θλίψη ως ανθρώπινο βίωμα θεωρείται ρεαλιστική αντίδραση.

Η εμπειρία της κατάθλιψης δίνει στο βίωμα μια συλλογική διάσταση με έμφυλες και πολιτικές προεκτάσεις συνδέοντάς το με τα ευρύτερα κοινωνικοπολιτικοοικονομικά γεγονότα. Παράλληλα τονίζεται το δικαίωμα στη δυστυχία και η ανάγκη να είμαστε στο εμείς.

Οι αφηγήσεις αναδεικνύουν ότι η κατάθλιψη δεν συνιστά απλώς μια ατομική ψυχοπαθολογία, αλλά μια σύνθετη εμπειρία που διαμορφώνεται στη συνάντηση προσωπικών απωλειών, τραυματικών γεγονότων, έμφυλων ανισοτήτων, οικονομικής επισφάλειας και κοινωνικών σχέσεων. Η αφήγηση γίνεται εργαλείο χειραφέτησης, μια φωνή που διεκδικεί το χώρο και την ορατότητα που της ανήκει.

3.3 Η Αυτοβιογραφική Αφήγηση ως Θεραπευτική Πράξη

Ο Δημήτρης Παπανικολάου, αναφέρεται στην αναταραχή αρχείου ως «μια δυναμική διαδικασία επαναπροσέγγισης του παρελθόντος» (Παπανικολάου, 2020:101), καθώς το τραύμα μέσω της αφήγησης, επαναπροσδιορίζεται και μετασχηματίζεται σε υλικό αρχείου, όχι με την έννοια του τόπου όπου θα ανασυρθεί η γνώση, αλλά ως ένα συγκρουσιακό πεδίο πολλαπλών και διαπλεκόμενων, με εξουσιαστικές σχέσεις τόπων, όπου παράγεται γνώση (Παπανικολάου, 2020). Αναγνωρίζοντας ότι το υποκειμενικό στοιχείο συνιστά ουσιαστικό κομμάτι της ερευνητικής διαδικασίας, η έρευνα υιοθετεί την αυτοεθνογραφία η οποία συνδυάζει την προσωπική εμπειρία με την κοινωνική και πολιτισμική ανάλυση. Κατά αυτόν τον τρόπο το προσωπικό βίωμα διαπλέκεται με τα δεδομένα των άλλων συμμετεχουσών.

Το αρχείο του τραύματος, πλαισιωμένο από τη μνήμη και την ένταση του συναισθήματος, ρίχνει φως στο βίωμα της κατάθλιψης και έρχεται να παράγει αρχειακές ταραχές και να εκφέρει έναν λόγο αναστοχαστικό πάνω στη βιωμένη εμπειρία, με τρόπο που καθιστά τη δική μου θεσιακότητα όχι στην πλευρά της ερευνήτριας/παρατηρήτριας, αλλά στην ίδια αρένα επανανοηματοδότησης, αντίστασης και επανύπαρξης. Ένας τρόπος για να υπάρξω, πέρα από τον τρόπο που με καθόρισε το πατριαρχικοαποικιακό καθεστώς με όλα του τα ψημύθια (ενδοοικογενειακή βία, κακοποίηση, έμφυλη βία, συντροφική βία, θεσμική βία), είναι η διεκδίκηση της θέσης μου στον κοινωνικό και πολιτικό χώρο, όχι ως ένα πειθαρχημένο, παραγωγικό, κανονικοποιημένο υποκείμενο, αλλά ως ένα σώμα που μετράει, ακόμη και αν αιμορραγούν τα τραύματά του. Όπως μας λέει το Butler: το να δίνεις λόγο στην εαυτή σου αποτελεί μια ουσιαστική επιτέλεση της ύπαρξής σου, μια πράξη αντίστασης στην ευαλωτότητα (Butler, 2011).

Από αυτή τη θεσιακότητα, μιλώ ως σώμα, που πάνω του έχει καταγεγραμμένη κάθε μορφή βίας και κακοποίησης. Ένα σώμα που στην είδηση κάθε νέας γυναικοκτονίας παγώνει ξανά, ως από τύχη επιζώσα. Μιλώ ως σώμα που το κατοικεί η λύπη. Μια λύπη συντροφισσα που τρέφεται καθημερινά με την θηριωδία όσων διαπράττονται γύρω μας. Γενοκτονία, εργασιακή επισφάλεια, καταστολή της δυνατότητας να ζήσουμε όπως επιθυμούμε. Μιλώ ως σώμα που αγκαλιάζει τη δική σας εμπειρία

θλίψης, καλώντας σε ένα συλλογικό χορό, «συλλογικά να γιατρεύουμε τις πληγές μας» (Πρεθιάδο, 2025:111). Να ενώσουμε τις συντριβές μας, να συναρμολογήσουμε τα σπασμένα μας κομμάτια, να φτιάξουμε το δικό μας ανάχωμα στη βία. Η θλίψη, είναι ο δικός μας τρόπος αντεπίθεσης (Wollen, 2015b), στο δρόμο για την επανύπαρξη.

Βιβλιογραφία

- Αθανασίου, Α. (2011). Το φύλο και η σεξουαλικότητα στους λόγους και τις πρακτικές της βιο-επιστήμης: επιστημολογίες και τεχνολογίες του έμφυλου σώματος. Στο Β. Καντσά, Β. Μουτάφη & Ε. Παπαταξιάρχης (Επιμ.), *Μελέτες για το φύλο στην ανθρωπολογία και την ιστορία*. (σ.σ. 227-318). Αλεξάνδρεια.
- Ahmed, S. (2010). *The Promise of Happiness*. Duke University Press.
<https://blackfeministreadinggroup.wordpress.com/wpcontent/uploads/2017/05/sara-ahmed-the-promise-of-happiness-2-feminist-killjoys.pdf>
- Ahmed, S. (2014). *The Cultural Politics of Emotion*. (2nd ed.). Edinburgh University Press.
https://pratiquesdhospitalite.com/wpcontent/uploads/2019/03/24543521_1-sara-ahmed-the-cultural-politics-of-emotion.pdf
- Ahmed, S. (2017). *Living a feminist life*. Duke University Press.
<https://doi.org/10.1515/9780822373377>
- Ahmed, S. (2018). Αλλάζοντας χέρια: Μερικές σκέψεις για το Sex, Gender and Society της Ann Oakley (Ο. Τσιάκαλου, μετ.), φεμινιστικά, 1.
<https://feministiq.net/allazontas-cheria-sex-gender-society-ann-oakley/>
- Ahmed, S. (2025). Εγχειρίδιο για Killjoy Φεμινίστριες. (Ι. Θεοδωροπούλου, Μετ.). Πουά.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
<https://www.ifeet.org/files/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders,-Fifth-Edition,-Text-Revision--DSM-5-TR---American-Psychiatric-Association---z-lib.org-.epub.pdf>
- Βελώνης, Κ. (2026). Πώς συνομιλούμε με τον Μεσοπολέμο; *Θράκα*.
<https://thraca.gr/2026/02/pos-synomiloume-me-ton-mesopolemo->

[4.html?fbclid=IwY2xjawQZQ1xleHRuA2FlbQIxMABicmlkETExYUJUCxMFhjUjRmc0s5c3J0YwZhcHBfaWQQMjIyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHoNyqQPKxcA4mFwC_QmQ3ZTh70AuaA7Lj924yqMo2jmZL1eMSHvZGKKA2j5_aem_hRvi9AF3Yetw1Cu1anL6Mw](https://www.facebook.com/4.html?fbclid=IwY2xjawQZQ1xleHRuA2FlbQIxMABicmlkETExYUJUCxMFhjUjRmc0s5c3J0YwZhcHBfaWQQMjIyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHoNyqQPKxcA4mFwC_QmQ3ZTh70AuaA7Lj924yqMo2jmZL1eMSHvZGKKA2j5_aem_hRvi9AF3Yetw1Cu1anL6Mw)

- Boyle, M.&Johnstone, L. (2025). *ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ «ΕΞΟΥΣΙΑ - ΑΠΕΙΛΗ - ΝΟΗΜΑ»*. Μια Ειλικρινής Εισαγωγή (Λ. Καρατζαφέρης, Ε. Μούτσου & Λ. Παπαδάκος, Μετ.). ΟΙΕΚΔΟΣΕΙΣΤΩΝΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ/Hearing Voices Network.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Butler, J. (2009). *Ενάλωτη ζωή: οι δυνάμεις του πένθους και της βίας* (Κ. Αθανασίου & Μ. Λαλιώτης, Μετ.). Νήσος.
- Butler, J. (2011). "Από την επιτελεστικότητα στην επισφάλεια". Στο: Α. Αθανασίου (Επιμ.). *Επιτελεστικότητα και επισφάλεια. Η Τζούντιθ Μπάλτερ στην Αθήνα*. Νήσος.http://archive.eclass.uth.gr/eclass/modules/document/file.php/SEAD253/%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CE%B1/Butler_Episfaleia.pdf
- Butler, J. (2025). *Ποιος φοβάται το φύλο;* (Γ. Καράμπελας, Μετ.). Αλεξάνδρεια.
- Burton, R. (1621). *The Anatomy of Melancholy*. What it is. PART I – The Cause of Melancholy. Published by the Ex-classics Project, 2009. Public Domain.<https://www.exclassics.com/anatomy/anatomy1.pdf>
- Γώγου, Κ. (2013). *Τώρα να δούμε εσείς τι θα κάνετε. Ποιήματα 1978-2002*. Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Γώγου, Κ. (2018). Ερινύες που ποιήματα γίνονται. [η τελευταία συνέντευξη]. Ελένη Γκίκα.Fractal. *Η ΓΕΩΜΕΤΡΙΑ ΤΩΝ ΙΔΕΩΝ*.<https://www.fractalart.gr/katerina-gogou-interview/>

- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The Johns Hopkins University Press. ISBN 0-8018-8585-X
- Cvetkovich, A. (2012). *Depression: A Public Feeling*. Duke University Press. <https://read.dukeupress.edu/books/book/1367/DepressionA-Public-Feeling>
- Federici, S. (2025). *Ο Κάλλιμπαν και η Μάγισσα: Γυναίκες, Σώμα και Πρωταρχική Συσσώρευση* (Ι. Γραμμένου, Λ. Γυιόκα, Π. Μπίκας, Λ. Χασιώτης, Μετ.). Εκδόσεις των ξένων.
- Ferrucci, L., Koh, C., Bandinelli, S, &Guralnik, J.M. (2007). Disability, Functional Status, and Activities of Daily Living. *Encyclopedia of Gerontology* (2nd Ed.). 2007, 427-436. *Science Direct*. <https://doi.org/10.1016/B0-12-370870-2/00075-5>
- First, M. B., Clarke, D. E., Yousif, L., Eng, A. M., Gogtay, N. & Appelbaum, P. S. (2023). *DSM-5-TR: Rationale, Process, and Overview of Changes*. *Psychiatric Services*, 74, (8). <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.20220334>
- Fortune Business Insights.(December 9, 2025). Antidepressant Market. *Fortune Business Insights*.<https://www.fortunebusinessinsights.com/enquiry/request-sample-pdf/antidepressants-market-105017>
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*,(A. M. Sheridan, Translated). Routledge.https://monoskop.org/images/9/92/Foucault_Michel_The_Birth_of_the_Clinic_1976.pdf

- Foucault, M. (2002). *Για την υπεράσπιση της κοινωνίας* (Τ. Δημητρούλια, Μετ.). Ψυχογίος.
- Foucault, M. (2003). *Ιστορία της Σεξουαλικότητας. 1. Η Δίψα της Γνώσης* (Γκ. Ροζάκη, Μετ.). Ράππα.
- Foucault, M. (2004a). *Η ιστορία της τρέλας* (Φ. Αμπατζοπούλου, Μετ.). Ηριδανός.
- Foucault, M. (2004b). *Επιτήρηση και Τιμωρία. Η Γέννηση της Φυλακής* (Κ. Χατζηδήμου & Ι. Ράλλη, Μετ.). Ράππα.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. (Edited), M., Senellart. (G., Burchell, Translated.). Palgrave MacMillan. ISBN: 978-1403986542.
https://www.researchgate.net/publication/277164772_bMichel_Foucault_The_Birth_of_Biopolitics_Lectures_at_the_College_de_France_1978-1979_Edited_by_Michel_Senellart_Translated_by_Graham_Burchell_New_York_Palgrave_MacMillan_2008_ISBN_978-1403986542
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, *Papers on Metapsychology and Other Works*, 237-258. <https://www.jungiananalysts.org.uk/wp-content/uploads/2024/09/Freud-S.-1917-Mourning-and-Melancholia-The-Standard-Edition-London-Hogarth-Press-1.pdf>
- Fricker, M. (September 01, 2007). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
- Gilman, P. C. (2025). *Η κίτρινη ταπετσαρία* (Δ. Σταυρίδου, Μετ.). Έρμα

- Goffman, E. (1991). *ASYLUMS :Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. PENGUIN.
- Global News. (December 09, 2024). Dimension Market Research. *Globe newswire*.
<https://www.globenewswire.com/newsrelease/2024/12/09/2993990/0/en/Antidepressant-Drugs-Market-is-expected-to-reach-a-revenue-of-USD-26-9-Bn-by-2033-at-3-3-CAGR-Dimension-Market-Research.html>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
<https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S.(2016). Whose Science? Whose Knowledge? : Thinking from Women's Lives. *Project MUSE*.muse.jhu.edu/book/48914.
<https://frauenkultur.co.uk/wp-content/uploads/2020/05/Whose-Science-Whose-Knowledge-Introduction.pdf>
- Horwitz, A.V.& Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. ISBN 978-0-19-531304-8.OxfordUniversityPress.
- Ίσαρη, Φ.&Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση*. Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις: ΚΑΛΛΙΠΟΣ.<https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5826>
- Κόκκινος, Γ. (2021). *Άζια και Ανάξια Ζωή, Ευγονική, εκφυλισμός, βιοπολιτική: Ο γιατρός στο ρόλο του κοινωνικού θεραπευτή και του εθνικού αναμορφωτή*. Ταξιδευτής.
- Κονταξάκης, Β. & Κωνσταντακόπουλος, Γ., (2015). Από το DSM-I στο DSM-5. *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία*.
26(1).<https://www.psychopathology.gr/ekdoseis/arthra/item/25-from-dsm-i-to-dsm-s-psihiatriki-2015-26-1-13-16>

- Λέκκα, Β. (2012). *Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής. Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault*. Futura.
- Moitra, M., Santomauro, D., Collins, P.Y., Vos, T., Whiteford, H., Saxena, S. & Ferrari, A. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLOS*.
<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003901#pmed.1003901.s001>
- Moncrieff, J. (2019). *Ο Μύθος της Χημικής ίασης: μια κριτική της ψυχιατρικής φαρμακοθεραπείας*. (Η. Γιαννόπουλος, Μετ.), (Λ. Καρατζαφέρης, Επιμ.). Οposito/Δίκτυο Ακούγοντας Φωνές.
- Παπανικολάου, Δ. (2020). *Κάτι Τρέχει με την Οικογένεια. Έθνος, πόθος και συγγένεια την εποχή της κρίσης*. 2^η έκδοση. Εκδόσεις Πατάκη.
- Peglidou, Athena. 2010. “Therapeutic Itineraries of ‘Depressed’ Women in Greece: Power Relationships and Agency in Therapeutic Pluralism.” *Anthropology & Medicine* 17 (1): 41–57. doi: 10.1080/13648471003600404.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20419516/>
- Πρεθιάδο, Π. Μπ. (2025). *Είμαι το Τέρας που σας Μιλά: Αναφορά σε μια Ακαδημία Ψυχαναλυτών*. Γ' έκδ. (Α. Μ. Ελευθερίου, Μετ.). Αντίποδες.
- Puar, K. J. (2017). *The Right to Maim. Debility, Capacity, Disability*. Duke University Press. https://transreads.org/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-13_5c895f68d366e_jasbir-k-puar-the-right-to-maim-debility-capacity-disability.pdf
- Puar, K. J. (2021). Spatial Debilities: Slow Life and Carceral Capitalism in Palestine. *South Atlantic Quarterly*. 120 (2) , pp 393-414. DOI:10.1215/00382876-8916144. <https://read.dukeupress.edu/south-atlantic-quarterly/article->

[abstract/120/2/393/173306/Spatial-DebilitiesSlow-Life-and-Carceral?redirectedFrom=fulltext](https://www.researchgate.net/publication/248141981_Neurochemical_Selves)

Rose, N. (2003). Neurochemical Selves. Feature Article. Society, 4 (1), 46-59.
DOI:10.1007/BF02688204.

https://www.researchgate.net/publication/248141981_Neurochemical_Selves

Σπυράτου, Α. Β. (2007). *Κατερίνα Γώγον: Έρωτας Θανάτου*. Βιβλιοπέλαγος.

Szasz, T. S. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Revised Edition. Harper&Row, Publishers, Inc.

Τζανάκη, Δ. (2016). *Ιστορία της [ΜΗ] Κανονικότητας. Η σφίγγα πρέπει ν' αυτοκτονήσει. Ο Οιδίποδας επικρατεί*. Ασίνη.

Τζανάκη, Δ. (2020). Τους ανθρώπους τους «θανατώνουν» όταν εκθηλώνονται ψυχικά. *Marginalia*, 12. <https://marginalia.gr/arthro/toys-anthropoys-toys-thanatonoy-notan-toys-ekthilynoun-psychika/>

Τζανάκη, Δ. (2021). Μια αναδρομική ανάγνωση δώδεκα εργατικών ατυχημάτων "τραυματικής υστερίας": Μια επικίνδυνη ερμηνεία περί εκθηλυμένης/υστερικής ζωής από τον Α' Παγκόσμιο στο 2020. *Θέσεις* 154. https://www.theseis.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1510&catid=173&Itemid=113

Τζανάκη, Δ. & Κουρούτζας, Χ. (2024). *Φύλο, Επιστήμη και Κοινωνία: Queer αναγνώσεις της (ανθρώπινης) υποτέλειας*. [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <http://dx.doi.org/10.57713/kallipos-332>

Τζανάκη, Δ. (2026). Πώς Συνομιλούμε με τον Μεσοπόλεμο; Δύο κείμενα της Δήμητρας Τζανάκη και της Πέννυς Μηλιά. *Θράκα*. <https://thraca.gr/2026/02/dy0-keimena-ths-dimitras-tzanaki-kai-ths-pennis-milia.html?fbclid=IwY2xjawQZQ2dleHRuA2FlbQlXmABicmlkETExYUJUC>

[HcxMFhUjRmc0s5c3J0YwZhcHBfaWQQMjIyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHoNyqQPKxcA4mFwC_QmQ3ZTh70AuaA7Lj924yqMo2jmZL1eMSHvZGKKA2j5_aem_hRvi9AF3Yetw1Cu1anL6Mw](https://www.tvxsgreece.gr/news/ellada/diplasiastike-se-mia-eksaetia-i-katanalosi-psyxofarmakon-stin-ellada/)

TvxS. (2022). Διπλασιάστηκε σε μία εξαιτία η κατανάλωση ψυχοφαρμάκων στην Ελλάδα. *TvxSNewsroom*. Άρθρο. 20 Νοεμβρίου, 2022.<https://tvxs.gr/news/ellada/diplasiastike-se-mia-eksaetia-i-katanalosi-psyxofarmakon-stin-ellada/>

Westerink, H. (2014). Demonic Possession and the Historical Construction of Melancholy and Hysteria. *History of Psychiatry*, Article. 25, (3). 335-349.<https://doi.org/10.1177/0957154X14530818>

WHO. (2017, 30 March). "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health. *World Health Organization*.<https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

WHO. (2025). Mental disorders. *World Health Organization*.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Wollen, A. (2015a). Meet Audrey Wollen, The Feminist Art Star Staging A Revolution On Instagram. Article. *Huffpost*.https://www.huffpost.com/entry/audrey-wollen-the-feminist-art-star-staging-a-revolution-on-instagram_n_5660dddde4b079b2818e0993#:~:text=To%20be%20clear%2C%20Wollen%20says%20she%20is,situation%2C%20not%20a%20personal%20failure%20or%20problem.

Wollen, A. (2015b, August 4). Artist Audrey Wollen on the power of sadness: Sad girl theory, explained. *Nylon*. <https://www.nylon.com/articles/audrey-wollen-sad-girl-theory>

Χαν, Μπ. Τσ. (2015). Η Κοινωνία της Κόπωσης (Α. Κράουζε, Μετ.). Opera.

Zivanovic, O. & Nedic, A. (2012). Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: One hundred years later. *Journal of Affective Disorders*. 137, 15-24. https://www.academia.edu/2029963/Kraepelins_concept_of_manic_depressive_insanity_One_hundred_years_later

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1



Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων/ουσών

**Τίτλος ΜΔΕ: «Από τα Άστυα στην Ψυχανάλυση και τη Φαρμακοβιομηχανία: Έμφυλη
Αντίσταση, Ψυχική “Αναπηρία” και Παθολογικοποίηση του Θηλυκού Βιώματος»**

Φοιτήτρια/Ερευνήτρια: Λεμονιά Αβαγιάννη

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο της εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, με τίτλο: «Από τα Άστυα στην Ψυχανάλυση και τη Φαρμακοβιομηχανία: Έμφυλη Αντίσταση, Ψυχική “Αναπηρία” και Παθολογικοποίηση του Θηλυκού Βιώματος», υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας **Δήμητρας Τζανάκη**.

Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας θα σας δώσει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε ενημερωμένα να αποφασίσετε για το αν θα συμμετάσχετε ή όχι σε αυτήν.

Σας παρακαλώ να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να το διαβάσετε, να το σκεφτείτε και να κάνετε όποιες ερωτήσεις θέλετε. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα σας ζητηθεί να υπογράψετε αυτό το έντυπο.

1. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Σκοπός της έρευνας είναι να αναδειχθούν οι «φωνές» των ίδιων των υποκειμένων.

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ της ΕΡΕΥΝΑΣ :

Στην έρευνα αυτή προβλέπεται να συμμετάσχουν περίπου 10 άτομα.

3. ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Στην περίπτωση που το επιθυμείτε, θα μου ήταν εξαιρετικά βοηθητική η συμμετοχή σας στην έρευνα κατά την οποία θα ήθελα να συζητήσουμε μαζί την προσωπική σας εμπειρία θλίψης.

Λόγω της εμπειρίας σας προσκαλείστε να συμμετάσχετε στην ποιοτική μου έρευνα με την τεχνική της ημι-δομημένης συνέντευξης. Η διαδικασία για λόγους αυστηρά επιστημονικούς θα καταγραφεί με τη χρήση μαγνητοφώνου. Η συμμετοχή σας μπορεί να οδηγήσει στην

καλύτερη αποτύπωση των αναγκών που συνδέονται με τους στόχους της έρευνας και την (ανα) προσαρμογή των σχετικών πολιτικών και μεθοδολογιών.

4. ΚΙΝΔΥΝΟΙ (κόστος/επιβάρυνση) από τη συμμετοχή στην έρευνα:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή επιβάρυνση (εκτός ίσως από το κόστος της μετακίνησής σας προς τον τόπο της συνάντησης/διεξαγωγής της έρευνας) και το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή.

5.ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Μπορείτε επίσης να αποσυρθείτε από την έρευνα χωρίς την οποιαδήποτε συνέπεια και χωρίς την απαίτηση παροχής οποιασδήποτε εξήγησης. Τα προσωπικά σας δεδομένα μπορούν να διαγραφούν ανά πάσα στιγμή. Η καταγραφή θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και θα διαγραφεί μετά την απομαγνητοφώνηση / ολοκλήρωση της έρευνας. Σε κάθε περίπτωση η διαγραφή των πληροφοριών δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά την έναρξη της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας.

6.ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:

Στο πλαίσιο της έρευνας στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας σύμφωνα με τις αρχές προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR), οι οποίοι αφορούν την εμπιστευτικότητα και την ψευδωνυμοποίηση των προσωπικών σας δεδομένων. Έτσι, οι πληροφορίες που θα δώσετε θα ανωνυμοποιηθούν /ψευδωνυμοποιηθούν και θα κωδικοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας σε τρίτους (χρήση κωδικών). Επίσης, η ταυτότητά σας δεν θα αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα προκύψουν από τη συγκεκριμένη μελέτη. Τα αρχεία που περιλαμβάνουν τα δεδομένα σας θα φυλάσσονται «κλειδωμένα» στον προσωπικό μου υπολογιστή. Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που θα δώσετε μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον δευτερογενώς σε παρόμοια έρευνα για λόγους συγκρισιμότητας. Αποτελέσματα αυτής της έρευνας μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια, σχέδια δράσης. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητά σας δεν θα μπορούν να προσδιοριστούν σε καμία δημοσίευση.

7. ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:

Η διάρκεια της συνέντευξης εκτιμάται σε περίπου 30-45 Λεπτά.

8. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε στο Mail:avag.lemi@yahoo.gr ή στο τηλέφωνο:6982184521.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος ΜΔΕ: «Από τα Άστυλα στην Ψυχανάλυση και τη Φαρμακοβιομηχανία: Έμφυλη Αντίσταση, Ψυχική “Αναπηρία” και Παθολογικοποίηση του Θηλυκού Βιώματος»

Φοιτήτρια/Ερευνήτρια: Λεμονιά Αβαγιάννη

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης	NAI	☐	OXI	☐
Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση	NAI	☐	OXI	☐
Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων	NAI	☐	OXI	☐
Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια.	NAI	☐	OXI	☐
Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν.	NAI	☐	OXI	☐
Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα	NAI	☐	OXI	☐
Συναινώ στη μαγνητοφώνηση της συνέντευξης	NAI	☐	OXI	☐
Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος/ουσας:				
Υπογραφή	Ημερομηνία			
Ονοματεπώνυμο ερευνήτριας:	Λεμονιά Αβαγιάννη			

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε τη συναίνεσή σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Οδηγός ημιδομημένων ερωτήσεων

A. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΟ/ΨΥΧΟΛΟΓΟ

1. Θα θέλατε να μου περιγράψετε συνοπτικά την επαγγελματική σας εμπειρία σε σχέση με την κατάθλιψη;
2. Ποια είναι η άποψή σας για την εισαγωγή της «Παρατεταμένης Διαταραχής Πένθους»; Πιστεύετε ότι μπορεί να οριοθετηθεί ο τρόπος ή/και ο χρόνος του πένθους;
3. Πώς αξιολογείτε τις αλλαγές στις πρόσφατες εκδόσεις του DSM σχετικά με τη «Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή»; Έχουν επηρεάσει τον τρόπο διάγνωσης;
4. Υπάρχει, κατά τη γνώμη σας, κίνδυνος να παθολογικοποιούνται μορφές θλίψης μέσα από αυτές τις αλλαγές;
5. Πώς σχολιάζετε την αυξανόμενη χρήση αντικαταθλιπτικών τα τελευταία χρόνια;
6. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών ανταποκρίνεται σε πραγματικές θεραπευτικές ανάγκες;
7. Με ποιους τρόπους περιγράφουν συνήθως τα άτομα την εμπειρία της κατάθλιψης;
8. Πώς αντιλαμβάνονται την κατάσταση αυτή; Υπάρχουν περιπτώσεις όπου τη βιώνουν ως προσωπική αποτυχία ή αδυναμία;
9. Πώς κατανοείτε εσείς την κατάθλιψη; Ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην εμφάνισή της (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί);
10. Με βάση την εμπειρία σας, μπορεί η κατάθλιψη να ιδωθεί και ως κοινωνικό ή/και πολιτισμικό φαινόμενο;

11. Θα μπορούσε σε κάποιες περιπτώσεις να θεωρηθεί μορφή αναπηρίας; Πώς τοποθετείστε σε αυτό;
12. Πώς αντιλαμβάνεστε τον ρόλο του σύγχρονου τρόπου ζωής και της κουλτούρας της ανθεκτικότητας στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας; Πιστεύετε ότι συνδέονται με εμπειρίες θλίψης ή κατάθλιψης;
13. Θα μπορούσε, κατά τη γνώμη σας, η εμπειρία της κατάθλιψης σε ορισμένες περιπτώσεις να ιδωθεί και ως μορφή αντίδρασης απέναντι σε κοινωνικές ή οικονομικές πιέσεις;
14. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η έμφαση στη «θετικότητα» στη σύγχρονη κοινωνία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται και εκφράζεται η ψυχική οδύνη;
15. Θα μπορούσε, κατά τη γνώμη σας, η κατάθλιψη σε ορισμένες περιπτώσεις να ιδωθεί μέσα από ένα κοινωνικοπολιτικό και όχι μόνο ατομικό πρίσμα; Αν ναι, με ποιους τρόπους;

B. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

1. Θα θέλατε να μου διηγηθείτε κάποια πράγματα για εσάς, για τη ζωή σας; Τι δυσκολίες έχετε συναντήσει ή αν σας έχει συμβεί κάποιο τραυματικό γεγονός;
2. Πώς θα περιγράφατε την βιωματική σας εμπειρία με την κατάθλιψη;
3. Έχει επηρεαστεί η καθημερινότητά σας, οι ρυθμοί της ζωής σας ή ο τρόπος που σχετίζεστε με άλλους ανθρώπους;
4. Κατά την εξέταση με τον ειδικό, σας ζητήθηκε να μιλήσετε για τα γεγονότα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίσατε στη ζωή σας;
5. Ο τρόπος που αντιμετωπιστήκατε από κάποιον ειδικό, σας έκανε να νιώσετε ότι γίνεται κατανοητή η εμπειρία σας ή νιώσατε ότι δεν εισακούστηκε ο δικός σας λόγος ή ότι παθολογικοποιήθηκαν τα συναισθήματά σας;
6. Πώς νιώθετε με τη διάγνωση που σας έχει δοθεί; Πιστεύετε ότι αυτό που νιώθετε έχει αντιμετωπιστεί ως υπερβολή;

7. Ακολουθείτε κάποιο είδος θεραπείας; Αν ναι, είναι ανακουφιστική για εσάς; θεωρείτε ότι πρόκειται για ένα είδος πίεσης να νιώσετε εντός της κανονικότητας;
8. Η θλίψη σας, εκλαμβάνεται από τους γύρω σας ως μια δυσλειτουργία που έχετε ή ότι οφείλεται σε δικό σας έλλειμμα ή ανικανότητα;
9. Αν βιώνετε πένθος, το περιβάλλον σας πώς εκλαμβάνει τα συναισθήματά σας; Εσείς πιστεύετε ότι το πένθος είναι μια συναισθηματική διαδικασία που πρέπει να ολοκληρωθεί σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα;
10. Πώς έχει επιδράσει στον ψυχισμό σας ο σύγχρονος τρόπος ζωής και τα ευρύτερα κοινωνικά προβλήματα;
11. Πώς αισθάνεστε όταν σας λένε να είστε χαρούμενη και να σκέφτεστε θετικά;
12. Η κουλτούρα της ανθεκτικότητας σας κάνει να νιώθετε αποτυχημένη;
13. Πιστεύετε ότι παραμένετε στη θλίψη επειδή αρνείστε να συμβιβαστείτε ή να συμμορφωθείτε με τον τρόπο που η κοινωνία επιτάσσει;
14. Πιστεύετε ότι η θλίψη σας αποτελεί ένα συναισθηματικό αρχείο, ένα αρχείο μνήμης βιωμάτων και εμπειριών; Ποιο θα μπορούσε να είναι αυτό;
15. Η Sara Ahment, φεμινίστρια θεωρητικός, αναφέρει ότι «η δυστυχία μας αποτελεί την άποψή μας για αυτόν τον κόσμο» και ότι «η απαίτηση να είμαστε θετικές είναι βάνανυση». Πώς το σχολιάζετε; Είναι η άρνηση της ευτυχίας μια μορφή έμφυλης αντίστασης;

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγράφισσας:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.