ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: ΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ (ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ)

ΕΠΟΠΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Ι.Ν. Νέστορος, Ρ. Μέλλον, Κ. Ζγαντζούρη

Φοιτήτρια

Ανδρονίκη Μηναδάκη
Α.Μ. 789

Ρέθυμνο 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στους επόπτες μου, κ. Ιωάννη Νέστορος, κ. Ρόμπερτ Μέλλον και κ. Κωνσταντίνα Ζγαντζούρη, για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφεραν στη διεκπεραίωση της Διπλωματική μου εργασίας. Οι επόπτες μου, με την επιστημονική τους γνώση και την καθοδήγηση τους συνέβαλλαν ουσιαστικά στη δόμηση και ολοκλήρωση αυτής της θεωρητικής και ερευνητικής προσπάθειας μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως τον κ. Ιωάννη Νέστορος, ο οποίος εκτός των άλλων έδειξε ιδιαίτερη κατανόηση στο πρόβλημα που αντιμετωπίζω και κατά συνέπεια αρκετή υπομονή μέχρι να ολοκληρώσω την εργασία μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ……6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ
1.1 Τι είναι ψυχοθεραπεία……9
1.2 Μοντέλα Ψυχοθεραπείας……13
1.2.1 Ψυχοδυναμική Σχολή - Ψυχαναλυτικό Μοντέλο……13
1.2.2 Το Συμπεριφοριστικό Μοντέλο……33
1.2.3 Ανθρωπιστικό Μοντέλο……43
1.2.4 Υπαρξιστικό Μοντέλο……47
1.2.5 Το Βιολογικό Μοντέλο……50
1.2.6 Η Θεωρία Των Προσωπικών Νοητικών Κατασκευών του G. Kelly……51
1.2.7 Η Θεωρία Gestalt Ή Μορφολογική……53
1.3 Στάδια της Ψυχοθεραπείας……56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ……71
2.1 Ιστορικό του κινήματος για τη σύνθεση των μοντέλων ψυχοθεραπείας……72
2.2 Παράγοντες που ευνόησαν τη σύνθεση……78
2.3 Κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες σε όλες τις ψυχοθεραπείες…..83
2.4 Εμπόδια στη σύνθεση των μοντέλων……90
2.5 Το Συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας……94
2.6 Οι βασικές αρχές του μοντέλου της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας……104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ……111
3.1 Ορισμός της έννοιας……111
3.2 Επιδημιολογία……114
3.2.1 Συχνότητα εμφάνισης……114
3.2.2 Ηλικία και Φύλο……114
3.2.3 Εποχή γέννησης……114
3.2.4 Γεωγραφική κατανομή……115
3.2.5 Πληθυσμιακή συχνότητα……115
3.2.6 Πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία……115
3.2.7 Δείκτες αναπαραγωγής……116
3.3 Χαρακτηριστικά Κλινικά Συμπτώματα της Σχιζοφρένειας.
Κλινική Εικόνα και Πορεία της Σχιζοφρένειας……117
3.3.1 Φάσεις της σχιζοφρένειας. Προνοσηρά συμπτώματα και

σημεία…….....117
3.3.2 Εξέταση Παρούσας Ψυχικής Κατάστασης……...118
- *Σκέψη*
- *Αίσθηση του εαυτού*
- *Αντίληψη*
- *Βούληση*
- *Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο*
- *Συναίσθημα*
- *Ψυχοκινητικότητα*
- *Παράξενη Συμπεριφορά*
- *Μη λεκτική Επικοινωνία*

3.3.3 Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές……126
- *Σωματικά συμπτώματα*
- *Αυτοκτονία*
- *Χρήση και Κατάχρηση ουσιών*
- *Εργαστηριακά ευρήματα*

3.4 Πρόγνωση της Σχιζοφρένειας……..…129
3.5 Διάγνωση……...….131
3.5.1 Διαφορική Διάγνωση……....133
3.6 Θεωρίες για την αιτιολογία της Σχιζοφρένειας……..….137
3.6.1 Βιολογικοί παράγοντες……...…..137
3.6.2 Γενετικοί Παράγοντες…….146
3.6.3 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες…….…….148
3.6.4 Το πρότυπο στρες – ευπάθεια……..….153
3.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας…….……..…154
3.7.1 Σωματικές θεραπείες……154
3.7.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες……...……158
3.8. Παιδική Σχιζοφρένεια…….…..163

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
Η ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ……..….165
4.1 Η αντανάκλαση συναισθήματος και η λειτουργία της……165
4.2 Εμπειρικά στοιχεία…….165
4.3 Η σπουδαιότητα των συναισθημάτων…….….166
4.4 Τα πλεονεκτήματα της Αντανάκλασης Συναισθημάτων…....167
4.5 Η Αντανάκλαση Συναισθημάτων και η σχέση της με την Ενσυναίσθηση……..….169
4.6 Προειδοποιήσεις…….……169
4.7 Το πλαίσιο της Αντανάκλασης Συναισθημάτων…….…….170
4.8 Πηγές των Αντανακλάσεων ……..….171
4.9 Η ορθότητα της Αντανάκλασης……172
4.10 Η επίδραση της Αντανάκλασης……...……...172

4.11 Οι δυσκολίες των θεραπευτών κατά την Αντανάκλαση Συναισθημάτων……..…….173

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ……..…….174
5.1 Μεθοδολογία……..…….174
5.2 Αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας…….……175
5.3. Συζήτηση και συμπεράσματα…….……179

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ…….…….180

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..……183

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τι είναι ο άνθρωπος; Το ερώτημα αυτό απασχόλησε και απασχολεί τους ειδικούς, και όχι μόνο, από την πρώτη του εμφάνιση μέχρι και σήμερα. Είναι σίγουρο ότι ο άνθρωπος είναι κάτι παραπάνω από σάρκα και οστά, μόρφωση, επάγγελμα, κοινωνική τάξη, οικογενειακή κατάσταση, εξωτερική εμφάνιση. Αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν επιμέρους πτυχές του ανθρώπου μέσω των οποίων εξωτερικεύεται και προσδιορίζουν το σύνολο των γνωρισμάτων που συνιστούν τον εξωτερικό καθρέπτη εκείνης τη εσωτερικής δομής την οποία χαρακτηρίζουμε ως *προσωπικότητα* (Μπρούζος, 2001). *Η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς* (Pervin & John, 2001, σελ. 36). Από τα βάθη των αιώνων μέχρι σήμερα το ψυχολογικό εγχείρημα αναφέρεται στην απορία που θέτει ο άνθρωπος σαν ψυχικό, κοινωνικό, βιολογικό ον. Εγχείρημα το οποίο συνήθως είναι επίπονο μέχρι και ανέφικτο και ουτοπικό. Υποκείμενο και αντικείμενο αυτής της διερεύνησης είναι το ίδιο το άτομο, γεγονός που μπορεί να γεννά παρερμηνείες, εμπλοκές και αδιέξοδα (Τσαλίκογλου, 1994).

Κάθε άνθρωπος είναι μέχρι ενός σημείου όπως και οι άλλοι, εν μέρει όπως κάποιοι άλλοι, και σε κάποια σημεία όπως κανένας άλλος. Μπορεί να υπάρχουν κάποιες ομοιότητες στις επιμέρους πτυχές, το σύνολο όμως είναι μοναδικό και ανεπανάληπτο. Η ψυχολογία της προσωπικότητας επιχειρεί να περιγράψει και να εξηγήσει τις διαφορές μεταξύ των ατόμων, καθώς επίσης και να εντοπίσει και να αποτυπώσει τις ομοιότητες. Για το σκοπό αυτό αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες προσωπικότητας ανταγωνιστικές μεταξύ τους αλλά και συμπληρωματικές, που στηρίζονται σε μια γενική φιλοσοφική θεώρηση της ανθρώπινης φύσης (Μπρούζος, 1999). Παράλληλα, όχι μόνο η προσωπικότητα αλλά και η ανθρώπινη ψυχολογική ανάπτυξη από τη γέννηση μέχρι και το θάνατο, αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο που απασχολεί έντονα τον άνθρωπο και η κατανόηση του οποίου δυσχεραίνεται ορισμένες φορές από το πλήθος των διαφορετικών θεωριών που έχουν κατά καιρούς προταθεί (Salkind, 2005).

Στην προσπάθεια να εξηγηθούν οι ποικίλες πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, οι διάφορες θεωρίες για την προσωπικότητα και την εξέλιξη, πρέπει να περιλαμβάνουν αναλύσεις σχετικές με το γιατί κάποιοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα άγχη της καθημερινής ζωής και είναι γενικά ικανοποιημένοι, ενώ άλλοι αναπτύσσουν ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις, δηλαδή μη φυσιολογική συμπεριφορά που αποδίδεται σε ψυχολογικά αίτια. Παράλληλα, οι θεωρίες προτείνουν ψυχοθεραπείες ή τρόπους μεταβολής παθολογικών τύπων συμπεριφοράς (Pervin & John, 2001).

Μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία της ψυχοπαθολογίας και στην εξέλιξη της ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, θα δείξει ότι από τα αρχαία χρόνια μέχρι σήμερα, η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και των πασχόντων από διάφορα ψυχικά συμπτώματα, μετατοπίζονται ανάλογα με το κυρίαρχο πνεύμα της εποχής, μεταξύ μαγείας, θρησκείας και Ιατρικής (Ζγαντζούρη, 2001).

Στην εποχή του Freud και για πολλές δεκαετίες αργότερα οι άνθρωποι ζητούσαν ψυχοθεραπεία για λίγους σχετικά λόγους. Οι περισσότεροι από αυτούς που υποβάλλονταν σε προφροϋδικές μορφές θεραπείας, το έκαναν σαν τρόφιμοι ψυχιατρείων χωρίς τη θέληση τους πολλές φορές. Μόνο όταν η επίδραση του Freud μεγάλωσε οι άνθρωποι άρχισαν να υποβάλλονται θεληματικά σε θεραπεία για να απαλλαγούν από καταστάσεις που διαφορετικά θα είχαν προσπαθήσει να συμβιβαστούν και να ζήσουν μαζί τους (Κίρναν 1977).

Σήμερα κανείς δεν αμφισβητεί την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, όπως αυτή τεκμηριώθηκε σε σχετικές σχεδιασμένες έρευνες (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Έτσι, στις μέρες μας έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά η συνολική αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, ανεξάρτητα από την προσέγγιση που κάθε φορά εφαρμόζεται καθώς και το γεγονός ότι η ψυχοθεραπεία προάγει την αλλαγή του θεραπευόμενου. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας που αφορά στη ψυχοθεραπεία έχει δώσει έμφαση στη σύγκριση μεταξύ των μοντέλων ψυχοθεραπείας και στην επιβεβαίωση της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας ενός μοντέλου ψυχοθεραπείας και των τεχνικών που εφαρμόζει για την αντιμετώπιση των ψυχικών συμπτωμάτων, έναντι άλλων μοντέλων με τα οποία γίνεται η σύγκριση. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος για τη μελέτη των κοινών θεραπευτικών παραγόντων σε όλα τα μοντέλα ψυχοθεραπείας, οι οποίοι καλύπτουν το 30% περίπου της συνολικής αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας, γεγονός ενθαρρυντικό για την πληρέστερη και περισσότερο σφαιρική κατανόηση του φαινομένου της ψυχοθεραπείας (Ζγαντζούρη, 2001).

Τα τελευταία χρόνια, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 αρχίζουν να αναπτύσσονται και να εξαπλώνονται τα συνθετικά μοντέλα ψυχοθεραπείας, τα οποία συνδυάζουν και συνθέτουν σε ένα ενοποιημένο σύνολο, στοιχεία και τεχνικές από πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις και παράλληλα για την κατανόηση των συμπτωμάτων λαμβάνουν υπόψη τους ερευνητικά δεδομένα από ποικίλα συναφή επιστημονικά πεδία, όπως τις νευροεπιστήμες, την ψυχοφαρμακολογία κλπ. (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Στα πλαίσια, λοιπόν, αυτής της προσπάθειας για τη σύνθεση των διαφόρων μοντέλων ψυχοθεραπείας, η παρούσα εργασία εξετάζει τις ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες στη **Συνθετική ψυχοθεραπεία** σε άτομα που πάσχουν από **σχιζοφρενικά συμπτώματα**. Ειδικότερα εξετάζονται οι παρεμβάσεις του θεραπευτή, ενώ ο ψυχοθεραπευτικός παράγοντας που μελετάται είναι η **Αντανάκλαση του Συναισθήματος**. Η Σχιζοφρένεια αποτελεί την πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή και τα άτομα που νοσούν από αυτήν θεωρούνται ως άτομα με αναπηρία λόγω των ειδικών προβλημάτων που παρουσιάζουν σε διάφορους τομείς της ζωής τους όπως στην εργασία, στις κοινωνικές σχέσεις, στη σεξουαλική τους ζωή κτλ. (Νέστορος, 1994).

Αναλυτικά η διάρθρωση της εργασίας έχει ως εξής:

Το πρώτο κεφάλαιο αφορά μια εισαγωγική αναφορά στην έννοια της **ψυχοθεραπείας**. Στο κεφάλαιο αυτό δίνονται καταρχήν ορισμοί της ψυχοθεραπείας και μια προσπάθεια οριοθέτησης του όρου, όπως έχει προταθεί

κατά καιρούς από διάφορους θεωρητικούς. Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά τα κυριότερα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα, οι κυριότερες αρχές τους, το θεωρητικό υπόβαθρό και οι θεραπευτικές τεχνικές τους. Καθώς μάλιστα συζητάμε την σύνθεση των διαφόρων μοντέλων παρουσιάζονται τα κοινά στοιχεία αλλά και οι διαφορές, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε επίπεδο θεραπειών και τεχνικών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Συνθετικό μοντέλο Ψυχοθεραπείας. Αναλύονται το ιστορικό του κινήματος για τη σύνθεση, τα εμπόδια αλλά και οι παράγοντες που ευνόησαν την συνθετική αυτή τάση, ενώ παρουσιάζονται αναλυτικά και οι βασικές αρχές του μοντέλου. Επειδή το θέμα μας αφορά τους ασθενείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα, εστιάζουμε ειδικά στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών στα πλαίσια της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας.

Το τρίτο κεφάλαιο αφορά τη μελέτη της Σχιζοφρένειας ως νόσου. Περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της νόσου, το ιστορικό της μελέτης της, τα επιδημιολογικά στοιχεία, η διάγνωση, η αιτιολογία. Αναφερόμαστε ειδικά στην θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου και στις διάφορες θεωρητικές και πρακτικές προσεγγίσεις που έχουν κατά καιρούς προταθεί για την επίτευξη της, από διάφορους κλάδους (νευροεπιστήμες, φαρμακολογία, ψυχολογία, Ιατρική κτλ.).

Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανάλυση του υπό μελέτη ψυχοθεραπευτικού παράγοντα, ο οποίος στη συγκεκριμένη εργασία είναι η Αντανάκλαση Συναισθήματος. Αναφέρονται ο ορισμός της έννοιας, η χρήση της δεξιότητας αυτής στα πλαίσια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, η αποτελεσματικότητα της.

Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας. Περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας και ακολουθούν η συζήτηση και τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

1.1Τι είναι ψυχοθεραπεία

Από τα πολύ παλιά χρόνια ήταν γνωστό ότι η ανθρώπινη επικοινωνία και σχέση μπορεί να ανακουφίσει, να αλλάξει τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς, να τροποποιήσει την εσωτερική εικόνα του εαυτού ή την εικόνα του κόσμου. Όλες οι ψυχοθεραπείες βασίζονται σε αυτήν την αλήθεια. Προοδευτικά, όμως, διάφοροι ερευνητές – θεραπευτές προσπάθησαν να προσδιορίσουν συγκεκριμένους θεραπευτικούς παράγοντες και ανέπτυξαν συγκεκριμένες θεωρίες, στις οποίες βάσισαν τις ψυχοθεραπευτικές τους τεχνικές. Έτσι σήμερα αριθμούνται πάνω από 400 διαφορετικά είδη ψυχοθεραπειών. Τι είναι λοιπόν ψυχοθεραπεία; (Μάνος, 1997).

Ο ορισμός της έννοιας ψυχοθεραπεία αποτελεί από πολύ παλιά μια πολύ δύσκολη υπόθεση, δεδομένου ότι συνίσταται από ποικιλία χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων, οι οποίες είναι αδύνατον να συμπεριληφθούν σε ένα σύντομο και περιεκτικό ορισμό. Παράλληλα, πολλές νομικές και νομοθετικές αρχές σε όλον τον κόσμο κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι σχεδόν αδύνατο να ορίσουμε την «ψυχοθεραπεία» με τέτοιο τρόπο που να περιλαμβάνει αυτό που θεωρείται ότι είναι ψυχοθεραπεία και αυτό που θεωρείται ότι δεν είναι ψυχοθεραπεία, με βάση κάποια διεθνώς αποδεκτή συμφωνία μεταξύ των θεραπευτών (Ζγαντζούρη, 2001).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997),

> *«ψυχοθεραπεία είναι μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία – λεκτική και μη λεκτική – επιχειρεί να ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, ν' αντιστρέψει ή να μεταβάλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας. Η αντανάκλαση μιας επιτυχημένης ψυχοθεραπευτικής προσπάθειας, είτε απευθύνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων κυρίως (π.χ. θεραπεία συμπεριφοράς), είτε στη μεταβολή της προσωπικότητας (π.χ. ψυχανάλυση και αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία), είναι η καλύτερη λειτουργικότητα του ατόμου στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην εργασία και η ευχάριστη χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου (διασκέδαση).»* (Μάνος, 1997, σελ. 799).

Ο Παπαδόπουλος, στο Λεξικό της Ψυχολογίας (1994), περιγράφει την ψυχοθεραπεία ως εξής:

> *«Όρος που αναφέρεται σε μεθόδους παρέμβασης (intervention) με βάση τις ψυχικές διαδικασίες και με τη συμφωνία ενδιαφερόμενου*

(πελάτη - ασθενή) και ψυχοθεραπευτή στη μορφή της επικοινωνίας με σκοπό μέσω συστηματικής επίδρασης πάνω σε διαταραχές, την εξάλειψη των συμπτωμάτων που προκαλούν δυστυχία ή διαταράσσουν τις σχέσεις με το περιβάλλον.» (Παπαδόπουλος, 1994, σελ. 643).

Σύμφωνα με τις Σ. Τριλίβα και Κ. Χατήρα (2002), αφού σε πρακτικό επίπεδο όλες οι μορφές της προσωπικής επήρειας μπορεί να επιδράσουν στην αίσθηση μας, ίσως ο όρος ψυχοθεραπεία πρέπει να χαρακτηριστεί αυθαίρετος. Ωστόσο

«μπορούμε να χαρακτηρίσουμε σαν ψυχοθεραπεία μόνο εκείνους τους τύπους της επήρειας οι οποίοι διέπονται από τα παρακάτω χαρακτηριστικά. 1) Ένας κατάλληλα εκπαιδευμένος θεραπευτής, του οποίου οι θεραπευτικές ικανότητες είναι παραδεκτές από τον ασθενή και από το κοινωνικό του περιβάλλον. 2)Ο ασθενής ο οποίος ζητά θεραπευτική βοήθεια από το θεραπευτή. 3) Μια σειρά από δομημένες επαφές ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή μέσω των οποίων ο θεραπευτής προσπαθεί να παράγει κάποιες αλλαγές στη συναισθηματική-συγκινησιακή κατάσταση, στάση και συμπεριφορά του ασθενή». (Τριλίβα & Χατήρα, 2002, σελ. 1)

Ο Wolberg το 1988 αφού ανέλυσε διεξοδικά 39 διαφορετικούς ορισμούς της έννοια καταλήγει σε έναν περιεκτικό, συγκροτημένο και ευρέως αποδεκτό ορισμό της ψυχοθεραπείας:

«η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των προβλημάτων συναισθηματικής φύσεως, κατά την οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο δημιουργεί σκόπιμα μια επαγγελματική σχέση με τον ασθενή με σκοπό: 1) την αφαίρεση, μετατροπή ή επιβράδυνση της εξέλιξης υπαρχόντων συμπτωμάτων, 2) την μεταβολή διαταραγμένων διαδικασιών συμπεριφοράς και 3) την προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας»
(Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, σελ. 11).

Για τον Freeman και τους συνεργάτες του η ψυχοθεραπεία ορίζεται ως:

«μια μορφή θεραπείας για την ψυχική ασθένεια και τις διαταραχές της συμπεριφοράς, κατά τη διάρκεια της οποίας ένα εκπαιδευμένο άτομο δημιουργεί/εγκαθιδρύει μια επαγγελματική σχέση/συμβόλαιο με τον ασθενή και μέσω συγκεκριμένης θεραπευτικής επικοινωνίας, τόσο λεκτικής όσο και μη λεκτικής, προσπαθεί να ανακουφίσει/καταπραΰνει τη συναισθηματική διαταραχή, να ανατρέψει ή να αλλάξει τα διαταραγμένα πρότυπα συμπεριφοράς, και να ενθαρρύνει/ενισχύσει την ανάπτυξη και εξέλιξη της προσωπικότητας»
(Ζγαντζούρη, 2001, σελ. 6).

Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι

«η ψυχοθεραπεία αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία, μια μέθοδο μάθησης του ατόμου, αφού μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία ο θεραπευόμενος μπορεί:

Α) να μάθει κάτι νέο για τη συμπεριφορά του, τα συναισθήματα του, το γνωστικό του σύστημα ή για το συνδυασμό τους,

Β) να ξαναμάθει κάτι που έχει ξεχάσει,

Γ) να συνειδητοποιήσει κάτι που ήδη γνωρίζει, δηλαδή να έχει μια νέα εξήγηση για τη συμπεριφορά του

Δ) να μάθει να διαγράφει, να απαλείφει κάποια μάθηση του παρελθόντος και

Ε) να μάθει τον τρόπο να μαθαίνει»

(Ζγαντζούρη, 2001, σελ. 7).

Η εκπαιδευτική αυτή διαδικασία λαμβάνει χώρα είτε **άμεσα**, από την εμπειρία, είτε **έμμεσα** με τη χρήση συμβόλων ή πληροφόρησης (Ζγαντζούρη, 2001, σελ. 7).

Η ταξινόμηση των ειδών ή μορφών ψυχοθεραπείας γίνεται με ορισμένα κριτήρια όπως:

1) τον αριθμό των ατόμων

2) την κατηγορία των ατόμων στα οποία απευθύνεται

3) το χρόνο που διαρκεί

4) τα οργανωτικά ή διαδικαστικά γνωρίσματα

(Παπαδόπουλος, 1994).

Όσον αφορά το εύρος του χρόνου, μέσα στον οποίο η ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται, μπορεί να εκτείνεται από μια ψυχοθεραπευτική συνεδρία μέχρι πολλά χρόνια ψυχοθεραπείας με πλήθος ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Επίσης, ανάλογα με το **είδος ψυχοθεραπείας**, οι θεραπευόμενοι εκπαιδεύονται από τους θεραπευτές τους, είτε μέσα από **«ενεργητικές μεθόδους»**, είτε δρώντας ως **«παθητικοί δέκτες/εκπαιδευόμενοι»** (Ζγαντζούρη, 2001).

Η Ψυχοθεραπευτική Διαδικασία

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία αποτελεί ένα σύγχρονο πεδίο επιστημονικής έρευνας κυρίως τα τελευταία 30 χρόνια. Ο Elliott αναφέρει τέσσερα βασικά στοιχεία που συνιστούν την έννοια της διαδικασίας: α)οι δράσεις ή τα γεγονότα , β) η ακολουθία-σειρά ή η συνέχεια των δράσεων ή των γεγονότων στον χρόνο, γ) η τάξη-σύστημα ή ο σκοπός των δράσεων ή των γεγονότων και δ) η επίδραση ή το αποτέλεσμα των δράσεων ή των γεγονότων.

Πιο πρόσφατα ο Orlinsky παρουσίασε τη δική του συγκροτημένη θεώρηση για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, μέσα από το λεγόμενο **Γενικό Μοντέλο της Ψυχοθεραπείας,** το οποίο βασίστηκε στη σύνθεση 2.500 περίπου ευρημάτων σχετικών ερευνών. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο υπάρχουν τρεις μεγάλες κατηγορίες παραγόντων που εμπλέκονται στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία:

1) **Τα εισερχόμενα**, που περιλαμβάνουν τις βασικές προϋποθέσεις για τη θεραπεία, δηλαδή τον θεραπευτή, το θεραπευόμενο και το **θεραπευτικό**

πλαίσιο. Αυτοί οι παράγοντες είναι αναγκαίοι αλλά όχι ικανοί για τη πραγματοποίηση της θεραπείας.

2) **Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία**. Για να τεθούν σε λειτουργία τα εισερχόμενα θα πρέπει να υπάρξει **ένα θεραπευτικό συμβόλαιο** με σκοπό τη θεραπεία. Από το θεραπευτικό συμβόλαιο προκύπτουν **οι θεραπευτικοί χειρισμοί** και ο **θεραπευτικός δεσμός**. Ως έμμεσα επακόλουθα του θεραπευτικού συμβολαίου αναφέρεται η ***σχέση καθενός εκ των εμπλεκομένων με τον εαυτό του, η οποία επηρεάζεται άμεσα από την ενδοπροσωπική κατάσταση των ατόμων*** κατά τη διάρκεια των συνεδριών.

3) **Τα εξερχόμενα**. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι παράγοντες που αναφέρονται στην επίδραση των ενδοσυνεδριακών ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών στο θεραπεύομενο.

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του τι συνιστά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία προτάθηκε από τον Elliot στο **Μοντέλο των Πέντε Διαστάσεων της Ψυχοθεραπευτικής Διαδικασίας**. Στο μοντέλο αυτό οι διάφορες παράμετροι διερεύνησης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι: 1) η σκοπιά της παρατήρησης, 2) η εστίαση/το άτομο, 3) η πτυχή της διαδικασίας που μελετάται, 4) το επίπεδο της μονάδας μέτρησης, 5) η διαδοχή-ακολουθία των φάσεων (Ζγαντζούρη, 2001).

Υπάρχουν πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία. Στη συνέχεια αναλύονται τα κυριότερα μοντέλα ψυχοθεραπείας.

1.2 Μοντέλα Ψυχοθεραπείας

Κάθε μορφή ψυχοθεραπείας στηρίζεται σε μια συγκεκριμένη θεωρία για τη ανθρώπινη φύση, για την προσωπικότητα και για την ψυχοπαθολογία. Στις αρχές του 20ου αιώνα, υπήρξαν κυρίως τρία ρεύματα στην ψυχοθεραπεία:

Α) **την ψυχοδυναμική σχολή**, όπου κυρίαρχο ρόλο έχουν οι *ασυνείδητες συγκρούσεις*. Η ψυχοδυναμική σχολή με ιδρυτή τον Sigmund Freud αποκτά με ιλιγγιώδη ταχύτητα τεράστιο κύρος από την αρχή του αιώνα μας και αποτελεί την κυρίαρχη δύναμη μέχρι τις μέρες μας.

Β) **την συμπεριφοριστική σχολή**, όπου η φυσιολογική και η παθολογική συμπεριφορά *θεωρούνται προϊόν μάθησης*.

Γ) **την ανθρωπιστική/υπαρξιστική σχολή**, που δίνει πρωταρχική σημασία στην *ανθρώπινη ελευθερία βούλησης*.

(Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

1.2.1 Ψυχοδυναμική Σχολή - Ψυχαναλυτικό Μοντέλο

Το ψυχαναλυτικό μοντέλο του οποίου κύριος εισηγητής είναι ο Sigmund Freud, αντιπροσωπεύει μια άποψη της ανάπτυξης που είναι επαναστατική τόσο ως προς το περιεχόμενο της όσο και ως προς τις συνέπειες της για τη φύση της ανάπτυξης. Ο βασικός άξονας αυτού του μοντέλου είναι το ότι η ανάπτυξη συνίσταται από δυναμικά, δομικά και αλληλοδιάδοχα συστατικά που το καθένα επηρεάζεται από τη συνεχώς ανανεωνόμενη ανάγκη για ικανοποίηση των βασικών ενστίκτων. Το πώς η ψυχική ενέργεια διοχετεύεται μέσω των συστατικών αυτών στοιχείων, αποτελεί την ουσία της εξελικτικής διαδικασίας και των ατομικών διαφορών (Salkind, 2005). Έτσι, η ψυχαναλυτική θεωρία του Sigmund Freud αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας ψυχοδυναμικής και κλινικής προσέγγισης της προσωπικότητας καθώς η συμπεριφορά ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα κίνητρα, τις ορμές, τις ανάγκες και τις συγκρούσεις (Pervin & John, 2001).

Η ιστορία της ψυχαναλυτικής θεωρίας περιλαμβάνει τη δημιουργία σχολών ή ομάδων με διαφορετικές και συχνά ανταγωνιστικές απόψεις. Ο ίδιος ο Freud έκανε αρκετές αλλαγές στην ψυχαναλυτική θεωρία κατά τη διάρκεια της καριέρας του, ενώ ήρθε σε αρκετές περιπτώσεις και σε σύγκρουση με τους οπαδούς του για πολλά ζητήματα (Pervin & John, 2001). Η αποχώρηση του Alfred Adler και του Carl Jung και άλλων από τον ψυχαναλυτικό κύκλο του Sigmund Freud δημιούργησαν νέα ρεύματα που αξιοποιήθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τους μετέπειτα ψυχαναλυτές. Αυτοί που δημιούργησαν νέες σχολές σαν συνεχιστές του Freud ονομάστηκαν *νεοφρουδιστές* (Anna Freud, Erikson, Horney, Sullivan, Klein, Fromm, Alexander, Lacan), ενώ αυτοί που διαφώνησαν ονομάζονται *σχισματικοί* (Adler, Jung, Rank, Reich) (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Στη συνεχεία περιγράφονται οι κύριοι εκφραστές του ψυχαναλυτικού μοντέλου.

A) Sigmund Freud

Ο Sigmund Freud γεννήθηκε το 1856 στο Freiburg της Μοραβίας στην Τσεχοσλοβακία. Το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του έζησε στη Βιέννη. Πέθανε στο Λονδίνο σε ηλικία 83 ετών, όπου κατάφυγε με την εισβολή των Ναζί στην Αυστρία το 1939.

Στην διαμόρφωση των απόψεων και θεωριών του Freud επέδρασαν ορισμένοι παράγοντες, οι οποίοι είναι οι εξής:

Α) Τα προσωπικά του βιώματα, και ιδιαίτερα οι σχέσεις του με τους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας του, αφού είναι γνωστό ότι το μεγαλύτερο μέρος των θεωριών του βασίζεται στην ανάλυση του εαυτού του (αυτοανάλυση). Ο πατέρας του παντρεύτηκε του μητέρα του, αφού είχε ήδη παιδιά από τον πρώτο του γάμο, όταν ήταν 41 ετών και η μητέρα του 21. Στη σκέψη του Freud υπεύθυνος για τη δεύτερη εγκυμοσύνη της μητέρας του, από την οποία γεννήθηκε ο αδερφός του Ιούλιος, ήταν ο συνομήλικος της μητέρας του ετεροθαλής αδερφός του Φίλιππος. Όταν ο Ιούλιος πέθανε σε ηλικία μόλις 8 μηνών, ο Freud που ζήλευε την αδερφή του Άννα αισθάνθηκε ένοχος για το θάνατο αυτό. Για τον πατέρα του αισθανόταν φόβο που κατέληξε σε αποστροφή, ενώ ήταν ιδιαίτερα προσκολλημένος στη μητέρα του σε όλη τη διάρκεια της ζωή του. Ο ίδιος έκανε 6 παιδιά. Σαν προσωπικότητα γενικά ήταν αγχώδης με κρίσεις φοβίας και μελαγχολίας και χαρακτήριζε τον εαυτό του σαν νευρωτικό με καταπιεσμένη επιθετικότητα (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Β) Η Εβραϊκή παράδοση, στα πλαίσια της οποίας ανατράφηκε και η οποία είχε τα εξής στοιχεία: σε κάθε άτομο υπάρχει το έμφυτο και ανεπίγνωστο κακό (το εκείνο ή προεγώ), η ενασχόληση με το σεξ (libido), οι τελετουργικές εξομολογήσεις στον ραβίνο (συναισθηματική κάθαρση) και η πίστη στη συμβολική σημασία των ονείρων (συμβολική ερμηνεία) (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Αν και ο ίδιος ήταν άθεος, η εβραϊκή παράδοση επηρέασε πολύ το έργο του και ήταν άλλωστε και η αιτία να γνωρίσει τον αντισημιτισμό από τα πρώτα πανεπιστημιακά του χρόνια (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Γ) Το κοινωνικό-επιστημονικό πνεύμα της εποχής του, το οποίο χαρακτηριζόταν από πολύ γρήγορη οικονομική ανάπτυξη της μεσαίας αστικής τάξης των εμπόρων και βιοτεχνών, ο ίδιος ο πατέρας του Freud ήταν έμπορος. Τις ανώτερες θέσεις στην πολιτική, το στρατό, την εκκλησία και τη διοίκηση εξακολουθούσαν να έχουν στα χέρια τους οι αριστοκράτες. Στον επιστημονικό τομέα, ο μυστικισμός και ο ρομαντισμός που επικρατούσε μετά τους Ναπολεόντειους πολέμους είχε αρχίσει να υποχωρεί και πλέον είχε αρχίσει να επικρατεί ένας επιστημονικός θετικισμός ο οποίος οφείλοταν κυρίως στις Δαρβινικές αρχές της εξελικτικής βιολογίας, στην εισαγωγή της έννοιας της ενέργειας στη Φυσική από τον Helmholtz καθώς και σε άλλες επιστημονικές ανακαλύψεις. Στον τομέα της ψυχιατρικής όλοι ασχολούνται με τη διάγνωση και πρόγνωση των διαφόρων παθήσεων και σχεδόν κανένας με τη θεραπεία

τους. Επίσης, επικρατεί ένα κλίμα πατριαρχικής Βικτωριανής ηθικής (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Δ) Η ιατρική του εκπαίδευση και ιδιαίτερα η θητεία του στο Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ernst Brucke για 5 συνολικά χρόνια. Ο Freud αρχικά ήθελε να κάνει ακαδημαϊκή καριέρα σαν ερευνητής φυσιολόγος. Στράφηκε προς την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος μόνο για οικονομικούς λόγους και έτσι το 1885 αποφάσισε να γίνει νευρολόγος (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Ο Brucke αντιμετώπιζε τον άνθρωπο ως ένα δυναμικό σύστημα οι όροι του οποίου ελέγχονται από τους νόμους της φυσικής και ιδιαίτερα από την αρχή της διατήρησης της ενέργειας. Οι απόψεις αυτές αποτέλεσαν την αφετηρία για τις μεταγενέστερες συλλήψεις του Sigmund Freud για τις ενεργειακές πλευρές της ψυχικής λειτουργίας (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Ε) Η θητεία του για ένα χρόνο στο Παρίσι στην κλινική του Jean Charcot που τον έφερε σε μια πρώτη επαφή με την Υστερία και την Ύπνωση.

Στ) Η συνεργασία του στο ξεκίνημα της καριέρας του με τον Βιεννέζο γιατρό Joseph Breuer, ο οποίος εφάρμοζε μια θεραπεία για την υστερία σύμφωνα με την οποία τα συμπτώματα υποχωρούσαν με το να ομιλεί ο ασθενής για αυτά, ο Breuer χαρακτηρίζεται από πολλούς ως ο πρόδρομος της ψυχοθεραπείας (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Ο Breuer ονόμασε καθαρτική μέθοδο τη διαδικασία εκείνη κατά την οποία ο ασθενής σε κατάσταση ύπνωσης αναβίωνε ένα τραυματικό γεγονός, με αποτέλεσμα την αναδιάθεση και εκφόρτιση της δεσμευμένης ψυχικής ενέργειας που είχε υποστεί μια σωματομετατροπή ή είχε προκαλέσει μια σειρά από άλλα συμπτώματα. Η ανακάλυψη της κάθαρσης υπήρξε προάγγελος της ιστορίας της κυρίως ψυχανάλυσης, η έναρξη της οποίας συμπίπτει με την εγκατάλειψη της μεθόδου του υπνωτισμού (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Ζ) Ο Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμος επηρέασε σημαντικά τον Freud και τον οδήγησε στη δημιουργία της θεωρίας του για την επιθετικότητας και το ένστικτο του θανάτου (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Το ψυχικό όργανο κατά τον Freud

Η Ψυχαναλυτική (ή Ψυχοδυναμική) θεωρία που ανέπτυξε ο Freud στηρίχτηκε κυρίως στις κλινικές παρατηρήσεις που έκανε ο ίδιος κατά τη διάρκεια της θεραπείας των ασθενών του. Γρήγορα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στην ανθρώπινη συμπεριφορά διαδραματίζουν τεράστιο ρόλο διάφορες «ασυνείδητες» διαδικασίες. Για να μπορέσει να έχει πρόσβαση στο ασυνείδητο αυτό υλικό χρησιμοποίησε σαν μεθοδολογία την ανάλυση των εξής στοιχείων:

1. *Τους ελεύθερους συνειρμούς*
2. *Τα όνειρα, τις φαντασιώσεις, τις παραδρομές του λόγου και τις παραπραξίες.*
3. *Την συναισθηματική σχέση ανάμεσα στον αναλυόμενο και τον αναλυτή, η οποία εκδηλώνεται είτε σαν :*

α) συναισθηματική μεταβίβαση (transference) και

β) αντιμεταβίβαση (counter transference) είτε σαν

γ) αντίσταση (resistance) (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, σελ. 225).

Η λειτουργία του ψυχικού οργάνου απασχόλησε αρκετά τον Freud από το 1898-1905 και πρόκειται για μια θεωρία που διαμορφώθηκε βαθμιαία. Το ψυχικό όργανο είναι ένα «εφεύρημα», όπως έλεγε ο ίδιος, το οποίο χαρακτηρίζεται από δύο πράγματα: α) από την ικανότητα του να μεταδίδει και να μετατρέπει μια ορισμένη ενέργεια και β) από τη διαφοροποίηση του σε επιμέρους συστήματα (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Πέντε επιμέρους υποθέσεις προσδιορίζουν το «ψυχικό όργανο» του Freud:

Α) Η Τοπογραφική Υπόθεση

Το 1900 στο βιβλίο του «Η Ερμηνεία των Ονείρων» ο Freud διαιρεί το ψυχικό όργανο σε 3 μέρη:

1) **Το συνειδητό**: περιλαμβάνει όλα όσα εμπίπτουν στην επίγνωση του ατόμου ανά πάσα στιγμή.
2) **Το προσυνειδητό**: Βρίσκεται στον προθάλαμο του συνειδητού και κατέχει ενδιάμεση θέση μεταξύ συνειδητού και ασυνειδήτου. Το περιεχόμενο του προσυνειδητού ανακαλείται στο χώρο του συνειδητού με βουλητική προσπάθεια, δηλαδή με το να εντοπίσουμε την προσοχή μας. Το προσυνειδητό δεν υπάρχει κατά τη γέννηση αλλά αναπτύσσεται παράλληλα με το εγώ. Στο προσυνειδητό επίσης βρίσκεται και ο *ελεγκτής* (censor) ο οποίος απαγορεύει σε ορισμένα περιεχόμενα του ασυνειδήτου να εισβάλλουν στο συνειδητό. Για να μπορέσει το υλικό από το ασυνείδητο να φτάσει στο συνειδητό θα πρέπει αυτός ο ελεγκτής είτε να υπερνικηθεί (οπότε έχουμε την εμφάνιση κάποιου συμπτώματος), ή να βρίσκεται σε κατάσταση χαλάρωσης (όπως στα όνειρα), ή να ξεγελιέται (όπως στα ανέκδοτα, χιούμορ, αστεία κτλ). Αυτός ο ελεγκτής έχει σχέση με τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ που θα αναφερθούν παρακάτω.
3) **Το ασυνείδητο**: κατέχει τον μεγαλύτερο χώρο και εντοπίζεται στο βάθος του ψυχικού οργάνου και για αυτό και η ανάλυση του ασυνειδήτου ονομάζεται και ψυχολογία του βάθους. Το περιεχόμενο του είναι ανεπίγνωστο στο άτομο. Το ασυνείδητο λειτουργεί με βάση την *αρχή της ηδονής* και με πρωτεϊκή (αρχέγονη) διαδικασία σκέψης. Αυτή η διαδικασία σκέψης χαρακτηρίζεται από τα εξής στοιχεία: δεν υπάρχει λογική σύνδεση των εννοιών, επιτρέπονται οι αντιφάσεις, δεν υπάρχει η έννοια του χρόνου, οι επιθυμίες (κυρίως ενστικτικές) δεν αποδέχονται καμιά άρνηση στην εκπλήρωση τους και υπάρχει μεγάλη κινητικότητα, η οποία έχει σχέση και με τη δημιουργική σκέψη. Οι μνήμες στο ασυνείδητο έχουν χάσει την σύνδεση τους με λεκτικά σύμβολα. Βέβαια, η έννοια του ασυνειδήτου υπήρχε και πριν από τον Freud και εμφανίζεται στα γραπτά ποιητών και φιλοσόφων από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα.

Τα *ένστικτα* που εντοπίζονται στο ασυνείδητο, αποτελούν διαδικασίες συμπεριφοράς χαρακτηριστικές για το είδος του ζώου. Βασίζονται στην κληρονομικότητα και είναι σχετικά ανεξάρτητες από τη μάθηση. Στην

ψυχαναλυτική θεωρία διακρίνουμε κυρίως δύο ένστικτα: α) ***το ερωτικό ένστικτο*** και β) το ***ένστικτο της επιθετικότητας .***

Β) Η Δομική Υπόθεση

Ο Freud,το 1923, στην εργασία του "The Ego and the Id", διαιρεί το ψυχικό όργανο σε τρία μέρη:

1. Το **id ή Εκείνο**, μπορεί με πολύ γενικό τρόπο να θεωρηθεί ως το βιολογικό τμήμα. Αν και είναι εξολοκλήρου ασυνείδητο, δεν είναι συνώνυμο με το ασυνείδητο, αφού μερικές λειτουργίες του εγώ (μηχανισμοί άμυνας) καθώς και το μεγαλύτερο μέρος του υπερεγώ ανήκουν στο ασυνείδητο. Αφού και το id ανήκει στο ασυνείδητο, λειτουργεί με βάση την αρχή της ηδονής και την πρωτεϊκή διαδικασία σκέψης. Περιέχει τα κίνητρα, τα ένστικτα και γενικά ότι συνδέεται με τις βασικές βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου. Είναι έμφυτο, δηλαδή υπάρχει κατά τη γέννηση και δεν επηρεάζεται από την εμπειρία.

2. Το **Εγώ**, μπορεί να θεωρηθεί σαν το ψυχολογικό τμήμα. Είναι το λογικό μέρος του ψυχικού οργάνου (σε αντίθεση με το id και το υπερεγώ που είναι τα παράλογα μέρη) και αποτελεί τον μεσολαβητή μεταξύ του οργανισμού και του εξωτερικού κόσμου. Ο Freud πίστευε ότι το εγώ δεν υπάρχει κατά τη γέννηση και αναπτύσσεται σταδιακά από το υλικό του id με την επίδραση της συσσωρευμένης εμπειρίας. Στο εγώ περιλαμβάνονται όλες οι λειτουργίες του συνειδητού αλλά και ασυνείδητες λειτουργίες όπως είναι οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ. Το εγώ λειτουργεί με βάση την αρχή της πραγματικότητας. Έχει την ικανότητα να ελέγχει την πραγματικότητα γιατί λειτουργεί με λογικές διαδικασίες. Μέχρι και το θάνατο του ο Freud πίστευε ότι το id είναι πιο σημαντικό από το εγώ σχετικά με τη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι σύγχρονοι ψυχαναλυτές δίνουν πολύ μεγαλύτερη αξία στο εγώ και για αυτό η σύγχρονη ψυχανάλυση ονομάζεται «ψυχολογία του Εγώ».

Οι σύγχρονες απόψεις στηρίζονται στις απόψεις του Hartmann, ο οποίος υποστήριξε ότι το εγώ: α) αναπτύσσεται ελεύθερο από συγκρούσεις, β) έχει προσαρμοστικές ιδιότητες και γ) είναι εκ γενετής καθορισμένο από γενετικό υλικό ανεξάρτητο από εκείνο του id και υπάρχει σε στοιχειώδη μορφή από τη στιγμή της γέννησης. Κατά την Mahler , η αυτόνομη εξέλιξη του εγώ αρχίζει από τον $4^{ο}$- $5^{ο}$ μήνα, γύρω στον $30^{ο}$ – $36^{ο}$ μήνα έχει ολοκληρωθεί ο αποχωρισμός – εξατομίκευση, αλλά το εγώ εξακολουθεί να αναπτύσσεται τουλάχιστον μέχρι το $5^{ο}$ έτος (κλασική άποψη του Freud) ,αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (σύμφωνα με ορισμένους σύγχρονους ψυχαναλυτές).

Το εγώ αποτελεί υποσύστημα της προσωπικότητας και δεν είναι συνώνυμο με τις έννοιες εαυτός, προσωπικότητα, χαρακτήρας.

3. Το **Υπερεγώ,** μπορεί να θεωρηθεί σαν το κοινωνικό τμήμα του ψυχικού οργάνου. Είναι το ηθικό μέρος του ψυχικού οργάνου. Κατά την κλασική άποψη του Freud το υπερεγώ διαφοροποιείται από το εγώ σαν αποτέλεσμα της επίδρασης που ασκούν οι γονείς και γενικά το κοινωνικό περιβάλλον (αμοιβές – τιμωρίες). Στο υπερεγώ υπάρχουν: α) *οι θετικές ηθικο-κοινωνικές αξίες του ατόμου* (ιδεώδες ή ιδανικό εγώ) που περιλαμβάνουν όλα εκείνα που το περιβάλλον αμείβει και κάνει το άτομο να αισθάνεται υπερήφανο όταν τα εφαρμόζει και β) την *ηθική συνείδηση*, δηλαδή τις αρνητικές ηθικο-κοινωνικές

αξίες που η μη εφαρμογή τους κάνει το άτομο να αισθάνεται ενοχή. Τα περιεχόμενα του υπερεγώ είναι εν μέρει συνειδητά, αλλά κυρίως είναι ασυνείδητα. Το υπερεγώ εγκαθιδρύεται με τη λύση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος με το μηχανισμό της ενδοβολής, στο τέλος του 5ου έτους της ζωής (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Γ) Η Δυναμική Υπόθεση

Η υπόθεση αυτή αντιπροσωπεύει την άποψη του Freud ότι υπάρχει ψυχολογικός *ντετερμινισμός*. Κάθε συμπεριφορά όσο παράξενη και αν είναι υπακούει σε ορισμένα αίτια τα οποία μπορούν να κατανοηθούν και να την εξηγήσουν. Ο Freud εξηγεί τη συμπεριφορά σαν το αποτέλεσμα της σύγκρουσης μεταξύ ενστικτικών και αντιενστικτικών δυνάμεων.

Τα σεξουαλικά ένστικτα αφορούν τη διαιώνιση του είδους και παρακινούν το άτομο να αποκτήσει την ηδονή. Η ενέργεια που παράγεται και καταναλώνεται στην ενστικτική σεξουαλική διεργασία ονομάστηκε από τον Freud ***λιβιδινική ενέργεια*** (libido). Τα επιθετικά ένστικτα, δηλαδή το ένστικτο της καταστροφής ή του θανάτου, ενεργοποιούνται όταν δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες του οργανισμού και ο άνθρωπος διακατέχεται από το αίσθημα της ματαίωσης.

Όλα τα ένστικτα ικανοποιούνται μέσω ενός αντικειμένου το οποίο απορροφά την ψυχική ενέργεια (λιβιδινική ή επιθετική) που συνοδεύει ή υποστηρίζει την ενστικτική ενόρμηση. Η σύνδεση της ενέργειας αυτής με το αντικείμενο ονομάστηκε *κάθεξη ή επένδυση*. Οι αντιενστικτικές δυνάμεις προέρχονται από ένα τμήμα του εγώ το οποίο διατίθεται για την ικανοποίηση των αναγκών του υπερεγώ και της αντικειμενικής πραγματικότητας. Σκοπός τους είναι η ανάσχεση της τάσης των ενστίκτων για άμεση και άνευ όρων ικανοποίηση. Για το σκοπό αυτό το εγώ χρησιμοποιεί διαδικασίες που είναι γνωστές ως μηχανισμοί άμυνας του εγώ, οι οποίοι παρουσιάζονται παρακάτω (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Δ) Η Οικονομική Υπόθεση

Στο πλαίσιο της οικονομικής υπόθεσης ο Freud προσπάθησε να κατανοήσει τον προορισμό και τη διακίνηση της *ενορμητικής ενέργειας* με οικονομικούς όρους (επένδυση, αποεπένδυση, κ.α.) καθώς και να εκτιμήσει το μέγεθος αυτής της ενέργειας (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Η οικονομική υπόθεση στηρίζεται στα εξής αξιώματα: α) οι ψυχολογικές διαδικασίες δαπανούν ψυχική ενέργεια η οποία αν δεν είναι ταυτόσημη, συνδέεται άμεσα με τη libido, και β) η ενέργεια αυτή είναι πεπερασμένη, δηλαδή μπορεί να εξαντληθεί. Όταν υπάρχουν συχνές και έντονες ψυχοσυγκρούσεις η ψυχική ενέργεια καταναλώνεται σε αυτές και δεν περισσεύει για επενδύσεις σε αντικείμενα εκτός του ατόμου όπως είναι οι κοινωνικές δραστηριότητες κτλ.

Ε) Η Γενετική Υπόθεση

Η αρχική θεωρία του Freud για την ανάπτυξη της προσωπικότητας ήταν ένα μοντέλο με βιολογικές καταβολές. Το μοντέλο αυτό υποστήριζε τον

κεντρικό ρόλο των ενστίκτων στην ανθρώπινη εξέλιξη και θεωρούσε ότι η εξέλιξη είναι μια προοδευτική πορεία που συντελείται μέσω μιας διαδοχικής σειράς σωματικών ενασχολήσεων του ατόμου με στοματικά, πρωκτικά, φαλλικά και στη συνέχεια με γενετήσια ενδιαφέροντα. Ο Freud ακόμα υποστήριξε ότι κατά τη βρεφική και την πρώτη παιδική ηλικία κυριαρχούν βασικά ζητήματα επιβίωσης τα οποία σε αρχικό στάδιο βιώνονται μέσω των σωματικών αισθήσεων του βρέφους από τη διαδικασία της θρέψης και των άλλων δραστηριοτήτων της μητέρας πάνω στο σώμα του. Τα ζητήματα αυτά βιώνονται αργότερα μέσω της φαντασιακής ζωής του παιδιού για θέματα που αφορούν τη γέννηση, το θάνατο και τη σεξουαλική σχέση ανάμεσα στους γονείς του. Τα βρέφη, και κατά συνέπεια τα βρεφικά τμήματα της προσωπικότητας των ενηλίκων, θεωρήθηκε ότι αναζητούν ακατάπαυστα την ικανοποίηση, ενώ υπάρχουν και ατομικές διαφορές στην ένταση των ενστίκτων. Διατυπώθηκε η άποψη ότι η κατάλληλη γονική φροντίδα ταλαντεύεται ανάμεσα στην ικανοποίηση των ενστίκτων του παιδιού για τη δημιουργία συναισθηματικής ασφάλειας και στη ματαίωση της ικανοποίησης αυτής, η οποία όμως, πραγματοποιείται με τρόπο αναπτυξιακά κατάλληλο ώστε το παιδί να αντικαθιστά την *αρχή της ευχαρίστησης* και την *αρχή της πραγματικότητας* (McWilliams, 2000).

Η Γενετική Υπόθεση ονομάζεται και *Θεωρία της Ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης* και υποστηρίζει ότι όλα τα άτομα περνούν από συγκεκριμένα στάδια κατά τη διάρκεια της εξέλιξης τους. Κάθε στάδιο χαρακτηρίζεται από το μέρος του σώματος το οποίο χρησιμοποιείται ως ερωτογενής περιοχή για να ικανοποιήσει το σεξουαλικό ένστικτο. Η ελλειμματική ή υπερβολική ικανοποίηση και ενασχόληση με το σεξουαλικό ένστικτο ή και η εναλλαγή μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων, προκαλεί την καθήλωση της σεξουαλικής ψυχικής ενέργειας στο στάδιο αυτό και δεν επιτρέπει την ομαλή εξέλιξη του ατόμου στα επόμενα στάδια. Έτσι, η λιβιδινική καθήλωση θα προκαλέσει την παλινδρόμηση στο συγκεκριμένο στάδιο που έγινε η καθήλωση στις περιπτώσεις που το άτομο θα βιώνει ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Τα στάδια ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης είναι τα εξής:

Το στοματικό στάδιο: περιλαμβάνει τους 18 πρώτους μήνες της ζωής και σε αυτό η ερωτογενής περιοχή είναι το στόμα. Το παιδί αρέσκεται να θηλάζει, να πιπιλίζει και γενικά να βάζει κάθε αντικείμενο στο στόμα.

Το πρωκτικό στάδιο. Διαρκεί συνήθως από το 1^{ο} έως το 3^{ο} έτος της ζωής. Σε αυτό το στάδιο η ερωτογενής ζώνη είναι ο βλεννογόνος του απευθυσμένου. Κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου οι γονείς προσπαθούν να διδάξουν το παιδί τους πώς να ελέγχει τους σφικτήρες του. Το παιδί αισθάνεται μεγάλη ευχαρίστηση με το να κατακρατεί τα κόπρανα του ή να τα προσφέρει ως δώρο στους γονείς του. Σε αυτό το στάδιο ακόμα το παιδί μπορεί να εκφράσει την επιθετικότητά του, μπορεί να φανταστεί για παράδειγμα ότι τα κόπρανα του είναι μια ισχυρή καταστροφική βόμβα. Εάν υπάρχουν συγκρούσεις με κάποιον γονέα σχετικά με τον έλεγχο των σφικτήρων το παιδί μπορεί να μπερδευτεί και να μην ξέρει αν πρέπει να αφοδεύσει ή να κατακρατήσει τα κόπρανά του.

Το φαλλικό στάδιο: διαρκεί από το 3ο μέχρι το 5ο έτος. Σε αυτό η ερωτογενής περιοχή είναι τα γεννητικά όργανα. Στο στάδιο αυτό εμφανίζεται ερωτογόνος προσκόλληση του παιδιού στον ετερόφυλο γονέα και επιθετικά αισθήματα προς τον ομόφυλο γονέα., ο οποίος θεωρείται αντίπαλος στις επιθυμίες αποκλειστικής κατοχής του αντικειμένου αγάπης. Η προσκόλληση των αγοριών στη μητέρα τους ονομάστηκε *Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα* από τον Freud και η αντίστοιχη προσκόλληση των κοριτσιών στον πατέρα τους ονομάστηκε *σύμπλεγμα της Ηλέκτρας.*

Τα συμπλέγματα αυτά λύνονται ως εξής: το αγόρι φοβάται ότι τα αισθήματα μίσους για τον πατέρα του είναι αμοιβαία και ότι εκείνος θα εκδικηθεί βάζοντας για στόχο το πέος του μικρού. Έτσι δημιουργείται το άγχος ευνουχισμού. Επειδή ο φόβος αυτός υπερισχύει της ερωτικής προσκόλλησης στη μητέρα του, το αγόρι ταυτίζεται με τον ανδρισμό του πατέρα του. Στην περίπτωση του κοριτσιού στο στάδιο αυτό, η ανακάλυψη της έλλειψης πέους και η συνεπακόλουθη ζήλια δημιουργούν το φθόνο του πέους. Υπεύθυνη για αυτήν την έλλειψη θεωρείται η μητέρα την οποία η κόρη μισεί ακόμα περισσότερο όταν καταλαβαίνει ότι και αυτή δεν έχει πέος. Έτσι το κορίτσι στρέφεται προς τον πατέρα με την ελπίδα να της δώσει το πέος που της λείπει ή ένα παιδί. Σταδιακά η προσκόλληση στον πατέρα μειώνεται καθώς αυτός ούτε πέος της δίνει ούτε παιδί. Έτσι, ταυτίζεται με τη μητέρα της, αφού ο πατέρας της αυτήν αγαπά και σε αυτήν έχει δώσει παιδιά.

Η λανθάνουσα περίοδος: διαρκεί από το 6ο μέχρι την εμφάνιση της εφηβείας (12ο έτος περίπου) και χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι σε αυτό το στάδιο οι σεξουαλικές ανάγκες «κοιμούνται».

Το γενετήσιο ή εφηβικό στάδιο: αρχίζει με την ενήβωση και τελειώνει με την ενηλικίωση. Χαρακτηρίζεται από την μεγάλη αύξηση των σεξουαλικών αναγκών (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ

Η δυναμική πλευρά της φροϋδικής θεωρίας περιλαμβάνει την κατανομή και το μετασχηματισμό της ψυχικής ενέργειας. Κατά τη διάρκεια των 5 ή 6 διαμορφωτικών ετών της ζωής, η ψυχική ενέργεια κατανέμεται από το id στις υποστηρικτικές δομές του εγώ και του υπερεγώ. Οι δυναμικές και δομικές διατάσεις αλληλεπιδρούν συνεχώς μέσω ενός πλέγματος μηχανισμών, που βοηθά το άτομο να αισθάνεται άνετα και να ελαχιστοποιεί το άγχος. Οι πιο γνωστοί μηχανισμοί που αρχίζουν να λειτουργούν με την εμφάνιση του εγώ ονομάζονται ***αμυντικοί μηχανισμοί***. Ένας αμυντικός μηχανισμός είναι μια τεχνική που χρησιμοποιεί το εγώ για να διαστρεβλώσει την πραγματικότητα αν αντιμετωπίσει κινδύνους που θα διέκοπταν την υγιή ψυχολογική ανάπτυξη (Salkind, 2005). Οι κύριοι μηχανισμοί άμυνας του εγώ είναι οι εξής:

Προβολή (projection)

Η προβολή είναι από τους πιο πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας. Οτιδήποτε εσωτερικό και μη αποδεκτό προβάλλεται προς τα έξω και θεωρείται

εξωτερικό (Pervin & John, 2001). Το υποκείμενο δηλαδή, αποδίδει σε κάποιο άλλο πρόσωπο ή και αντικείμενο του περιβάλλοντος επιθυμίες, ενορμήσεις, ιδιότητες ή συναισθήματα, τα οποία αγνοεί ή αρνείται σε σχέση με τον εαυτό του (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002). Αντί το άτομο να παραδέχεται τα δικά του εχθρικά αισθήματα θεωρεί ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν αντιδράσει έτσι κατά διαστήματα. Η προβολή ως άμυνα χρησιμοποιείται μόνο για συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και σε σχέση με συγκεκριμένα άτομα (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996. Pervin & John, 2001).

Η προβολή είναι σημαντική στην πρώιμη παιδική ηλικία. Το πολύ μικρό παιδί αποδίδει σε άλλους ανθρώπους, ζώα ή αντικείμενα τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις που βιώνει, ακόμα και όταν δεν υπάρχει εσωτερική σύγκρουση με αυτά. Η προβολή είναι ένας μηχανισμός άμυνας ο οποίος συναντάται πολύ συχνά στην παράνοια (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Άρνηση (denial)

Μπορεί να έχουμε είτε άρνηση της πραγματικότητας, είτε άρνηση της παρόρμησης. Άρνηση της πραγματικότητας παρατηρείται στις περιπτώσεις που τα άτομα δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το μέγεθος μιας απειλής. Η άρνηση της πραγματικότητας παρατηρείται και όταν οι άνθρωποι λένε ή υποθέτουν ότι κάτι δεν μπορεί να συμβαίνει σε αυτούς παρά τις ξεκάθαρες αποδείξεις της επικείμενες καταστροφής.

Οι ψυχαναλυτές υποθέτουν γενικά ότι παρόλο που οι μηχανισμοί άμυνας μπορεί να είναι χρήσιμοι για τη μείωση του άγχους, δυσχεραίνουν την προσαρμοστικότητα, καθώς απομακρύνουν το άτομο από την προσωπικότητα. Ωστόσο, ορισμένοι ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι οι θετικές ψευδαισθήσεις και αυταπάτες οι οποίες βασίζονται συχνά στην άρνηση ή σε παρόμοιες διαστρεβλώσεις της πραγματικότητας ενδέχεται να είναι εποικοδομητικές και να διευκολύνουν την προσαρμοστικότητα. Η άρνηση μπορεί να ευνοεί την προσαρμογή σε περιπτώσεις όπου κάθε ενέργεια είναι αδύνατη όπως για παράδειγμα σε μια θανατηφόρα ασθένεια. Από την άλλη μεριά, η άρνηση δυσχεραίνει την προσαρμογή όταν αποτρέπει κάποιον από μια εποικοδομητική ενέργεια (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, Pervin & John, 2001).

Απομόνωση ή μόνωση (isolation)

Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης του άγχους και της απειλής είναι να απομονώσουμε τα γεγονότα στη μνήμη ή να απομονώσουμε τα συναισθήματα από το περιεχόμενο μιας ανάμνησης ή μιας παρόρμησης. Κατά τη διαδικασία της απομόνωσης δεν αρνούμαστε στην παρόρμηση, τη σκέψη ή την πράξη να έχουν πρόσβαση στην παρόρμηση, αλλά αρνούμαστε το συνεπακόλουθο συναίσθημα επακόλουθο της χρησιμοποίησης του μηχανισμού αυτού είναι η διανοητικοποίηση, η κυριαρχία της σκέψης πάνω στο συναίσθημα και τη συγκίνηση και ο ορθολογικός διαχωρισμός της (Pervin & John, 2001).

Η μόνωση χρησιμοποιείται και στο πλαίσιο μιας προσαρμοστικής διαδικασίας όταν το άτομο αντιμετωπίζει οδυνηρές καταστάσεις ενώ χρησιμοποιείται και συχνά από ανθρώπους που αντιμετώπισαν ακραίες μαζικές

καταστροφές. Αυτοί περιγράφουν τα τραυματικά γεγονότα σαν να αφορούν κάποιον άλλο, σαν να μην τα έζησαν οι ίδιοι αλλά απλά ήταν παρατηρητές (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Ματαίωση (undoing)

Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν τον μηχανισμό της απομόνωσης χρησιμοποιούν και το μηχανισμό της ματαίωσης. Στην περίπτωση αυτή το άτομο ακυρώνει ξαφνικά μια πράξη ή επιθυμία βάζοντας στη θέση μια άλλη. Αυτός ο μηχανισμός παρατηρείται σε καταστάσεις εξαναγκασμού όπου ο άνθρωπος έχει την ακατανίκητη παρόρμηση να κάνει κάτι, στις θρησκευτικές ιεροτελεστίες και σε προλήψεις (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, Pervin & John, 2001).

Αντισταθμιστική συμπτωματολογία/σχηματισμός αντίδρασης (reaction formation)

Σε αυτήν την περίπτωση το άτομο αμύνεται ενάντια στην έκφραση μιας ανεπίτρεπτης παρόρμησης, απλά και μόνο γνωρίζοντας και εκφράζοντας το αντίθετο της. Αυτή η άμυνα εμφανίζεται στην κοινωνικά επιθυμητή συμπεριφορά που είναι άκαμπτη, υπερβολική και ανάρμοστη (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, Pervin & John, 2001).

Εκλογίκευση (rationalization)

Όρος που εισήγαγε ο Jones για να δηλώσει τη διαδικασία κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να δώσει στον εαυτό του ή στους άλλους λογικοφανείς ή ηθικά αποδεκτές ερμηνείες για πράξεις, επιθυμίες, συναισθήματα, ιδέες, συμπεριφορές κ.α, των οποίων τα αληθινά κίνητρα δεν είναι εμφανή (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Απώθηση (repression)

Ο κυριότερος από τους πρώιμους μηχανισμούς άμυνας του εγώ είναι η απώθηση. Με την απώθηση, μια σκέψη, ιδέα ή επιθυμία απομακρύνονται από τη συνείδηση. Η απώθηση θεωρείται ότι παίζει κάποιο ρόλο σε όλους τους άλλους μηχανισμούς άμυνας και απαιτεί τη σταθερή κατανάλωση ενέργειας προκειμένου να κρατήσει οτιδήποτε επικίνδυνο έξω από τη συνείδηση (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, Pervin & John, 2001).

Διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην υστερία, σε σχέση με την οποία έγιναν και οι πρώτες παρατηρήσεις για αυτήν τη λειτουργία. Η ίδια αμυντική διεργασία παρατηρείται επίσης και κατά τη διάρκεια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης ως μέσο για την αντιμετώπιση του άγχους που προκύπτει από τις ασυνείδητες επιθετικές και σεξουαλικές ενορμήσεις, είτε ακόμα ως αντίδραση μετατραυματικού στρες, όπου εμποδίζεται η ανάκληση του τραύματος (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Εξιδανίκευση / Μετουσίωση (sublimation)

Κατά τη μετουσίωση η επιθετική ενόρμηση ή λιβιδινική ενέργεια χρησιμοποιούνται για την επίτευξη από κοινωνικά απαράδεκτους σε

κοινωνικά αποδεκτούς στόχους οι οποίοι προκαλούν πολλές φορές τεράστια ικανοποίηση. Ο Freud εισήγαγε αυτόν τον όρο στην προσπάθεια του να αναλύσει ένα μέρος του ανθρώπινου πολιτισμού, όπως είναι η τέχνη, η πνευματική αναζήτηση και γενικά οτιδήποτε προκαλεί κοινωνική αναγνώριση. Ο ίδιος, άλλωστε, θεωρούσε ότι η πεμπτουσία του πολιτισμού εμπεριέχεται στην ικανότητα του ατόμου να μετουσιώνει τις σεξουαλικές και επιθετικές του ενορμήσεις. Ως μηχανισμός άμυνας η μετουσίωση θεωρείται ο πιο υγιής και ώριμος τρόπος επίλυσης των ενδοψυχικών συγκρούσεων, γιατί εκτονώνει την ενορμητική πίεση μέσω οδών που προάγουν τον πολιτισμό, τον αθλητισμό και ευεργετούν το κοινωνικό σύνολο (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Ταύτιση

Με τον όρο ταύτιση νοείται η ψυχολογική διεργασία κατά την οποία το άτομο αφομοιώνει και μιμείται χαρακτηριστικά, συμπεριφορές και ιδιότητες ενός προσώπου, θεσμού ή ιδεολογίας, το οποίο εκλαμβάνει ως πρότυπο. Η ταύτιση είναι μια ασυνείδητη διαδικασία η οποία συμβάλλει ιδιαίτερα στη συγκρότηση και διαφοροποίηση της προσωπικότητας (π.χ. λήξη της οιδιπόδειας φάσης) και μπορεί να λειτουργήσει και ως παράγοντας συνοχής σε μια ομάδα (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

B) Alfred Adler

Ο Adler ήταν Βιεννέζος ψυχίατρος εβραϊκής καταγωγής και από τα πρώτα μέλη της ψυχαναλυτικής ομάδας του Freud της οποίας έγινε μέλος το 1902. ωστόσο λίγα χρόνια αργότερα, το 1911, διαφοροποίησε τη θέση του και αποχώρησε από την ομάδα μαζί με άλλα 8 άτομα. Την ίδια χρονιά ίδρυσε τη την «Εταιρία της ελεύθερης Ψυχαναλυτικής Έρευνας», ενώ ένα χρόνο αργότερα ίδρυσε τη «Τη Σχολή της Ατομικής Ψυχολογίας». Πριν ακόμα συναντήσει το Freud είχε υποστηρίξει δύο βασικές θέσεις:

Α) κάθε άτομο διαμορφώνεται μέσα από το *κοινωνικό του περιβάλλον*

Β) η *ψυχή* και το *σώμα* βρίσκονται σε *απόλυτη αλληλεξάρτηση*, αλληλοσυμπληρώνονται και ολοκληρώνονται μέσα στο αδιαίρετο άτομο.

Η συνεργασία του με τον Freud οπωσδήποτε επηρέασε τις απόψεις του. Ενώ όμως δεχόταν την θέση του Freud για την ύπαρξη ενός δυναμικού ασυνείδητου, υποστήριζε δυο σημεία στα οποία διαφωνούσε με τον Freud: α) ο σημαντικός ρόλος της *επιθετικότητας* και των *κοινωνικών παραγόντων* στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και β) *η αμφισβήτηση της γενετήσιας ορμής* ως του πρωταρχικού κινήτρου δραστηριότητας (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Η αρχική του διαφωνία με τον Freud αφορούσε τη σημασία που εκείνος έδινε στην επίδραση των κοινωνικών παραγόντων και των συνειδητών σκέψεων σε αντίθεση με τις σεξουαλικές ενορμήσεις και τις ασυνείδητες διεργασίες. Σταδιακά το ενδιαφέρον του Adler επικεντρώθηκε στο ρόλο των αισθημάτων και συμπλεγμάτων κατωτερότητας στην ψυχολογική ανάπτυξη, καθώς και στον αγώνα για υπεροχή του κάθε ατόμου μέσα στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον (Ποταμιανός

& συνεργάτες, 2002). Από την αμφισβήτηση της γενετήσιας ορμής προέρχεται μια επίσης σπουδαία διαφωνία με το δάσκαλο του η οποία προκαλεί μια διαφορετική ερμηνεία για την παθογένεση των νευρωσικών συμπτωμάτων (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Το ψυχαναλυτικό σύστημα του Adler διέπεται από τις εξής βασικές αρχές:

- ***Η αρχή για το άτομο.*** Το άτομο είναι αδιαίρετο και μόνο αν το δούμε σαν ένα ενιαίο σύνολο, στο οποίο ολοκληρώνονται οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαδικασίες μπορούμε να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά του.
- ***Η αρχή για το βασικό κίνητρο (σύμπλεγμα κατωτερότητας ή μειονεξίας).*** Το βασικό κίνητρο που καθορίζει την ανθρώπινη συμπεριφορά είναι η συνειδητή ανάγκη του ανθρώπου να ξεπεράσει σωματικές ατέλειες ή μειονεκτήματα. Κάθε ανθρώπινο ον από νήπιο ακόμα αισθάνεται απελπισμένο, για αυτό και το επακόλουθο σύμπλεγμα κατωτερότητας είναι μια πανανθρώπινη συναισθηματική αντίδραση. Το κάθε άτομο προσπαθεί σε όλη του τη ζωή να ξεπεράσει σωματικά, πνευματικά και κοινωνικά μειονεκτήματα τα οποία μπορεί να είναι πραγματικά ή φανταστικά.
- ***Η αρχή για το σκοπό της ζωής.*** Κάθε άτομο ζει με έναν σκοπό, αποκλειστικά δικό του και μοναδικό και προσαρμόζει όλη του τη ζωή προς την επιδίωξη του σκοπού αυτού, ο οποίος διαμορφώνεται από την αντίληψη που έχει σχηματίσει το άτομο για τον εαυτό του. Ο σκοπός ζωής και οι επιδιώξεις του ατόμου διαμορφώνουν και τη συμπεριφορά του. Στην προσπάθεια για την κατάκτηση αυτού του σκοπού, πολλές φορές το άτομο κατορθώνει να ξεπεράσει κάποιες μειονεκτικές καταστάσεις και να αναπληρώνει έτσι το συναίσθημα κατωτερότητας, επιδιώκοντας την ανωτερότητα και την υπεροχή.
- ***Η αρχή για το σχέδιο της ζωής***. Με τον όρο «σχέδιο ζωής» ο Adler εννοεί ότι η συμπεριφορά που υιοθετεί κάθε άτομο στην προσπάθεια του να κατακτήσει τους σκοπούς της ζωής, εξαρτάται από τη συνολική στάση απέναντι στη ζωή, η οποία είναι κάτι παραπάνω από το άθροισμα των επιμέρους πλευρών της ζωής του. Το σχέδιο ή πρότυπο ζωής φτάνει στην ολοκλήρωση του όταν το άτομο αποκτήσει την επίγνωση της αυτενέργειας και της δημιουργικότητας του, όταν δηλαδή αντιληφθεί ότι το ίδιο το άτομο είναι συνειδητός ρυθμιστής της συμπεριφοράς του. Ο Adler πίστευε ότι οι συνειδητές διαδικασίες δεν συγκρούονται με τις ασυνείδητες διαδικασίες όπως πίστευε ο Freud, αλλά αποτελούν δυο διαφορετικές, αλληλοεξαρτώμενες και αλληλοσυμπληρούμενες πλευρές του ίδιου συστήματος.
- ***Η αρχή για το κοινωνικό συναίσθημα***. Το άτομο γεννιέται με έμφυτη τη δυνατότητα να **αναπτύξει κοινωνικό συναίσθημα**, ανάπτυξη η οποία ξεκινά μέσα στο πλαίσιο της αλληλεξαρτητικής σχέσης μητέρας-παιδιού και ολοκληρώνεται στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος. Ο τρόπος αυτής της ανάπτυξης είναι πολύ σημαντικός για την ανάπτυξη της προσωπικότητας, καθώς το άτομο κατά τον

Adler δεν μπορεί να ξεχωρίζει από το κοινωνικό του περιβάλλον (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η Αντλεριανή ψυχοπαθολογία

Ο Adler πιστεύει ότι η νεύρωση οφείλεται στην **υπεραντιστάθμιση** που δημιουργείται όταν το άτομο δεν καταφέρει να απαλαγεί από το αίσθημα κατωτερότητας. Η υπερπροστασία, η παραμέληση και η σύγχυση που δημιουργείται στο παιδί από την απρόβλεπτη εναλλαγή ανάμεσα στα δυο αυτά, κατά την πρώιμη παιδική ηλικία μπορούν να προκαλέσουν το σύμπλεγμα κατωτερότητας. Για την ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση ο Adler τόνισε ότι σε αυτή «έβλεπε» το πρότυπο της νεύρωσης. Για την ψύχωση πίστευε ότι είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης σωματικών και ψυχολογικών αιτιολογικών συντελεστών (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Αντλεριανή Ψυχοθεραπεία

Ο Adler άρχισε να ασκεί την ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τη θεωρία που ανέπτυξε γύρω στην εποχή που διαδραματιζόταν ο Α΄ παγκόσμιος πόλεμος. Βασικός θεραπευτικός στόχος του ήταν η ίαση της νεύρωσης, μέσω της κινητοποίησης της παρακαταθήκης της δημιουργικής ενέργειας του ατόμου, χρησιμοποιώντας συνειδητούς μηχανισμούς, ώστε να επιφέρει την αναδιοργάνωση του πλάνου ζωής. Η θεραπεία της νεύρωσης περιλαμβάνει:

α) τη φάση αποκατάστασης της επικοινωνίας του γιατρού με τον άρρωστο.

β) τη φάση διερεύνησης και κατανόησης του πλάνου ζωής του ατόμου.

γ) τη φάση αποδυνάμωσης του συναισθήματος κατωτερότητας.

δ) τη φάση αντικατάστασης του παλιού με νέο, πιο προσαρμοστικό για το άτομο, σχέδιο ζωής. (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Γ)Carl Gustav Jung

Ο Jung ήταν ένας από τους πρώτους μαθητές του Freud και μάλιστα ο Freud δεν παρέλειπε να τονίζει ότι ήταν ο επίσημος διάδοχος του. Ωστόσο ο Jung είχε μια κριτική στάση απέναντι στις απόψεις του δασκάλου του και ήθελε να τις εξετάσει με αυστηρή επιστημονική μεθοδολογία. Έτσι αποχωρεί από την ομάδα του Freud. Αφορμή για αυτήν την αποστασία στάθηκε η διαφωνία του πάνω στα σεξουαλικά κίνητρα (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Ο Jung πίστευε ότι ήταν υπερβολική και αποκλειστική η έμφαση του Freud στη σεξουαλικότητα. Ο ίδιος συνέλαβε τη λίμπιντο ως μια μορφή διάχυτης ζωτικής ενέργειας, της οποίας οι στόχοι δεν ήταν αποκλειστικά σεξουαλικοί (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002). Το 1912 ίδρυσε τη δική του σχολή, την οποία ονόμασε «Σχολή της Αναλυτικής Ψυχολογίας». Το 1914 παραιτήθηκε από τη Διεθνή Ψυχαναλυτική Εταιρία, στην οποία ήταν πρόεδρος και επήλθε η οριστική ρήξη του με την ορθόδοξη ψυχανάλυση. Η θεωρία του ονομάστηκε από τον ίδιο «Αναλυτική Ψυχολογία και Ψυχολογία του Βάθους» (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η Αναλυτική Ψυχολογία

Ο ψυχισμός του ανθρώπου αποτελείται από το συνειδητό και το ασυνείδητο. Όπως και ο Freud δέχεται την ύπαρξη ενός δυναμικού ασυνειδήτου, χωρίς όμως να το θεωρεί μια αποθήκη απωθημένων εμπειριών, αλλά ένα πρωταρχικό στοιχείο διαμόρφωσης της πραγματικότητα. Το ασυνείδητο κατά τον Jung περιλαμβάνει δύο μέρη:

Το προσωπικό ή ατομικό ασυνείδητο: Περιέχει εμπειρίες και βιώματα του ατόμου που άλλοτε είναι συνειδητές και άλλοτε ασυνείδητες, όπως είναι ξεχασμένες εμπειρίες, παραστάσεις και επιθυμίες. Ακόμα βρίσκονται τωρινές εμπειρίες οι οποίες δεν γίνονται συνειδητές επειδή είναι οδυνηρές για το άτομο και έτσι προκαλούν νευρώσεις. Εδώ υπάρχουν τα διάφορα **συμπλέγματα** τα οποία αποτελούν οργανωμένα αθροίσματα σκέψεων, συναισθημάτων και αντιλήψεων, αναπτύσσονται από τα αρχέτυπα και αποτελούν το προϊόν της μακράς εξάρτησης του ατόμου από κάτι ή είναι προϊόντα παλιάς τραυματικής εμπειρίας.

Το κοινωνικό ή συλλογικό ασυνείδητο: αυτό δεν σχετίζεται με την ατομική εμπειρία και είναι το σημαντικότερο τμήμα του ασυνειδήτου. Αποτελείται από πρωτόγονους φόβους, κληρονομικές καταβολές, ενστικτικές ενορμήσεις, σχήματα-αισθήματα και σκέψεις που έχουν συνδεθεί με μια φυλετική εμπειρία. Αυτό το μέρος του ψυχικού οργάνου περιλαμβάνει τα ένστικτα και τα αρχέτυπα. Το αρχέτυπο είναι μια παγκόσμια ιδέα, φορτισμένη με συναίσθημα, ένας συμβολισμός που χρησιμοποιεί το άτομο κάθε φυλής και κάθε εποχής για να εκφράσει πρωταρχικές έννοιες και στερεότυπα συμπεριφοράς ή συγκίνησης. Τα αρχέτυπα οικοδομούν την ψυχική διάθεση και περιλαμβάνουν τα βασικά κίνητρα, πάνω στα οποία θα θεμελιωθεί η «ενσυνείδητη ατομική προσωπικότητα».

Αργότερα ο Jung συμπύκνωσε τις αρχικές του ιδέες για το συλλογικό ασυνείδητο και εισήγαγε μια καινούρια ευρύτερη έννοια την **Αντικειμενική Ψυχή**. Εκεί συναντάμε νέους όρους όπως:

- **Σκιά**: το σύνολο των ζωωδών ενστίκτων που κληρονόμησε ο άνθρωπος κατά την εξέλιξη του από κατώτερες μορφές ζωής.
- **Persona**: η «μάσκα» που υιοθετεί κάθε άτομο καθώς αντιδρά στις κοινωνικές συμβάσεις και στις δικές του εσωτερικές αρχέτυπες ανάγκες.
- **Anima**: η θηλυκότητα και το θηλυκό κομμάτι της ψυχής κάθε άνδρα.
- **Animus**: έτσι ονομάζει την αρρενωπότητα αλλά και το αρσενικό κομμάτι της ψυχής κάθε γυναίκας.

Το άτομο με βάση το προσωπικό και κοινωνικό του ασυνείδητο διαμορφώνει ένα **ψυχολογικό τύπο**. Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι: 1) **τον εσωστρεφή** που ενδιαφέρεται κυρίως για ιδέες και 2) **τον εξωστρεφή**, που ενδιαφέρεται κυρίως για τα πράγματα.

Η Ψυχοπαθολογία του Jung

Τη βάση της ψυχοπαθολογίας στη θεωρία του Jung έχει το ασυνείδητο. Αν τα στοιχεία που υπάρχουν στο ασυνείδητο δεν βρουν τόπο να εξελιχθούν,

παραμένουν πρωτόγονα και αδιαφοροποίητα και βλάπτουν την προσωπικότητα. Σύντομα εμφανίζονται συμπτώματα που εμποδίζουν την προσωπικότητα να αναπτύξει μηχανισμούς προσαρμογής στην πραγματικότητα και έτσι εμφανίζεται η νεύρωση.

Η Αναλυτική Ψυχοθεραπεία κατά τον Jung

Η θεραπεία του Jung έχει σκοπό να βοηθήσει το άτομο να ανακαλύψει τον τύπο του και να ζήσει σύμφωνα με αυτόν. Στόχος είναι δηλαδή να «συμφιλιωθούν» οι ενορμήσεις και τα αρχέτυπα με τις συνειδητές τάσεις και επιδιώξεις του ατόμου. Ο Jung δε δέχεται ότι η παρούσα ψυχοπαθολογία συνδέεται αποκλειστικά με το παρελθόν, αλλά ότι αποτελεί το σύμπτωμα μιας «πορείας προς τα πίσω» που κάνει η προσωπικότητα στο παρελθόν της φυλής και του πολιτισμού που ανήκει το άτομο. Για αυτό η ψυχοθεραπεία εστιάζει στο παρόν και στο πώς το παρόν αυτό διαμορφώνεται από τις προσδοκίες του ατόμου για το μέλλον (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Δ) Otto Rank

Ο Otto Rank έγινε μέλος της ψυχαναλυτικής ομάδας όταν ήταν ακόμα φοιτητής της Φιλοσοφίας στη Βόννη. Γρήγορα έγινε πιστός συνεργάτης του Freud. Ωστόσο, το 1926 διαφώνησε επίσημα με τον Freud και αποχώρησε από την ψυχαναλυτική ομάδα. Άρχισε να διαφωνεί με τον Freud κυρίως σε ότι αφορούσε τον απεριόριστο χρόνο που απαιτούσε η θεραπεία της ψυχανάλυσης και έτσι άρχισε να αναζητά μια απλούστερη εξήγηση των ψυχοδυναμικών της νεύρωσης οπότε και διαμόρφωσε την άποψη του για το **Τραύμα της Γέννησης**, το οποίο σαν ιδέα υπήρχε και στις απόψεις του Freud για την αιτιολογία της νεύρωσης.

Η θεωρία του είναι έντονα επηρεασμένη από τη Φιλοσοφία. Τοποθέτησε στο κέντρο του ψυχικού οργάνου το εγώ το οποίο έχει **πλήρη αυτονομία και ισχύ**, την οποία ονομάζει ***θέληση***. Η θέληση αποτελεί τη δύναμη που καθοδηγεί το άτομο, αναστέλλει και ελέγχει τις ορμές και τα ένστικτα, αξιοποιεί δημιουργικά τις ικανότητες και οδηγεί με τον τρόπο αυτό στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας. Για τον Rank η πρώτη μορφή εμφάνισης της θέλησης είναι η εναντίωση στη θέληση.

Πρωταρχική θέση για τον καθορισμό της ψυχικής ζωής είναι το τραύμα της γέννησης., το οποίο και καθορίζει την εξέλιξη της προσωπικότητας. Ο άνθρωπος βιώνει την ιδανική ζωή μόνο μέσα στη μήτρα και ο αποχωρισμός από αυτήν του προκαλεί ένα πρωταρχικό άγχος. Κάθε επιθυμία του ατόμου να επιστρέψει στη μήτρα θα του προκαλεί επίσης άγχος. Όσο μεγαλώνει το παιδί δημιουργούνται μέσα του δυο αντίθετες επιθυμίες: η μια είναι η τάση του να παραμείνει κοντά στη μητέρα του και η άλλη είναι η τάση του να γίνει ανεξάρτητο. Η τάση για ανεξαρτητοποίηση ονομάστηκε αγώνας για εξατομίκευση και αντιστοιχεί στη διαδικασία της ανάπτυξης της προσωπικότητας η οποία εξελίσσεται σε τρία στάδια: το αρχικό στο οποίο το άτομο θέλει να είναι αυτό που του επιβάλλουν οι βιολογικές του ανάγκες, στο δεύτερο, όπου το άτομο προσπαθεί αλλά δεν τα καταφέρνει να γίνει

ανεξάρτητο και το τελευταίο όπου το άτομο γίνεται ανεξάρτητο και αποκτά δικές του αξίες.

Οι απόψεις του Rank για την Ψυχοπαθολογία

Ο Rank δεν ανέπτυξε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο για την ψυχοπαθολογία. Διακρίνει τρεις τύπους προσωπικότητας:

Α) **ο μέσος**, συνηθισμένος-ομαλός τύπος ο οποίος έχει καθηλωθεί στο πρώτο στάδιο και έχει μείνει ψυχολογικά στη μήτρα. Είναι αυτό που θέλουν οι άλλοι να είναι. Δεν έχει προβλήματα αλλά δεν είναι και ιδιαίτερα δημιουργικός.

Β**) ο νευρωσικός τύπος**, δεν έχει λύσει το άγχος του αποχωρισμού, δεν μπόρεσε να αποκτήσει δικές του αξίες και χρησιμοποιεί τις δημιουργικές του δυνάμεις σε αρνητική κριτική για τον ίδιο και τους άλλους. Είναι ότι οι άλλοι δεν θέλουν να είναι.

Γ) **ο δημιουργικός τύπος**, ο οποίος έχει ολοκληρώσει την ανεξαρτητοποίηση του και έχει αυτόνομο εγώ και ισχυρή θέληση. Αξιοποιεί τις δυνατότητες του για τα ιδανικά, χωρίς να αισθάνεται την ανάγκη να επιβάλλει τις ανάγκες του στους άλλους.

Η θεραπεία του Rank

Ονομάζεται **θεραπεία θέλησης** ή **θεραπεία σχέσης** και σκοπός της είναι η αδιάκοπη ενίσχυση της θέλησης και της ψυχικής ανεξαρτησίας του ατόμου. Χαρακτηριστικά της θεραπείας είναι: 1) η μικρή της χρονική διάρκεια, 2) η ενεργός συμμετοχή του θεραπευτή και 3) η έμφαση στα προβλήματα του παρόντος που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον. Στόχος του θεραπευτή είναι η απαλλαγή του ασθενή από το φόβο της ζωής που οφείλεται στη συνάρτηση του άγχους αποχωρισμού (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Ε) Karen Horney

Η Horney Γερμανίδα ψυχίατρος από το 1917 αμφισβήτησε την εικόνα της γυναίκας που έδινε ο Freud, ως ένα ευνουχισμένο αρσενικό που κινητήριος ορμή του είναι πάντα ο φθόνος του πέους ή η παράλογη επιθυμία του για ένα αρσενικό γεννητικό όργανο. Ήταν η μόνη γυναίκα που απέρριψε την ορθόδοξη ψυχανάλυση και έφτιαξε μια δική της ξεχωριστή σχολή, συγκεντρώνοντας την προσοχή του κινήματος για την απελευθέρωση της γυναίκας, που την αντιμετώπιζε σαν σύμβολο της μάχης εναντίον μιας ανδροκρατούμενης ψυχανάλυσης. Όταν το 1932 έφυγε στις Η.Π.Α. εντυπωσιάστηκε από τη διαφορά των δυο κοινωνιών και άρχισε να προσέχει περισσότερο τους *πολιτιστικούς παράγοντες* στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της νεύρωσης. Στον Harry Stack Sullivan βρήκε έναν πιστό οπαδό για τις ιδέες της. Λίγο αργότερα η Horney αποχώρησε από το ορθόδοξο Ψυχαναλυτικό Ινστιτούτο της Ν. Υόρκης, αφού ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων εναντίον της.

Η Horney απέρριψε την άρνηση του Freud να δεχτεί τη σημαντική επίδραση της κοινωνίας πάνω στο άτομο και στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του και αμφισβήτησε την άποψη που αντιμετώπιζε το άτομο

σαν ζώο που οδηγείται από τα ένστικτα του. Πιστεύει ότι η βασική αρχή της συμπεριφοράς για όλους δεν είναι το φύλο ή η επιθετικότητα, όπως έλεγε ο Freud αλλά η **ανάγκη για ασφάλεια**. Αν το μικρό παιδί δεν πάρει από το περιβάλλον του αυτό το αίσθημα ασφάλειας θα αναπτύξει ένα **βασικό άγχος** που θα το αναγκάσει να ζητάει συνεχώς επιβεβαίωση από τους άλλους. Αυτή η επίμονη επιθυμία του θα το οδηγήσει σε υποταγή, αυξημένη επιθετικότητα ή απομόνωση. Απέδιδε τις βασικές αιτίες της νεύρωσης σε κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, επηρεασμένη από το νέο κίνημα που είχε ξεκινήσει στις Η.Π.Α. και είχε σαν αφετηρία τον ευμετάβλητο τρόπο και ρυθμό ζωής. Μάλιστα υποστήριξε αργότερα ότι κάθε νεύρωση έχει εθνικό χαρακτήρα.

Η θεραπεία της Horney

Οι ιδέες της Horney για τη θεραπεία άλλαζαν μαζί με τις αντιλήψεις για τη νεύρωση. Η θεραπεία απέβλεπε αρχικά στο να ενθαρρύνει με *υποστηρικτικές τεχνικές* τους ασθενείς να αποκτήσουν καλές σχέσεις με τους άλλους. Αργότερα όταν η θεωρία της για τη νεύρωση εδραιώθηκε, άρχισε να χρησιμοποιεί ένα περισσότερο **αποκαλυπτικό τύπο θεραπείας** που είχε σαν σκοπό την **αυτοσυνειδητοποίηση** του ασθενή. Σε γενικές γραμμές η ανάλυση της Horney ακολουθεί τη φροϋδική τεχνική του ελεύθερου συνειρμού, της ερμηνείας κτλ αλλά σε πολύ λιγότερο χρόνο (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

ΣΤ) Harry Stack Sullivan

Ο Harry Stack Sullivan ήταν ψυχίατρος εκπαιδευμένος στην τεχνική της ορθόδοξης ψυχανάλυσης, εντυπωσιάστηκε στη συνεχεία από τις απόψεις του Adler και της Horney. Τα μέλη της ομάδας που έφτιαξε μαζί με τη Horney και ονόμασε «Zodiac Club» αποτελούνταν από μέλη τα οποία αμφισβητούσαν έντονα τη φροϋδική θεωρία και θεραπεία. Ο Harry Stack Sullivan είναι ο δημιουργός μιας νέας αντίληψης που έγινε γνώστη ως η Θεωρία της Αλληλοεπίδρασης και υποστήριζε την άποψη ότι οι θεμελιώδεις αιτίες της νεύρωσης οφείλονται σε πολιτιστικούς παράγοντες, προσπάθησε να υλοποιήσει αυτή τη θεωρία το 1943 όταν χώρισε από την Horney (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Ο Sullivan ήταν αυτός που τόνισε περισσότερο από όλους το ρόλο των κοινωνικών διαπροσωπικών δυνάμεων στην ανάπτυξη του ανθρώπου. Επίσης έδωσε μεγάλη σημασία στην πρώιμη σχέση που έχει το βρέφος με τη μητέρα του για την ανάπτυξη του άγχους και της αίσθησης του εαυτού. Το άγχος μπορεί να μεταφέρεται από τη μητέρα στην πρώτη επαφή με το βρέφος. Έτσι, το άγχος έχει από την αρχή διαπροσωπικό χαρακτήρα (Pervin & John, 2001).

Ο Sullivan συγκρότησε μια θεωρία για την προσωπικότητα η οποία ήταν αρκετά πολύπλοκη, το ίδιο ισχύει και για τις θεωρίες του περί νεύρωσης και ψυχοθεραπείας, ο Sullivan πίστευε ότι η ανθρώπινη προσωπικότητα αποτελεί συνολικό προϊόν των διαπροσωπικών σχέσεων. Ο εαυτός ή **αυτοσύστημα**, όπως το ονομάζει γίνεται ένα ακέραιο μέρος της οργάνωσης των εμπειριών του

ατόμου, ένας συγκεκριμένος τύπος δράσης και αντίδρασης που όταν ένα άτομο προσπάθεια να τον αλλάξει του προκαλεί άγχος. Οι προσπάθειες που κάνει το άτομο για να προστατεύσει το αυτοσύστημα χαρακτηρίστηκαν από τον Sullivan **επιχειρήσεις ασφάλειας** (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Οι απόψεις του Sullivan για την ψυχοπαθολογία

Κατά τον Sullivan η αιτία της νεύρωσης έχει τη βάση της στη βρεφική ηλικία. Αν το άτομο που φροντίζει το βρέφος είναι συνέχεια *αγχωμένο, θυμωμένο, συναισθηματικά αναστατωμένο ή αποδιοργανωμένο*, τα δυσάρεστα αυτά συναισθήματα πιθανότατα θα μεταβιβαστούν στο βρέφος. Έτσι το βρέφος σαν ενήλικας πια θα χαρακτηρίζεται από την **παρατακτική διαστρέβλωση** που σαν ξεχωριστό χαρακτηριστικό της έχει την **προσωποποίηση** (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του Sullivan

Ο βασικός θεραπευτικός σκοπός είναι να συνειδητοποιήσει ο ασθενής αυθόρμητα τις παρατακτικές διαστρεβλώσεις, ώστε να καταλάβει ότι δεν τις χρειάζεται πια. Επειδή πίστευε ότι η αιτία της νεύρωσης είχε τη βάση της σε μια διαπροσωπική σχέση επέμενε ότι η θεραπεία πρέπει να είναι μια διαπροσωπική διαδικασία. Έτσι, ο θεραπευτής δεν είναι ο έγκυρος κριτής αλλά και μέτοχος και παρατηρητής. Ο Sullivan διαιρεί την ψυχοθεραπευτική διαδικασία σε τέσσερα στάδια: 1) την τυπική έναρξη γνωριμίας, 2) την αναγνώριση, 3) τη λεπτομερειακή συζήτηση πληροφοριών και 4) τον τερματισμό (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Μελέτη στη Σχιζοφρένεια

Ο Sullivan ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Από το 1923 μέχρι το 1930 παρακολουθούσε μια ομάδα ανδρών που έπασχαν από σχιζοφρενικά συμπτώματα στο Sheppard και Guach Pratt Hospital. Αργότερα δημοσίευσε μια σειρά από άρθρα γύρω από την αιτιολογία, τα ψυχοδυναμικά και τη θεραπεία της νόσου. Ο Sullivan είχε ιδιαίτερη ικανότητα να επικοινωνεί και να κατανοεί τη σκέψη του ψυχωτικού ατόμου. Πίστευε ότι τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν είναι απαραίτητο να κρατούνται σε κλειδωμένους θαλάμους, αλλά μπορούν να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά με επιτυχία, αν ο ψυχίατρος είναι διατεθειμένος να είναι υπομονετικός παρατηρητής (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Ζ) Erick Erikson

Ο Erikson έζησε μαζί με τη μητέρα του στη Γερμανία τα πρώτα χρόνια της ζωής του, δε γνώρισε ποτέ τον Δανό πατέρα του γιατί είχε εγκαταλείψει τη μητέρα του όταν εκείνη ήταν ακόμα έγκυος. Μετά το Γυμνάσιο άρχισε να ταξιδεύει σε όλη την Ευρώπη και να ασχολείται ερασιτεχνικά με την τέχνη. Σε ηλικία 25 χρονών συνάντησε τον Freud και την κόρη του Anna και έγινε μέλος της Ψυχαναλυτική Εταιρίας, ειδικός στην Παιδοψυχανάλυση (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Με το πέρασμα των χρόνων ο Erikson επεξέτεινε την φροϋδική θεωρία και συντέλεσε στο να δοθεί ειδική έμφαση στο εγώ, ως κεντρική διάσταση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η ψυχοκοινωνική θεωρία του άσκησε σημαντική επίδραση στην κατανόηση της εξελικτικής διαδικασίας και κάλυψε όλη την έκταση της ζωής. Ο Erikson θεωρείται από πολλούς ως ο ψυχολόγος που η εξελικτική του θεωρία κάλυψε για πρώτη φορά όλο το φάσμα της ανάπτυξης (Salkind, 2005).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της θεωρίας του Erikson είναι:

- Η έμφαση που δίνει στον τρόπο που αναπτύσσεται η *φυσιολογική* προσωπικότητα.
- Δίνει ιδιαίτερη σημασία στις λειτουργίες του Εγώ σχετικά με την οργάνωση της προσωπικότητας και γενικότερα την ρύθμιση της ψυχικής ζωής. Ουσιαστικά οι απόψεις του είναι ίδιες με του Freud, αλλά χρησιμοποιεί διαφορετική ορολογία. Το **Θετικό Εγώ** του Erikson προάγει το αίσθημα του εαυτού, προσεγγίζει εννοιολογικά το **Αυτόνομο Εγώ**, επεκτείνεται όμως πέρα από αυτό, καλύπτοντας ένα μεγάλο μέρος της ζωής. Εδώ ο Erikson έρχεται σε σύγκρουση με την κλασική ψυχανάλυση η οποία υποστηρίζει ότι η συγκρότηση της προσωπικότητας ολοκληρώνεται κατά τον $5^{ο}$ ή $6^{ο}$ χρόνο της ζωής του ατόμου. Σύμφωνα με τον Erikson η προσωπικότητα μεταβάλλεται ως το τέλος της ζωής ακολουθώντας τις **οκτώ φάσεις της επιγένεσης.** Κάθε φάση αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα που πρέπει να ξεπεραστεί ώστε να προσαρμοστεί η προσωπικότητα ομαλά στην επόμενη φάση (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Η αρχή της επιγένεσης στηρίζεται σε κάποιο εμβρυολογικό μοντέλο σύμφωνα με το οποίο κάθε διεργασία κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ανάπτυξης έχει μια ξεχωριστή χρονική περίοδο επικράτησης, το πλάνο της οποίας εμπεριέχεται στα γονίδια του οργανισμού. η επιγένεση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας η συμπεριφορά διαφοροποιείται σε ξεχωριστά συστατικά στοιχεία ή τμήματα ενός λειτουργούντος συνόλου. Η ανάπτυξη συντελείται μέσα από τη λύση των κρίσεων στα διάφορα εξελικτικά στάδια:

Στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης	**Ψυχοκοινωνικό στάδιο**
Στάδιο 1 (0-12 μήνες)	**Στοματικό- αισθητηριακό**
Στάδιο 2 (2-3 ετών)	**Μυϊκό-πρωκτικό**
Στάδιο 3 (4-5 ετών)	**Πρωτοβουλίας – ενοχής**
Στάδιο 4 (6-11 ετών)	**Λανθάνον**
Στάδιο 5 (12-18 ετών)	**Ήβη και εφηβεία**
Στάδιο 6 (νεότητα)	**Νεότητα**
Στάδιο 7 (μέση ηλικία)	**Μέση ηλικία**
Στάδιο 8 (ωριμότητα)	**Ωριμότητα**

(Salkind, 2005).

Οι φάσεις εξέλιξης του Erikson μέχρι την εφηβεία δεν διαφέρουν πολύ από αυτές του Freud με εξαίρεση του γεγονότος ότι ο χαρακτήρας τους είναι περισσότερο ψυχοκοινωνικός. Στην εφηβεία όμως η διαφορά των δύο θεωριών είναι φανερή. Για τον Freud το τι θα συμβεί στην εφηβεία εξαρτάται από την επίλυση του Οιδιπόδειου Συμπλέγματος. Για τον Erikson το άτομο εκείνη την περίοδο περνάει την φάση της **αποκατάστασης ταυτότητας**, προσπαθώντας να βρει την αυτονομία και την ανεξαρτησία του μαζί με τη θετική κοινωνική παρουσία μέσα από τους άλλους (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

- Έμφαση στην **έννοια της ταυτότητας**, καθώς και στην παθολογία που δημιουργείται όταν παραταθεί η κρίση ταυτότητας.
- Ο σημαντικός ρόλος των **κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων** σε αντίθεση με τους ψυχοσεξουαλικούς του Freud (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, σελ. 257).

Οι απόψεις για την ψυχοπαθολογία

Ο Erikson υποστηρίζει ότι οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται όταν το άτομο δεν μπορέσει να λύσει την κρίση που συνδέεται με τη κάθε φάση της επιγένεσης. Συγκεκριμένα, η μη ικανοποιητική λύση της κρίσης στην πρώτη φάση (βασική εμπιστοσύνη), έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχώσεων, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες στην μετέπειτα ζωή του ατόμου. Οι ιδεοψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις, οι ψυχοσωματικές διαταραχές και οι σεξουαλικές ιδιαιτερότητες έχουν τη βάση τους στην μη ικανοποιητική λύση των κρίσεων αυτονομίας και πρωτοβουλίας που συνδυάζονται με τη δεύτερη και τρίτη φάση. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας έχει η **αρχή της αμοιβαιότητας**, που αναφέρεται στην αναγκαστική αλληλεπίδραση του ατόμου με τα άλλα άτομα με τα οποία έρχεται σε επαφή, από την πρώτη μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η θεραπεία του Erikson

Η παραδοχή και η κατανόηση της κρίσης ταυτότητας, από τον ασθενή, βρίσκεται στο επίκεντρο της θεραπείας, καθώς μόνο με τη λύση της κρίσης στο συνειδητό και το ασυνείδητο μπορεί ο ασθενής να ξεπεράσει τη νεύρωση. Η ψυχοθεραπεία του Erikson έχει όλες τις τεχνικές της ψυχανάλυσης, αλλά έχει υιοθετήσει και άλλες τεχνικές των ανθρωπιστικών θεωριών. Ο ψυχοθεραπευτής παίζει πολύ πιο ενεργό ρόλο καθοδηγώντας περισσότερο, ενώ ο ορθόδοξος ψυχαναλυτής είναι περισσότερο αυταρχικός. Η θεραπεία του Erikson απαιτεί πολύ λιγότερο χρόνο και ο περισσότερος χρόνος της ξοδεύεται στο να ενθαρρύνει ο θεραπευτής τον ασθενή να φτάσει ως το τέλος, μέσα από μια πορεία ανάλυσης των εννοιών που αφορούν την κρίση ταυτότητας (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

1.2.2 Το Συμπεριφοριστικό Μοντέλο

Το ψυχαναλυτικό μοντέλο του Freud και των οπαδών του που είδαμε εξειδικεύουν τους τρόπους με τους οποίους συντελείται η ανάπτυξη μέσα από σύνθετες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε βιολογικούς παράγοντες μέσα σε ευρύ φάσμα περιβαλλοντικών συνθηκών. Όλοι αυτοί οι θεωρητικοί της ανάπτυξης αποδίδουν κάποια σημασία και στο ρόλο του περιβάλλοντος, ωστόσο, όμως δεν αποδέχονται το περιβάλλον ως προέχουσα καθοριστική ή διαμορφωτική δύναμη των εξελικτικών αλλαγών. Έναν εναλλακτικό τρόπο περιγραφής του πώς συντελείται η εξελικτική διαδικασία μας δίνει το ***μοντέλο της συμπεριφοράς ή μπιχεβιορισμός***. Όπως και η φροϋδική θεωρία έτσι και ο μπιχεβιορισμός έχει πολλές παραλλαγές. Οι μπιχεβιοριστές όμως αποδέχονται το ίδιο βασικό αξίωμα, ότι δηλαδή η ανάπτυξη είναι μια διαδικασία που ερμηνεύεται με τις αρχές και τους νόμους της μάθησης. Το βιολογικό υπόβαθρο εξασφαλίζει ως ένα βαθμό το υπόβαθρο της ανάπτυξης, η εμπειρία όμως και οι ευκαιρίες για μάθηση παρέχουν τα ουσιώδη και απαραίτητα στοιχεία που προσδίδουν κατεύθυνση στη διαδικασία (Salkind, 2005). Το συμπεριφοριστικό μοντέλο τονίζει ότι τόσο η φυσιολογική όσο και η παθολογική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης που έγινε σε προηγούμενα στάδια ζωής. Για αυτό και η συμπεριφοριστική θεραπεία έχει σκοπό μέσω της μάθησης να αλλάξει την υπάρχουσα συμπεριφορά ή να διδάξει νέους τρόπους της (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Οι περισσότεροι μπιχεβιοριστές υποστηρίζουν ότι το εκτεταμένο σώμα πληροφοριών που περιγράφουν πώς συντελείται η μάθηση, μπορεί να εφαρμοστεί και στην εξελικτική διαδικασία. Η άποψη αυτή μπορεί να είναι αντιπροσωπευτική μιας ομάδας μπιχεβιοριστών αλλά δεν λείπουν και εκείνοι που υποστηρίζουν ότι εσωτερικές γνωστικές ή βιολογικές διαδικασίες διαδραματίζουν επίσης σοβαρό ρόλο στην ανάπτυξη (Salkind, 2005).

Ανεξάρτητα από το ποια ειδική θεωρία είναι αντικείμενο συζήτησης μερικές βασικές ιδέες είναι κοινές σε όλες τις μπιχεβιοριστικές απόψεις για την ανάπτυξη. Αυτές είναι:

1) **Η ανάπτυξη είναι αποτέλεσμα της μάθησης**. Ο Gagne θεωρεί ότι η ανάπτυξη της συμπεριφοράς είναι η συσσωρευτική επίδραση της μάθησης. Σε αυτό το πλαίσιο η μάθηση ταυτίζεται με βραχύχρονες αλλαγές στη συμπεριφορά οι όποιες όταν συνδυαστούν και οργανωθούν ιεραρχικά το αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη. Έτσι, η ανάπτυξη είναι το αποτέλεσμα συσσωρευμένων εμπειριών που συνδέονται η μια με την άλλη. Η ανάπτυξη απορρέει από τη μάθηση και όχι η μάθηση από την ανάπτυξη.

2) **Η ανάπτυξη είναι αποτέλεσμα διαφορετικών μορφών μάθησης**. Θα πρέπει να κατανοήσουμε κάθε μορφή μάθησης που ελέγχει την εξελικτική διαδικασία ώστε να κατανοήσουμε πλήρως την ποικιλία και τον πλούτο της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

3) **Οι ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη αντανακλούν διαφορές στην παρελθούσα ιστορία και τις παρελθούσες εμπειρίες.** Διαφορές στην ατομική ανάπτυξη απορρέουν από τις παρελθούσες εμπειρίες και από την αξία που το άτομο δίνει σε αυτές για την επίτευξη άμεσων και απώτερων στόχων. Οι

μπιχεβιοριστές θεωρούν το ιστορικό του ατόμου ως μια σειρά από βραχύχρονες αλλαγές οι οποίες όταν συνδυαστούν μεταξύ τους, διαμορφώνουν το υπόβαθρο της ανάπτυξης. Οι δυναμικές διεργασίες μέσω των οποίων αυτές οι εμπειρίες αποθηκεύονται, ανακαλούνται στη μνήμη και μεταβιβάζονται σε νέες καταστάσεις, αποτελούν ουσιώδη στοιχεία της θεωρίας της συμπεριφοράς.

4) **Η ανάπτυξη προκύπτει από την οργάνωση της υπάρχουσας συμπεριφοράς.** Η ανάπτυξη είναι μια διαδικασία οργάνωσης απλών και απομονωμένων διαστάσεων της συμπεριφοράς σε σύνθετα πρότυπα. Η μετάβαση από απλές σε σύνθετες μορφές συμπεριφοράς μοιάζει με τη συγκρότηση ενός οικοδομήματος. Όλα τα υγιή βρέφη έχουν τον ίδιο βασικό εξοπλισμό ή τους ίδιους βιολογικούς μηχανισμούς. Με το χρόνο, οι διαφορετικές εμπειρίες έχουν σαν αποτέλεσμα τη διαφορετική οργάνωση αυτού του βιολογικού δυναμικού και όσο περνά ο καιρός οι διαφορές αυτές μεγαλώνουν, επειδή η οργάνωση αυτών των βασικά όμοιων εμπειριών υφίσταται περαιτέρω αλλαγές. Μια σημαντική αιτία διαφοροποίησης της ανάπτυξης από άτομο σε άτομο είναι οι διαφορές στις παρελθούσες εμπειρίες μαζί με το πώς οργανώνονται αυτές οι εμπειρίες.

5) Οι βιολογικοί παράγοντες θέτουν τα γενικά όρια ως προς τη μορφή συμπεριφοράς που θα αναπτυχθεί, αλλά το περιβάλλον καθορίζει τις μορφές συμπεριφοράς που θα υιοθετήσει ο οργανισμός. Παρόλο που οι βιολογικές διαδικασίες εξασφαλίζουν το πλαίσιο, το περιβάλλον καθορίζει τις μορφές συμπεριφοράς που θα αποκτηθούν. Ακόμα και η σύλληψη δεν είναι ένα γνήσιο βιολογικό γεγονός, αφού επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τους μπιχεβιοριστές, αν ικανοποιηθούν οι βιολογικές ανάγκες, η εξελικτική πρόοδος θα εξαρτηθεί από τη σειρά εμφάνισης και από τη σχετικότητα των εμπειριών. Η φύση των εμπειριών συμμετέχει επίσης αποφασιστικά και στον καθορισμό του περιεχομένου της συμπεριφοράς.

6) Η ανάπτυξη του ατόμου δε σχετίζεται άμεσα με βιολογικώς καθορισμένα στάδια. Η συμπεριφορά δεν καθορίζεται βιολογικά και ούτε κατ' ανάγκη συνδυάζεται ή είναι το αποτέλεσμα εσωτερικώς ρυθμιζόμενων βιολογιών διεργασιών. Ωστόσο, οι μπιχεβιοριστές δεν αρνούνται τις προφανείς και καθολικές διαδικασίες της ωρίμανσης (Salkind, 2005).

Οι κυριότερες μορφές μάθησης είναι:

Α. Κλασική μάθηση και θεραπευτικές εφαρμογές

Η θεωρία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης έχει την προέλευση της στις αρχές του 20ου αιώνα, με αφορμή τα πειράματα των Ρώσων Ivan Pavlov και Bladimir Bechterev. Συστηματοποιήθηκε αργότερα γύρω στα 1920 από τον John Watson, ο οποίος και θεωρείται ο ιδρυτής του συμπεριφορισμού (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Ο Pavlov προσπαθώντας να μετρήσει την ποσότητα του εκκρινόμενου σάλιου ενός σκύλου, όταν αυτός αντίκριζε την τροφή του, παρατήρησε τυχαία ότι ο σκύλος έβγαζε σάλιο και όταν ακόμα άκουγε τα βήματα του ανθρώπου που του έφερνε την τροφή. Αυτή η

παρατήρηση τον οδήγησε σε μια σημαντικότατη για την ψυχολογία διαπίστωση, η οποία επιβεβαιώθηκε μέσα σε αυστηρά πειραματικά πλαίσια.

Ο Pavlov άρχισε μια σειρά από πειράματα σε πεινασμένους σκύλους μέσα σε ένα δωμάτιο απομονωμένο από οποιοδήποτε ερέθισμα. Έδενε το ζώο σε ειδική συσκευή. Χρησιμοποιούσε κουδούνι που ηχούσε ακριβώς πριν από την προσφορά τροφής. Ο ήχος επαναλαμβανόταν αρχικά για 15 δευτερόλεπτα πριν και μετά την προσφορά τροφής. Αυτό επαναλήφθηκε μέσα σε μια ώρα περίπου για δέκα φορές σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα. Στη δεύτερη φάση του πειράματος και έπειτα από είκοσι επαναλήψεις ο σκύλος άρχισε να εκκρίνει σάλιο μόλις άκουγε τον ήχο και πριν δει την τροφή. Έτσι ο ήχος σαν ερέθισμα υποκατέστησε την τροφή ως προς την έκκριση σάλιου (Παπαδόπουλος, 1997).

Αυτό το είδος μάθησης κατά το οποίο ένας οργανισμός μαθαίνει να αντιδρά σε ένα αρχικά ουδέτερο ερέθισμα με ένα συγκεκριμένο τρόπο, συνδέοντας χωροχρονικά το ερέθισμα αυτό με ένα άλλο ερέθισμα που προκαλεί από τη φύση του μια αντανακλαστική αντίδραση του οργανισμού, ονομάζεται **κλασική εξαρτημένη μάθηση** (classical conditioning). Όταν η αντίδραση είναι αποτέλεσμα ενός φυσικού ερεθίσματος (τροφή) ονομάζεται **φυσική αντίδραση**, ενώ όταν είναι αποτέλεσμα ενός εξαρτημένου ερεθίσματος (ήχος) ονομάζεται **εξαρτημένη ή υποκατάστατη αντίδραση**. Ο βαθμός σύνδεσης μεταξύ φυσικού και εξαρτημένου ερεθίσματος ονομάζεται **ενίσχυση** και εξαρτάται από τον αριθμό των επαναλήψεων της ταυτόχρονης παρουσίασης των δυο ερεθισμάτων. Η σύνδεση των δυο ερεθισμάτων μπορεί να αποδυναμωθεί και τελικά να εξαλειφθεί αν παρουσιάζεται μόνο το εξαρτημένο ερέθισμα, χωρίς το φυσικό. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται **απόσβεση της σύνδεσης.** Αν μετά από την απόσβεση μιας εξαρτημένης σύνδεσης παρουσιάσουμε πάλι το εξαρτημένο ερέθισμα και έχουμε σαν αποτέλεσμα την εξαρτημένη αντίδραση, τότε το φαινόμενο ονομάζεται **αυθόρμητη επαναφορά της αντίδρασης**. Για να εξαφανιστεί τελείως μια εξαρτημένη αντίδραση πρέπει να γίνουν διαδοχικές αποσβέσεις. Ένα άλλο φαινόμενο που παρατήρησε ο Pavlov ήταν **η γενίκευση του ερεθίσματος**. Δηλαδή ο σκύλος έμαθε να αντιδρά με έκκριση σιέλου, όχι μόνο στο άκουσμα του κουδουνιού, αλλά και σε κάθε παρόμοιο ήχο.

Ο Watson επηρεασμένος από τους Pavlov και Thorndike σχεδίασε ένα πείραμα με ένα βρέφος 11 μηνών τον Albert ως εξής: το βρέφος είχε στο δωμάτιο του ένα κουνέλι για να παίζει. Κάθε φορά που το βρέφος άγγιζε το κουνέλι ο ερευνητής χτυπούσε δυνατά ένα ξύλινο τραπέζι με ένα σφυρί. Ο κρότος προκαλούσε στο παιδί ξάφνιασμα και τρόμο. Μετά από μερικές επαναλήψεις ταυτόχρονης παρουσίασης του κρότου με το άγγιγμα του κουνελιού, δημιουργήθηκε υποκατάστατη σύνδεση μεταξύ της αφής του απαλού τριχώματος και του θορύβου, που είχε σαν αποτέλεσμα να ξαφνιάζεται και να τρομάζει το μωρό κάθε φορά που τύχαινε να αγγίξει το κουνέλι και στη συνέχεια, οποιοδήποτε μαλακό τριχωτό αντικείμενο, όπως τα γένια του παππού του. Για τον Watson κάθε οργανισμός με βάση τις φυσιολογικές του κινήσεις μαθαίνει να αντιδρά στα διάφορα ερεθίσματα ανάλογα με τις συνδέσεις που κάνει. Για τους ορθόδοξους συμπεριφοριστές όλη η συμπεριφορά του ατόμου ακόμα και οι σκέψεις και τα συναισθήματα είναι οι αντιδράσεις του

οργανισμού σε φυσικά ή εξαρτημένα ερεθίσματα. Αυτή η άποψη εκφράζεται με τον τύπο S → R (Stimulus → Response, Ερέθισμα → Αντίδραση) (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Θεραπευτικές εφαρμογές

• Συστηματική Απευαισθητοποίηση

Σε μεγάλο βαθμό η πιο σημαντική εξέλιξη σε αυτό το χώρο είναι η μέθοδος της συστηματικής απευαισθητοποίησης του Joseph Wolpe. Ο Wolpe έφτασε να πιστεύει ότι η νεύρωση είναι μια δυσπροσαρμοστική αποκτημένη αντίδραση, που συνδέεται σχεδόν πάντα με το άγχος. Έτσι, η θεραπεία περιλαμβάνει την αναστολή του άγχους μέσω της αντενεργούς εξάρτησης μιας προσαρμοστικής αντίδρασης. Η θεραπεία, δηλαδή, έχει να κάνει με αντιδράσεις που είναι ανταγωνιστικές ή ανασταλτικές του άγχους. Ποικίλες αντιδράσεις ανασταλτικές του άγχους μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τους σκοπούς της αμοιβαίας εξάρτησης. Ωστόσο, εκείνη που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η βαθιά μυϊκή χαλάρωση. Μέσω της διαδικασίας της συστηματικής απευαισθητοποίησης ο ασθενής μαθαίνει να αντιδρά σε ορισμένα ερεθίσματα που προηγουμένως του προκαλούσαν άγχος με τη νέα εξαρτημένη αντίδραση της χαλάρωσης.

Η διαδικασία περιλαμβάνει μια σειρά από φάσεις. Η πρώτη είναι η προσεκτική αξιολόγηση των θεραπευτικών αναγκών του ασθενή, κατά την οποία λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό κάθε συμπτώματος και πτυχής της ζωής στην οποία ο ασθενής αντιμετωπίζει αδικαιολόγητες δυσκολίες, καθώς επίσης και συστηματική περιγραφή της ζωής του ασθενή. Αφού ο θεραπευτής αποφασίσει ότι ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί από τη μέθοδο, εκπαιδεύει τον ασθενή να χαλαρώνει, αρχικά σε μέρη του σώματος και στη συνέχεια σε ολόκληρο το σώμα. Η επόμενη φάση της θεραπείας περιλαμβάνει την ιεράρχηση των περιστατικών του άγχους. Μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία όπου ο θεραπευτής προσπαθεί να αποσπάσει από τον ασθενή έναν κατάλογο με τα ερεθίσματα που του προκαλούν άγχος. Αυτά τα ερεθίσματα ομαδοποιούνται και διατάσσονται μέσα σε κάθε θέμα από το περισσότερο ως το λιγότερο ενοχλητικό. Κάθε ιεράρχηση περιστάσεων άγχους των ασθενών μπορεί να έχει πολλά ή λίγα θέματα και πολλά ή λίγα στοιχεία.

Όταν ολοκληρωθεί η ιεράρχηση των περιστάσεων του άγχους, ο ασθενής είναι πλέον έτοιμος για την καθαυτή διαδικασία. Έχει ήδη αποκτήσει την ικανότητα να χαλαρώνει και ο θεραπευτής έχει συγκροτήσει τις ιεραρχήσεις του άγχους. Τώρα ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να φτάσει σε μια περίσταση βαθιάς χαλάρωσης και μετά να φανταστεί αυτό το ερέθισμα στην ιεράρχηση που προκαλεί το μικρότερο άγχος. Αν ο ασθενής μπορεί να φανταστεί το ερέθισμα χωρίς άγχος, τότε ενθαρρύνεται να φανταστεί το επόμενο ιεραρχικό ερέθισμα παραμένοντας χαλαρωμένος. Περίοδοι απόλυτης χαλάρωσης εναλλάσσονται με περιόδους στις οποίες ο ασθενής φαντάζεται ερεθίσματα που του προκαλούν άγχος. Αν ο ασθενής νιώθει άγχος ενώ φαντάζεται ένα ερέθισμα, τότε ενθαρρύνεται να χαλαρώσει και φαντάζεται πάλι ένα λιγότερο αγχογόνο. Τελικά, ο ασθενής είναι σε θέση να χαλαρώσει ενώ φαντάζεται όλα τα ερεθίσματα στις ιεραρχήσεις του άγχους. Η χαλάρωση

σε σχέση με τα ερεθίσματα που φαντάζεται γενικεύεται στη χαλάρωση σε σχέση με τα ερεθίσματα αυτά στην καθημερινή ζωή.

Κλινικές και εργαστηριακές μελέτες έδειξαν ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να αποτελεί χρήσιμη θεραπευτική διαδικασία. Σύμφωνα με τη θεραπεία της συμπεριφοράς κανένα σύμπτωμα δεν προκαλείται από ασυνείδητες συγκρούσεις. Υπάρχει μόνο μια δυσπροσαρμοστική αποκτημένη αντίδραση και από τη στιγμή που αυτή αποβάλλεται, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι θα την υποκαταστήσει μια άλλη δυσπροσαρμοστική αντίδραση (Pervin & John, 2001).

• Ψυχοκατακλυσμική θεραπεία, ενδοεκρηκτική θεραπεία και κορεσμός του ερεθίσματος.

Η ψυχοκατακλυσμική θεραπεία είναι μια μορφή απεξάρτησης. Ο ασθενής βιώνει απότομα και χωρίς να έχει τη δυνατότητα να υποχωρήσει την περισσότερο επώδυνη αγχογόνα κατάσταση στη μεγαλύτερη δυνατή ένταση της, και έτσι γίνεται απόσβεση του αρχικού άγχους.

Στην ενδοεκρηκτική θεραπεία το άτομο παρακινείται να φανταστεί το ερέθισμα που του προκαλεί φόβο στην πιο απειλητική μορφή του και να προσπαθήσει να βιώσει το φόβο που προκαλείται στο μεγαλύτερο βαθμό. Μετά το άτομο οδηγείται σταδιακά από το θεραπευτή σε κατάσταση ηρεμίας.

Ο κορεσμός του ερεθίσματος. Το άτομο ασχολείται αναγκαστικά και παρατεταμένα με το ανεπιθύμητο ερέθισμα ώστε να του προκληθεί ανία και αηδία.

• Αποστροφική θεραπεία

Στηρίζεται στην άποψη ότι μια συμπεριφορά η οποία ακολουθείται από ένα δυσάρεστο γεγονός έχει μηδαμινή πιθανότητα να επαναληφθεί. Χρησιμοποιείται κυρίως σε μορφές ανεπιθύμητης συμπεριφοράς και μόνο όταν το παθολογικό σύμπτωμα δεν επιδέχεται άλλη θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου επιτυγχάνεται με τη χωροχρονική σύνδεση. Παρόλο που η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας έχει παρουσιάσει σε ορισμένες περιπτώσεις θετικά αποτελέσματα, υπήρξαν κάποιοι ασθενείς που εμφάνισαν αυξημένη επιθετικότητα και άγχος μετά από την εφαρμογή της μεθόδου.

• «Το στρώμα του ενουρητικού»

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται στη θεραπεία της νυχτερινής ενούρησης. Με τη βοήθεια ενός κρεβατιού ένα ουδέτερο ερέθισμα (οι συσπάσεις της ουροδόχου κύστης) συνδέεται με ένα φυσικό ερέθισμα (ένα κουδούνι που χτυπάει όταν βραχεί το στρώμα), και μπορεί να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή η έγκαιρη αφύπνιση. Το άτομο μετά από μερικές φορές που θα κοιμηθεί πάνω στο ειδικό κρεβάτι, θα ξυπνάει με τις πρώτες συσπάσεις της κύστης, πριν χτυπήσει το κουδούνι (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Β. Συντελεστική Μάθηση

Άλλη βασική μορφή μάθησης είναι η συντελεστική μάθηση που μελέτησε ο B.F. Skinner, καθηγητής ψυχολογίας στο πανεπιστήμιο του Harvard. Συνδυάζοντας τις απόψεις του Αμερικανού ψυχολόγου Thorndike για το νόμο του αποτελέσματος και τα αποτελέσματα των δικών του πειραμάτων , έφτασε στη μέθοδο της συντελεστικής μάθησης (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Ο Skinner επανέλαβε συστηματικότερα τα πειράματα του Thorndike με τη χρήση **ενεργής σύνδεσης** δυο γεγονότων – δεδομένων, σε αντίθεση με την τυχαία σύνδεση του Thorndike. Πειραματίστηκε με περιστέρια που έβαλε σε κλουβί με πλήκτρα αυτόματου μηχανισμού, στα οποία η πίεση του ενός πλήκτρου έφερνε νερό και η πίεση του άλλου έφερνε τροφή. Αν τα πουλιά έκαναν λάθος δεν άνοιγε η θήκη με το νερό ή την τροφή. Ο Skinner ενίσχυε με παροχή σπόρων κάθε βήμα του περιστεριού προς την κατεύθυνση του πλήκτρου. Η ενίσχυση αυτή γινόταν το όργανο που οδηγούσε στη χρήση του συγκεκριμένου οργάνου μέσω του οποίου το ζώο πετύχαινε το ευχάριστο αποτέλεσμα. Τα περιστέρια έμαθαν να χρησιμοποιούν τα αντίστοιχα πλήκτρα για να ικανοποιούν την ανάγκη τους (Παπαδόπουλος, 1997).

Η συγκεκριμένη μορφή μάθησης ονομάζεται **συντελεστική μάθηση** και σύμφωνα με αυτήν ο οργανισμός από μια τυχαία συμπεριφορά του υιοθετεί και εκτελεί αυτή την ίδια συμπεριφορά η οποία τον οδηγεί σε επιθυμητά αποτελέσματα και του παρέχει αμοιβή. Δηλαδή με βάση αυτή τη διαδικασία το ζώο επενεργεί πάνω στο περιβάλλον του και οδηγείται σε επιθυμητό αποτέλεσμα. Η αμοιβή που έχει από αυτό το αποτέλεσμα αυξάνει την πιθανότητα να εμφανιστεί και πάλι η αντίδραση που **συντέλεσε** στην παροχή αμοιβής. Αυτή η κυκλική διαδικασία ονομάζεται **ενίσχυση** (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η επιθυμητή συμπεριφορά η οποία προκύπτει μετά από παροχή αμοιβής, και τα αποτελέσματα αυτής, είναι ερεθίσματα που ικανοποιούν διάφορες ανάγκες του οργανισμού και ονομάζονται **ενισχυτές**, ενώ η κυκλική διαδικασία που ακολουθείται, Αντίδραση → Ενισχυτής → Αντίδραση → Ενισχυτής, ονομάζεται **ενίσχυση** (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η ενίσχυση μπορεί να έχει πολλές μορφές. Στη **θετική ενίσχυση** αυτό που ισχυροποιεί τις δράσεις είναι η **παραγωγή** πραγμάτων ή συμβάντων. Μερικά ερεθίσματα όπως η τροφή, το νερό και η σεξουαλική επαφή λειτουργούν συχνά ως **θετικές ενισχύσεις**. Αντίθετα, στην **αρνητική ενίσχυση**, αυτό που ισχυροποιεί τις δράσεις είναι η **εξάλειψη, διακοπή ή τερματισμός** πραγμάτων ή συμβάντων. Μερικά ερεθίσματα όπως το πολύ έντονο φως, το ηλεκτροσόκ, λειτουργούν συχνά ως **αρνητικοί ενισχυτές**, δηλαδή ως ερεθίσματα η διακοπή των οποίων αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης των δράσεων που τα τερματίζουν. Το ίδιο ερέθισμα μπορεί να λειτουργεί άλλοτε ως θετική και άλλοτε ως αρνητική ενίσχυση ανάλογα με το επίπεδο στέρησης ή κορεσμού του ερεθίσματος (Ποταμιανός & συνεργάτες, 2002).

Η ενίσχυση μπορεί να είναι **πρωτογενής** ή **δευτερογενής** όσον αφορά το είδος των ενισχυτών. **Πρωτογενή**ς ονομάζεται μια ενίσχυση στην οποία το ερέθισμα ικανοποιεί άμεσα μια βασική ανάγκη του ατόμου και **δευτερογεν**ής ονομάζεται η ενίσχυση που έμμεσα ικανοποιεί μια ανάγκη. Επίσης ανάλογα με

το πρόγραμμα χορήγησης της ενίσχυσης μπορούμε να τη χωρίσουμε σε **συνεχή**, όταν υπάρχει συστηματική αμοιβή σε κάθε σωστή αντίδραση και **μερική** όταν η αμοιβή δίνεται όχι σε όλες αλλά σε μερικές από τις σωστές αντιδράσεις. Μια ενίσχυση ονομάζεται **άμεση** όταν παρέχεται αμέσως μετά την εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς και **καθυστερημένη** όταν παρέχεται αμοιβή μετά τη μεσολάβηση κάποιου χρονικού διαστήματος μεταξύ αντίδρασης και αμοιβής. Στη συντελεστική μάθηση ισχύουν οι ίδιες αρχές όπως και στην κλασική εξαρτημένη μάθηση (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Εκτός από την επιθυμητή συμπεριφορά που μπορεί να υπάρχει από την αρχή μεταξύ των τυχαίων κινήσεων, υπάρχουν και άλλες μορφές συμπεριφοράς που δεν εμφανίζονται από την αρχή ή που είναι αρκετά πολύπλοκες. Τότε η εκμάθηση επιτυγχάνεται με τη **σταδιακή-προσεγγιστική διαμόρφωση της συμπεριφοράς**. Με αυτήν την μέθοδο ακόμα και δύσκολες μορφές μάθησης μπορούν να αποκτηθούν με ενδιάμεσα, συνεχή στάδια, σε καθένα από τα οποία επιτυγχάνεται μια μερικότερη μάθηση. Τυπικό παράδειγμα αυτής της μεθόδου είναι ***η προγραμματισμένη διδασκαλία*** στα σχολεία. Η άμεση γνώση που παρέχεται στο παιδί για την επίδοση του αποτελεί αμοιβή, η οποία προκαλεί στο μαθητή τη διάθεση για νέα προσπάθεια και νέα αμοιβή (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Θεραπευτικές εφαρμογές

1) Παρρησιακή θεραπεία

Θεωρείται ότι το άγχος που αισθάνονται ορισμένα άτομα μπροστά σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις και διαπροσωπικές σχέσεις μπορεί να μειωθεί, αν τα άτομα αυτά εξασκηθούν στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους έχοντας ως γνώμονα το θάρρος και την ειλικρίνεια. Τα άτομα αυτά βιώνουν ένα έντονο κοινωνικό-διαπροσωπικό άγχος επειδή έχουν μάθει να μην εκφράζουν τη γνώμη τους για κάτι το οποίο θεωρούν σωστό. Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται με στόχο να μειωθεί το κοινωνικό-διαπροσωπικό άγχος, μέσα από την άσκηση, ώστε το άτομο να φτάσει σε μια ειλικρινή έκφραση των σκέψεων και συναισθημάτων του στις διαπροσωπικές σχέσεις. Σε αυτήν την πρώτη ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων του, το άτομο βρίσκεται σε ένα περιβάλλον κοινωνικά αποδεκτό. Σημαντικό είναι ο θεραπευτής να φροντίζει να μάθει στο άτομο να λειτουργεί με **ενσυναίσθηση**, δηλαδή να μπορεί νε μεταφέρεται «ψυχολογικά» στη θέση των άλλων ώστε να κατανοεί τις επιθυμίες και τα δικαιώματα τους. Είναι αποδεδειγμένο ότι η χρήση αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης έχει πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα. Ίσως γιατί οι πράξεις αυτού του μοντέλου μπορούν να θεωρηθούν σαν ασυμβίβαστες αντιδράσεις που δρουν ανταγωνιστικά στο άγχος. Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι η εξάσκηση αυτής της μεθόδου κάνει το άτομο περισσότερο κοινωνικό, δίνοντας του αρκετές ικανοποιήσεις, οι οποίες ενισχύουν σύμφωνα με τη συντελεστική μάθηση, τη διαπροσωπική δραστηριότητα του ασθενή.

2) Συστηματική συντελεστική ενίσχυση

Οι τεχνικές της συστηματικής συντελεστικής ενίσχυσης αποτελούν εφαρμογή των αρχών του Skinner. Εδώ επιδιώκεται από το θεραπευτή να μάθει ο ασθενής να εκτελεί μια σειρά από επιθυμητές συμπεριφορές μέσω της παροχής αμοιβών. Οι αμοιβές δίνονται αμέσως μετά από την εμφάνιση μιας επιθυμητής συμπεριφορά και σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο πρόγραμμα. Στις περιπτώσεις που η επιδιωκόμενη συμπεριφορά δεν υφίσταται στις αρχικές κινήσεις του ασθενή ο θεραπευτής χρησιμοποιεί δυο βασικές τεχνικές: 1) τη σταδιακή-προσεγγιστική διαμόρφωση της συμπεριφοράς και 2) την παρατήρηση και μίμηση προτύπων. Σαν ενισχυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το θεραπευτή τέσσερα είδη αμοιβών: α) Υλικές, β) Δραστηριότητες, γ) Κοινωνικές αμοιβές, δ) Αυτό-αξιολόγηση.

3) Το σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών

Τα θεραπευτικά αυτά προγράμματα αποτελούν την περισσότερο εντυπωσιακή πρακτική εφαρμογή της συστηματικής συντελεστικής μάθησης. Χρησιμοποιούνται ως αμοιβή μικρά αντικείμενα με συμβολική αξία τα οποία το άτομο μπορεί να εξαργυρώνει και να παίρνει στη συνέχεια άλλου είδους αμοιβές. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τρία στοιχεία: 1) καθορίζονται αναλυτικά οι επιθυμούμενες μορφές συμπεριφοράς που θα εκδηλώσει το άτομο και ορίζεται η αξία της κάθε συμπεριφοράς, 2) φτιάχνεται ο κατάλογος με τα βραβεία που μπορεί να κερδίζει το άτομο όταν συμμετέχει στο πρόγραμμα. Για κάθε βραβείο ορίζεται και η «τιμή» σε κέρματα, 3) ορίζεται ο τρόπος εξαργύρωσης των κερμάτων. Τέτοια προγράμματα με ικανοποιητικά αποτελέσματα έχουν χρησιμοποιηθεί σε εκπαιδευτικά θεραπευτικά ιδρύματα παιδιών με αναπηρία, σε φυλακές, ψυχιατρικές κλινικές κτλ. (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Γ) Η κοινωνική μάθηση ή μάθηση που οφείλεται σε παρατήρηση και μίμηση προτύπων

Η **κοινωνική μάθηση** αποτελεί την τρίτη μορφή μαθησιακής διαδικασίας και μελετήθηκε συστηματικά από τον Albert Bandura και τους συνεργάτες του στις Η.Π.Α. Ο Bandura υποστήριξε ότι μπορεί να προκαλείται μάθηση χωρίς αυτό να σημαίνει αναγκαστικά ότι το ίδιο το άτομο εκτελεί την αντίδραση ή παίρνει άμεσα κάποιο είδος ενίσχυσης. Απλά, μπορεί να μάθει μέσα από την **παρατήρηση** και τη **μίμηση** της συμπεριφοράς των άλλων. Το είδος αυτό της μάθησης ονομάζεται **μάθηση από παρατήρηση** και το είδος της ενίσχυσης ονομάζεται **συμβολική-εσωτερική**. Η κοινωνική μάθηση επιτυγχάνεται σε δυο φάσεις:

- **Στη φάση της απόκτησης της συμπεριφοράς**, στην οποία το άτομο παρατηρεί το πρότυπο να εκτελεί κάποια συγκεκριμένη αντίδραση, το ίδιο όμως δεν κάνει απολύτως τίποτα ούτε και παίρνει κάποιο είδος ενίσχυσης. Αυτές οι παθητικές εμπειρίες καταχωρούνται σαν μνημονικές παραστάσεις και είναι διαθέσιμες.
- **Στη φάση της έμπρακτης εκτέλεσης** της συμπεριφοράς, στην οποία το άτομο εκτελεί τη συμπεριφορά μιμούμενο το πρότυπο έχοντας σαν βάση τις μνημονικές του παραστάσεις από την πρώτη

φάση. Αυτού του είδους ενίσχυσης μπορεί να είναι **συμβολική,** δηλαδή το άτομο χειρίζεται αυτή την ενίσχυση στη σκέψη του, μπορεί όμως να έχει τη μορφή της **αυτό-ενίσχυσης**, εδώ το άτομο ανταμείβει ή τιμωρεί τον εαυτό του ανάλογα με την αξιολόγηση που κάνει στη σκέψη του (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η πιο σημαντική επίδραση που είχε αυτό το μοντέλο εντοπίζεται στη συστηματική ανάλυση της συμπεριφοράς, στη μεταχείριση, στη θεραπεία και τροποποίηση της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και σε εκπαιδευτικές εφαρμογές όπως είναι η προγραμματισμένη διδασκαλία (Salkind, 2005).

Θεραπευτικές εφαρμογές

Μίμηση προτύπων

Αυτή η μέθοδος περιλαμβάνει την παρουσίαση στον ασθενή ενός προτύπου που επιδεικνύει έναν τρόπο συμπεριφοράς τον οποίο πρέπει να μιμηθεί ο ασθενής. Ο θεραπευτής μαθαίνει στον ασθενή να εκτελεί τη πρότυπη συμπεριφορά. Κάποιες φορές το πρότυπο είναι ζωντανό, άλλες πάλι βρίσκεται σε εικονιστική αναπαράσταση ή σε συμβολική μορφή. Άλλοτε δίνεται έμφαση στην παρατήρηση του προτύπου και άλλοτε στην εκτέλεση της πρότυπης συμπεριφοράς. Κάποιες φορές ο ασθενής εξασκείται από το θεραπευτή και κάποιες φορές εξασκείται μόνος του (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Δ) Γνωστικός συμπεριφορισμός

Θεμελιακή αρχή των συμπεριφοριστών ήταν ότι η ψυχολογία πρέπει να ασχολείται με τις εξωτερικές εκδηλώσεις απορρίπτοντας οποιαδήποτε μορφή εσωτερικής διαδικασίας. Οι συμπεριφοριστές υποστήριξαν ότι η ψυχολογία θα γίνει αντικειμενική επιστήμη μόνο αν ασχοληθεί με ψυχικά φαινόμενα που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και να μετρηθούν. Ωστόσο, αυτή η μηχανιστική αντίληψη των ορθόδοξων συμπεριφοριστών σύντομα προκάλεσε αντιδράσεις. Κάποιοι υποστήριξαν ότι ο άνθρωπος δεν είναι μόνο παθητικός δέκτης των όσων συμβαίνουν γύρω του, αφού μπορεί να σκέφτεται, να προγραμματίζει να παίρνει αποφάσεις. Διαθέτει όλες εκείνες τις γνωστικές λειτουργίες που του επιτρέπουν να αντιδρά στα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος του. Έτσι η ψυχολογία θα πρέπει να μελετά τις γνωστικές αυτές διαδικασίες που γίνονται στη σκέψη στο μεσοδιάστημα ερεθίσματος-αντίδρασης. Από τη δεκαετία του ’60 οι νεότεροι συμπεριφοριστές δέχτηκαν ότι η **ενσυνείδητη σκέψη** αποτελεί το διάμεσο στη συμπεριφορά. Έτσι για αυτούς υπάρχουν δυο είδη συνδέσεων μεταξύ ερεθισμάτων και αντιδράσεων: 1) **η άμεση σύνδεση** (S → R) που παράγεται αυτόματα από το περιβάλλον και γίνεται με τη μεσολάβηση του σώματος και 2) **η διάμεση σύνδεση** (S → Υποκείμενο → R) όπου παρεμβαίνει και συμμετέχει ενεργά το υποκείμενο με τη σκέψη του. Σημαντικά δεν είναι μόνο τα ερεθίσματα αλλά και οι αντιδράσεις και οι μεταξύ τους συνδέσεις, καθώς και ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τα ερεθίσματα.

Αυτή η νέα ψυχολογική θεώρηση που σχηματίστηκε ονομάστηκε **γνωστικός συμπεριφορισμός** και ενώ εμμένει στη μελέτη της συμπεριφοράς,

διευρύνει τον όρο συμπεριλαμβάνοντας την έκδηλη συμπεριφορά, την εσωτερική και τη συμβολική (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Θεραπευτικές εφαρμογές

Λογικο-θυμική θεραπεία

Η **λογικο-θυμική θεραπεία** παρουσιάστηκε από τον Albert Ellis ο οποίος τονίζει ότι ο τρόπος που σκεφτόμαστε είναι ο καθοριστικός παράγοντας για τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα μας. Αυτός ο τρόπος σκέψης έχει ως βάση τις διάφορες προσδοκίες που ο κάθε άνθρωπος έχει για τη ζωή του. Ωστόσο, πολλά άτομα έχουν εσφαλμένες προσδοκίες για τη ζωή και ορισμένες σκέψεις τους είναι **παράλογες** και **εξωπραγματικές.** Αυτές οι παράλογες σκέψεις είναι η βάση για την ψυχική διαταραχή. Ο θεραπευτής έχει σαν στόχο να φανερώσει στον ασθενή αυτού του είδους τις σκέψεις και να τον μάθει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα του με περισσότερο ορθολογισμό. Οι εξωπραγματικές αυτές σκέψεις οφείλονται σε διάφορα γνωστικά λάθη όπως **1) η υπεργενίκευση, 2) η πολωτική σκέψη, 3) η επιλεκτική αφαίρεση, 4) η αυθαίρετη επαγωγή και 5) η αυτό-ενοχοποίηση.**

Η θεραπεία περιλαμβάνει συνεδρίες όπου λαμβάνουν χώρα διαλογικές συζητήσεις για τις εξωπραγματικές σκέψεις του ασθενή, αμφισβήτηση από τον θεραπευτή των πεποιθήσεων του ασθενούς και λεπτομερή εξέταση κάθε παράλογης σκέψης. Το άτομο ενθαρρύνεται να εξετάζει λογικά τις **σιωπηλές σκέψεις του**, να κάνει διακρίσεις μεταξύ των **επιθυμιών** του και των **αναγκών** του και μεταξύ του **μη αρεστού** και του **τρομερού-καταστροφικού** (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

1.2.3 Ανθρωπιστικό Μοντέλο

Η ουμανιστική ή ανθρωπιστική ψυχολογία είναι η «τρίτη» δύναμη όπως την όρισε ο Maslow. Ήρθε να καλύψει ένα κενό που άφησαν οι συμπεριφοριστικές θεωρίες και η ψυχανάλυση, επικαλούμενη μερικές καθαρά ανθρώπινες ιδιότητες όπως η αγάπη, η αυτοεκτίμηση, η αγάπη για την ελευθερία. Η κεντρική ιδέα στην ανθρωπιστική παράδοση είναι ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά κινείται κατά κύριο λόγο από τον αγώνα του ατόμου να καταστεί όσο πιο άνθρωπος γίνεται, δηλαδή να αναπτύξει τις ικανότητες του, να είναι αποτελεσματικός, δημιουργικός και ευφάνταστος. Ο όρος που συνήθως εκφράζει την προσπάθεια αυτή είναι το «κίνητρο για αυτοπραγμάτωση». Το κίνητρο αυτό δεν είναι μαθημένο αλλά εγγενές και επηρεάζει τη συμπεριφορά άμεσα. Έτσι, η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση οδηγεί σε συμπεριφορές που θα επιφέρουν αυτό το αποτέλεσμα.

Επειδή οι ανθρωπιστικές θεωρίες μιλούν για εγγενείς ανάγκες και ορμές, αποτελούν ένα είδος συνέχειας των θεωριών που περιγράφουν βιολογικά κίνητρα, όπως οι ηθολογικές και η ψυχανάλυση. Αλλά και μεθοδολογικά, οι ανθρωπιστικές θεωρίες είναι συγγενείς με την ψυχανάλυση, αφού η μελέτη των κινήτρων είναι ολιστική και φαινομενολογική. Επειδή η προσέγγιση αυτών των θεωριών δεν είναι πειραματική, και έτσι δεν είναι δυνατός ο επιστημονικός έλεγχος των προκείμενων τους, υπόκεινται σε μεγάλη κριτική. Η σημασία τους όμως είναι μεγάλη για τη θεραπευτική πρακτική (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Η «μη κατευθυντική» ή «πελατοκεντρική» θεραπεία του Carl Rogers

Ο Carl Rogers είναι ο κύριος εκφραστής του μοντέλου εκπλήρωσης. Υποστήριζε ότι το βασικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης είναι η τάση της να εκπληρώνει τις δυνατότητες της. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η ζωή χαρακτηρίζεται σαν το ξεδίπλωμα και η έκφραση των διαφόρων δυνατοτήτων τις οποίες διαθέτει ένα άτομο (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Ο όρος *«μη κατευθυντική»* αντανακλούσε την αντιπάθεια που είχε Rogers για τις αυταρχικές ψυχαναλυτικές τεχνικές των ειδικών που λάμβαναν χώρα στην ψυχοθεραπεία εκείνη την εποχή. Με τον όρο «πελατοκεντρική» που έδωσε αργότερα στη θεωρία του, ήθελε να δείξει πως μόνο ο ασθενής ή πελάτης και όχι ο θεραπευτής μπορούσε να καθορίσει την κατεύθυνση της ψυχοθεραπείας. Οι ιδέες του Rogers όταν δημοσιεύτηκαν θεωρήθηκαν ριζοσπαστική απόκλιση από την ορθόδοξη ψυχανάλυση και προκάλεσαν έντονη αντίδραση που συνεχίζει κάποιες φορές ακόμα και στις μέρες μας. Στην πραγματικότητα οι θεωρίες του Rogers στηριζόταν πολύ στις μεθοδολογικές αντιλήψεις του Rank αλλά και στις θεωρίες του Maslow, του Fromm, της Horney και του Sullivan. Ο Rogers έβλεπε την ανάπτυξη της προσωπικότητας σαν κάτι που επηρεάζεται από την κοινωνία και είπε πως τα δυναμικά της νεύρωσης καθορίζονται κοινωνικά, κάτι το οποίο υποστήριζαν και οι νεοφρουδιστές. Οι μεγάλες διαφορές υπήρξαν στη θεραπευτική του μέθοδο (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Ο Rogers έχει κλινικό υπόβαθρό και οι απόψεις του αφορμούνται από την παρατήρηση ότι η προσωπικότητα των ανθρώπων χαρακτηρίζεται από μια *εσωτερική τάση για ψυχολογική αύξηση και ολοκλήρωση*. Υπάρχει μια τάση για ενεργοποίηση, δηλαδή μια εσωγενής τάση του οργανισμού να αναπτύξει όλες τις ικανότητες του με τέτοιους τρόπους ώστε να εξυπηρετούν τη συντήρηση ή προαγωγή του. Ο όρος *«συντήρηση»* σημαίνει ικανοποίηση βασικών βιολογικών αναγκών, ενώ ο όρος *«προαγωγή»* σημαίνει την τάση για ψυχολογική ολοκλήρωση. Ένα μέρος της τάσης για ενεργοποίηση είναι η **αυτό-ενεργοποίηση ή αυτοπραγμάτωση**. Η τάση για αυτοπραγμάτωση κινεί το άτομο να συμπεριφέρεται με συνέπεια προς την εικόνα του εγώ του κάθε στιγμή (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Για τον Rogers το μόνο έμφυτο ένστικτο στον άνθρωπο εκτός από τις βιολογικές ανάγκες του, είναι ακριβώς αυτή η ορμή για αυτοπραγμάτωση, η οποία αντανακλά την ανάγκη του να αναπτυχθεί και να επεκτείνει την εμπειρία με περιπλοκότερους και δημιουργικότερους τρόπους, καθώς ωριμάζει (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Η ορμή αυτή είναι θεμελιακή και αποτελεί τη μοναδική πηγή για τα ψυχικά κίνητρα της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Μέσα στο πλαίσιο αυτής της υποδομής ορμής-συμπεριφοράς, η συμπεριφορά του ατόμου παίρνει τον ειδικό χαρακτήρα της από τη μοναδική του πραγματικότητα και έτσι το άτομο ορμάται να πραγματώσει τον εαυτό του σύμφωνα με την πραγματικότητα που αντιλαμβάνεται. Επειδή μέσα σε αυτήν την πραγματικότητα υπάρχει μια ποικιλία τρόπων συμπεριφοράς που βοηθούν την ανάπτυξη και μπορούν να ικανοποιήσουν την ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης το άτομο είναι **ελεύθερο** να διαλέξει ανάμεσα σε εναλλακτικές λύσεις και συνέπειες που είναι προσιτές στην αντίληψη του (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Από την τάση για ενεργοποίηση και αυτοπραγμάτωση απορρέουν δυο άλλες βασικές ανάγκες, **η ανάγκη για θετική κρίση** ή **εκτίμηση από τους άλλους** και η ανάγκη για **αυτό-εκτίμηση**. Αυτές οι τάσεις μαθαίνονται από την πρώιμη ακόμα παιδική ηλικία. Εάν δεν ικανοποιηθούν οι ανάγκες αυτές τότε το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε απογοήτευση ή σε συγκρούσεις (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Αίτια ψυχικής διαταραχής κατά τον Rogers

Η αρχή της ψυχικής διαταραχής βρίσκεται στην ***ασυμφωνία*** που δημιουργείται ανάμεσα στην ***εμπειρία*** του ατόμου και στον ***εαυτό του***. Η ασυμφωνία είναι αποτέλεσμα ορισμένων εμπειριών του που τον οδηγούν σε αρνητική αυτό-εκτίμηση. Αμέσως δημιουργείται ο φόβος που βάζει σε κίνηση το μηχανισμό άμυνας του ατόμου, ο οποίος παραμορφώνει αυτές τις εμπειρίες, κάνει επιλογές ή απλά τις αρνείται. Ταυτόχρονα στο σύστημα αξιών, δηλαδή στον εσωτερικό έλεγχο του ατόμου που θα κρίνει, αν η συγκεκριμένη εμπειρία συμφωνεί με τις αρχές του, δημιουργούνται ψεύτικες παραπλανητικές αξίες έτσι ώστε να επέλθει συμφωνία με τις αρνητικές πράξεις. Επειδή όμως το άτομο έχει ανάγκη της αυτό-εκτίμησης του, δεν μπορεί να ανέχεται αυτές τις ψεύτικες αρχές και τις αρνητικές εμπειρίες για μεγάλο χρονικό διάστημα, γιατί έτσι εμποδίζεται η αυτοπραγμάτωση. Η παραμορφωμένη εικόνα για τον εαυτό του και η συνεχής σύγκρουση ανάμεσα στις αξίες και στην εμπειρία του, το

οδηγούν αρχικά στο άγχος. Το άγχος ωθεί το άτομο σε μια διαστρεβλωμένη συνείδηση, που γενικά εμποδίζει το άτομο να αντιληφθεί τις πραγματικές αξίες και ανάγκες του με αποτέλεσμα τη νεύρωση. Σύμφωνα με τον Rogers το άγχος είναι ο βασικός μηχανισμός αντίστασης στην απειλή. Είναι επίσης και το βασικό σύμπτωμα γιατί αποκαλύπτει την ύπαρξη της διαστρεβλωμένης συνείδησης του ατόμου.

Καθώς όλο και περισσότερες αξίες αντικαθίστανται από ψεύτικες, μειώνοντας συνεχώς την αυτοεκτίμηση και την τάση για αυτοπραγμάτωση, καταλήγει το άτομο σε ακραίες καταστάσεις συνολικής αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας, αποτέλεσμα όλου αυτού είναι η εμφάνιση ψυχωτικών συμπεριφορών (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Θεραπευτικές τεχνικές

Η θεραπευτική τεχνική που υποστηρίζει ο Rogers έχει σκοπό την ανατροπή της διαδικασίας που προκαλεί το άγχος, τη νεύρωση και την ψύχωση, με κύρια επιδίωξη την ελάττωση των παραπλανητικών αξιών, την αύξηση της αυτοεκτίμησης και τη δημιουργία μεγαλύτερης συμφωνίας μεταξύ εμπειριών συνείδησης του ατόμου. Έτσι, ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι πολύ σημαντικός, γιατί καλείται να συμπαρασταθεί στο ψυχολογικά διαταραγμένο άτομο, να αναλάβει την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του, να του δείξει θετική εκτίμηση, να το αντιμετωπίσει με συμπάθεια και κατανόηση, ως μια αυθύπαρκτη μοναδική οντότητα η οποία μπορεί να έχει ξεχωριστά δικά της προβλήματα. Για την επίτευξη αυτών των στόχων ο θεραπευτής θα πρέπει να πραγματώνει στη θεραπευτική συνεδρία:

- **Ειλικρίνεια, γνησιότητα και συμφωνία**
- **Αποδοχή του άλλου**
- **Ενσυναισθητική κατανόηση**

Η διαφοροποίηση της θεραπείας του Rogers με την ψυχανάλυση και το συμπεριφορισμό οριοθετείται από τα παρακάτω:

1. Το άτομο στη ροτζεριανή ψυχοθεραπεία θεωρείται ικανό να οδηγεί τη θεραπεία, τείνοντας προς μεγαλύτερη αυτονομία.
2. Αρνείται ότι το άτομο κυριαρχείται από μη ορθολογιστικές δυνάμεις του παρελθόντος και της σεξουαλικότητας του (ψυχανάλυση) ή από εξωτερικούς ενισχυτές (Συμπεριφορισμός).
3. Δε δέχεται την προσδιοριστική δύναμη του υποσυνειδήτου.
4. Δε δέχεται την κυριαρχία των σεξουαλικών εμπειριών της νηπιακής και παιδικής ηλικίας στη διαμόρφωση της προσωπικότητας.
5. Το βάρος της θεραπείας πέφτει στα παρόντα βιώματα του ασθενή χωρίς να αποκλείεται όμως και η αναφορά σε περασμένες εμπειρίες από το παρελθόν.
6. Στη θεραπευτική σχέση ο πελάτης βιώνει τον θεραπευτή ελάχιστα κατευθυντικό, συμβουλευτικό και περισσότερο κατανοών και διατεθειμένο να βοηθήσει σε αντίθεση με την

ψυχανάλυση (λιγότερο) και τη θεραπεία της συμπεριφοράς (περισσότερο).

7. Ενώ η ψυχανάλυση και η μη – κατευθυντική ψυχοθεραπεία συμφωνούν ότι ο σκοπός της θεραπευτικής αγωγής περικλείει τη συνολική προσωπικότητα του πελάτη, στη θεραπεία της συμπεριφοράς οι επιδιωκόμενες αλλαγές είναι λίγες και συγκεκριμένες (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η μη – κατευθυντική θεραπεία, με το μεγάλο ποσοστό επιτυχίας που εμφανίζει στην καταπολέμηση των νευρώσεων αλλά και πολλών άλλων μορφών ψυχικών διαταραχών, έχει καθιερωθεί ως μια δημοκρατική διαδικασία, που βοηθά το άτομο στην κατανόηση και λύση των προβλημάτων του, γιατί στηρίζεται στη βασική ανάγκη του σημερινού ανθρώπου, ίση μεταχείριση και εκτίμηση (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

1.2.4 Υπαρξιστικό Μοντέλο

Ένα πνευματικό κίνημα που γεννήθηκε και ξεκίνησε μέσα από τη φιλοσοφία και στη συνέχεια διείσδυσε και αποτέλεσε μια από τις σημαντικές σχολές της ψυχολογία και της ψυχιατρικής στον τομέα της ψυχοθεραπείας είναι ο **υπαρξισμός**. Πρωτοεμφανίστηκε στην Ευρώπη, αλλά γρήγορα διαδόθηκε και στην Αμερική και αυτό γιατί σαν κίνημα δεν ήταν εντελώς καινούριο αλλά είχε μια ισχυρή παράδοση, την οποία είχαν καλλιεργήσει αρκετοί φιλόσοφοι όπως ο Δανός Soren Kierkegaard, που δημιούργησε τον «Χριστιανικό Υπαρξισμό» και έδωσε μεγάλο βάρος στη φιλοσοφία του στο «άγχος της ύπαρξης», ο Nietzsche, ο Dostoevsky και ο Bergson. Επίσης στους φιλόσοφους που σχετίζονται με αυτό το μοντέλο είναι και ο Γερμανός Edmund Husserl που θεωρείται ο ιδρυτής της φαινομενολογίας. Φαινομενολογία είναι η περιγραφή των γεγονότων, των φαινομένων μέσα από την άμεση εμπειρία μας, η προσπάθεια δηλαδή να πάρουμε τα φαινόμενα όπως μας δίνονται. Αυτό που έχει σημασία είναι να καταλάβουμε, να νιώσουμε τα φαινόμενα και όχι απλά να τα παρατηρήσουμε και να τα εξηγήσουμε. Εκτός από τους φιλοσόφους στους εκπροσώπους της υπαρξιστικής σχολής θα πρέπει να συμπεριλάβουμε και τους ψυχολόγους και ψυχιάτρους που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία και ανάπτυξη της υπαρξιακής ψυχοθεραπείας και είναι οι ψυχίατροι Ludwig Binswanger, Medard Boss, Victor Frankl και οι ψυχολόγοι Rollo May, Paul Tillich (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Ο υπαρξισμός δε δέχεται τη εφαρμογή της αρχής της αιτιότητας στην ψυχολογία. Δεν υπάρχουν σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος στην ανθρώπινη ύπαρξη. Επίσης, απορρίπτει τον θετικισμό, τον ντετερμινισμό και τον υλισμό. Θεωρεί ότι η ψυχολογία δεν μοιάζει με άλλες επιστήμες και για αυτό χρειάζεται να εφαρμόσει τη δική της μέθοδο, που είναι η φαινομενολογική ανάλυση και να στηρίζεται στις δικές της αρχές, όπως είναι η ύπαρξη μέσα στον κόσμο, η ελευθερία, η υπευθυνότητα, η αυτουπέρβαση, η χωρητικότητα κ.α.

Στη θέση της αρχής της αιτιότητας οι υπαρξιστές δέχονται την αρχή των κινήτρων, που προϋποθέτουν την κατανόηση της σχέσης μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος. Θα πρέπει τις ενέργειες των ατόμων να τις εξετάσουμε μέσα σε ένα γνωστικό πλαίσιο, όπου το άτομο κατανοεί τις σχέσεις μεταξύ πραγμάτων, γεγονότων κτλ και ανάλογα δρα, και όχι σαν αποτέλεσμα της αιτιότητας. Ο υπαρξισμός εντάσσεται στον δυισμό του υποκειμένου (μυαλού) και αντικειμένου (σώμα, περιβάλλον) και υποστηρίζει την ενότητα του ατόμου μέσα στον κόσμο. Η υπαρξιστική ψυχολογία δε δέχεται ότι υπάρχει κάτι πίσω από τα φαινόμενα-γεγονότα τα οποία εξηγεί και αιτιολογεί την εμφάνιση τους απορρίπτοντας ερμηνείες όπως το ασυνείδητο, τα ένστικτα, τις ορμές, τα αρχέτυπα κτλ. Ακόμα, η υπαρξιστική ψυχολογία διαφωνεί με τη αντιμετώπιση του ατόμου σαν αντικείμενο και μάχεται εναντίον της αποξένωσης, της αλλοτρίωσης που προκαλεί η τεχνολογία, η γραφειοκρατία και η μηχανοποίηση.

Ο άνθρωπος είναι ελεύθερος και μόνο αυτός υπεύθυνος για την ύπαρξη του. Το κοινωνικό περιβάλλον, η κληρονομικότητα, οι ενστικτικές ορμές

μπορούν να περιορίσουν την ελεύθερη δράση του ατόμου όχι όμως και τη δυνατότητα να επιλέξει μια στάση προς αυτές τις συνθήκες. Τελικά, ο άνθρωπος είναι αυτοοριζόμενος αφού αυτός τελικά καθορίζει με τη στάση που παίρνει, το βαθμό επίδρασης που θα έχουν πάνω του οι διάφορες καταστάσεις.

Η βασική αρχή της υπαρξιστικής ψυχολογίας ότι **οι άνθρωποι υπάρχουν, είναι μέσα στον κόσμο, έχουν ένα κόσμο, συμπληρώνεται και από τη θέση ότι οι άνθρωποι επιθυμούν να ξεπεράσουν, να ανυψωθούν πέρα από τον κόσμο.** Εδώ έρχεται και η έννοια της υπευθυνότητας του ανθρώπου που συμβαδίζει με την ελευθερία του. Εξάλλου, κατά το μοντέλο αυτό ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από μια ενεργητική και όχι παθητική στάση απέναντι στη ζωή που είναι μια συνεχής σειρά αποφάσεων. Ο άνθρωπος αδιάκοπα επιλέγει μεταξύ του να προχωρήσει μπροστά προς το μέλλον ή να πάει προς τα πίσω προς τη γνωστή ρουτίνα και το εύκολα προβλεπόμενο παρελθόν. Αν διαλέξει να πάει προς το μέλλον, θα βιώσει το **υπαρξιακό άγχος**, αν επιλέξει το status quo θα βιώσει την **υπαρξιακή ενοχή** (αίσθημα χαμένων ευκαιριών). **Αυθεντικότητα** σημαίνει να αποδεχτεί αυτήν την επώδυνη κατάσταση και να βρει το θάρρος να αντιμετωπίσει το υπαρξιακό άγχος και να υιοθετήσει τη στάση του ατόμου να κοιτάζει προς το μέλλον. Αλλά, αν ο άνθρωπος προσπαθώντας να ξεφύγει από την **αναγκαιότητα** να κάνει υπεύθυνες επιλογές και να ενεργοποιήσει τις δυνατότητες του, αφήνει τους άλλους να τον κατευθύνουν, τότε ζει μια μη αυθεντική ζωή, μη πραγματική.

Ο ψυχολόγος θα πρέπει να προσπαθήσει να δει την εμπειρία και τις αντιδράσεις του ασθενή σαν πραγματικές, να νιώσει, να αισθανθεί τα φαινόμενα που βλέπει γιατί μόνο έτσι θα ανακαλύψει την αλήθεια. Είναι επιτακτική ανάγκη να είναι ο ψυχοθεραπευτής ανοικτός στον κόσμο, χωρίς προκαταλήψεις ή υποθέσεις, για να καταφέρει να δει αυτό που υπάρχει. Στην όλη διαδικασία της επίγνωσης και κατανόησης της αλήθειας εκ μέρους του ψυχοθεραπευτή μπορεί να διευκολυνθεί με μια προσεκτική περιγραφή των αντιδράσεων του ασθενή και να «πιάσει» όχι μόνο τις λέξεις, αλλά και τις χειρονομίες, την έκφραση του προσώπου κτλ.

Λογοθεραπεία

Ο Frankl θεωρεί ότι πάντα υπάρχει η δυνατότητα να αλλάξει κάποιος την ύπαρξη του και να ανακαλύψει έναν καινούριο κόσμο, μια νέα ζωή. Ο ίδιος ανέπτυξε μια μορφή υπαρξιστικής ψυχοθεραπείας, τη **λογοθεραπεία.** Κεντρική ιδέα της μεθόδου είναι ότι η μεταμόρφωση του ανθρώπου μπορεί να πραγματοποιηθεί από τη στιγμή που υπάρχει ένας σκοπός, ένα νόημα στη ζωή του.. το νόημα της ζωής προϋποθέτει την ύπαρξη ελευθερίας, βούλησης και τη θέληση για νόημα. Έργο του λογοθεραπευτή είναι μέσω μιας φαινομενολογικής περιγραφής των άμεσων δεδομένων της κάθε εμπειρίας του ασθενή, απαλλαγμένης από οποιεσδήποτε θεωρίες και ερμηνείες να διευρύνει το οπτικό πεδίο τους ασθενή σχετικά με τα νοήματα και τις αξίες. Να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει ότι μπορεί να βρει νόημα μέσα από τα κατορθώματα του, τα έργα του μέσα από τις εμπειρίες του και τη συναναστροφή του με τους συνανθρώπους του. Βέβαια ο θεραπευτής δεν θα επηρεάσει συνειδητά την απόφαση του ασθενή σχετικά με το νόημα που θα επιλέξει να εκπληρώσει,

αλλά θα αφήσει τον ασθενή ελεύθερο να αποφασίσει ποιο είναι το νόημα της ζωής του. η λογοθεραπεία διαφωνεί με την αρχή της ηδονής και την αρχή της δύναμης και για να εκφράσει τη δική της αρχή που είναι ***η αρχή του νοήματος*** προτείνει την πρόταση ***εγώ οφείλω***, δηλαδή, ***οφείλω να αντιμετωπίζω σε κάθε περίπτωση το συγκεκριμένο νόημα που με προκαλεί σε κάθε φάση της ζωής μου.***

Η μεγάλη προσφορά της λογοθεραπείας έγκειται στο ότι μεταδίδει το μήνυμα ότι η ζωή δεν παύει ποτέ να διατηρεί ένα νόημα μέχρι και το θάνατο και ο άνθρωπος μπορεί να αντλήσει νόημα ακόμα και μέσα από τα βάσανα του (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

1.2.5 Το Βιολογικό Μοντέλο

Σύμφωνα με το βιολογικό μοντέλο οι ψυχολογικές λειτουργίες, τόσο οι φυσιολογικές όσο και οι παθολογικές, ταυτίζονται με τις «ανώτερες» λειτουργίες του *νευρικού συστήματος* και θεωρείται ότι έχουν βιολογική βάση. Η τεράστια πρόοδος στις νευροεπιστήμες τα τελευταία 20 χρόνια έχει πείσει πολλούς ότι το μέλλον τη ψυχολογίας βρίσκεται στους διάφορους κλάδους της Ψυχο-βιολογίας.

Μερικές από τις πρόσφατες ανακαλύψεις που υποστηρίζουν το βιολογικό μοντέλο της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι και οι εξής:

- Η λειτουργική κατάσταση του εγκεφάλου δείχνει χαρακτηριστικές εικόνες στη μελαγχολία, τη σχιζοφρένεια και άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.
- Με τη μέθοδο Kirlian (φωτογράφηση αντικειμένων μέσα σε ηλεκτρικό πεδίο υψηλής τάσεως και υψηλής συχνότητας) τα δάχτυλα φυσιολογικών ατόμων, καθώς και ατόμων με διάφορες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις δείχνουν μοναδικές εικόνες.
- Η χορήγηση *φυσοστιγμίνης*, ενός φαρμάκου που αυξάνει τα επίπεδα ακετυλχολίνης στον εγκέφαλο, έχει άμεση επίδραση πάνω στις εκδηλώσεις της Μανίας, που είναι γνωστό ότι χαρακτηρίζεται από ευφορία, αισιοδοξία, παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, αυξημένη κοινωνικότητα κλπ. (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

1.2.6 Η Θεωρία Των Προσωπικών Νοητικών Κατασκευών του G. Kelly

Η **Θεωρία των Προσωπικών Νοητικών Κατασκευών ή Μοντέλο Συμβατότητας,** διατυπώθηκε πρώτη φορά από τον George A. Kelly, αμερικανό ψυχολόγο και πανεπιστημιακό δάσκαλο και προήλθε κυρίως από τις συζητήσεις που διεξήγαγε με τους φοιτητές του (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Σχετικά με την ανθρωπινή φύση, ο Kelly διατυπώνει την υπόθεση ότι κάθε άνθρωπος είναι ένας *επιστήμονας*. Ο επιστήμονας επιχειρεί να προβλέψει και να ελέγξει τα φαινόμενα. Όλοι οι άνθρωποι έχουν την εμπειρία κάποιων γεγονότων, παρατηρούν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των γεγονότων αυτών, διαμορφώνουν κάποιες έννοιες ή νοητικές δομές-κατασκευές για να βάλουν σε μια σειρά και βάσει αυτών των νοητικών κατασκευών, ζητούν να προβλέψουν τα γεγονότα. Από αυτήν την άποψη όλοι οι άνθρωποι είναι επιστήμονες (Pervin & John, 2001).

Για τον Kelly η **νοητική κατασκευή** είναι ένας τρόπος αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων. Το σύστημα των προσωπικών νοητικών κατασκευών ενός ατόμου συνίσταται από νοητικές κατασκευές, ή τρόπους ερμηνείας των γεγονότων, και από τις μεταξύ τους σχέσεις η νοητική κατασκευή είναι μια έννοια που χρησιμοποιεί το άτομο για να κατηγοριοποιήσει τα γεγονότα και να χαρτογραφήσει μια συμπεριφορά. Το άτομο προβλέπει τα γεγονότα παρατηρώντας τύπους και σταθερές μορφές συμπεριφοράς. Ένα άτομο βιώνει τα γεγονότα, τα ερμηνεύει και τους αποδίδει μια δομή και ένα νόημα. Όταν τα άτομα βιώνουν τα γεγονότα διαπιστώνουν ότι κάποια από αυτά έχουν κοινά χαρακτηριστικά που τα διαχωρίζουν από άλλα γεγονότα. Τα άτομα διακρίνουν ομοιότητες και αντιθέσεις. Αυτή η ανάλυση ομοιοτήτων και αντιθέσεων οδηγεί στο σχηματισμό της νοητικής κατασκευής. Χωρίς τις νοητικές κατασκευές η ζωή θα ήταν χαοτική (Pervin & John, 2001).

Κάθε προσωπικό δόμημα **έχει διπολικό χαρακτήρα**, γιατί το κάθε μήνυμα αξιολογείται ανάλογα με το αν είναι όμοιο ή αντίθετο με κάποιο άλλο μήνυμα. Παραδείγματα δομημάτων είναι τα εξής:

Καλό – κακό

Ευχάριστος – Δυσάρεστος

Χρωματισμένη – Άχρωμη

Τα διάφορα προσωπικά δομήματα τείνουν να οργανώνονται σε ***συστήματα δομημάτων,*** τα οποία συνήθως έχουν ιεραρχικό χαρακτήρα. Ο τρόπος οργάνωσης των δομημάτων σε συστήματα και το ακριβές περιεχόμενο αυτών προφανώς διαφέρουν από άτομο σε άτομο, λόγω διαφορετικών εμπειριών και άλλων παραγόντων. Οι διαφορές στη συμπεριφορά κατά τον Kelly οφείλονται σε διαφορές των προσωπικών δομημάτων, οι οποίες και θα ρυθμίσουν το βαθμό ασυμβατότητας μεταξύ πρόβλεψης και συγκεκριμένης εξωτερικής πραγματικότητας και άρα και της εμπειρίας.

Το ***άγχος*** κατά τον Kelly προκύπτει από τη διαπίστωση ασυμβατότητας μεταξύ των προσωπικών δομημάτων και των πραγματικών γεγονότων. Δηλαδή το άγχος παρουσιάζεται όταν το άτομο αποτυγχάνει να προβλέψει τις εμπειρίες

του. Επίσης, η ***επιθετικότητα*** προκύπτει από την προσπάθεια να διατηρηθούν λανθασμένα προσωπικά δομήματα παρά το γεγονός ότι δεν είναι συμβατά με τα πραγματικά γεγονότα. ***Ενοχή*** κατά τον Kelly είναι η διαπίστωση εκτόπισης του εαυτού από τα δομήματα που θεωρεί ότι χαρακτηρίζουν τον πυρηνικό ρόλο του στη ζωή (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Δοκιμασία Ρεπερτορίου Ρόλων

Πρόκειται για μια δοκιμασία που επινόησε ο Kelly και αξιολογεί τα προσωπικά δομήματα και την οργάνωση τους σε συστήματα. Δίνεται στον εξεταζόμενο μια σειρά από κάρτες που αντιστοιχούν σε σημαντικά πρόσωπα της ζωής του και του ζητείται να απαντήσει σε τι είναι όμοιος και σε τι διαφέρει από τα άτομα της κάθε κάρτας. Ο βαθμός ομοιότητας ή διαφοράς καταγράφεται. Οι κάρτες είναι οι εξής:

1. Ένας άντρας που συμπαθώ.
2. Μια γυναίκα που συμπαθώ
3. Ένας άντρας που αντιπαθώ.
4. Μια γυναίκα που αντιπαθώ.
5. Ο εαυτός μου.
6. Η μητέρα μου.
7. Ο πατέρας μου
8. Ο αδερφός μου (η αδελφή μου).
9. Ένας άλλος αδερφός ή συγγενής.
10. Φίλος ή φίλη (σύζυγος).
11. Ένας άντρας σε θέση εξουσίας.
12. Ένα άτομο που θαυμάζω.
13. Ένας/μία προηγούμενος/ η φίλος/η.
14. Ένα επιτυχημένο άτομο.
15. Ο ιδανικός εαυτός μου.

(Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996, σελ. 325).

1.2.7 Η Θεωρία Gestalt Ή Μορφολογική

Ονομάστηκε έτσι από το γερμανικό «gestalt» που σημαίνει «συνολική μορφή». Γεννήθηκε σαν αντίδραση στις ορθόδοξες ψυχαναλυτικές μεθόδους της κλασικής Ψυχανάλυσης, σε συνδυασμό με το υπαρξιστικό και φαινομενολογικό κίνημα της εποχής του μεσοπολέμου.

Ιδρυτή της θεραπευτικής αυτής κατεύθυνσης είναι ο Γερμανός ψυχίατρος Frederik Perls . Ο Perls παρουσίασε το μοντέλο του το 1952 και ίδρυσε μαζί με τη γυναίκα του και άλλους συνεργάτες το πρώτο Ινστιτούτο ολιστικής (συστημικής, οργασμικής) ψυχοθεραπείας στη Νέα Υόρκη.

Από παρατηρήσεις στη φύση και εργαστηριακά πειράματα οι μορφολογικοί ψυχολόγοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αντίληψη του ανθρώπου στηρίζεται σε κάτι πιο σύνθετο και πολύπλοκο από μια φωτογραφική λήψη των ερεθισμάτων. Αυτό το κάτι άλλο το ονόμασαν GESTALT. Η βασική αρχή της μορφολογικής ψυχολογίας δέχεται ότι με την επενέργεια του GESTALT, το όλο είναι κάτι παραπάνω από το άθροισμα των στοιχείων που το αποτελούν. Έτσι, ο άνθρωπος έχει την τάση να αντιλαμβάνεται σύνολα από ερεθίσματα και μάλιστα μορφοποιημένα σύμφωνα με κάποιους κανόνες.

Αίτια ψυχικής διαταραχής

Για να μπορέσει να οργανώσει καλύτερα την αντίληψη του συνόλου, το άτομο χρειάζεται μια πλήρη γνώση της πραγματικότητας του εαυτού του, μέσω των εμπειριών του, αλλά ταυτόχρονα και μέσω της πλήρης αντίληψης των άλλων. Έτσι το άτομο σχηματίζει τη συνολική μορφή της προσωπικότητας. Αν λείπει όμως κάποιο στοιχείο από αυτή τη συνολική αντίληψη, το άτομο δεν μπορεί να φτάσει στην απόλυτη επίγνωση του εαυτού του, με αποτέλεσμα να κυριαρχηθεί από άγχος και υπαρξιακές αγωνίες, ώσπου τελικά να οδηγηθεί στην ψυχική διαταραχή.

Για τον Perls ένα άτομο είναι νευρωτικό, όταν αυτό χρησιμοποιεί το δυναμικό του με σκοπό να χειραγωγήσει τους άλλους, να τους ελέγξει, να αποκτήσει δύναμη όταν δεν στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις για να αντιμετωπίσει τη ζωή. Είναι ακόμα νευρωτικό όταν υιοθετεί το δυισμό των ακραίων τάσεων και απόλυτων στάσεων.

Η GESTALT θεραπεία

Η θεραπεία GESTALT δίνει έμφαση στη σύλληψη του ατόμου ως όλου, στην ενεργοποίηση και ανάπτυξη ολόκληρης της προσωπικότητας. Η ψυχολογική αρχή της Μορφολογικής ψυχολογίας, ότι το όλο είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα των επιμέρους στοιχείων που το αποτελούν, ταιριάζει απόλυτα στην έμφαση που δίνει ο Perls στην ολική ενεργοποίηση της προσωπικότητας του ατόμου.

Η θεραπευτική προσπάθεια έχει σκοπό να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει τα συναισθήματα του, να αναπτύξει όλες του τις αισθητηριακές και γνωστικές ικανότητες, να μάθει να αξιοποιεί όλες τις πληροφορίες που

λαμβάνουν τα αισθητηριακά του όργανα και να αντιμετωπίζει τα πράγματα με προσωπική ευθύνη και άμεσα.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο παρόν και στην αυτοπραγμάτωση και αυτοπροσδιορισμό του ανθρώπου. Η καλύτερη επιδίωξη της θεραπείας είναι η λεπτό προς λεπτό γνώση του «εαυτού» του ατόμου. Ο θεραπευτής είναι μαζί με τον πελάτη *συνεξερευνητές*. Οι θεραπευτές αυτής της μεθόδου δεν επιθυμούν και δεν ενθαρρύνουν την αλλαγή της συμπεριφοράς του πελάτη. Αντίθετα, πιστεύουν πως με το να διακηρύξει κάποιος την πρόθεση του να αλλάξει, το μόνο που μπορεί να καταφέρει είναι να προκαλέσει μια εσωτερική σύγκρουση, κάτι το οποίο δεν είναι αποδοτικό. Μόνο διαμέσου της πλήρους και σταθερής βίωσης και γνώσης της κατάστασης του εαυτού κάθε στιγμή, θα θελήσει ο πελάτης να κάνει κάτι διαφορετικό.

Στόχοι λοιπόν μιας ψυχοθεραπείας GESTALT είναι η *αυτογνωσία*, η *αυτό-υποστήριξη,* η *ωριμότητα* και η *κατανόηση* από την πλευρά του πελάτη, η συνειδητοποίηση του εαυτού του σαν μια *ξεχωριστή*, *μοναδική οντότητα*, που ζει σύμφωνα με τις δικές της μόνο προσδοκίες, α*υτοκαθορίζεται* και δεν επιτρέπει στις προσδοκίες των άλλων να καθορίζουν τη δική της πορεία.

Η Ολιστική θεραπεία προτείνει προσεκτική παρατήρηση των λεπτών κινήσεων του σώματος. Ο θεραπευτής δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην παρατήρηση των διαφόρων μερών, για να γνωρίσει το άτομο περισσότερο τον εαυτό του. Σημασία επίσης έχει και η συνοχή. Η ενθάρρυνση δηλαδή της συναισθηματικής κατάστασης με τις χειρονομίες, εκφράσεις του προσώπου, στάση του σώματος κτλ, συμπεριφορές που υποδηλώνουν αυτήν την κατάσταση.

Ο θεραπευτής δίνοντας έμφαση στα προβλήματα της ενημερότητας, ωριμότητας και ευθύνης, επιδιώκει την επαναολοκλήρωση. Βοηθά το άτομο να αλλάξει τους ρόλους του και να γίνει ο αληθινός του εαυτός, να αναπτύξει την αυτογνωσία του. Αυτό γίνεται με μια εν τω βάθυ συζήτηση σε ότι αφορά τα συναισθήματα του, τις ιδέες και γενικά τις απόψεις του για το πρόβλημα.

Στη θεραπεία GESTALT βλέπουμε το «τι» και το «πώς», ενώ η ερώτηση «γιατί» δεν θεωρείται χρήσιμη. Με την ερώτηση «τι» , δίνουμε έμφαση στο «τι συμβαίνει» βλέπουμε τι είναι και παρατηρούμε. Ο θεραπευτής ξέρει να δείξει στον θεραπευόμενο, πώς να παρατηρεί τι είναι, τι γίνεται, πώς να βλέπει το φανερό, να ενημερώνεται για το συναίσθημα και τις σκέψεις του κάθε στιγμή. Δουλειά του θεραπευτή είναι να παρατηρεί τον πελάτη, να τον ενθαρρύνει να γίνει περισσότερο ενήμερος της συμπεριφοράς του και να τη γευτεί στο σύνολο της. Η γνησιότητα σημαίνει ότι ο θεραπευτής είναι ανοιχτός, ειλικρινής με τα συναισθήματα του και εννοεί ότι λέει.

Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία, πρωταρχική σημασία έχει να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο ψυχολογικό κλίμα για αλλαγή. Αυτό επιτυγχάνεται με την άνευ όρων αποδοχή, που εκφράζεται με βάση την επιβράβευση και τον έπαινο των θετικών πλευρών της προσωπικότητας του πελάτη. Ο θεραπευτής κατανοεί τα συναισθήματα και τις σκέψεις του θεραπευόμενου, είτε αυτά είναι συνειδητά, είτε υποσυνείδητα.

Τεχνικές GESTALT

1. Αλλαγή από ερώτηση σε πρόταση.
2. Τεχνική της άδειας καρέκλας. Είναι ουσιαστικά ένας φανταστικός διάλογος, στον οποίο ο ψυχοθεραπευόμενος αλλάζει συνεχώς θέση και πρόσωπο με την παρότρυνση του θεραπευτή και έτσι καταλαβαίνει καλύτερα τα συναισθήματα του και μαθαίνει ότι προβάλλει τις σκέψεις του στα άλλα πρόσωπα.
3. Talk to your parts. Ο ψυχοθεραπευόμενος μιλάει με το άγχος του, με τα άλλα μέρη του σώματος του που έχει σύγκρουση και συχνά βρίσκει νέα λύση και άποψη για το πρόβλημα.
4. Να σταθείς με το συναίσθημα. Ο ψυχοθεραπευτής παροτρύνει τον πελάτη να δώσει προσοχή στο συναίσθημα και στο νόημα του.
5. Το νόημα του ονείρου έχει υπαρξιακά μηνύματα. Η ερμηνεία του ονείρου δεν έχει καμιά σχέση με την ψυχανάλυση και αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπείας GESTALT. Ο ασθενής δεν ασχολείται με τη συμβολική σημασία των ονείρων, αλλά περισσότερο καλείται να παίξει το όνειρο του, να δώσει τις δικές του ερμηνείες, βασισμένες στις άμεσες εμπειρίες του.

(Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

1.3 Στάδια της Ψυχοθεραπείας

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία διαφέρει πολύ ανάλογα με το θεωρητικό πλαίσιο και το θεραπευτικό μοντέλο που εφαρμόζει κάθε θεραπευτής. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια βασικά στάδια της ψυχοθεραπείας, τα οποία αναγνωρίζονται από όλους τους θεωρητικούς της ψυχοθεραπείας. Τα στάδια αυτά είναι: α) η έναρξη, β) το μεσαίο στάδιο και γ) το τελικό στάδιο ή στάδιο ολοκλήρωσης της ψυχοθεραπείας.

Α) Η Έναρξη

Το πρώτο στάδιο, η έναρξη της ψυχοθεραπείας αποτελεί ένα θεμελιώδη λίθο για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Κατά τη διάρκεια των πρώτων συνεδριών μιας ψυχοθεραπείας είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί το **θεραπευτικό συμβόλαιο** και να εγκαθιδρυθεί η **θεραπευτική σχέση**. Το θεραπευτικό συμβόλαιο αναφέρεται κυρίως στο χρόνο που θα διαρκέσει η θεραπεία, στη συχνότητα των συνεδριών, στο χρόνο διεξαγωγής των συνεδριών και στην αμοιβή του θεραπευτή. Ο θεραπευόμενος πληροφορείται για το ρόλο του θεραπευτή, για τις μεθόδους, για τη θεραπευτική προσέγγιση κτλ. Βέβαια, αυτά τα στοιχεία μπορεί να τροποποιηθούν στη διάρκεια της θεραπείας. Το θεραπευτικό συμβόλαιο διαρκεί για όσο χρόνο διεξάγεται η ψυχοθεραπεία και η συμφωνία των εμπλεκομένων μπορεί να γίνει είτε άμεσα (ψυχανάλυση), είτε έμμεσα, όπως συμβαίνει σε άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Εκτός του θεραπευτικού συμβολαίου και του ορισμού των στόχων της θεραπείας, βασικό χαρακτηριστικό των πρώτων ψυχοθεραπευτικών συνεδριών, ανεξάρτητα από το θεωρητικό υπόβαθρο, **αποτελεί η εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ των εμπλεκόμενων στη θεραπεία** (Ζγαντζούρη, 2001).

Η ιδέα για τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης απασχολεί τον ασθενή αρκετό χρόνο πριν αρχίσει η ανάλυση. Καταλαβαίνει ότι κάτι δεν πάει καλά στον εαυτό του και αναζητά τρόπους να ξεπεράσει το πρόβλημα. Το άτομο αυτό έχει μια ιδέα για το είδος της σχέσης που νομίζει ότι θα το βοηθήσει. Ο ασθενής χρειάζεται έναν αναλυτή που να του ταιριάζει, γιατί σίγουρα δεν του ταιριάζει ο καθένας. Το ατομικό στυλ του αναλυτή μπορεί να συμπληρώνει ορισμένα άτομα καλύτερα σε σύγκριση με άλλα και αυτό το ταίριασμα ασθενούς – αναλυτή μπορεί να αποτελεί σημαντική μεταβλητή στο αποτέλεσμα της θεραπείας (Μπέιτμαν & Χολμς, 2001).

Οι Gelson & Carter προσπαθώντας να προσδιορίσουν τη θεραπευτική σχέση, αναφέρουν ότι αυτή συνίσταται στα συναισθήματα και τις στάσεις που έχει ο κάθε συμμετέχων στη θεραπευτική διαδικασία για τον άλλο καθώς και ο τρόπος με τον οποίο τα συναισθήματα και οι στάσεις εκφράζονται κατά τη διάρκεια της.

Βέβαια, υπάρχει ασυμφωνία για τον ακριβή ορισμό της έννοιας. Ωστόσο, όλοι φαίνεται να συμφωνούν ότι η θεραπευτική σχέση αποτελεί ένα ουσιώδες στοιχείο της ψυχοθεραπείας και όλοι τονίζουν ιδιαίτερα τη σημασία της συνεργασίας μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου κατά τη διάρκεια της

ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας ως ένα ουσιαστικό στοιχείο για την επίτευξη των θετικών αποτελεσμάτων.

Η σημασία που έχει η αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά από τον Freud και την ψυχαναλυτική σχολή. Ο ίδιος θεωρούσε ότι η θετική σχέση μεταξύ αναλυτή και αναλυόμενου προσφέρει στον αναλυτή ένα μανδύα εξουσίας και κυριαρχίας απέναντι στο θεραπευόμενο, ενδυναμώνει την πεποίθηση του αναλυόμενου στις ερμηνείες του αναλυτή του και του παρέχει εσωτερική δύναμη και εμπιστοσύνη ώστε να ξεπεράσει την οδυνηρή εμπειρία της άμεσης αντιμετώπισης του ψυχοτραυματικού υλικού που αναδύεται κατά την αναλυτική διαδικασία. Ο Freud διέκρινε τρεις διαστάσεις της έννοιας «θεραπευτική σχέση»:

1) **τη μεταβίβαση**, δηλαδή τη διαδικασία εκείνη κατά την οποία ο αναλυόμενος ενεργοποιεί ξανά συναισθήματα που έχει για σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του και να τα μεταβιβάζει ασυνείδητα στον αναλυτή του.

2) **την αντιμεταβίβαση**, δηλαδή το σύνολο των ασυνείδητων αντιδράσεων και συναισθημάτων του ψυχαναλυτή απέναντι στον αναλυόμενο, που αφορούν στην αφύπνιση συναισθημάτων τα οποία παρεμποδίζουν την αντικειμενική στάση του αναλυτή απέναντι στον αναλυόμενο και στην πορεία της θεραπείας.

3) **τη συμμαχία**, δηλαδή τη φιλική σχέση του αναλυόμενου προς τον ψυχαναλυτή του, στον οποίο αναγνωρίζει θετικά στοιχεία από ανάλογες παρελθούσες σχέσεις του (Ζγαντζούρη, 2001).

Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση θεωρείται ουσιαστικό μέρος της ψυχαναλυτικής διαδικασίας. Για τους φροϋδικούς ψυχαναλυτές ο έλεγχος της είναι ζωτικός για την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπείας. Η ύπαρξη της μεταβίβασης παρατηρήθηκε για πρώτη φορά από τον Freud ο οποίος την παρουσίασε σαν φυσική λειτουργία της συζητητικής θεραπείας. Αργότερα, της απέδωσε εδικό και κεντρικό ρόλο μέσα στη θεραπευτική διαδικασία, υποστηρίζοντας ότι κανένας ψυχοθεραπευτής δεν μπορεί να θεραπεύσει απόλυτα αν δεν έχει εξασκηθεί στον έλεγχο και τη χρήση αυτής της εξαιρετικά ζωτικής τεχνικής (Κίρναν 1977).

Η θεωρία του Freud για τη θεραπευτική σχέση δεν έβλεπε αυτή τη σχέση ως πραγματική, αλλά ως σχέση που συνίσταται στην προβολή στοιχείων, χαρακτηριστικών και συναισθημάτων των σχέσεων του παρελθόντος του αναλυόμενου και του αναλυτή του. Αντίθετα, οι νεοφρουδιστές, έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στο κοινωνικό πλαίσιο της θεραπείας και τόνισαν το ρόλο των πραγματικών σχέσεων και των πραγματικών εμπειριών του ατόμου στη θεραπευτική σχέση.

Αντίθετα, με τις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, οι κλασικές συμπεριφοριστικές θεωρίες, έδιναν έμφαση στο ρόλο των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών για την αντιμετώπιση των διαφόρων συμπτωμάτων και τη θεραπευτική αλλαγή και όχι στις διαπροσωπικές πλευρές της θεραπείας. Για τους κλασικούς συμπεριφοριστές, η θεραπευτική σχέση ήταν συνέπεια και όχι προϋπόθεση της επιτυχούς εφαρμογής της θεραπείας. Οι σύγχρονες συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και οι γνωστικές συμπεριφοριστικές

προσεγγίσεις αντιμετωπίζουν τη θεραπευτική σχέση περισσότερο θετικά, αναγνωρίζουν την αξία της στην ψυχοθεραπευτική πράξη, και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση του μεγέθους της επίδρασης της στη θεραπεία.

Ο Rogers το 1951 προσέφερε μια νέα θεώρηση της έννοιας της θεραπευτικής σχέσης. Σύμφωνα με τον ιδρυτή της πελατοκεντρικής θεραπείας, η θεραπευτική σχέση αποτελεί μια αναγκαία και ικανή συνθήκη για την θεραπεία, η οποία επιπλέον μπορεί να έχει θετική και θεραπευτική δράση για τον θεραπευόμενο. Ο Rogers πρότεινε τρεις υποθέσεις που αφορούν στη θεραπευτική σχέση:

α) *υπάρχουν κάποιοι διευκολυντικοί παράγοντες οι οποίοι προσφέρονται από το θεραπευτή στο θεραπευόμενο για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης*. Αυτοί είναι η ***ενσυναίσθηση, η γνησιότητα, η ζεστασιά και η άνευ όρων αποδοχή του θεραπευόμενου.***

β) *η αξία της θεραπευτικής σχέσης είναι ίδια ή ισοδύναμη σε όλες τις μορφές παρέμβασης και ψυχοθεραπείας* και επίσης το στοιχείο εκείνο που συνεισφέρει περισσότερο στην εξέλιξη του θεραπευόμενου από τον θεραπευτή του δεν είναι γνωστικό ή τεχνικό αλλά κυρίως διαπροσωπικό.

γ) *ο θεραπευτής είναι υπεύθυνος να προσφέρει στο θεραπευόμενο τους διευκολυντικούς παράγοντες που συνιστούν τη θεραπευτική σχέση*.

Ο Yalom αναφέρει ότι *«η πρώτη αρχή για μια συνεδρία είναι να δημιουργήσεις ένα ζεστό περιβάλλον, που να αποπνέει εμπιστοσύνη»* (Yalom, 2002, σελ. 21).

Η McWilliams αναφέρει ότι είναι βαθιά της πεποίθηση ότι είναι πιο σημαντικό για τον κλινικό να κατανοεί τους ασθενείς του παρά να γνωρίζει συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές (McWilliams, 2002).

Ο Bordin, που θεωρείται σήμερα ως κλασσικός στη μελέτη και διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης, υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρία βασικά στοιχεία της εργασιακής συμμαχίας που συνδέονται και αλληλοδιαπλέκονται μεταξύ τους. Αυτά είναι: α) **οι θεραπευτικοί δεσμοί**, που αναφέρονται στα στοιχεία της διαπροσωπικής επαφής και αλληλεπίδρασης, β) **τα θεραπευτικά έργα**, που αναφέρονται στη συμφωνία και τη συνεργασία μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου σχετικά με την όλη διαδικασία της ψυχοθεραπείας και γ) **οι θεραπευτικοί στόχοι**, που αναφέρονται στη συμφωνία μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου σχετικά με τις βραχύχρονες και μακρόχρονες προσδοκίες της θεραπείας. Για τον ίδιο ερευνητή μάλιστα, η θετική ανάπτυξη και διατήρηση της θεραπευτικής συμμαχίας θεωρείται από μόνη της θεραπευτική.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ιδιαίτερα έντονη ερευνητική δραστηριότητα σχετικά με τη θεραπευτική συμμαχία, γεγονός που δείχνει ότι η θεραπευτική σχέση αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενεργό ερευνητικό πεδίο. Παράλληλα έχουν κατασκευαστεί και εφαρμοστεί στην κλινική πράξη πολλά ερευνητικά εργαλεία που εστιάζονται στην εμπειρική μελέτη και αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας, κυρίως ως προς την ποιοτική και ποσοστική εκτίμηση της στα διάφορα θεωρητικά πλαίσια και σε διάφορα στάδια της θεραπείας, καθώς και στη σχέση της με τη συνολική αποτελεσματικότητα της

θεραπείας. Αυτή η ερευνητική δραστηριότητα οδήγησε σε σημαντικά αποτελέσματα:

- Έχει επανειλημμένα καταδειχτεί ότι η θετική θεραπευτική σχέση είναι αναγκαίος, αλλά μάλλον όχι ικανός παράγοντας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας οποιασδήποτε μορφής και για αυτό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα της σχέσης.
- Έχει βρεθεί ότι η θεραπευτική σχέση εγκαθιδρύεται και αναπτύσσεται κυρίως στο πρώτο στάδιο της θεραπείας.
- Ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνονται τη θεραπευτική σχέση με διαφορετικό τρόπο και τείνουν να αποδίδουν τη θεραπευτική αλλαγή σε διαφορετικούς παράγοντες. Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι η εκτίμηση του θεραπευόμενου για τη θεραπευτική σχέση σχετίζεται περισσότερο θετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
- Και οι δύο συμμετέχοντες στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία εμπλέκονται στη διαμόρφωση μιας παραγωγικής θεραπευτικής σχέσης. Σε ότι αφορά στα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που εμπλέκονται στην εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης, επισημαίνεται ότι αυτός θα πρέπει να μπορεί να δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας για τον θεραπευόμενο, να του παρέχει ενεργό ακρόαση και να του διαβιβάζει το μήνυμα ότι τον καταλαβαίνει και τον σέβεται. Ο θεραπευόμενος από την πλευρά του θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και να συνεργάζεται με το θεραπευτή του για την επίτευξη του αποτελέσματος.
- Οι συγκεκριμένες αντιδράσεις του θεραπευτή που υποστηρίζουν και ενισχύουν τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης είναι διαφορετικές για κάθε θεραπευόμενο. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ευαίσθητος στην αντίδραση του κάθε θεραπευόμενου, στην προσφορά ενσυναίσθησης και υποστήριξης και όλων των άλλων παραγόντων που συνιστούν τη θεραπευτική σχέση. Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να συνεκτιμά το στάδιο της θεραπείας, την ετοιμότητα του θεραπευόμενου για αλλαγή, καθώς και τα δυναμικά της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης του θεραπευόμενου.
- Η ίδια η θεραπευτική σχέση μπορεί να αποτελεί μια θεραπευτική παρέμβαση.
- Οι εντάσεις και τα εμπόδια στη θεραπευτική σχέση μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και σε ιδιαίτερα πετυχημένες θεραπείες. Αυτά τα εμπόδια μπορεί να είναι η έλλειψη ικανοποίησης του θεραπευόμενου από τον θεραπευτή, προβλήματα στην μεταξύ τους επικοινωνία, πιθανά λάθη και χρήση ακατάλληλων παρεμβάσεων, τεχνικών και αντιδράσεων του θεραπευτή, η ύπαρξη αρνητικών ή εχθρικών στάσεων και συναισθημάτων μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Αυτά τα στοιχεία τα οποία δεν επεξεργάζονται κατά τη διάρκεια των συνεδριών, παραμένουν συνεχώς ενεργά,

υποσκάπτοντας έτσι τη θεραπευτική σχέση και οδηγούν σε πρώιμο τερματισμό της θεραπευτικής παρέμβασης.

- Τα προϋπάρχοντα χαρακτηριστικά στοιχεία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου από παρελθούσες εμπειρίες και σχέσεις τους επηρεάζουν σε ένα σημαντικό βαθμό την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης και την αλληλεπίδραση μεταξύ των εμπλεκομένων. Αυτά τα στοιχεία μπορεί να είναι τα πρότυπα των διαπροσωπικών σχέσεων του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, το επίπεδο της ψυχολογικής και διαπροσωπικής λειτουργικότητας του θεραπευόμενου, το ιστορικό των σχέσεων και αλληλεπιδράσεων του κτλ.

(Ζγαντζούρη, 2001).

Β) Το Μεσαίο Στάδιο: Λεκτική και Μη Λεκτική Επικοινωνία

Λεκτική Επικοινωνία: Ψυχοθεραπευτικές Τεχνικές και Παρεμβάσεις

Σε κάθε ψυχοθεραπευτική συνεδρία ανεξάρτητα από το ψυχοθεραπευτικό μοντέλο στα πλαίσια του οποίου πραγματοποιείται, ο θεραπευτής προσδοκά να φτάσει ο θεραπευόμενος να πραγματοποιήσει μια αλλαγή. Μπορεί στα πλάι αυτής της αλλαγής να αναπτύξει ένα νέο τρόπο αντιμετώπισης και κατανόησης του προβλήματος του, είτε να βιώσει και να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του, να αντιμετωπίσει τους φόβους του, να αναλάβει την ευθύνη και το ρίσκο για την αλλαγή της κατάστασης που βιώνει, είτε να αλλάξει τα παλιά, διαταραγμένα πρότυπα συμπεριφοράς του και να τα αντικαταστήσει με νέα, περισσότερο λειτουργικά πρότυπα. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, αναμένεται ότι ο ψυχοθεραπευτής θα χρησιμοποιήσει όλες εκείνες τις δεξιότητες και τεχνικές που αναμένεται να βοηθήσουν το θεραπευόμενο να προετοιμαστεί για να αναλάβει δράση ή να συνεχίσει τη δράση του απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίσει (Ζγαντζούρη, 2001).

Ως τέτοιου είδους τεχνικές και παρεμβάσεις που διευκολύνουν και βοηθούν στην επεξεργασία του προβλήματος του θεραπευόμενου, αναγνωρίζονται από όλα τα μοντέλα ψυχοθεραπείας, οι διάφορες δεξιότητες επικοινωνίας ή δεξιότητες προσεκτικής παρακολούθησης και επιρροής στη συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Οι δεξιότητες αυτές εστιάζουν και συγκεντρώνουν τις δυνάμεις της αλλαγής, τις περιορίζουν σε ένα συγκεκριμένο τόπο και χρόνο και προκαλούν την πυροδότηση τους σε δράση. Οι δεξιότητες επικοινωνίας ή συμβουλευτικές δεξιότητες προσεκτικής παρακολούθησης και επιρροής στην συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική διαδικασία, τις οποίες αναμένεται να έχει ένας καλός θεραπευτής, συνιστούν τρόπους συμπεριφοράς που συμπεριλαμβάνονται στα **μη ειδικά στοιχεία** της ψυχοθεραπείας, δηλαδή είναι κοινά στοιχεία σε όλες τις ψυχοθεραπείες και περιλαμβάνουν κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες, την ικανότητα του ατόμου να σχετίζεται αποτελεσματικά και άνετα με άλλα άτομα και την ικανότητα του για ενσυναίσθηση και μεταβίβαση μέσω της κατανόησης της θέσης και των δυσκολιών του άλλου ατόμου (Ζγαντζούρη, 2001).

Οι Ivey και Gluckstern (1984), τονίζουν πως η βασική αλληλουχία προσεκτικής ακρόασης είναι η εξής:

α) **Ανοιχτές ερωτήσεις** ώστε να αποκτήσει ο ψυχοθεραπευτής μια γενική εικόνα της κατάστασης.

β) **Κλειστές ερωτήσεις** για να συγκεντρώσει ο ψυχοθεραπευτής περισσότερα γεγονότα και πληροφορίες.

γ) **Ελάχιστες ενθαρρύνσεις** ώστε να διευκολυνθεί περαιτέρω η διεξαγωγή της συζήτησης και η επεξεργασία πληροφοριών. Αν ο ψυχοθεραπευτής επαναλάβει αμέσως τις ακριβείς λέξεις που χρησιμοποιεί ο πελάτης με ένα ερωτηματικό τόνο φωνής, τότε ο πελάτης θα επεξεργαστεί το νόημα της λέξης ή της φράσης του με πιο ολοκληρωμένες λεπτομέρειες.

δ) **Παράφραση**, για να ανατροφοδοτούν τα κύρια γεγονότα της κατάστασης.

ε) **Αντανάκλαση συναισθήματος**, για να ανατροφοδοτηθούν στον πελάτη τα συναισθήματα του τα οποία ενυπάρχουν στη συγκεκριμένη κατάσταση.

στ) **Περίληψη** για να οργανωθεί η πληθώρα των γεγονότων και συναισθημάτων του προσώπου και της κατάστασης.

Αυτές οι έξι δεξιότητες προσεκτικής ακρόασης ή παρακολούθησης σκοπεύουν αποκαλύψουν το πλαίσιο αναφοράς του πελάτη σχετικά με το πρόβλημα, αφού η οικογένεια ή ακόμα και ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να έχουν διαφορετικό πλαίσιο αναφοράς (Ivey & Gluckstern 1984).

Οι Hill και O' Brien (1999), μετά από μελέτες και έρευνες κατέληξαν στην ύπαρξη τριών γενικών σταδίων συμβουλευτικής ή θεραπευτικής παρέμβασης:

α) **Το Στάδιο της Διερεύνησης**. Σε αυτό το στάδιο στόχος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να εγκαθιδρύσει το θεραπευτικό συμβόλαιο και να αναπτύξει τη θεραπευτική συμμαχία, τον ενθαρρύνει να αναφέρει τα προβλήματα που τον απασχολούν, να διερευνήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του και να εγείρει αυτά τα συναισθήματα που βιώνει ο θεραπευόμενος. Παράλληλα, ο θεραπευτής προσπαθεί να μάθει όσα περισσότερα μπορεί για το θεραπευόμενο, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και τη στάση του έναντι των ζητημάτων που τον απασχολούν (Hill and O' Brien 1999, Ζγαντζούρη, 2001). Οι δεξιότητες επικοινωνίας του θεραπευτή σε αυτό το στάδιο είναι οι εξής:

- *Συμπεριφορά προσεκτικής παρακολούθησης και αποτελεσματικής ακρόασης*. Αυτές αποτελούν βασικές δεξιότητες που χρησιμοποιούνται για να δώσουν στον θεραπευόμενο τη δυνατότητα να αισθανθεί ασφαλής και να διερευνήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Η συμπεριφορά προσεκτικής παρακολούθησης αναφέρεται στους θεραπευτές που κατευθύνουν τη σωματική τους στάση και τη συμπεριφορά τους προς τον θεραπευόμενο. Η αποτελεσματική ακρόαση αναφέρεται στην κατάκτηση και κατανόηση των μηνυμάτων του θεραπευόμενου, τα οποία μπορεί να είναι λεκτικά ή μη, σαφή ή όχι.
- *Παράφραση***.** Αναφέρεται στην επανάληψη ή επαναδιατύπωση από το θεραπευτή του περιεχομένου της ομιλίας ή του νοήματος των

λεγομένων του θεραπευόμενου, συνήθως πιο περιεκτικά και σαφέστερα. Η χρήση της παράφρασης στοχεύει στην εστίαση και διευκρίνιση ενός θέματος, καθώς και στον εντοπισμό διαταραγμένων προτύπων σκέψεων και συμπεριφορών του θεραπευόμενου.

- *Ανοικτές Ερωτήσεις και Κλειστές Ερωτήσεις*. Οι ανοικτές ερωτήσεις βοηθούν τον θεραπευόμενο να εστιάσει σε ένα θέμα, να διευκρινίσει ή να διερευνήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, χωρίς ο θεραπευτής να του επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τρόπο έκφρασης. Οι κλειστές ερωτήσεις είναι αυτές με τις οποίες ο θεραπευτής ζητά από τον θεραπευόμενο μια σαφή, συνήθως μονολεκτική απάντηση και χρησιμοποιούνται από τον θεραπευτή όταν θέλει να συλλέξει συγκεκριμένες πληροφορίες και στοιχεία για τον θεραπευόμενο.
- *Αντανάκλαση συναισθημάτων***.** Αποτελεί μια επανάληψη, επαναδιατύπωση ή παράφραση από τον θεραπευτή των λεγομένων του θεραπευόμενου με ιδιαίτερη έμφαση στα συναισθήματα του, τα οποία μπορεί να μεταδίδονται με τη λεκτική ή μη λεκτική επικοινωνία (βλ. κεφάλαιο στη συνέχεια).
- *Αποδοχή και Επιβεβαίωση***.** Συμβάλλουν στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον θεραπευόμενο και ενισχύουν τη διερεύνηση του. Η ύπαρξη του αποτελεί ένδειξη της ύπαρξης ενσυναισθητικής κατανόησης του θεραπευτή για τον θεραπευόμενο και την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και παράλληλα, υποδηλώνει ότι αυτά που βιώνει ο θεραπευόμενος είναι φυσιολογικά, αναμενόμενα και όχι εξωπραγματικά ή παράλογα.
- *Αυτοαποκάλυψη για διερεύνηση*. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο στάδιο της διερεύνησης για να αποκαλύψει ο θεραπευτής στον θεραπευόμενο ορισμένα προσωπικά του στοιχεία που αφορούν κυρίως στην εκπαίδευση και την επαγγελματική του σταδιοδρομία (Hill and O' Brien 1999, Ζγαντζούρη, 2001).

β) Το Στάδιο της Ενόρασης. Στο στάδιο αυτό στόχος του θεραπευτή είναι να συνεργαστεί με τον θεραπευόμενο για να δομήσουν ένα νέο τρόπο ενόρασης και κατανόησης του προβλήματος, να ενθαρρύνει τον θεραπευόμενο στον καθορισμό του ρόλου του στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του και να εισάγει θέματα που αφορούν στη θεραπευτική σχέση, όπως είναι η προσκόλληση, οι δυσκολίες στην επικοινωνία και κατανόηση μεταξύ τους κλπ. Οι δεξιότητες του θεραπευτή σε αυτό το στάδιο είναι οι εξής:

- *Πρόκληση – Ευκαιρία για διερεύνηση*. Αποτελεί μια πρόσκληση προς τον θεραπευόμενο να συνειδητοποιήσει περισσότερο τον εαυτό του, τα θέματα που τον απασχολούν, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του, μέσα από τον εντοπισμό των διαφωνιών, των αντιθέσεων, των συγκρούσεων, των αμυνών και των παράλογων πεποιθήσεων, για τις οποίες ο ίδιος ο θεραπευόμενος δεν έχει πλήρη συνείδηση ότι υπάρχουν, δεν μπορεί ή δεν θέλει να τις αλλάξει. Οι προκλήσεις μπορούν να τεθούν από τον θεραπευτή με διερευνητικό, δοκιμαστικό τρόπο ή με τη μορφή της άμεσης αντιμετώπισης τους από τον θεραπευόμενο.

- *Ερμηνεία.* Αποτελεί μια παρέμβαση του θεραπευτή η οποία προχωρά περισσότερο από όσα έχει αναφέρει ή αναγνωρίσει άμεσα ο θεραπευόμενος για την κατάσταση του, συνδυάζοντας στοιχεία από μεμονωμένα γεγονότα ή αναφορές, πρότυπα της συμπεριφοράς ή των σκέψεων και των συναισθημάτων του θεραπευόμενου.
- *Αυτοαποκάλυψη.* Χρησιμοποιείται από τον ψυχοθεραπευτή για να αποκαλύψει στο θεραπευόμενο προσωπικά του στοιχεία, όπως αυτός τα έχει βιώσει από μέσω της διαδικασίας της ενόρασης. Στόχος της συγκεκριμένης δεξιότητας είναι να διευκολύνει τον θεραπευόμενο στην κατανόηση των σκέψεων, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του και των προβλημάτων που τον απασχολούν και να τον ενθαρρύνει να προχωρήσει σε ένα βαθύτερο επίπεδο κατανόησης τους.
- *Αμεσότητα*. Η αμεσότητα εμφανίζεται όταν ο θεραπευτής αποκαλύπτει πώς αισθάνεται στη δεδομένη χρονική στιγμή για τον εαυτό του σε σχέση με τον θεραπευόμενο ή για τη θεραπευτική σχέση συνολικά. Η δεξιότητα αυτή, εκτός από την ενασχόληση των εμπλεκομένων στην ψυχοθεραπεία με τη θεραπευτική σχέση, συμβάλλει στην ενθάρρυνση του αυτοελέγχου του θεραπευόμενου, καθώς και στην αντιμετώπιση της αντίστασης στη θεραπεία (Hill and O' Brien 1999, Ζγαντζούρη, 2001).

γ) Το Στάδιο της Δράσης. Στο στάδιο αυτό στόχος του θεραπευτή είναι να ενθαρρύνει τον θεραπευόμενο να διερευνήσει νέους τρόπους συμπεριφοράς, να τον βοηθήσει να αποφασίσει για τις δράσεις που θα αναλάβει, να διευκολύνει την ανάπτυξη των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για τη δράση, να του παρέχει ανατροφοδότηση για τις αλλαγές που επιχειρεί να πραγματοποιήσει, να τον βοηθήσει να αξιολογήσει τις αλλαγές αυτές και να τροποποιήσει το σχέδιο της δράσης του και τέλος να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα που βιώνει σε σχέση με τις αλλαγές που πραγματοποιεί. Οι δεξιότητες του θεραπευτή σε αυτό τα στάδιο είναι οι εξής:

- *Πληροφόρηση.* Η πληροφόρηση μπορεί να οριστεί ως παροχή από τον θεραπευτή συγκεκριμένων στοιχείων, γεγονότων, απαντήσεων σε ερωτήματα, προτάσεων ή απόψεων προς τον θεραπευόμενο. Στοχεύει να εξηγήσει στον θεραπευόμενο τις προθέσεις και τους στόχους του συγκεκριμένου σταδίου και διακρίνεται σε δύο τύπους: α) στην πληροφόρηση του θεραπευόμενου για γεγονότα, στοιχεία ή απόψεις, η οποία αποτελεί ένα είδος εκπαίδευσης, μάθησης του θεραπευόμενου από τις εμπειρίες και γνώσεις του θεραπευτή του, και β) στην πληροφόρηση για την παροχή ανατροφοδότησης στον θεραπευόμενο, η οποία προάγει τη συνειδητότητα του εαυτού του θεραπευόμενου και μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του.
- *Άμεση Καθοδήγηση*. Η άμεση καθοδήγηση περιλαμβάνει προτάσεις, εισηγήσεις, την παροχή κατευθύνσεων ή συμβουλών του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο για τον τρόπο με τον οποίο πιστεύει ότι αυτός θα πρέπει να ενεργήσει. Η δεξιότητα αυτή αποτελεί την πρόταση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο για δράση και διακρίνεται σε δυο τύπους: α) την παροχή συμβουλών και κατευθύνσεων κατά τη

διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και β) τις καθοδηγήσεις που αφορούν σε παροχή συμβουλών προς τον θεραπευόμενο για την πραγματοποίηση τους εκτός της θεραπευτικής διαδικασίας.

Παρά την εκτεταμένη χρήση αυτών των τεχνικών και παρεμβάσεων στην εκπαίδευση των νέων συμβούλων και ψυχοθεραπευτών, η έρευνα στον τομέα αυτό έδειξε ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των παρεμβάσεων του θεραπευτή και της αποτελεσματικότητας στον θεραπευόμενο είναι αρκετά ασαφείς, για να οδηγήσουν σε συμπεράσματα για τις κοινές αυτές τεχνικές ως τους κυριότερους δημιουργούς της αλλαγής του θεραπευόμενου. Πιθανόν, η επιτυχία αυτών των τεχνικών να είναι ένα τεχνητό κατασκεύασμα, συνέπεια της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης, της εμπιστοσύνης, της πειθούς, της γνησιότητας και άλλων χαρακτηριστικών που θεωρούνται κοινά και εντοπίζονται σε κάθε αποτελεσματική ψυχοθεραπεία (Hill and O' Brien 1999, Ζγαντζούρη, 2001).

Μη Λεκτική Επικοινωνία

> *«Η μη λεκτική επικοινωνία είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά, τη νοητική κατάσταση ή τα συναισθήματα κάποιου άλλου, χρησιμοποιώντας ένα ή περισσότερα μη λεκτικά κανάλια. Όλες οι πηγές μετάδοσης πληροφοριών και συναισθημάτων, εκτός του λόγου, αποτελούν τα κανάλια της μη λεκτικής επικοινωνίας»* (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1997, σελ. 15-16).

Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία των διαπροσωπικών σχέσεων. Ερευνητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς υπολογίζουν ότι περίπου 10% της συνολικής επικοινωνίας γίνεται μέσω του λόγου και 90% μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας. Έτσι, η αλληλεπίδραση μεταξύ των ανθρώπων πραγματοποιείται με επιτυχία μέσω δύο διαδικασιών επικοινωνίας: α) μετάδοση του γνωστικού μηνύματος μέσω της λεκτικής επικοινωνιακής οδού και β) μετάδοση του συγκινησιακού και συναισθηματικού τμήματος μέσω της μη λεκτικής επικοινωνιακής οδού (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1997, Ζγαντζούρη, 2001).

Τα μη λεκτικά μηνύματα στους ανθρώπους εκπέμπονται από τρεις βασικές πηγές. Η πρώτη πηγή είναι **η γενική εντύπωση** που δημιουργεί το ίδιο το άτομο στους συνανθρώπους του και σχηματίζεται από την εμφάνιση του, τις εκφράσεις του προσώπου του, το βλέμμα , τις χειρονομίες, τις κινήσεις κτλ. Η δεύτερη πηγή μη λεκτικών μηνυμάτων αφορά στα **μη λεκτικά στοιχεία του λόγου**, όπως ο τόνος και η σταθερότητα της φωνής, οι παύσεις, η προφορά, οι διάφοροι ήχοι κτλ. Η τρίτη πηγή περιλαμβάνει τα μηνύματα που μεταδίδονται από **το χώρο στον οποίο ο άνθρωπος δραστηριοποιείται** δηλαδή εργάζεται, διασκεδάζει, κατοικεί και επομένως τον διαμορφώνει σύμφωνα με τις προτιμήσεις του.

Τα μη λεκτικά μηνύματα τα οποία μεταδίδονται από τον ίδιο τον άνθρωπο κατατάσσονται σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες, ανάλογα με το βαθμό συνείδησης και ελέγχου που ασκούν πάνω τους τόσο αυτοί που τα

μεταδίδουν όσο και αυτοί που τα λαμβάνουν. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται αυτά τα μη λεκτικά σήματα για τα οποία **ούτε ο δότης ούτε ο λήπτης δεν έχουν καθόλου επίγνωση ή έλεγχο**. Τα περισσότερα μη λεκτικά σήματα κατατάσσονται στη δεύτερη κατηγορία η οποία περιλαμβάνει τα σήματα που **μεταβιβάζονται και ερμηνεύονται εν μέρει συνειδητά και εν μέρει ασυνείδητα**. Τέλος, υπάρχουν και τα μη λεκτικά μηνύματα τα οποία είναι **πλήρως συνειδητά και ελεγχόμενα** (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1997).

Ο ρόλος της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι εξαιρετικά σημαντικός για τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου. Η μη λεκτική επικοινωνία:

- Αντικαθιστά σε ορισμένες περιπτώσεις πλήρως τη λεκτική επικοινωνία.
- Λειτουργεί παράλληλα και συμπληρωματικά με τη λεκτική επικοινωνία.
- Βοηθά και διευκολύνει τη λεκτική επικοινωνία, ιδιαίτερα σε συναισθηματικά φορτισμένα ζητήματα.
- Λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να διαφοροποιεί και να διακρίνει τα σημαντικά από τα ασήμαντα στοιχεία της λεκτικής επικοινωνίας.
- Ρυθμίζει και συγχρονίζει τη ροή του λόγου μεταξύ των ατόμων που επικοινωνούν.
- Μεταδίδει μηνύματα που αφορούν στη συμφωνία ή διαφωνία μεταξύ των ατόμων που επικοινωνούν και στις στάσεις τους για τα διαμειφθέντα.
- Δίνει τις πρώτες πληροφορίες για ένα άτομο και συμβάλλει στην αυτοπαρουσίαση του.
- Καθορίζει τη δημιουργία ή όχι κάποιας σχέσης καθώς και τον τύπο της.
- Μεταδίδει εκείνα τα μηνύματα που δεν επιτρέπεται ή δεν είναι δυνατόν να μεταδοθούν με τη λεκτική επικοινωνία.
- Είναι πιο άμεση και αυθόρμητη σε σχέση με τη λεκτική επικοινωνία.
- Ελέγχει και ρυθμίζει τα συναισθήματα και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων.
- Αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία των κοινωνικών δεξιοτήτων (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1997, Ζγαντζούρη, 2001).

Η σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας στη διαπροσωπική αλληλεπίδραση των ανθρώπων είναι ιδιαίτερα έντονη και εμφανής στην αλληλεπίδραση θεραπευτή-θεραπευόμενου κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Θεωρείται ότι η σωστή και επαρκής λειτουργία της μη λεκτικής επικοινωνίας στην ψυχοθεραπεία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπείας. Όταν έχει επιτευχθεί καλή θεραπευτική αλληλεπίδραση και υπάρχει ικανοποιητική ψυχοσυναισθηματική επαφή μεταξύ των εμπλεκομένων στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία, παρατηρούνται συνήθως συγκεκριμένα στοιχεία μη λεκτικής επικοινωνίας τα οποία μαρτυρούν την ύπαρξη επιτυχούς συντονισμού και αρμονίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και διευκολύνουν τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας. Αυτά τα στοιχεία μπορεί να είναι η κλίση των

σωμάτων του θεραπευτή και θεραπευόμενου προς το συνομιλητή τους, η συχνή ανταλλαγή χαμόγελων, η οπτική επαφή και τα ρυθμικά νεύματα με το κεφάλι.

Σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της μη λεκτικής επικοινωνίας του θεραπευτή, αυτή που παίζει σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία των μηνυμάτων της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η φωνή του. Τα στοιχεία της ομιλίας του θεραπευτή όπως είναι ο τόνος της φωνής, η σταθερότητα, η ένταση, η ταχύτητα ροής του λόγου κτλ. θα πρέπει να είναι ανάλογα με το θέμα που κάθε φορά συζητείται, αν δηλαδή θέλει να ηρεμήσει τον θεραπευόμενο ή να τον βοηθήσει να διερευνήσει τα συναισθήματα του (Ζγαντζούρη, 2001).

Επίσης, σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αλληλεπίδραση διαδραματίζουν οι μη λεκτικές κοινωνικές δεξιότητες που έχει αναπτύξει ο θεραπευτής. Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται η έντονη εκφραστικότητα στην εκδήλωση των θετικών μηνυμάτων στον θεραπευόμενο και συναισθημάτων αποδοχής και κατανόησης του, ο έλεγχος των αυθόρμητων μη λεκτικών αντιδράσεων του θεραπευτή, ιδιαίτερα αυτών που μπορεί να λαμβάνονται ως απόρριψη από τον θεραπευόμενο, η διαρκής εγρήγορση, η ευαισθησία στην επικοινωνία και η αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων του θεραπευόμενου, η ενσυναίσθηση καθώς και η ικανότητα χρήσης και κατάλληλης ρύθμισης των μη λεκτικών σημάτων του θεραπευόμενου που αφορούν στη μορφή της σχέσης του με τον θεραπευτή του κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Από την άλλη μεριά ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του και τους παράγοντες εκείνους που πολλές φορές δρουν στην επικοινωνία μέσω της μη λεκτικής οδού επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Αυτά μπορεί να είναι: α) το υψηλό επίπεδο άγχους, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στη διαστρέβλωση όχι μόνο των λεκτικών αλλά και των μη λεκτικών μηνυμάτων στην επικοινωνία μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου, β) διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας, στις οποίες παρατηρείται μειωμένη ικανότητα αποκωδικοποίησης ή διαστρεβλωμένη αποκωδικοποίηση της μη λεκτικής επικοινωνίας που δέχεται το άτομο, γ) η ύπαρξη πολιτισμικών διαφορών μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1997, Ζγαντζούρη, 2001).

Ενσυναίσθηση

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι **η ικανότητα του θεραπευτή για ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του να μπαίνει στη θέση του άλλου** (Ζγαντζούρη, 2001). Η ενσυναίσθηση θεωρείται από πολλούς ως η πιο σημαντική διάσταση στη συμβουλευτική. Η ενσυναίσθηση μπορεί να οριστεί ως η προσεκτική και ορθή παρακολούθηση του βοηθούμενου από τον συνεντευκτή καθώς και η κατανόηση των απόψεων του (Ivey, Gluckstern & Ivey, 1992). Η ικανότητα αυτή συμβάλλει ουσιαστικά στην εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης αλλά και στη διερεύνηση των προβλημάτων του θεραπευόμενου και στη διαδικασία αυτοαποκάλυψης του κατά τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Η ενσυναίσθηση μάλιστα έχει

αναγνωριστεί ως ο αναγκαίος και σχεδόν ικανός παράγοντας για την επίτευξη της βελτίωσης του θεραπευόμενου.

Η χρήση της ενσυναίσθησης συνίσταται στην αντανάκλαση από το θεραπευτή των συναισθημάτων, των βιωμάτων και της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου. Η ακρίβεια των αντιλήψεων του θεραπευτή για την εμπειρία του θεραπευόμενου βασίζεται στην συνειδητότητα της συναισθηματικής κατάστασης του θεραπευόμενου και στην κατανόηση από τον θεραπευτή του προβλήματος του θεραπευόμενου και του ρόλου που έχει ο θεραπευόμενος στη συγκεκριμένη προβληματική κατάσταση. Οι δεξιότητες της ενσυναίσθησης του θεραπευτή περιλαμβάνουν την ύπαρξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών όπως είναι η κατανόηση και η άνευ όρων αποδοχή του θεραπευόμενου, χωρίς την κριτική αντιμετώπιση του ατόμου και της κατάστασης στην οποία αυτό βρίσκεται, η ευελιξία και ο σεβασμός του θεραπευόμενου (Ζγαντζούρη, 2001).

Η ενσυναίσθηση έχει διάφορες μεγάλες λειτουργικότητες στην αποτελεσματική ψυχοθεραπεία. Η πρώτη από αυτές είναι η δημιουργία στιγμών όπου ο ασθενής αισθάνεται ότι ένα σπουδαίο πρόσωπο, με κύρος είναι βαθιά μαζί του και τον καταλαβαίνει. Μια δεύτερη σημαντική λειτουργία είναι ότι διευκολύνει την αυτοεξερεύνηση. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς οι οποίοι αισθάνονται ότι οι θεραπευτές τους κατανοούσαν, είχαν την προτροπή να μοιράζονται περισσότερα μαζί τους. Είναι γνωστό ότι υψηλά επίπεδα γνωστικής ενσυναίσθησης καταλήγουν σε μεγαλύτερο βαθμό αυτοεξερεύνησης από τη μεριά των ασθενών. Μια τρίτη λειτουργία εμπλέκει την κατανόηση του θεραπευτή προς τον ασθενή. Αυτό μπορεί να συμβεί με πολλούς τρόπους. Παρατηρώντας ο θεραπευτής για παράδειγμα την εμφανή απουσία συναισθήματος σε περιπτώσεις που θα έπρεπε να υπάρχει από τη μεριά του ασθενή. Ο θεραπευτής μπορεί να προβάλει τον εαυτό του στην κατάσταση που διηγείται ο ασθενής και στιγμιαία να αφήσει τα συναισθήματα του να εκφραστούν εντελώς όμως μυστικά και σιωπηλά. Αυτοί οι τρεις σκοποί της ενσυναίσθησης σχεδόν λειτουργούν ταυτόχρονα και δεν είναι αμοιβαία αποκλειστικοί (Τρίλιβα – Χατήρα, 2002).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται **τρεις βασικές διαστάσεις-μορφές** της ενσυναίσθησης στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Αυτές είναι:

α) **η ενσυναισθητική επικοινωνία**, αναφέρεται στην εφαρμογή από τον θεραπευτή των χαρακτηριστικών της φιλικότητας, της γενικής κατανόησης, της ανοχής και της αποδοχής των συναισθημάτων του θεραπευόμενου και του πλαισίου αναφοράς τους για την κατανόηση της κατάστασης σε ένα γενικό επίπεδο, χωρίς ωστόσο να παρατηρείται η ενεργός προσπάθειας εμπλοκής σε ένα πλαίσιο βαθύτερης κατανόησης. Η ενσυναισθητική επικοινωνία αποτελεί μια γενική μορφή ενσυναίσθησης και είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρώτη θεραπευτική προσέγγιση και την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης, χωρίς όμως να εμβαθύνει σε βαθύτερα επίπεδα κατανόησης της κατάστασης και της εμπειρίας του θεραπευόμενου.

β**) η προσέγγιση της εμπειρίας για την κατανόηση του κόσμου του θεραπευόμενου**, εστιάζει στην προσπάθεια για διερεύνηση και κατανόηση της συνολικής κατάστασης που βιώνει το άτομο. Ο θεραπευτής προσπαθεί μέσω της αντίληψης που ο ίδιος έχει διαμορφώσει για τον θεραπευόμενο να

κατανοήσει πώς είναι να βρίσκεται κάποιος στη θέση του θεραπευόμενου. Η κατάσταση αυτή βοηθά τον θεραπευτή να επιτύχει μια βαθύτερη συνειδητή και ασυνείδητη κατανόηση της κατάστασης και των βιωμάτων του θεραπευόμενου και είναι χαρακτηριστική των ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

γ) **η επικοινωνιακή προσαρμογή**, αποτελεί μια διάσταση της ενσυναίσθησης, στην οποία έχει δοθεί έμφαση κυρίως από τους θεραπευτές της πελατοκεντρικής προσέγγισης. Αναφέρεται στη συνεχή προσαρμογή και στις συχνές αντιδράσεις κατανόησης από την πλευρά του θεραπευτή. Ο θεραπευτής προσπαθεί να μπει στη θέση του θεραπευόμενου, να βιώσει και να επικοινωνήσει τα συναισθήματα του και τις εμπειρίες του τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και να τα αποδώσει λεκτικά, σε τέτοιο βαθμό που ο θεραπευόμενος θα αναγνωρίσει στα λόγια του θεραπευτή αυτό ακριβώς που ήθελε ο ίδιος να εκφράσει (Ζγαντζούρη, 2001).

Γ) Το Τελικό Στάδιο: Προετοιμασία για την ολοκλήρωση της ψυχοθεραπείας

Το τελικό στάδιο της ψυχοθεραπείας αποτελεί το στάδιο κατά τη διάρκεια του οποίου ολοκληρώνεται η ψυχοθεραπευτική διαδικασία και το άτομο προετοιμάζεται ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίζει μόνο του τις διάφορες καταστάσεις και τα πιθανά προβλήματα που θα προκύψουν στη ζωή του.

Ωστόσο, η ολοκλήρωση της διαδικασίας δεν πραγματοποιείται πάντοτε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, δηλαδή η ψυχοθεραπευτική διαδικασία μπορεί να τελειώσει είτε ομαλά, μετά την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί, είτε μετά από διακοπή που προκύπτει από απόφαση ενός εκ των εμπλεκομένων στη διαδικασία.

Σε περίπτωση που η ψυχοθεραπεία **ολοκληρώνεται με ομαλό τρόπο**, κατά το τελευταίο στάδιο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, ο θεραπευτής θα πρέπει να δράσει δίνοντας έμφαση σε δυο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αφορά στο **να ολοκληρώσει ο θεραπευόμενος την ψυχοθεραπευτική διαδικασία έχοντας αποκτήσει θετικά συναισθήματα και εμπειρίες από τη σχέση και την αλληλεπίδραση με τον ψυχοθεραπευτή του.** Η ολοκλήρωση της θεραπείας με θετικό τρόπο συνίσταται σε ένα μεγάλο μέρος της στην επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων που τέθηκαν κατά την έναρξη ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της ψυχοθεραπείας, πραγματοποιείται η εκτίμηση της επιτυχίας στην υλοποίηση των στόχων που τέθηκαν, μια σύντομη ανασκόπηση και αξιολόγηση της πορείας της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στο σύνολο της. Αναμένεται ότι όταν ο θεραπευόμενος θα είναι σε θέση να μπορεί να εφαρμόσει τα κεκτημένα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στα πλαίσια όχι μόνο της ψυχοθεραπείας αλλά και της καθημερινής του ζωής και στις αλληλεπιδράσεις του με τους άλλους, η ψυχοθεραπευτική διαδικασία έχει ολοκληρωθεί επιτυχώς.

Το δεύτερο επίπεδο αφορά στην **προετοιμασία για την ολοκλήρωση της ψυχοθεραπείας και την ενίσχυση των νέων, εναλλακτικών, εποικοδομητικών συμπεριφορών και γνώσεων που απέκτησε ο**

θεραπευόμενος για τον εαυτό του, τις σκέψεις του, τα συναισθήματα του, τις εμπειρίες του και τις σχέσεις του με τους άλλους ώστε να μπορεί να τις εφαρμόζει και στο μέλλον. Γι αυτό ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ενθαρρυντικός και υποστηρικτικός και να δείξει στον θεραπευόμενο ότι πιστεύει στις δυνάμεις και στις ικανότητες του να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ζωής του. Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να επισημάνει στον θεραπευόμενο ότι παραμένει πάντα στη διάθεση του αν τον χρειαστεί.

Ένα σημαντικό στοιχείο του τελικού σταδίου της ψυχοθεραπείας είναι να εντοπίσει ο θεραπευόμενος τις αλλαγές που του συνέβησαν κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, καθώς και κατά πόσο αυτές οι αλλαγές διατηρήθηκαν στο χρόνο, ως αποτέλεσμα της δικής του ατομικής προσπάθειας. Έτσι, ο θεραπευόμενος αποκτά περισσότερη αισιοδοξία και αισθάνεται ότι μπορεί να επωφεληθεί από τους διάφορους εξωθεραπευτικούς παράγοντες που εμπλέκονται στη ζωή του, να τους αντιμετωπίσει θετικά και να πετύχει ο ίδιος ανάλογες αλλαγές και στο μέλλον. Γι αυτό ο θεραπευτής θα πρέπει να κάνει μια ανασκόπηση των αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας και να δώσει στον θεραπευόμενο τη δυνατότητα να εντοπίσει και να περιγράψει το δικό του προσωπικό ρόλο στις αλλαγές αυτές. Ακόμα και αν ο θεραπευόμενος δεν αναγνωρίζει το δικό του ρόλο στην πραγματοποίηση των αλλαγών κατά την ψυχοθεραπεία, αλλά αποδίδει τις αλλαγές αυτές σε άλλους παράγοντες πέρα από αυτόν, ο θεραπευτής θα πρέπει να προκαλέσει τον θεραπευόμενο να διερευνήσει: *α) με ποιον τρόπο υιοθέτησε και προσάρμοσε αυτές τις αλλαγές στη ζωή του, β) τι έκανε για να χρησιμοποιήσει αυτές τις αλλαγές ώστε να ευεργετηθεί από αυτές και γ) τι θα κάνει στο μέλλον ώστε να είναι σίγουρος ότι αυτές οι αλλαγές θα διατηρηθούν.*

Γενικά, **μέσω της ψυχοθεραπείας θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα στον θεραπευόμενο να αυξήσει ή να διασαφηνίσει την αίσθηση της απόκτησης αυτοελέγχου και να οραματιστεί το μέλλον του με μεγαλύτερη αισιοδοξία**. Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι μπορούν να επηρεάσουν ή να τροποποιήσουν την πορεία των γεγονότων της ζωής τους, προσαρμόζονται καλύτερα και αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη επιτυχία τις δυσκολίες που παρουσιάζονται.

Αν η ψυχοθεραπεία **διακόπτεται με πρωτοβουλία κάποιου από τους εμπλεκόμενους,** είναι σημαντικό να υπάρξει συζήτηση μεταξύ των δυο για την αντιμετώπιση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους σε σχέση με την απόφαση αυτή, καθώς επίσης και να διερευνηθεί η δυνατότητα να συνεχίσει ο θεραπευόμενος τη θεραπεία με κάποιον άλλο θεραπευτή. Η διακοπή της ψυχοθεραπείας είναι πολύ πιθανόν να εγείρει την εμφάνιση συναισθημάτων θυμού και οργής και την αίσθηση της προδοσίας από την πλευρά του θεραπευόμενου, ενώ αντίστοιχα, από την πλευρά του θεραπευτή, μπορεί να υπάρξει η αίσθηση της έλλειψης κατάλληλων επαγγελματικών δεξιοτήτων, συναισθήματα ανικανότητας κ.α.

Ο θεραπευόμενος μπορεί να αποφασίσει τη διακοπή της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας για διάφορους λόγους. Μερικοί από αυτούς είναι η έλλειψη συμπάθειας ή εμπιστοσύνης προς τον θεραπευτή, η αδυναμία εγκαθίδρυσης και ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης, ο φόβος του για την

αντιμετώπιση δυσάρεστων καταστάσεων ή ιδιαίτερα έντονων αρνητικών συναισθημάτων κ.α. Αντίστοιχα, οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν στη διακοπή της ψυχοθεραπείας έναν θεραπευτή, μπορεί να αφορούν στην αίσθηση του ότι η διαδικασία έχει οδηγηθεί σε αδιέξοδο, στην έλλειψη συνεργασίας από το θεραπευόμενο ή στην αδυναμία εγκαθίδρυσης και ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης κτλ. (Ζγαντζούρη, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 αρχίζουν να αναπτύσσονται και να εξαπλώνονται τα συνθετικά μοντέλα ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, τα οποία συνδυάζουν και συνθέτουν σε ένα ενοποιημένο σύνολο, στοιχεία και τεχνικές από πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις και παράλληλα για την κατανόηση των συμπτωμάτων λαμβάνουν υπόψη τους ερευνητικά δεδομένα από ποικίλα συναφή επιστημονικά πεδία, όπως οι νευροεπιστήμες, η ψυχοφαρμακολογία κτλ. (Ζγαντζούρη, 2001, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).

Μεταξύ άλλων, το συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας που αναπτύχθηκε στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και προτάθηκε για πρώτη φορά το 1990 από τον κ. Ιωάννη Νέστορος, στοχεύει στην διευκόλυνση της ψυχοθεραπευτικής αλλαγής και στη δυνατότητα εφαρμογής της σε πλήθος κλινικών περιπτώσεων, προάγοντας μια θεωρητική δομή και καθοδηγητικές αρχές που μπορούν να κατευθύνουν τις παρεμβάσεις του κλινικού (Ζγαντζούρη, 2001).

Η εφαρμογή της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας εστιάζεται στην μείωση του άγχους, του φόβου και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία φαίνεται ότι ασκούν ουσιαστικό ρόλο στη δημιουργία και διατήρηση της ψυχολογικής διαταραχής. Επίσης, το μοντέλο αυτό με την εφαρμογή ποικίλων τεχνικών ενθαρρύνει τη λογική σκέψη και την υιοθέτηση προσαρμοστικών για το άτομο στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και συνηθειών ζωής, ενώ παράλληλα δίνει έμφαση στην αύξηση της αυτοπεποίθησης, στην υιοθέτηση φιλοσοφικής διάθεσης και ρεαλιστικών στόχων και αξιών για τον θεραπευόμενο (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).

2.1 Ιστορικό του κινήματος για τη σύνθεση των μοντέλων ψυχοθεραπείας

Στόχος της δημιουργίας των διαφόρων συνθετικών προσεγγίσεων ήταν η δόμηση μιας συνθετικής θεωρίας για την προσωπικότητα, την ψυχοπαθολογία και την ψυχοθεραπεία, καθώς και η κάλυψη των κενών που παρουσίαζαν τα διάφορα απλά συμβατικά μοντέλα (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία αποτελεί μια προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία και την αλλαγή, η οποία αντανακλά τον τρόπο που αντιλαμβάνεται η προσέγγιση αυτή την ανθρώπινη φύση, την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία. Ο στόχος της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας είναι να διευκολύνει την ψυχοθεραπευτική αλλαγή γενικά, καθώς και η εφαρμογή της σε ένα πλήθος κλινικών περιπτώσεων. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία προάγει μια θεωρητική δομή και καθοδηγητικές αρχές που μπορούν να κατευθύνουν τις παρεμβάσεις του θεραπευτή. Χαρακτηρίζεται ως μια συνθετική ατομική ψυχοθεραπεία η οποία μπορεί να συνδυάζεται και με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας και με φαρμακοθεραπεία, όταν αυτό είναι απαραίτητο (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

Το συνθετικό κίνημα φιλοδοξεί να ενώσει διαφορετικές τεχνικές και μοντέλα πέρα από τα στεγανά των παραδοσιακών σχολών που βασίζονται μόνο σε μια ιδεολογία, ώστε να επιτευχθεί καλύτερη κατανόηση και βελτίωση της ψυχοθεραπείας μέσω του συνδυασμού διαφορετικών προσεγγίσεων (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Τόσο η αρχαία και νεότερη Ελληνική φιλοσοφία και ο Ελληνικός πολιτισμός γενικότερα, όσο και οι σύγχρονες έρευνες στο χώρο της ψυχοθεραπείας έχουν επιδράσει στη διαμόρφωση αυτού του είδους ψυχοθεραπείας (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997). Η ιδέα της σύνθεσης είναι πιθανόν ότι έχει ανακύψει εδώ και πολύ καιρό. Σύμφωνα με τον Διογένη Λαέρτιο, ο οποίος έζησε πιθανότατα μεταξύ 200-500 μ.Χ. υπήρχε μια τέτοια σχολή στη φιλοσοφία. Επιπλέον, σύμφωνα με ότι αναφέρεται στο βιβλίο «Ιστορία της Ελληνικής Φιλοσοφίας» των Zeller και Nestle κατά την ίδια Ελληνιστική περίοδο στον ελληνικό και ρωμαϊκό κόσμο, η «εκλεκτική» προσέγγιση βρισκόταν σε άνθηση, χαρακτηρίζοντας πολλούς Έλληνες και Ρωμαίους φιλόσοφους (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Όσον αφορά την ψυχοθεραπεία, προσπάθειες επαναπροσέγγισης και σύνθεσης διαφορετικών μοντέλων μπορούν να τοποθετηθούν στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. Ειδικότερα, οι πρώτες οργανωμένες ιδέες σύνθεσης των ψυχοθεραπειών απασχόλησαν τους ψυχοθεραπευτές περίπου στο 1930. Αναλυτικά, το 1932 ο French σε συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας υπέδειξε παραλληλισμούς μεταξύ της ψυχανάλυσης και της θεωρίας του Pavlov. Το 1936, ο Rosenzweig πρότεινε την πρώτη ομάδα των «κοινών παραγόντων» σε όλες τις διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Το 1940, ο Watson σημείωσε ότι ψυχοθεραπευτές διαφορετικών σχολών διέφεραν περισσότερο στη θεωρία παρά στην πράξη (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Το 1940, ο Masserman, στο βιβλίο του «Behavior and neurosis», δίνει μια ψυχαναλυτική προσέγγιση στις ψυχοβιολογικές αρχές. Το 1945, ο Helzberg στο βιβλίο του «Active Psychotherapy» διατύπωσε συμπεριφοριστικές τεχνικές μέσα σε ένα πλαίσιο ψυχοδυναμικής θεραπείας. Το 1948, ο Woodworth, έδωσε έμφαση στην αδυναμία των τότε σχολών της ψυχοθεραπείας (μπιχεβιορισμός, ψυχανάλυση, μέθοδος gestalt) και ανέδειξε τη πιθανότητα της σύνθεσης διαφορετικών προσεγγίσεων (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι στις δεκαετίες του 50 και του 60 η πλειοψηφία των ψυχοθεραπευτών (ψυχοδυναμικοί, ουμανιστές και μπιχεβιοριστές) πίστευε ότι η δική τους ιδιαίτερη ιδεολογία ήταν η καταλληλότερη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και ότι κανένα από τα άλλα συστήματα δεν είχε κάτι να προσφέρει. Ωστόσο, ειδικά από το 1970 τέτοιου είδους συμπεριφορές και απόψεις άρχισαν να εξασθενούν. Συγκεκριμένα, στη δεκαετία του ’60 άρχισαν να εμφανίζονται μελέτες που υποστήριζαν ότι τα ευνοϊκά ψυχοθεραπευτικά αποτελέσματα ήταν λιγότερο εξαρτημένα από τη θεωρητική κατεύθυνση του ψυχοθεραπευτή και περισσότερο από την πείρα του και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του (Νέστορος, Βαλλιανάτου, 1996). Τέτοιες αναφορές έχουμε από τους Heine και Fielder, οι οποίοι συγκρίνοντας τις θεραπευτικές σχέσεις των θεραπευτών διαφορετικών σχολών, βρήκαν ότι αυτές είναι σε μεγάλο βαθμό παρόμοιες. Παράλληλα, ο Garfield, το 1957, υπογράμμισε τρεις κοινούς παράγοντες ως θεμελιώδεις μεταξύ όλων των ψυχοθεραπειών (1. ένας θεραπευτής που κατανοεί και στηρίζει, 2. η ευκαιρία της συναισθηματικής κάθαρσης και 3. η αυτό-κατανόηση – self-understanding), ενώ ο Glad (1959) σημειώνει την ανελαστικότητα της «δογματικής» ψυχοθεραπείας από οποιαδήποτε θεωρητική σχολή και προτείνει οι θεραπευτές να εκπαιδεύονται συστηματικά σε όλες τις κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Την ίδια περίπου περίοδο, ο Judd Marmor με τον Franz Alexander και άλλους συνεργάτες τους μελέτησαν συστηματικά το φαινόμενο που περιγράφεται παρακάτω, καταγράφοντας μέσω καθρέφτη μονής κατεύθυνσης τις ψυχοθεραπευτικές αλληλεπιδράσεις διαφόρων θεραπευτών από διαφορετικές σχολές και των ασθενών τους. Το βασικό εύρημα της έρευνας ήταν ότι ψυχαναλυτές με διαφορετική θεωρητική κατεύθυνση επιτυγχάνουν παραπλήσια θεραπευτικά αποτελέσματα. Έτσι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία , άσχετη με την πεποίθηση του κάθε ψυχαναλυτή ότι ο ασθενής του έγινε καλύτερα εξαιτίας της ιδιαίτερα ορθής ερμηνείας που έδωσε στην συμπεριφορά του. Ο Marmor, στηριζόμενος στα πειραματικά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι ελάχιστες παραλλαγές στα λεκτικά μηνύματα του θεραπευτή μπορούσαν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό το περιεχόμενο της ομιλίας του ασθενή, πίστευε ήδη από το 1966 ότι η υποτιθέμενη ουδετερότητα του θεραπευτή δεν ήταν παρά ένας μύθος. Ο κάθε θεραπευτής με τα λεκτικά αλλά και τα μη λεκτικά του μηνύματα μεταβιβάζει, σύμφωνα με τους νόμους της μάθησης στον ασθενή του τόσο τους στόχους της θεραπείας, όσο και το σύστημα αξιών του. Κατά τον Marmor όλοι οι ψυχαναλυτές, ανεξάρτητα από την θεωρητική τους προσέγγιση προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή τους να βρίσκει περισσότερο νόημα και ευχαρίστηση

στην κοινωνική και σεξουαλική του ζωή, να αγαπά και να εργάζεται αποδοτικά και να είναι ένας υπεύθυνος και παραγωγικός άνθρωπος μέσα στα όρια των ικανοτήτων του. Οι διάφοροι θεραπευτές ανάλογα με την ιδεολογία τους ονομάζουν αυτούς τους στόχους διαφορετικά, π.χ. οι Φροϋδικοί μιλούν για γεννητικότητα, οι Αντλεριανοί για κοινωνικό ενδιαφέρον κτλ. Σύμφωνα με τον Marmor οι προσπάθειες αυτές όλων των θεραπευτώ είναι ουσιαστικά ταυτόσημες (Νέστορος, Βαλλιανάτου, 1996).

Παράλληλα, την ίδια περίοδο, και άλλοι ερευνητές διατύπωσαν απόψεις υπέρ της σύνθεσης διαφόρων μοντέλων ψυχοθεραπείας. Τέτοιες είναι οι εργασίες των Marks και Gelder (1966) που σύγκριναν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στην μπιχεβιοριστική θεραπεία και τις ψυχοδυναμικές διαδικασίες, η εργασία του Wolf που υποστηρίζει τη σύνθεση της θεωρίας της μάθησης και της ψυχανάλυσης, το άρθρο του Patterson (1967) στο οποίο μελετούνται τα κοινά και μη κοινά σημεία μεταξύ των ψυχοθεραπειών, ενώ ο Leventhal (1968), χρησιμοποίησε μια θεραπεία με συνδυασμό συμπεριφοριστικών και παραδοσιακών θεραπευτικών τεχνικών. Ο Woody την ίδια χρονιά πρότεινε ότι η σύνθεση της συμπεριφοριστικής και της ψυχοδυναμικής θεραπείας σε περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία, είναι πιο αποτελεσματική από ότι αν χρησιμοποιηθεί η κάθε μια ξεχωριστά, ενώ ο Birk χρησιμοποίησε τη σύνθεση της μπιχεβιοριστικής θεραπείας με τη ψυχοδυναμική θεωρία σε δύο κλινικές περιπτώσεις και ο Bergin παρουσίασε γνωστικές μεθόδους στα πλαίσια μπιχεβιοριστικής θεραπείας (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Στη διάρκεια της δεκαετίας του ΄70 επίσης έγιναν σημαντικές αναφορές για τη σύνθεση των διαφόρων μοντέλων ψυχοθεραπείας. Ο Frank το 1971 εξέδωσε μια σημαντική εργασία για τα κοινά σημεία σε όλες τις προσεγγίσεις, ενώ ο Martin πρότεινε τη σύνθεση της θεωρίας της μάθησης και της πελατοκεντρικής θεωρίας το 1972. Οι Feather και Rhoads έθεσαν υπό συζήτηση τις θεωρητικές και κλινικές όψεις της σύνθεσης ψυχοδυναμικών και μπιχεβιοριστικών θεραπειών. Το 1973 ο Garfield επέκτεινε τις απόψεις του για τους κοινούς παράγοντες ενώ ο Strupp μελέτησε όλους τους κοινούς βασικούς παράγοντες όλων των ψυχοθεραπειών και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η θεραπευτική σχέση είναι η ουσία της αλλαγής. Το 1974, ο Birk δούλεψε έναν συνδυασμό μπιχεβιοριστικών και ψυχαναλυτικών αρχών στα πλαίσια ομαδικής θεραπείας και το 1980 ο Ryle εξέδωσε μια μελέτη 15 περιπτώσεων μελετώντας την κλινική επίδραση μιας γνωστικο-δυναμικής προσέγγισης (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Ωστόσο, παρά όλες αυτές τις αναφορές η σύνθεση δεν ήταν συχνά τίποτα άλλο παρά ένα από τα τελευταία θέματα στη βιβλιογραφία και μόνο μετά τη δεκαετία του ’80 αποτέλεσε μια καθορισμένη περιοχή ενδιαφέροντος, η οποία έχει πρόσφατα πάρει τη μορφή ενός σεβαστού και αναπτυσσόμενου κινήματος στη βιβλιογραφία (Hawkins & Nestoros, 1997a). Στα τελευταία 20 χρόνια ανακοινώθηκαν πολλές και σημαντικές εργασίες σχετικά με συνθετικά μοντέλα ψυχοθεραπείας. Ο Lazarus το 1981 εξέδωσε το βιβλίο για την πρακτική σε θεραπεία με πολλά μοντέλα, ο Rhoads ασχολήθηκε με την κλινική σύνθεση μπιχεβιοριστικών και ψυχαναλυτικών θεραπειών και ο Bohart

ανέφερε τις ομοιότητες μεταξύ γνωστικών και ουμανιστικών θεραπειών. Ένα χρόνο μετά οι Goldfried και Padawer ανέφεραν μεγάλο βαθμό ομοιοτήτων στις δραστηριότητες των θεραπευτών, ανεξάρτητα από την θεωρητική τους κατεύθυνση (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Απόρροια της διαρκώς αυξανόμενης εξέλιξης του κινήματος για τη σύνθεση διαφόρων μοντέλων ψυχοθεραπείας, ήταν η ίδρυση το 1983 της Εταιρίας για τη Διερεύνηση της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration), η έκδοση τριών διεθνών περιοδικών (Journal of Psychotherapy Integration, Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, Integrative Psychiatry) και μεγάλου αριθμού βιβλίων και άρθρων που αφορούν το κίνημα αυτό (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

Το 1984 ο Beck παρουσίασε τις κατευθυντήριες γραμμές για τη σύνθεση των ψυχοθεραπειών (γνωστική θεραπεία, μπιχεβιοριστικών θεραπειών και ψυχανάλυσης) και της φαρμακοθεραπείας, ενώ την ίδια χρονιά οι Prochaska και DiClemente εξέδωσαν το βιβλίο τους με τίτλο «The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy». Το 1986 το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (National Institute of Mental Health) οργάνωσε μια διημερίδα πάνω στο θέμα της συνθετικής ψυχοθεραπείας και ο Norcross καθόρισε τις παραμέτρους της εκλεκτικής ψυχοθεραπείας και το πλαίσιο εκπαίδευσης των εκλεκτικών ψυχοθεραπευτών. Το 1989 ο Lazarus παρουσίασε το βιβλίο του «The Practice of Multimodal Therapy», ενώ στην Ελλάδα το 1990 οι Νέστορος και Βαλλιανάτου εξέδωσαν το βιβλίο τους «Συνθετική Ψυχοθεραπεία» (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Η συνθετική κίνηση κατά την εξέλιξη της αποτελεί μια φυσική εξέλιξη της εκλεκτικής προσέγγισης (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999). Η εκλεκτική προσέγγιση είναι ένα μοντέλο βασισμένο στο συνδυασμό συμβουλευτικών δεξιοτήτων και θεωριών που χρειάζεται κάθε θεραπευτής για να δουλέψει αποτελεσματικά με πελάτες. Η λέξη «εκλεκτική» υποδηλώνει ότι τα μέρη της έχουν επιλεγεί σύμφωνα με κάποιους κανόνες ή συγκεκριμένες αρχές (Ασημάκης, 1999). Ωστόσο οι διαφορές ανάμεσα στις δυο προσεγγίσεις είναι σαφείς και αναγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

ΕΚΛΕΚΤΙΚΟ	ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ
Τεχνικό	Θεωρητικό
Αποκλίνον (διαφορές)	Συγκλίνον (ομοιότητες)
Επιλογή από διάφορες προσεγγίσεις	Συνδυασμός διαφόρων προσεγγίσεων
Εφαρμογή των υπαρχουσών	Δημιουργία νέων
Συλλογή	Απαρτίωση
Εφαρμογή των μερών	Ενοποίηση των μερών
Αθεωρητικό αλλά εμπειρικό	Περισσότερο θεωρητικό παρά εμπειρικό
Άθροισμα των μερών	Περισσότερο από απλό άθροισμα των μερών
Ρεαλιστικό	Ιδεαλιστικό

Ο αριθμός των ψυχολόγων που ασχολούνται με την ψυχοθεραπεία στις Η.Π.Α. και αυτοχαρακτηρίζονται ως εκλεκτικοί ή συνθετικοί αυξάνεται συνεχώς σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη προσέγγιση, φτάνοντας σε έρευνες σε ποσοστό 55-68% των ψυχοθεραπευτών. Σήμερα, γίνεται όλο και περισσότερο αποδεκτό ότι σχεδόν το σύνολο των ψυχοθεραπευτών, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, υιοθετούν τη συνθετική προσέγγιση στην καθημερινή κλινική τους πρακτική, αφού οι περισσότεροι υιοθετούν περισσότερα από δυο μοντέλα και κατά την εκπαίδευση τους είναι επηρεασμένοι από ακόμα περισσότερα. Ακόμα, παγκοσμίως σήμερα πραγματοποιούνται πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα ειδίκευσης υπό εργαστηριακή και σεμιναριακή μορφή, που αφορούν τη σύνθεση των ψυχοθεραπειών (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σήμερα στη βιβλιογραφία εντοπίζονται πολλά συνθετικά μοντέλα ψυχοθεραπείας. Οι κυριότερες συνθετικές προσεγγίσεις οι οποίες έγιναν και ευρέως γνωστές είναι οι εξής:

ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υπερθεωρητική προσέγγιση (Transtheoretical approach)	Prochaska & DiClemente, 1984, 1992a
Κυκλικές Ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις (Cyclical Psychodynamics)	Barkham et al. 1996, Shapiro et al. 1992, Stiles et al. 1992
Ψυχοδυναμική Προσέγγιση της Αφομοίωσης των Stricker & Gold (Stricker & Gold' s Assimilative Psychodynamic Approach)	Gold & Stricker 1993, Stricker & Gold 1996
Συστηματική Εκλεκτική Ψυχοθεραπεία (Systematic Eclectic Psychotherapy)	Beutler, 1983, Beutler & Clarkin 1990, Beutler & Consoli 1992
Πολύτροπη Προσέγγιση (Multimodal Approach)	Lazarus, 1976, 1981, 1989

Γενικά, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται τρεις βασικές προσεγγίσεις στην συνθετική ψυχοθεραπεία:

Α) *Η θεωρητική σύνθεση* (theoretical integration), που αποτελεί μια θεωρητική προσπάθεια εννοιολογικής σύνθεσης των διαφόρων ψυχοθεραπειών με στόχο τη δημιουργία ενός νέου, ανώτερου θεωρητικού πλαισίου.

Β) *Η αφομοιωτική σύνθεση* (assimilative integration), που ενσωματώνει σε ένα προϋπάρχοντα συγκεκριμένο θεωρητικό προσανατολισμό, τεχνικές και

έννοιες από άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις, τις οποίες στη συνέχεια προσπαθεί να αφομοιώσει.

Γ) *Η προσέγγιση των κοινών παραγόντων* (the common factors approach), που αναζητά τα κοινά σημεία μεταξύ όλων των θεραπειών που προκαλούν τη θεραπευτική αλλαγή.

Η σύγχρονη τάση στην έρευνα της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας αποσκοπεί στη μελέτη θεραπειών για συγκεκριμένες κλινικές διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη, οι διαταραχές της προσωπικότητας, τα σχιζοφρενικά συμπτώματα και οι αγχώδεις διαταραχές (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

2.2 Παράγοντες που ευνόησαν τη σύνθεση

Πλήθος παραγόντων αποτέλεσαν τα ερεθίσματα για τη δημιουργία της κίνησης για τη σύνθεση των ψυχοθεραπειών (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999). Οι παράγοντες αυτοί διαφέρουν στις αναφορές των διαφόρων ερευνητών από πέντε ως οχτώ, ωστόσο οι σημαντικότεροι είναι οι εξής: (Hawkins & Nestoros, 1997a).

1) Η ραγδαία αύξηση του αριθμού των ήδη υπαρχόντων μοντέλων και κοινωνικοοικονομικές απαιτήσεις.

Το 1986 ο Karasu ανέφερε περισσότερες από 400 διαφορετικές «σχολές» ψυχοθεραπείας, οπότε και προέκυπτε το εύλογο ερώτημα ποια από όλες αυτές ήταν η κατάλληλη για να μελετηθεί, να διδαχτεί ή να αγοραστεί. Τα ψυχοθεραπευτικά συστήματα εμφανίζονται και εξαφανίζονται με μεγάλη ταχύτητα και το αποτέλεσμα μπορεί να χαρακτηριστεί χαοτικό.

Επίσης, η ψυχοθεραπεία άρχισε να δέχεται κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές πιέσεις από πηγές όπως δικαστήρια, ασφαλιστικές εταιρίες και ενημερωμένους πελάτες, που απαιτούν ποιότητα, αποτελεσματικότητα και λιγότερη οικονομική δαπάνη των ψυχοκοινωνικών θεραπειών. Στόχος του κινήματος της σύνθεσης ήταν να βρει μια ενοποιημένη και περιεκτική ψυχοθεραπεία ώστε να αποφύγει την κρίση και τον κίνδυνο να χαθούν πελάτες, λεφτά και prestige, ενώ βασικός σκοπός παρέμεινε και η μείωση του ανθρώπινου πόνου και η βελτίωση των ανθρωπίνων σχέσεων (Hawkins & Nestoros, 1997a).

2) Η ανεπάρκεια των μεμονωμένων θεωριών

Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι πολλοί θεραπευτές από διαφορετικούς προσανατολισμούς άρχισαν να προβληματίζονται για την ανεπάρκεια και την αδυναμία των θεωριών και των θεραπειών τους ως προς την εξήγηση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση διαφόρων κλινικών περιπτώσεων (Hawkins & Nestoros, 1997a). Έτσι, υπήρχε γενικά η αίσθηση ανάμεσα στους θεραπευτές ότι τα απλά συμβατικά μοντέλα είχαν αποτύχει να καλύψουν αποτελεσματικά τις ανάγκες πολλών κλινικών περιπτώσεων (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999). Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η αναποτελεσματική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας μέσω της ψυχαναλυτικής θεραπείας που συνδέεται με τον μη ενεργητικό ρόλο του θεραπευτή, όπως η παραδοσιακή ψυχανάλυση επιτάσσει. Αντίθετα, μια προσέγγιση της ψυχανάλυσης που προσανατολίζεται σε πιο ενεργό ρόλο για το θεραπευτή μπορεί να είναι πολύ επιτυχημένη (Hawkins & Nestoros, 1997a).

3) Η συμπληρωματικότητα διαφορετικών προσανατολισμών

Η ανάγκη να εξερευνηθεί η πιθανή συμπληρωματικότητα διαφόρων θεωρητικών σχολών φαίνεται να μεγάλωσε από την εξάπλωση της διαπίστωσης που ξεκάθαρα τέθηκε από τους Norcross και Newman το 1992, ότι καμιά θεραπεία ή κανένας θεραπευτής δεν είναι αλώβητος στην αποτυχία. Αυτό οδήγησε πολλούς θεραπευτές στο να εξετάσουν την πιθανότητα τα

ποικίλα, ανταγωνιστικά και συγκρουόμενα συστήματα ψυχοθεραπείας να μπορούν να συνδυαστούν και επιπλέον να μπορούν να ενδυναμώσουν και να εμπλουτίσουν το ένα το άλλο.

Για παράδειγμα, οι Beitman (1989) και Norcross & Newman (1992), υποστήριξαν ότι μια μπιχεβιοριστική προσέγγιση η οποία βοηθά τους ασθενείς να συμβιβαστούν με συγκεκριμένα νοσηρά συμπτώματα, μπορεί να βοηθήσει στην θεμελίωση της θεραπευτικής σχέσης στην αρχή της θεραπείας, ενώ στη δεύτερη φάση της θεραπείας και αφού έχει εξασφαλιστεί η εμπιστοσύνη και η συνεργασία του ασθενή, ο θεραπευτής μπορεί να εργαστεί στα πλαίσια μιας ψυχοδυναμικής προσέγγισης για να εξερευνήσει πιο αποτελεσματικά τα μακροχρόνια προβλήματα τα οποία έχουν συντελέσει στο αρχικό πρόβλημα. Με βάση την επίτευξη της εις βάθους κατανόησης της κατάστασης ο θεραπευτής μπορεί και πάλι να υιοθετήσει μια μπιχεβιοριστική προσέγγιση για να βοηθήσει στην ανάπτυξη περισσότερο εποικοδομητικών προτύπων. Παρομοίως η ψυχανάλυση μπορεί να είναι ευεργετική σε μια μπιχεβιοριστική προσέγγιση, χρησιμοποιώντας το ψυχαναλυτικό στυλ για να αναπτυχθούν πεποιθήσεις σχετικά με την οργάνωση των αντιλήψεων και τη συλλογή των πιο σχετικών μπιχεβιοριστικών προτύπων.

Γενικά, οι γνωστικές προσεγγίσεις εντοπίζουν τις πιο προσβάσιμες πλευρές των γνωστικών λειτουργιών, ενώ οι ασυνείδητες διαδικασίες σκέψης είναι πιο κοντά στην ψυχαναλυτική θεραπεία. Οι υπαρξιστικές προσεγγίσεις τείνουν να στρέφονται στα συναισθήματα, ενώ οι μπιχεβιοριστικές θεραπείες στοχεύουν στη δράση. Οι διαφορετικοί προσανατολισμοί είναι ασυμβίβαστοι μόνο αν κάποιος πιστεύει ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική εστιάζοντας σε μια συγκεκριμένη πλευρά της ανθρώπινης λειτουργίας. Αν, αντίθετα, κάποιος πιστεύει στη συμπληρωματική φύση και συνεργασία των συναισθημάτων, σκέψεων και δράσεων, τότε κάθε μια από τις διαφορετικές προσεγγίσεις έχει κάτι πολύτιμο να προσφέρει στις άλλες θεωρίες (Hawkins & Nestoros, 1997a).

4) Σύγκλιση

Οι ψυχοθεραπευτές των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων παρουσιάζουν όλο και περισσότερες ομοιότητες μεταξύ τους, με την πάροδο του χρόνου και την απόκτηση μεγαλύτερης επαγγελματικής πείρας. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και με τα ίδια τα μοντέλα ψυχοθεραπείας, τα οποία καθώς ωριμάζουν και εξελίσσονται παρουσιάζουν όλο και περισσότερες ομοιότητες μεταξύ τους (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999). Πολλές φορές κάποιου είδους θεραπεία βαθμιαία ενσωματώνει κλινικές πρακτικές και απόψεις από άλλες σχολές. Για παράδειγμα, ορισμένοι θεραπευτές με ψυχαναλυτικό προσανατολισμό, έχουν αρχίσει να στρέφονται σε διαπροσωπικές, βραχυπρόθεσμες θεραπείες και έχουν υιοθετήσει τεχνικές που προσανατολίζονται στη δράση, ενώ δίνεται και βαρύτητα στην εξωτερική πραγματικότητα, η οποία αποτελεί την κεντρική ιδέα της μπιχεβιοριστικής θεραπείας. Παράλληλα, γνωστικές και μπιχεβιοριστικές προσεγγίσεις γίνονται όλο και πιο δεκτικές στις ασυνείδητες νοητικές διαδικασίες (Hawkins & Nestoros, 1997a).

5) Η ομοιότητα των αποτελεσμάτων των διαφορετικών θεραπειών

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι: α) διαφορετικές θεραπείες έχουν παρόμοια αποτελέσματα και β) δεν υπάρχει μια μεμονωμένη συγκεκριμένη θεραπεία που μπορούμε να πούμε ότι είναι ξεκάθαρα ανώτερη από κάποια άλλη στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων. Μετά την επισκόπηση ερευνών που αφορούσαν τα αποτελέσματα των διαφόρων θεραπειών, ο Lambert το 1992, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 40% της βελτίωσης σε μια θεραπεία οφείλεται σε «εξωθεραπευτικές αλλαγές» (extratherapeutic change), όπως η κοινωνική υποστήριξη, το 30% σε κοινούς παράγοντες που απαντώνται σε όλες τις θεραπείες ανεξάρτητα από τον ιδεολογικό προσανατολισμό των θεραπευτών, 15% οφείλεται στις προσδοκίες (φαινόμενο placebo) και μόνο ένα 15% οφείλεται σε τεχνικές συγκεκριμένων θεραπειών. Αυτή η εμπειρική έρευνα ήταν εκτεταμένη και αφορούσε ένα μεγάλο εύρος διαταραχών ενηλίκων (Hawkins & Nestoros, 1997a).

Υπάρχουν πολλοί λόγοι οι οποίοι μπορούν να εξηγήσουν τα ισοδύναμα αποτελέσματα των θεραπειών:

- Οι κοινοί παράγοντες κατά την εργασία στις διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Εξωγενείς συνθήκες της θεραπείας από μόνες τους μπορεί να ευνοούν τη μια ή την άλλη θεραπεία. Αυτό είναι ένα σημαντικό στοιχείο για τα ισοδύναμα αποτελέσματα των ερευνών, καθώς οι συνθήκες αυτές μπορεί να ευνοήσουν μια θεραπεία σε κάποια μελέτη αλλά όχι σε κάποια άλλη μελέτη.
- Η ικανότητα του θεραπευτή αποτελεί μέρος της ισότητας, καθώς οι θεραπευτές διαφέρουν εντελώς στις διάφορες θεραπείες σε συγκριτικές μελέτες θεραπειών.
- Οι ίδιοι οι ερευνητές είναι πιο ευνοϊκοί απέναντι σε ορισμένες θεραπείες από ότι σε άλλες και αυτό έχει ως συνέπειας να επηρεάζεται η αξιοπιστία τους ως προς τη μελέτη κάποιων θεραπειών ή τη σύγκριση τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα οι ερευνητές μπορεί να είναι ευνοϊκοί ως προς μια θεραπεία σε κάποια έρευνα και εναντίον της ίδιας θεραπείας σε κάποια άλλη έρευνα. Για τους λόγους αυτούς όταν μελετάται μεγάλος αριθμός ερευνών, δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα.
- Οι μετρήσεις των αποτελεσμάτων μπορεί να μην γίνονται με τον κατάλληλο τρόπο.
- Οι μέθοδοι των μετρήσεων των αποτελεσμάτων ίσως να μην είναι αρκετά ευαίσθητες.
- Είναι δύσκολο να βρεθούν σημαντικές διαφορές κατά τη σύγκριση των θεραπειών καθώς το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν βελτίωση και στις δυο θεραπευτικές συνθήκες είναι υψηλό.
- Μικρά δείγματα και μικρές επιρροές στις θεραπείες που συγκρίνονται ίσως παίζουν έναν ρόλο, κάτι όμως που δεν μπορεί να αποδειχτεί στατιστικά ως σημαντική διαφορά αποτελεσμάτων (Hawkins & Nestoros, 1997a).

6) Ομοιότητες μεταξύ των θεραπειών

Η αίσθηση ότι υπάρχουν κοινοί παράγοντες οι οποίοι ενεργοποιούνται στη θεραπευτική διαδικασία δεν είναι καινούρια, καθώς είχε αναφερθεί ήδη από τον Rosenweig το 1936. ομοιότητες οι οποίες είναι πιο εντυπωσιακές από τις διαφορές έχουν εντοπιστεί σε όλες τις ψυχοθεραπείες. Είναι πλέον σαφές ότι οι κοινοί παράγοντες που εντοπίζονται στις ψυχοθεραπείες είναι πιο ουσιαστικές για τα αποτελέσματα της έρευνας από ότι είναι τα διαφοροποιά στοιχεία. Άλλωστε οι έρευνες έχουν δείξει ότι καμιά από τις θεραπείες δεν είναι ανώτερη από τις άλλες, αν και όλες είναι καλύτερες από τη μη εφαρμογή κάποια θεραπείας. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι οι περισσότερες από τις μελέτες για τους κοινούς αυτούς παράγοντες στερούνται εμπειρικής βάσης και χρειάζονται περαιτέρω εξέταση.

Οι κοινές ιδέες, αρχές για την αλλαγή και δηλώσεις στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία συνδέονται όλες με την θεραπευτική αλλαγή. Έχει προταθεί ότι ένας τρόπος ταυτοποίησης κοινών παραγόντων μεταξύ των θεραπειών είναι να εστιάσουμε στο αφαιρετικό επίπεδο των κλινικών στρατηγικών ή διαδικασιών αλλαγής, που μεσολαβούν μεταξύ της θεωρίας και της τεχνικής. Επιπλέον, αυτό που φαίνεται με την πρώτη ματιά να είναι ένας χαρακτηριστικός παράγοντας σε μια συγκεκριμένη θεραπεία, μπορεί απλά να είναι μια λειτουργία μιας διαδικασίας που είναι κοινή σε όλες τις προσεγγίσεις. Μια άλλη προσέγγιση στην ταυτοποίηση κοινών παραγόντων εστιάζει στους τρόπους με τους οποίους κοινοί άνθρωποι αλλάζουν φυσιολογικά. Ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι υπάρχει μια σειρά από στάδια αλλαγής μέσω των οποίων οι άνθρωποι προοδεύουν: προσυλλογισμός (precontemplation), συλλογισμός (contemplation), προετοιμασία, δράση, συντήρηση (maintenance) και ολοκλήρωση. Όλα αυτά τα στάδια έχουν τη ρίζα τους σε διαφορετικά ψυχοθεραπευτικά συστήματα, αλλά οι απλοί άνθρωποι έχουν την ικανότητα να συνθέτουν αυτές τις υποθετικά συγκρουόμενες διαδικασίες.

Δυστυχώς, όμως, οι περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις δεν δουλεύουν εξίσου όλους τους κοινούς παράγοντες, αλλά αντίθετα τείνουν να δίνουν έμφαση σε έναν ή δύο από αυτούς και να υποτιμούν τους υπόλοιπους. Έτσι, δεν υπάρχουν προσπάθειες να τους συνθέσουν με τον «κύριο» παράγοντα ή να εξετάσουν τις επιδράσεις τους στην ψυχοθεραπεία. Αυτό συνδυάζεται και με το γεγονός ότι οι περισσότερες σχολές ενεργές ή μη τείνουν να αγνοούν τη δουλειά των άλλων σχολών.

Ο Weinberger το 1993 πρότεινε πέντε παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν αυτό το θέμα και οι οποίοι είναι σχετικοί με τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Αυτοί οι κοινοί παράγοντες είναι:

- Η θεραπευτική σχέση. Αυτή είναι κεντρική στα ψυχοδυναμικά και ουμανιστικά\εμπειρικά ψυχοθεραπευτικά μοντέλα και δεύτερης σημασίας στα μπιχεβιοριστικά και γνωστικά μοντέλα.
- Οι προσδοκίες για τη θεραπευτική επιτυχία. Συνήθως αυτές μελετούνται στο πλαίσιο των placebo και δεν δίνεται ιδιαίτερη σημασία από όλες τις προσεγγίσεις.
- Η αντιμετώπιση του προβλήματος. Αυτή είναι κεντρική ιδέα στη θεωρία μάθησης βασιζόμενη σε μπιχεβιοριστικές προσεγγίσεις. Τα

ψυχοδυναμικά και ουμανιστικά / εμπειρικά μοντέλα τείνουν να υποτιμούν αυτόν τον παράγοντα.

- Παροχή μιας εμπειρίας χειραγώγησης ή γνωστικού ελέγχου πάνω στο πρόβλημα. Κεντρική ιδέα στη γνωστική σχολή, είναι δευτερεύουσας σημασίας στις ψυχοδυναμικές και ουμανιστικές / εμπειρικές προσεγγίσεις.
- Η απόδοση της θεραπευτικής επιτυχίας ή αποτυχίας. Αυτός ο παράγοντας αναφέρεται στην κατανόηση των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας. Οι γνωστικοκοινωνικοί ψυχολόγοι έχουν προσδώσει σε αυτόν τον παράγοντα ιδιαίτερη σημασία, ενώ οι άλλες σχολές τον αγνοούν.

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι:

1. οι κοινοί παράγοντες σχετίζονται με τα θεραπευτικά αποτελέσματα
2. διαφορετικές σχολές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση σε ορισμένους παράγοντες ενώ αγνοούν άλλους.
3. ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται να είναι σχετικοί με τα θεραπευτικά αποτελέσματα αγνοούνται από όλες τις σχολές

(Hawkins & Nestoros, 1997a).

Περισσότερα σχετικά με τα κοινά στοιχεία σε όλες τις ψυχοθεραπείες αναφέρονται αναλυτικά σε επόμενο κεφάλαιο.

7) Έμφαση στα προσωπικά χαρακτηριστικά και στη θεραπευτική σχέση

Οι ερευνητές της ψυχοθεραπείας έχουν αναγνωρίσει το ρόλο της ψυχοθεραπευτικής σχέσης στην αλλαγή. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει τη σημασία των χαρακτηριστικών ασθενώ-θεραπευτών και της αλληλεπίδρασης τους στα θεραπευτικά αποτελέσματα, ενώ οι συγκεκριμένες θεωρητικές προσεγγίσεις ή κλινικές μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί δεν δείχνουν ιδιαίτερη διαφοροποιητική επίδραση. Δυστυχώς, όμως οι περισσότερες μελέτες αφορούν αυτές τις κλινικές μεθόδους, αποτελώντας το 80% της βιβλιογραφίας, ενώ ουσιαστικά οι μέθοδοι αυτοί είναι υπεύθυνες μόνο για το 10% των αλλαγών.

Για το λόγο αυτό η θεραπευτική επιτυχία θα αυξηθεί κυρίως προσαρμόζοντας τις θεραπείες στο συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενή, στο διαπροσωπικό και γνωστικό του στυλ, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, στην επιθυμία του για αλλαγή και άλλους σχετικούς παράγοντες. Επίσης, πρέπει να δοθεί έμφαση στο ότι η μείωση του άγχους προκαλεί και την ελάττωση ή και την εξαφάνιση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στην πλειοψηφία των ψυχολογικών διαταραχών (Hawkins & Nestoros, 1997a).

2.3 Κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες σε όλες τις ψυχοθεραπείες

Το πεδίο της ψυχοθεραπείας έχει περισσότερο χαρακτηριστεί από τις διαφορές παρά από τις ομοιότητες των διαφόρων συστημάτων και προσεγγίσεων. Έτσι, ο ψυχοθεραπευτής έχει να επιλέξει γύρω στις 150 ευδιάκριτες μεταξύ τους προσεγγίσεις για θεραπευτική παρέμβαση, πέρα από τα κλασικά συστήματα από την ψυχανάλυση μέχρι το ανθρώπινο δυναμικό. Μπορούμε να πούμε λοιπόν ότι τα χαρακτηριστικά που είναι κοινά για όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν παραμεληθεί (Τρίλιβα – Χατήρα, 2002).

Ο Frank, από το 1971 υποστήριξε ότι οι πιο κοινοί παράγοντες, οι παράγοντες δηλαδή που τους συναντούμε σε όλα τα συστήματα ψυχοθεραπείας είναι οι εξής: 1) μια έντονα εμπιστευτική σχέση με ένα πρόσωπο-βοηθό στο πρόβλημα, 2) μια εκλογίκευση ή μύθος που συμπεριλαμβάνει μια ερμηνεία της δυσκολίας του ασθενή και μια μέθοδο που να ανακουφίζει, 3) διασφάλιση νέων πληροφοριών σχετικές με το πρόβλημα του ασθενή και πιθανούς εναλλακτικούς τρόπους συνδιαλλαγής με τους τρόπους αυτούς, 4) ενδυνάμωση της προσδοκίας του ασθενή για πραγματική βελτίωση και 5) διευκόλυνση της συναισθηματικής συγκινησιακής διέγερσης (Garfield, 1982).

Υπήρξαν και άλλοι ερευνητές σε αυτό το πεδίο οι οποίοι επίσης τόνισαν τη σημασία των κοινών παραγόντων στην ψυχοθεραπεία, αν και αυτές οι παρουσιάσεις δεν έλαβαν ιδιαίτερης προσοχής. Για παράδειγμα ο Heine ανακοίνωσε μια μελέτη στην οποία έκανε σύγκριση της ψυχανάλυσης, της μη κατευθυντικής ψυχοθεραπείας και της αντλεριανής ψυχοθεραπείας. Ένα από τα κύρια συμπεράσματα του ήταν ότι ένας κοινός παράγοντας σε όλες τις ψυχοθεραπείες ήταν ότι υπεύθυνη για τις αλλαγές ήταν η θεραπευτική άποψη. Επίσης πρότεινε ότι το θέμα θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω (Garfield, 1982).

Ο Fadiman αναφέρει ότι οι κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες σε όλες τις ψυχοθεραπείες είναι οι εξής:

- Η αλλαγή είναι δυνατή.
- Η αλλαγή είναι πιθανότερο να γίνει με υποστήριξη.
- Η υποστήριξη είναι εύκολο να δοθεί, αλλά γίνεται δύσκολα αποδεκτή.
- Οι θεραπευτές αντλούν ευχαρίστηση ή ακόμα και χαρά όταν βλέπουν ανθρώπους να αλλάζουν.
- Όλοι έχουν ανικανοποίητες ανάγκες για παντοδυναμία και αγάπη άνευ όρων. Αυτές οι ανάγκες οδηγούν όλους τους θεραπευτές κατά τη διάρκεια των βαρετών, δύσκολων και επαναλαμβανόμενων στιγμών στη θεραπεία.
- Οι θεραπευτές νοιάζονται και ενοχλούνται όταν βλέπουν ανθρώπους να υποφέρουν. Ακόμα και ο πιο μηχανιστικός θεραπευτής ελπίζει ότι κάθε άτομο μπορεί να αλλάξει.
- Υπάρχει σε όλους μια ορμή ή ένας οδηγός ανάμεσα στη γνώση, την υγεία, την ολοκλήρωση, τη βεβαιότητα. Αυτός ο οδηγός εγκαθιστά την επιτυχία όλων των θεραπευτικών κατευθύνσεων.

- Παρά τον δογματισμό και την ανοησία που διακρίνεται σε κάθε σχολή ψυχοθεραπείας, υπάρχει μια ταπεινότητα που επιτρέπει τη μάθηση. Κάθε ρεαλιστής ψυχοθεραπευτής γνωρίζει ότι τα εργαλεία δεν είναι τέλεια. Οι θεωρίες αβέβαιες και τα αποτελέσματα διφορούμενα..
- Είναι μια δύσκολη, αγχωτική και απαιτητική ενασχόληση με αμφισβητούμενη δυνατότητα για ανάπτυξη (Fadiman, 1982).

Η McWilliams (2002) αναφέρει ότι κοινό χαρακτηριστικό όλων των ευσυνείδητων θεραπευτών παρά τις διαφορές που μπορεί να έχουν στις θεωρίες και στη γλώσσα που χρησιμοποιούν είναι η προσπάθεια τους να κατανοήσουν κάθε ασθενή όσο πιο ολοκληρωμένα γίνεται, ώστε να μπορέσουν να προσφέρουν σε αυτόν την πιο κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στην προσπάθεια για τη δημιουργία ενός ενοποιημένου μοντέλου ψυχοθεραπείας, έχει επικρατήσει να θεωρούνται σαν **ειδικά** για τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία, μόνο τα χαρακτηριστικά εκείνα που είναι κοινά σε όλες τις ψυχοθεραπείες, και σαν **μη ειδικά** τα σημεία αυτά που διαφέρουν από ψυχοθεραπεία σε ψυχοθεραπεία και αποτελούν ίσως απλά επιφαινόμενα κάθε φορά της ψυχοθεραπευτικής τεχνικής (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Τα ειδικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, αυτά δηλαδή που είναι κοινά σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις είναι τα εξής:

1) Θεραπευτική σχέση

Ο ψυχοθεραπευτής δεν είναι ένα τυχαίο πρόσωπο για τον θεραπευόμενο. Σε πολλές περιπτώσεις είναι ένας επαγγελματίας ο οποίος έχει ήδη βοηθήσει κάποιο γνωστό ή κάποιο συγγενή του. Η κοινωνική θέση του θεραπευτή, η εμφάνιση του, το ύφος και η επίπλωση του γραφείου του και άλλα στοιχεία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά ή θετικά τη θεραπευτική συμμαχία (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου είναι μια σχέση στην οποία ο ασθενής έχει εμπιστοσύνη στην ανταγωνιστικότητα ή στις δεξιότητες του ψυχοθεραπευτή κι αισθάνεται ότι ενδιαφέρεται για αυτόν γνήσια και φροντίζει για το καλό του. αυτή η αίσθηση παραδοχής και φροντίδας στηρίζεται στη δεξιότητα του ψυχοθεραπευτή καθώς και στην ενσυναισθητική κατανόηση του (Τρίλιβα – Χατήρα, 2002).

Το γραφείο πρέπει να είναι σε ήσυχο μέρος του κτιρίου, μακριά από θόρυβο, η ψυχοθεραπευτική διαδικασία (που συνήθως διαρκεί 45΄) δεν πρέπει να διακόπτεται από παρεμβολές. Θα πρέπει να ενισχύεται οτιδήποτε αυξάνει ρεαλιστικά τις προσδοκίες του θεραπευόμενου ότι θα βοηθηθεί από τον θεραπευτή. Είναι βασικό ότι θα πρέπει να ξεκαθαρίζεται η καθαρά επαγγελματική φύση της θεραπευτικής σχέσης και να αποφεύγονται οι κοινωνικές συναλλαγές εκτός της θεραπευτικής σχέσης. Πολλοί θεραπευόμενοι αλλά και πολλοί θεραπευτές συγχέουν τη συναισθηματική οικειότητα που χαρακτηρίζει τη ψυχοθεραπεία με τη σεξουαλική επιθυμία. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι πάντα οι σεξουαλικές σχέσεις θεραπευτή – θεραπευόμενου αποβαίνουν σε βάρος του θεραπευόμενου. Η θεραπευτική σχέση ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό και από τις πραγματικές τους ιδιότητες,

όπως η ευφυΐα, η ευφράδεια κ.α καθώς και από τις συνθήκες ζωής τους. Πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης και οι ιδιότητες οι οποίες δημιουργούνται στη φαντασία του θεραπευτή ή του θεραπευόμενου και έχουν σχέση με τα φαινόμενα της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης. Ο θεραπευόμενος γίνεται καλά λόγω και μέσω της σχέσης που δημιουργεί με τον θεραπευτή του. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο θεραπευόμενος γίνεται καλά για το χατίρι του ψυχοθεραπευτή του. Σε εκείνες τις περιπτώσεις που ο θεραπευόμενος δεν είναι έτοιμος ή δε θέλει να γίνει καλά, κανένας ψυχοθεραπευτής από καμιά ψυχοθεραπευτική προσέγγιση δεν μπορεί να τον βοηθήσει. Πολλές φορές ο θεραπευόμενος δε θέλει να γίνει καλά επειδή φοβάται την αλλαγή, την οποία φαντάζεται σαν απάρνηση ενός αγαπημένου κομματιού του εαυτού του, επειδή πιστεύει εσφαλμένα ότι τις αλλαγές στη ζωή του κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα του τις επιβάλλει ο ψυχοθεραπευτής. Βέβαια, είναι σαφές ότι η ψυχοθεραπεία είναι μια εθελοντική διαδικασία που στοχεύει στην αύξηση και όχι στην ελάττωση της ελευθερίας του ατόμου (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

2) Ελάττωση του άγχους και συναισθηματική υποστήριξη

Όλες οι ψυχοθεραπείες ασχολούνται βασικά με την ανακούφιση των συμπτωμάτων και στηρίζονται σε κάποιες αρχές που ισχυρίζονται ότι κατανοούν τις αιτίες που βρίσκονται πίσω από τα συμπτώματα (Κίρναν 1977).

Η ελάττωση του άγχους και η συναισθηματική υποστήριξη, ίσως αποτελεί το Α και το Ω της ψυχοθεραπείας. Το άγχος του θεραπευόμενου μπορεί να ελαττωθεί με πολλούς τρόπους. Καταρχήν η αναφορά στα γεγονότα που προκαλούν άγχος στον θεραπευόμενο δεν προκαλεί το άγχος και τα άλλα συναισθήματα που ο θεραπευόμενος είναι συνηθισμένος να αντικρίζει στους συγγενείς και φίλους του. Είναι αυτό που ο Alexander αποκαλεί «διορθωτική συναισθηματική εμπειρία». Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί μόνο να βοηθήσει τους άλλους να λύσουν προβλήματα που ο ίδιος έχει λύσει. Έχει σημασία για τον ψυχοθεραπευτή να είναι ήρεμος ώστε να μπορεί να αντέξει δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις του εαυτού του και του θεραπευόμενου. Η ελάττωση του άγχους και του φόβου του θεραπευόμενου μπορεί στις συμπεριφοριστικές θεραπείες να γίνει και άμεσα με τις διαδικασίες της *συστηματικής αποευαισθητοποίησης* (Systematic desensitization) ή *ψυχοκατακλυσμικής θεραπείας* (flooding therapy). Το αγχωμένο άτομο δυσλειτουργεί μεταξύ άλλων, εξαιτίας ελαττωμένης συγκέντρωσης, μνήμης και προσοχής. Η απελευθέρωση των γνωστικών αυτών λειτουργιών θα επιτρέψει στο άτομο να αξιοποιήσει τις δυνατότητες και τα ταλέντα τα οποία διαθέτει για να βρει λύσεις στα προβλήματα του. Τέλος, η μείωση του άγχους προκαλεί συχνά θεαματική ελάττωση μέχρι εξαφάνισης των περισσότερων μορφών ψυχοπαθολογίας. Θα πρέπει πάντοτε να αξιολογείται όχι μόνο το πώς λειτουργεί το άτομο με τον ψυχοθεραπευτή του, αλλά και το πώς λειτουργεί κάτω από συνθήκες που θεωρεί ψυχοπιεστικές (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

3) Γνωστικό πλαίσιο

Κάθε ψυχοθεραπεία προσφέρει ένα γνωστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ερμηνεύεται και γίνεται κατανοητή τόσο η συμπεριφορά του θεραπευόμενου, όσο και αυτή των άλλων. Ο Frank αποκαλούσε αυτό το σύστημα των πεποιθήσεων σχετικά με τις βάσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς «μυθολογία» και τόνιζε ότι παρόλο που το σύστημα αυτό διαφέρει από θεραπεία σε θεραπεία, πάντα λειτουργεί σαν μια νέα εξήγηση της συμπεριφοράς. Για τη δημιουργία του γνωστικού πλαισίου της ψυχοθεραπείας παίζουν τεράστιο ρόλο όλες οι μορφές μάθησης, δηλαδή: α) η κλασική εξαρτημένη μάθηση, β) η συντελεστική μάθηση, γ) η παρατήρηση και μίμηση προτύπων και δ) η γνωστική μάθηση. Με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή ο θεραπευόμενος μαθαίνει να ερμηνεύει τη ζωή και τον κόσμο σαν πολύ λιγότερο απειλητικά από ότι έκανε πριν από τη θεραπεία (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

4) Πειθώ και υποβολή

Η πειθώ που ασκεί ο θεραπευτής και η υποβολή του θεραπευόμενου ότι η θεραπεία θα πετύχει αποτελούν πολύ βασικά συστατικά όλων των ψυχοθεραπειών. Όλοι συμφωνούν ότι ο θεραπευτής πρέπει να έχει πίστη στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου που χρησιμοποιεί. Επίσης, ο θεραπευτής πρέπει να μεταδώσει στο θεραπευόμενο το μήνυμα ότι ειλικρινά νοιάζεται για αυτόν και ότι αξίζει ο θεραπευόμενος να επενδύσει στη θεραπευτική σχέση. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που ενθαρρύνουν τη θεραπευτική συμμαχία είναι η ενσυναίσθηση (empathy), η ζεστασιά (warmth), η γνησιότητα (genuineness). Η ικανότητα του θεραπευτή να κινείται μεταξύ δυο διαφορετικών θέσεων στη σχέση του με το θεραπευόμενο (καταστάσεις του εγώ), μπορεί να βοηθήσει τη θεραπευτική διαδικασία. Στη μια κατάσταση ο θεραπευτής παίρνει τη θέση του αποστασιοποιημένου, αντικειμενικού ειδικού που παρακολουθεί τα συμβαίνοντα, χωρίς να κάνει παρεμβάσεις. Στην άλλη κατάσταση ο θεραπευτής έχει ενσυναίσθηση αυτών που συμβαίνουν στον θεραπευόμενο και αφήνει τον εαυτό του ελεύθερο να αλληλεπιδράσει μαζί του (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

5) Ταύτιση με το θεραπευτή

Η ταύτιση με το θεραπευτή αποτελεί συστατικό όλων των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών. Ο ψυχοθεραπευτής είναι ένα πρότυπο όπως απέδειξε ο Bandura με το οποίο ταυτίζεται και το οποίο μιμείται ο θεραπευόμενος. Η μίμηση του προτύπου αυτού μπορεί να βοηθήσει το θεραπεύομενο με 3 διαφορετικούς τρόπους: α) να αποκτήσει νέες, επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς που δεν διέθετε πριν, β) να χρησιμοποιεί ήδη υπάρχουσες στο ρεπερτόριο του μορφές συμπεριφοράς με πιο αποτελεσματικό κοινωνικά τρόπο και γ) να αποδεσμευθεί και να σταματήσει να αποφεύγει να εκτελεί ορισμένες μορφές συμπεριφοράς, τις οποίες απέφευγε προηγουμένως, επειδή του προκαλούσαν άγχος ή φόβο. Η μάθηση είναι ισχυρότερη στη ζωντανή κλιμακωτή μίμηση προτύπων με καθοδηγούμενη συμμετοχή, όπου ο

θεραπευόμενος αρχικά παρακολουθεί και στη συνέχεια καθοδηγείται για να μιμηθεί ένα πραγματικό πρότυπο που αλληλεπιδρά με ένα φοβογόνο αντικείμενο, παρά στην κλιμακωτή μίμηση προτύπων σε εικονιστική μορφή, όπου ο θεραπευόμενος παρακολουθεί το πρότυπο σε βιντεοταινία. Ο θεραπευόμενος κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας ταυτίζεται με το σύστημα αξιών του θεραπευτή. Ορισμένα χαρακτηριστικά του θεραπευτή όπως είναι ο τόνος της φωνής του, το βλέμμα, το χαμόγελο κλπ. δρουν σαν μηνύματα αμοιβής και τιμωρίας και μεταδίδουν πληροφορίες ειδικά πάνω στο τι θεωρεί ο θεραπευτής φυσιολογική ή μη φυσιολογική συμπεριφορά. Η ψυχανάλυση ονομάζει αυτή τη διαδικασία ενδοβολή του υπερεγώ του ψυχαναλυτή ή ταύτιση. Γι αυτό θα πρέπει η προσωπικότητα του θεραπευτή να χαρακτηρίζεται από ευελιξία και ελευθερία, μακριά από ακραίες ιδεολογικές ή ηθικές θέσεις. Ακόμα, είναι πολύ σημαντικό ο ίδιος ο ψυχοθεραπευτής να έχει στο μυαλό του ξεκαθαρισμένο το δικό του σύστημα αξιών και να μπορεί να αντιλαμβάνεται και να σέβεται το σύστημα αξιών ενός άλλου ατόμου, χωρίς να αισθάνεται ότι πρέπει να επιβάλλει τις δικές του απόψεις. Άλλωστε, ο στόχος της ψυχοθεραπείας είναι να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του θεραπευόμενου και όχι του θεραπευτή (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

6) Απόκτηση αυτοελέγχου και αυτονομίας

Η εσωτερική αίσθηση της ελευθερίας είναι ίσως μια από τις πιο πολύτιμες πτυχές της προσωπικής ψυχολογίας ενός ατόμου. Οι περισσότεροι άνθρωποι επισκέπτονται έναν θεραπευτή επειδή καταλαβαίνουν ότι κάτι βάζει σε κίνδυνο την υποκειμενική τους αίσθηση του προσωπικού ελέγχου. Ελέγχονται από την κατάθλιψη, το άγχος, την ιδεοληψία, τη φοβία τους και έχουν χάσει την αίσθηση ότι ελέγχουν οι ίδιοι τη ζωή τους (McWilliams, 2002).

Η απόκτηση αυτοελέγχου και αυτονομίας αποτελεί κοινό στόχο όλων των ψυχοθεραπευτών. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος θα πρέπει ο θεραπευόμενος να επιτρέψει στον εαυτό του να τεθεί κάτω από τον έλεγχο του θεραπευτή και να του δείξει εμπιστοσύνη. Όσο πιο πολύ επιτρέψει ο θεραπευόμενος στον εαυτό του να εξαρτηθεί από το θεραπευτή στην αρχή της θεραπείας, τόσο πιο πολλές πιθανότητες έχει να γίνει πραγματικά ανεξάρτητος στο τέλος της θεραπείας. Πολλές φορές, η εξάρτηση που αισθάνονται οι θεραπευόμενοι προς το θεραπευτή τους στην αρχή και τη μέση της θεραπείας, ειδικά όταν αυτή πηγαίνει καλά και νιώθουν την αλλαγή στη ζωή τους, αναστατώνει και τους ίδιους και τους οικείους τους (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

Ο αυτοέλεγχος που αποκτά ο θεραπευόμενος κατά τη θεραπευτική διαδικασία έχει όλα τα χαρακτηριστικά των τεχνικών του ενσυνείδητου συμπεριφοριστικού αυτοελέγχου και περιλαμβάνει: α) αυτοπαρατήρηση και αυτοκαταγραφή της συμπεριφοράς, β) έλεγχο των σημάτων-ερεθισμάτων που προκαλούν την εκδήλωση της συμπεριφοράς, γ) παρεμβολή εναλλακτικών-ασυμβιβάστων δραστηριοτήτων, δ) μετατροπές στο εκτελεστικό μέρος της ίδιας της συμπεριφοράς και ε) αυτοενίσχυση. Όλα αυτά συμβαίνουν σε όλες τις

ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες, ακόμα και αν δεν λαμβάνονται υπόψη από τον θεραπευτή (Παρασκευόπουλος, 1988).

7) Πρόβα και αντιμετώπιση πραγματικού προβλήματος in vivo

Η πρόβα και η αντιμετώπιση του πραγματικού προβλήματος in vivo αποτελούν συστατικά όλων των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών. Ότι και να συμβεί κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας δεν έχει καμία αξία, αν δεν βοηθήσει το θεραπευόμενο να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα πραγματικά προβλήματα της ζωής του. Κατά την ψυχανάλυση ο έλεγχος της πραγματικότητας συνιστά την πρακτική εξάσκηση διαφόρων νέων προσαρμοστικών συμπεριφορών από τον θεραπευόμενο υπό την άμεση και έμμεση συναισθηματική υποστήριξη του θεραπευτή του. Η επιτυχία της θεραπείας, λοιπόν, εξαρτάται από το κατά πόσο ο θεραπευόμενος μπορεί να αντιμετωπίσει τους φόβους του. Αυτά τα φαινόμενα γίνονται φανερά στη συμπεριφοριστική αντιμετώπιση των φοβιών. Στην πρώτη του περιγραφή της συστηματικής αποευαισθητοποίησης ο Wolpe κατέληξε στην υπόθεση ότι όταν μια αντίδραση που καταστέλλει το άγχος εμφανιστεί ταυτόχρονα σε μια κατάσταση που προκαλεί άγχος, τότε η αντίδραση του άγχους θα μειωθεί. Αυτό αποτελεί ένα παράδειγμα της αρχής της αμοιβαίας παρεμπόδισης και συνήθως ως μέθοδος χρησιμοποιείται ο συνδυασμός της βαθιάς μυϊκής χαλάρωσης με την κλιμακωτή εισαγωγή στη φαντασία του υποκειμένου σκηνών που προκαλούν φόβο με ιεραρχική σειρά. Στη συνέχεια βρέθηκε σε έρευνες ότι μερικά άτομα έδειχναν ύφεση των φόβων τους κατά τη διάρκεια των επανειλημμένων βασικών μετρήσεων πριν από τα πειράματα. Αποδείχτηκε ότι το φαινόμενο αυτό οφειλόταν στην έκθεση των ατόμων στη φοβογόνο κατάσταση. Στη συνέχεια εφευρέθηκε η ενδοεκρηκτική θεραπεία κατά την οποία το άτομο παρακινείται να φανταστεί το φοβικό ερέθισμα στην πιο απειλητική του μορφή και να προσπαθήσει να βιώσει το φόβο που του προκαλεί στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό. Από την άλλη εφευρέθηκε η ψυχοκατακλυσμική θεραπεία που είναι παραλλαγή της προηγούμενης και στην οποία το άτομο οδηγείται να βιώσει απότομα, χωρίς να μπορεί να υπαναχωρήσει, τη χειρότερη δυνατή αγχογόνο κατάσταση στη μεγαλύτερη δυνατή της ένταση. Αυτή η τεχνική είναι πιο αποτελεσματική από τις προηγούμενες στην θεραπεία των φοβιών. Οι ίδιοι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συστηματική αποευαισθητοποίηση είναι αποδοτική στο βαθμό που δίνει κίνητρα στους ασθενείς να εκθέσουν τους εαυτούς τους στις φοβογόνες καταστάσεις. Η ανάλυση των πειραματικών ευρημάτων καταδεικνύει ότι η επίδραση της συστηματικής αποευαισθητοποίησης είναι πιο μακροπρόθεσμη από ότι η επίδραση της ενδοεκρηκτικής και της ψυχοκατακλυσμικής μεθόδου και μπορεί να διαρκεί μέχρι και 7 χρόνια μετά τη θεραπεία. Η βελτίωση αυτή μπορεί να οφείλεται στην επίδραση της αποευαισθητοποίησης πάνω στις γνωστικές λειτουργίες που προκαλούσαν το φόβο. Συμπερασματικά, ο ψυχοθεραπευτής πρέπει πρώτα να ιεραρχήσει τους φόβους του θεραπευόμενου. Στη συνέχεια πρέπει να τον συμβουλέψει να αρχίσει να τους αντιμετωπίζει, αρχικά σε φαντασιακό επίπεδο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και μετά in vivo. Επίσης πρέπει να συμβουλέψει τον

θεραπευόμενο να αρχίσει από τους ιεραρχικά εύκολους φόβους του και να κάνει την πρώτη του απόπειρα όταν θα είναι σχετικά ήρεμος (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996).

2.4 Εμπόδια στη σύνθεση των μοντέλων

Η συνθετική κίνηση θα πρέπει να ξεπεράσει ορισμένα εμπόδια, έτσι ώστε να καταφέρει να προχωρήσει και να εδραιωθεί, όπως αναφέρουν πολλοί από τους ερευνητές. Ορισμένα από αυτά τα εμπόδια είναι τα εξής:

1) *Η πίστη και η υποστήριξη ενός συγκεκριμένου μοντέλου ως του πλέον ιδανικού έναντι των άλλων.*

Πολλοί οπαδοί των παραδοσιακών μοντέλων ψυχοθεραπείας είναι προσκολλημένοι σε αυτές τις σχολές στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί. Υποστηρίζουν στενόμυαλα το θεωρητικό τους υπόβαθρο ως το πιο σωστό και τείνουν να αγνοούν ή και να αρνούνται ευρήματα που προτείνουν ότι άλλες προσεγγίσεις μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές. Έτσι, παρόλο που αναδύονται συνεργατικές προσπάθειες μεταξύ των επαγγελματιών, αυτές πολλές φορές δεν μπορεί παρά να βάλλονται στα πλαίσια της ανταγωνιστικής φύσης του ακαδημαϊκού πεδίου. Δυστυχώς, η αφοσίωση σε συγκεκριμένες σχολές και προσανατολισμούς επηρεάζει επίσης και την εκπαίδευση των νέων ψυχοθεραπευτών. Η τυπική εκπαίδευση πολλές φορές επισκιάζει τις φυσικές ικανότητες και δεξιότητες πολλών επαγγελματιών, δίνοντας τους ένα τυποποιημένο επαγγελματισμό, αντιπροσωπευτικό του προσανατολισμού στον οποίο έχουν εκπαιδευτεί (Hawkins & Nestoros, 1997a, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

2) *Το πλήθος των διαφορετικών προσεγγίσεων και απόψεων για την εικόνα του ανθρώπου, τη ζωή, την υγεία, την ψυχική διαταραχή και την αλλαγή.*

Οι ψυχοθεραπευτές έχουν διαφορετικά πιστεύω σχετικά με την ανθρώπινη φύση, τα στοιχεία της ανθρώπινης ανάπτυξης, έχουν διαφορετική αντίληψη για την πραγματικότητα και τη διαδικασία της αλλαγής. Αυτά τα στοιχεία είναι θεμελιώδη για τα θεωρητικά θεμέλια κάθε σχολής και φαίνεται να είναι αδιαπραγμάτευτα. Αναμφίβολα, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις μεταξύ των διαφόρων σχολών. Ωστόσο, η σπουδαιότητα της σύνθεσης έγκειται ακριβώς στο ότι μπορεί να ενδυναμώσει τη ψυχοθεραπευτική επιτυχία ενώνοντας τα δυνατά σημεία των διαφόρων προσεγγίσεων με έναν τρόπο που να είναι πιο αποτελεσματικός, από ότι οι μεμονωμένες θεραπείες (Hawkins & Nestoros, 1997a, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

3) *Η ανάγκη πληρέστερης εμπειρικής και κλινικής υποστήριξης της ψυχοθεραπευτικής αλλαγής και εκτίμησης του αποτελέσματος της ψυχοθεραπείας.*

Η έρευνα έχει αποτύχει στον σαφή καθορισμό των πλεονεκτημάτων των συνθετικών ψυχοθεραπειών στην κλινική πρακτική. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας δεν υποστηρίζονται όσο θα έπρεπε από εμπειρικά στοιχεία και η συγκριτική έρευνα των αποτελεσμάτων δεν είναι πολύ διαφωτιστική όσον αφορά τις κατευθυντήριες γραμμές και την επιλογή των κλινικών μεθόδων. Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων εκλεκτικών και συνθετικών προσεγγίσεων θα πρέπει να αποδειχτεί και τα στοιχεία που

υποστηρίζουν τη σύνθεση είναι ακόμα σε μεγάλο βαθμό παιδαριώδη και στοιχειώδη. Ωστόσο, δεν υπάρχουν και στοιχεία που να αποδεικνύουν την ανωτερότητα των παραδοσιακών ψυχοθεραπειών έναντι των συνθετικών προσεγγίσεων. Η εμπειρική βάση είναι απαραίτητη έτσι ώστε να αποσαφηνιστούν οι αρχές που διέπουν τη διαδικασία της αλλαγής και την αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Οι θεραπείες απαιτούν μια εμπειρική βάση αλλά εξακολουθούν να είναι στενά συνδεδεμένες με τη θεωρία, έτσι ώστε οι θεωρητικές και εμπειρικές μέθοδοι έρευνας είναι στενά συνδεδεμένες (Hawkins & Nestoros, 1997a, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

4) Η έλλειψη ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας μεταξύ των ψυχοθεραπευτών που υιοθετούν διαφορετικές προσεγγίσεις.

Η απουσία μιας ουδέτερης γλώσσας μέσω της οποίας όλοι οι ψυχοθεραπευτές και οι ερευνητές μπορούν να συνεννοούνται μέσα και μεταξύ των διαφορετικών σχολών είναι ακόμα ένα εμπόδιο για τη σύνθεση. Κάθε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση δουλεύει με ένα μοναδικό σύνολο ιδιωματισμών και λέξεων, γεγονός που συμβάλλει στην διεύρυνση της ψαλίδας που υπάρχει μεταξύ των διάφορων σχολών. Αυτό το θέμα έχει γίνει γνωστό ως «γλωσσικό πρόβλημα» (language problem) και έχει δημιουργήσει προβλήματα κατανόησης και κατά περιπτώσεις έχει οδηγήσει σε εσκεμμένη αποφυγή των ιδεών που προέρχονται από άλλους. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο ότι μια κοινή γλώσσα δεν έχει σκοπό να εδραιώσει μια καθολική αποδοχή σε ένα θέμα, αλλά να θεμελιώσει την επικοινωνία, την κατανόηση και τις ερευνητικές προσπάθειες εξασφαλίζοντας ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι μελετούν και αναφέρονται στα ίδια φαινόμενα. Βραχυπρόθεσμα η χρήση μιας απλής περιγραφικής κοινής γλώσσας μπορεί να είναι αρκετή. Μακροπρόθεσμα, μια κοινή γλώσσα μπορεί να ωφεληθεί από τη σύνδεση της με μια θεμελιώδη θεωρητική δομή ή εμπειρική βάση δεδομένων (Hawkins & Nestoros, 1997a, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

5) Η εκπαίδευση νέων θεραπευτών στη συνθετική προσέγγιση που απαιτεί κατάλληλο σχεδιασμό και διαδικασία

Μια μεγάλη πρόκληση για τους συνθετικούς ψυχοθεραπευτές είναι η εκπαίδευση νέων κλινικών σε πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις και συνθετικές απόψεις. Από το 1980 και μετά όλο και περισσότερη προσοχή έχει δοθεί σε αυτό το θέμα και σήμερα η εκπαίδευση σε συνθετικές προσεγγίσεις έχει φτάσει σε τέτοιο επίπεδο όπως ποτέ άλλοτε στην ιστορία της ψυχοθεραπείας. Αναμφισβήτητα, ο σχεδιασμός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στη συνθετική ψυχοθεραπεία απαιτεί τεράστια ποσότητα , ενώ ως σπουδαστής η ειδίκευση σε ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι τουλάχιστον το ίδιο δύσκολη. Τέτοια προγράμματα εστιάζουν σε ένα ή δύο εκπαιδευτικά αντικείμενα: μπορούν είτε να εκπαιδεύσουν τους σπουδαστές σε ένα συγκεκριμένο ψυχοθεραπευτικό σύστημα και την ίδια στιγμή να τους επιμορφώνουν στο να χρησιμοποιούν εναλλακτικές θεραπείες σε συγκεκριμένους πελάτες όταν χρειάζεται, είτε τους εκπαιδεύουν να χειρίζονται

μόνοι τους περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιώντας πολυμεθοδικούς, πολυδιάστατους θεραπευτικούς προσανατολισμούς.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η εκπαίδευση νέων κλινικών απαιτεί τουλάχιστον μερικά από τα ακόλουθα:

- Εντατική εκπαίδευση σχετικά με την επιστημονική μέθοδο και την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης, που αποτελεί προϋπόθεση για την πετυχημένη εκπαίδευση στη συνθετική ψυχοθεραπεία.
- Έκθεση σε έναν αριθμό βασικών μοντέλων ψυχοθεραπείας, δηλαδή στις ψυχαναλυτικές, γνωστικό-μπιχεβιοριστικές, ουμανιστικές-υπαρξιστικές και διαπροσωπικές-συστημικές θεωρίες της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας οι οποίες και θα πρέπει να εξεταστούν.
- Ένα εκπαιδευτικό μοντέλο θα πρέπει να περιλαμβάνει τη μαθητεία κοντά σε επαγγελματίες κλινικούς, καθώς είναι δεδομένη η συνεισφορά της παρατήρησης της δουλειάς ενός έμπειρου θεραπευτή στην εξέλιξη ενός μαθητευομένου κλινικού.
- Εντατική εκπαίδευση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την θεμελίωση της θεραπευτικής σχέσης. Εδώ θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε ουσιαστικές και βασικές επικοινωνιακές δεξιότητες όπως η ενεργή ακρόαση, η ευαισθησία στη μη λεκτική επικοινωνία, η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός και η κατανόηση των προβλημάτων των ασθενών.
- Ουσιαστική πρακτική εξάσκηση σε μεγάλο εύρος περιπτώσεων.

Βέβαια, ο νέος κλινικός δεν καλείται να κατακτήσει αυτές τις δεξιότητες άμεσα. Αντίθετα, η επίτευξη αυτών των στόχων μπορεί να απαιτήσει μια ολόκληρη καριέρα (Hawkins & Nestoros, 1997a, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

6) Η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων και διαταραχών η οποία τελικά δεν είναι ίδια για όλες τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Υπάρχει ένα μεγάλο εύρος συγκεκριμένων θεραπειών για συγκεκριμένα προβλήματα. Συγκεκριμένες θεραπείες υπάρχουν για μια ποικιλία καταστάσεων όπως είναι ορισμένες διαταραχές άγχους και κατάθλιψης, φοβίες, νευρική βουλιμία, ανεπάρκεια κοινωνικών δεξιοτήτων κ.α. οι θεραπείες μπορεί να έχουν απροσδόκητα παρενέργειες, όπως για παράδειγμα μια κοινή ακίνδυνη θεραπεία, η θεραπεία της χαλάρωσης για τους ασθενείς με άσθμα. Αυτό συμβαίνει γιατί η χαλάρωση τείνει να μειώνει τη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος και έτσι δυσκολεύει τους ασθματικούς στην αναπνοή. Έτσι οι ασθενείς αυτοί μπορεί να θεωρήσουν τη μέθοδο αντιθεραπευτική (Hawkins & Nestoros, 1997a, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

7) *Η αποσαφήνιση της σύγχυσης που επικρατεί στο πεδίο των συνθετικών μοντέλων, όσον αφορά στους ορισμούς και στους στόχους της σύνθεσης και η διερεύνηση της δυνατότητας ενοποίησης των διαφόρων συνθετικών προσεγγίσεων που αυξάνονται.*

Η συνθετική ψυχοθεραπεία θεωρείται από πολλούς ότι αποτελεί «μεταμόρφωση», ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η θεωρητική σύνθεση όχι μόνο απέτυχε να δώσει μεγαλύτερη κατανόηση και αποδοχή, ή κάποια βάση δεδομένων με θεραπευτικούς συνδυασμούς προς επιλογή, αλλά κατάφερε να δημιουργήσει ένα μεγαλύτερο χάος. Κάτω από την ομπρέλα γενικών ορολογιών όπως «εκλεκτισμός» και «σύνθεση» υπάρχει πλήθος αντίθετων και αλληλοσυγκρουόμενων απόψεων. Οι ιδέες πολλών θεωρητικών είναι εντελώς αντιφατικές μεταξύ τους. Μπορεί ακόμα και στο ίδιο βιβλίο του οποίου τα κεφάλαια είναι γραμμένα από διαφορετικούς συγγραφείς, να υπάρχουν τόσες διαφορές ώστε πολύ λίγα πράγματα να είναι κοινά. Έτσι, αν και η συνθετική κίνηση έχει τραβήξει το ενδιαφέρον, οι συνθετικές προσεγγίσεις πολλαπλασιάζονται και πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι ο δογματισμός και ο ανταγωνισμός μεταξύ των συνθετικών σχολών μπορεί, ειρωνικά, να επαναλάβει τα ίδια λάθη της παραδοσιακής ψυχοθεραπείας (Hawkins & Nestoros, 1997a, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

2.5 Το Συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας

Στις Η.Π.Α. διακρίνεται σήμερα μια διαδεδομένη απαισιοδοξία σχετικά με την μη χρησιμότητα της ατομικής ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Ο Klerman το 1984 επισκοπώντας τις σχετικές έρευνες καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία δεν δικαιολογούν περαιτέρω έρευνα για την εντατική ατομική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας, ούτε στη φάση της νοσηλείας ούτε στη φάση της αποκατάστασης. Παρομοίως, ο McGlasham αναφέρει ότι οι θεραπευτικές προσπάθειες ατόμων χρόνια σχιζοφρενών, είναι πιο αποδοτικές μέσω της προσαρμογής του περιβάλλοντος ώστε να ταιριάζει αυτό στις δυσκολίες των ασθενών, και όχι μέσω της «θεραπείας» των ασθενών. Ο Torrey το 1986 πηγαίνει ακόμα πιο πέρα, προτείνοντας ότι ειδικά οι ψυχαναλυτικές και οι εσωτερικά προσανατολισμένες προσεγγίσεις θα πρέπει να αποφεύγονται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, ενώ και ο Coursey αναφέρει ότι η έλλειψη πιστικών στοιχείων για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων προσεγγίσεων της ατομικής ψυχοθεραπείας με τη σχιζοφρένεια, οδήγησε στην εξαφάνιση της έρευνας και της θεωρίας σε αυτό το πεδίο και προτείνει ότι πρέπει να γίνει επανεξέταση εναλλακτικών προσεγγίσεων της ψυχοθεραπείας που να βασίζονται στην κατανόηση της σχιζοφρένειας ως μιας βιολογικής διαταραχής συγκεκριμένων όψεων της ανθρώπινης ύπαρξης. Το 1990 οι Mueser και Berenbaum παίρνοντας μια ακόμα πιο πολέμια στάση, δηλώνουν ότι αφού οι ψυχοδυναμικές θεραπείες δεν αποδείχτηκαν αποτελεσματικές και υπάρχουν διαθέσιμες πιο αποτελεσματικές θεραπείες, θα πρέπει να τεθεί μια απαγόρευση στη χρήση ψυχοδυναμικών θεραπειών στη σχιζοφρένεια. Τέλος, ο Amstrong συμπεραίνει ότι μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την θεραπεία της σχιζοφρένειας μέσω ατομικής ψυχοθεραπείας δίνει καθαρά την εντύπωση ότι η ατομική ψυχοθεραπεία δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην άμβλυνση των συμπτωμάτων, στην μείωση της ανάγκης για νοσηλεία ή στην βελτίωση της κοινωνικής αποκατάστασης.

Το συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας που προτείνεται παρακάτω, διατυπώθηκε από τον Ιωάννη Νέστορος (1997). Στηρίζεται στις εμπειρίες του από την ψυχοθεραπεία πολλών ατόμων που πάσχουν από συμπτώματα παρανοειδούς σχιζοφρένειας. Το μοντέλο αυτό διαμορφώθηκε ύστερα από ποικίλες επιδράσεις διαφόρων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων (ψυχαναλυτικές, συμπεριφοριστικές και ροτζεριανές προσεγγίσεις) και προσωπικές εμπειρίες. Ο Νέστορος (1997) συνοψίζει τις εξής βασικές αρχές του μοντέλου που παρουσιάζεται στη συνέχεια ως εξής: 1) ο κεντρικός ρόλος του φόβου σε όλες τις ψυχολογικές διαταραχές, 2) ο σημαντικός ρόλος της συναισθηματικής υποστήριξης σε όλες τις ψυχοθεραπείες, 3) δεν πρέπει ποτέ να γίνεται αποδεκτό οτιδήποτε (σχέδιο, θεωρία κτλ) αν δεν είναι λογικό και αν δεν υπάρχει επιστημονική απόδειξη για αυτό ανεξάρτητα από την εγκυρότητα του ατόμου που το υποστηρίζει ή το πόσο δημοφιλές είναι στους άλλους επιστήμονες, 4) πάντα θα πρέπει να αναζητούνται απλές και όχι πολύπλοκες εξηγήσεις, 5) οι εξηγήσεις των

φαινόμενων στην κλινική πρακτική και την ψυχοθεραπεία προέρχονται από ποικίλα σχετικά πεδία (Ψυχολογία, Ψυχιατρική, Νευροεπιστήμες, Κοινωνιολογία, Ανθρωπολογία, Φιλοσοφία κτλ.) και θα πρέπει κάποιος να μπορεί να τα κατανοήσει όλα και να τα συνθέσει ώστε να μπορέσει να βοηθήσει τον πελάτη του, 6) αυτό που συνειδητοποιημένα θέλει ο θεραπευόμενος είναι σίγουρα ο πιο σημαντικός παράγοντας στην ψυχοθεραπεία, αν και η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του θεραπευτή απέναντι στον πελάτη του είναι επίσης κρίσιμα στοιχεία και 7) κάποιος μπορεί να προσφέρει ψυχοθεραπεία προσανατολισμένη στην κατανόηση αλλά και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα (Nestoros, 1997a).

Αρχές της συνθετικής ψυχοθεραπείας ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα

1) Η σχιζοφρένεια μπορεί να επηρεαστεί από την ψυχοθεραπεία

Θετικά αποτελέσματα στην ψυχοθεραπεία ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορούν να ανακαλυφθούν μόνο από ερευνητές και κλινικούς που δέχονται την πιθανότητα ότι μπορεί να βρεθούν τέτοια αποτελέσματα. Δεν υπάρχει περίπτωση για την επίτευξη τέτοιων αποτελεσμάτων χωρίς ελπίδα. Ο ωμός πεσιμισμός των ερευνητών σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας σε αυτόν τον πληθυσμό όχι μόνο αναχαιτίζει την επιστημονική εξέλιξη, αλλά επίσης χωρίς αιτία καταστρέφει ζωές. Αν ο θεραπευτής δεν πιστεύει στην αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών, ο πελάτης του θα χειροτερέψει, ειδικά αν αυτός λάβει το μήνυμα ότι ο θεραπευτής του αυτό περιμένει από αυτόν (Nestoros, 1997a). Αυτό αποτελεί το γνωστό φαινόμενο της αυτοεκπληρούμενης προφητείας. Ο ψυχίατρος προφήτευε ότι ο ασθενής του ο οποίος έπασχε από σχιζοφρενικά συμπτώματα θα χειροτέρευε, κοινοποιούσε τη προφητεία αυτή με έμμεσο ή με άμεσο τρόπο στον ασθενή και τους συγγενείς του, προκαλούσε άγχος και απελπισία που με τη σειρά τους χειροτέρευαν τον ασθενή. Έτσι η αρχική προφητεία έβγαινε αληθινή για να επιβεβαιώσει στο μυαλό του ψυχιάτρου το αληθές της προφητείας ότι οι σχιζοφρενείς πηγαίνουν από το κακό στο χειρότερο. Από την άλλη πλευρά, όταν κάποιο από τα άτομα που έπασχαν από σχιζοφρενικά συμπτώματα γινόταν καλά, η βελτίωση αντιμετωπιζόταν από τους ψυχιάτρους συνήθως με έναν τρόπο που θυμίζει το φαινόμενο της γνωστικής διαφωνίας που έχει περιγράψει ο Leon Festinger: επειδή το γεγονός ότι ο σχιζοφρενής έγινε καλά συγκρούεται με την πεποίθηση του ψυχιάτρου ότι κανένας σχιζοφρενής δεν μπορεί να γίνει καλά, ο ψυχίατρος εξαφανίζει αυτήν την γνωστική διαφωνία θεωρώντας ότι η αρχική διάγνωση ήταν λανθασμένη στην περίπτωση του ασθενή που έγινε καλά. Με αυτόν τον τρόπο διατηρείται ο μύθος του ανίατου της σχιζοφρένειας (Νέστορος – Βαλλιανάτου, 1996). Πρέπει να γίνει σαφές ότι, σε αντίθεση με τις απόψεις του Kraepelin σχετικά με την πρόγνωση της σχιζοφρένειας, στοιχεία έχουν δείξει ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν σχετίζεται απαραίτητα με κακό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, σε έρευνες που έχουν δημοσιευτεί από το 1972, το 1\2 ως και τα 2\3 περισσότερων από1300 ασθενών που μελετήθηκαν για περισσότερα από 20 χρόνια, πέτυχαν ίαση ή σημαντική βελτίωση της ασθένειας τους (Nestoros,

1997a). Ο Νέστορος, υποστηρίζει επίσης ότι αν και η πρώτη αυτή αρχή του μοντέλου είναι φιλοσοφική, αυτό δεν θα πρέπει να φαίνεται περίεργο. Κάθε επαγγελματίας ψυχικής υγείας λειτουργεί κάτω από την επιρροή μιας συγκεκριμένης φιλοσοφίας για τη ζωή, είτε το συνειδητοποιεί είτε όχι. Η φιλοσοφία αυτή διέπει τις απόψεις τους για τους εαυτούς τους και τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένου και του ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Έτσι, αν ο θεραπευτής έχει μια αισιόδοξη συμπεριφορά σχετικά με την ικανότητα του να κατανοήσει και να επηρεάσει την δική του συμπεριφορά και αυτή των άλλων και μπορεί να συνδυάζει αυτά τα στοιχεία με την παρούσα επιστημονική γνώση στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, τότε θα φτάσουμε σε αυτό που λέει ο Ιπποκράτης, ότι δηλαδή «ένας γιατρός που είναι και φιλόσοφος, είναι ίσος με το Θεό». Αντίθετα, αν ο θεραπευτής πιστεύει ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ανίατη ασθένεια την οποία δεν πρόκειται και δεν μπορεί να κατανοήσει, μπορεί να προκαλέσει ζημιά και πόνο στους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Ειδικά η φιλοσοφική θέση του θεραπευτή γίνεται εξαιρετικά σημαντική όταν πρόκειται για κρίσιμες ερωτήσεις όπως «τι είναι πραγματικότητα», «τι είναι παραφροσύνη» και τι είναι «τι είναι αλήθεια». Ο ψυχοθεραπευτής είναι το άτομο μέσω του οποίου το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα θα κατανοήσει τον εαυτό του. Για να πραγματοποιηθεί αυτό, ο θεραπευτής θα πρέπει να κατανοήσει τον πελάτη του πρώτα. Αυτή η θεωρητική αρχή είναι κοινή σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές σχολές, αν και η αποστολή του θεραπευτή και του θεραπευόμενου σε κάθε προσέγγιση είναι διαφορετική. Οι ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις γενικά θεωρούν τον θεραπευτή σαν το άτομο που θα καταλάβει τι συμβαίνει και θα το διαβιβάσει στον πελάτη του. Οι υπαρξιστικές σχολές αντίθετα, θεωρούν τον θεραπευτή σαν το άτομο που βοηθά τον πελάτη του να ανακαλύψει την αλήθεια. Μια βασική αρχή για το συνθετικό μοντέλο που προτείνεται είναι ότι η αντικειμενική αλήθεια είναι πολύ λιγότερο τρομακτική από ότι φοβόμαστε ότι είναι. Αυτό συμβαίνει γιατί οι περισσότεροι φόβοι μας βασίζονται σε εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, οι οποίες μπορεί να ήταν πραγματικά τρομακτικές καταστάσεις για ένα παιδί, αλλά δεν είναι απαραίτητα τρομακτικές για έναν ενήλικο. Επιπλέον, ως ενήλικοι συχνά σταματάμε να φοβόμαστε κάτι μόλις βρεθεί μια λύση στο πρόβλημα. Τα σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι από μόνα τους πολύ τρομακτικά. Μπορεί κανείς να φανταστεί πώς αισθάνεται ένα άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα όταν κάποιος του περνάει το μήνυμα ότι έχει μια ανίατη ψυχική ασθένεια (Nestoros, 1997a).

2) Η σύνθεση διαφορετικών προσεγγίσεων για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι δυνατή και έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι των παραδοσιακών μονόπλευρων προσεγγίσεων

Σήμερα υπάρχει μια τάση για σύνθεση ποικίλων διαφορετικών προσεγγίσεων της ψυχοθεραπείας γενικά, και ως προς τις ψυχολογικές διαταραχές ειδικότερα. Έτσι και η ψυχοθεραπεία ατόμων που υποφέρουν απλό σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν αποτέλεσε εξαίρεση. Αυτό προέκυψε από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι συνοψίζονται ως εξής:

Α) Μη ικανοποίηση από τις παραδοσιακές δογματικές προσεγγίσεις.

Β) Η συνειδητοποίηση ότι ο συνδυασμός διαφορετικών προσεγγίσεων αυξάνει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, είτε επειδή οι συνδυασμένες θεραπείες έχουν μια συνεργατική επίδραση, είτε επειδή οι θεραπείες δρουν ως καταλύτες η μια για την άλλη.
Γ) Η ανακάλυψη κοινών παραγόντων σε όλες τις ψυχοθεραπείες σε όλους τους τύπους ψυχοθεραπειών, όπως αναλύονται σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας.
Δ) είναι πιθανόν ότι διαφορετικά θεωρητικοί προσανατολισμοί να χρησιμοποιούν διαφορετικό λεξιλόγιο για να περιγράψουν τα ίδια σχέδια, διαδικασίες κτλ.
Ε) Πολλοί θεραπευτές σήμερα δουλεύουν με βάση διαφορετικές προσεγγίσεις κατά τη διάρκεια διαφορετικών φάσεων της ασθένειας των ασθενών τους. Για παράδειγμα, χρησιμοποιείται η συμπεριφοριστική προσέγγιση στην αρχή της θεραπείας για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και ακολουθείται από την ψυχαναλυτικά προσανατολισμένη θεραπεία που είναι σχεδιασμένη για την κατανόηση. Στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι πολύ σημαντικό να μπορούν να εναλλάσσονται οι θεραπείες μεταξύ υποστηρικτικής θεραπείας στη διάρκεια της έξαρσης της ψύχωσης και εσωτερικά προσανατολισμένης θεραπείας όταν ο ασθενής έχει βελτιωθεί και είναι ικανός να διαχειριστεί και να αντιδράσει εποικοδομητικά στη θεραπεία.
Στ) Η σύνθεση της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας είναι δυνατή και έχει πολλά πλεονεκτήματα. Κάποτε θεωρούνταν ότι η φαρμακοθεραπεία είναι ένα βοήθημα για τους ανθρώπους να κάνουν πρόοδο στην ψυχοθεραπεία. Σχεδόν κανένας δεν σκέφτεται έτσι σήμερα, αν και υπάρχει μια δόση αληθείας σε αυτήν την άποψη. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή ώστε το άτομο να μην χρησιμοποιεί μόνο φάρμακα, με σκοπό να συμβιβαστεί με τα προβλήματα του, αλλά τα φάρμακα να αποτελούν ένα σύμμαχο στην προσπάθεια του να εξερευνήσει και να επιτεθεί στα προβλήματα του. Για παράδειγμα, τα αγχολυτικά φάρμακα μπορεί να χρησιμοποιηθούν λανθασμένα για να μειώσουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με συναισθήματα ανεπάρκειας σχετικά με μια συγκεκριμένη εργασιακή κατάσταση, ώστε το άτομο να «ξεχνάει» αυτήν την κατάσταση κάθε φορά που την θυμάται, ή μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να διαχειριστεί αυτήν την κατάσταση. Στην δεύτερη περίπτωση το άτομο μαθαίνει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει αυτήν την κατάσταση και δεν θα χρειάζεται τα φάρμακα όταν επιτευχθεί η κατάλληλη μάθηση. Η ανακάλυψη των αντιψυχωτικών φαρμάκων στην δεκαετία του ΄50 έφερε επανάσταση στη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών γενικά, και ειδικά στη θεραπεία ασθενειών με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Άσυλα έκλεισαν και δόθηκε έμφαση στη θεραπεία στα πλαίσια της κοινότητας. Η ανακάλυψη αυτή άλλαξε τον τρόπο που οι ψυχίατροι, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους αντιλαμβάνονται την ψυχική ασθένεια. Η αισιοδοξία των αποτελεσμάτων ενθάρρυνε τις προσπάθειες αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας μέσω της ψυχοθεραπείας. Αυτό είναι ένα καλό παράδειγμα του γεγονότος ότι το

βιολογικό μοντέλο δεν συγκρούεται με άλλα μοντέλα που προσπαθούν να εξηγήσουν τα σχιζοφρενικά συμπτώματα. Τα παραδοσιακά αντιψυχωτικά φάρμακα είχαν πολλές παρενέργειες ,ενώ τα σύγχρονα έχουν λιγότερες. Τα παραδοσιακά αντιψυχωτικά είχαν ικανοποιητική επίδραση στα θετικά συμπτώματα, ενώ δεν είχαν καθόλου ή επιδρούσαν αρνητικά στα αρνητικά συμπτώματα. Σήμερα, υπάρχουν φάρμακα που έχουν θεραπευτική επίδραση τόσο στα θετικά όσο και στα αρνητικά συμπτώματα.

Ο Νέστορος πιστεύει ότι σίγουρα η ψυχοθεραπεία από μόνη της μπορεί να δράσει. Αν και οι περισσότερες των περιπτώσεων που αποτελούν τη βάση δεδομένων στην οποία βασίζεται το προτεινόμενο μοντέλο, αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, κάνοντας έτσι εξαιρετικά δύσκολο να αποσαφηνιστεί η συνεισφορά κάθε μιας, υπάρχουν επίσης και πολλές περιπτώσεις που αντιμετωπίστηκαν εξολοκλήρου με ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία έχει μεγάλη θεραπευτική αξία από μόνη της, πιθανόν μεγαλύτερη από ότι έχει η φαρμακοθεραπεία στο συνθετικό μοντέλο θεραπείας που παρουσιάζεται εδώ (Nestoros, 1997a).

3) Τα σχιζοφρενικά συμπτώματα γίνονται καλύτερα κατανοητά ως το αποτέλεσμα πολλών διαφορετικών παραγόντων (βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών κτλ) σύμφωνα με το μοντέλο ευαισθησίας στρες-διάθεσης (the stress-diathesis vulnerability model)

Με δεδομένη την πολυδιάστατη κατανόηση της αιτιολογίας της σχιζοφρένειας, αυτό που απαιτείται είναι ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο θεραπείας που στοχεύει σε διαφορετικούς στόχους. Παραδείγματα παραγόντων που θα πρέπει να επισημανθούν είναι: η μείωση του άγχους και η κορύφωση της ελπίδας μέσω της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, η βελτίωση της κοινωνικοποίησης μέσω της εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων, η βαθιά κατανόηση μηχανισμών που ξεκινούν ή εντείνουν τα συμπτώματα, μέσω της εσωτερικά – προσανατολισμένης θεραπείας, η μείωση της έκφρασης των συναισθημάτων της οικογένειας, μέσω της οικογενειακής θεραπείας, αλλαγή των βιολογικών αντιδράσεων του ατόμου σε εξωτερικές ή εσωτερικές καταστάσεις μέσω αντιψυχωτικών φαρμάκων κτλ. Μετά από μια πετυχημένη θεραπεία είναι πολύ δύσκολο ακόμα και αδύνατον να καθοριστεί ο ακριβής ρόλος κάθε στοιχείου της θεραπείας.

Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει κατ' επανάληψη μια υψηλότερη σχέση μεταξύ της υποτροπής ασθενών και της συμβίωσης τους σε ένα περιβάλλον με υψηλή εκφραστικότητα συναισθημάτων ή γυρνώντας σε ένα τέτοιο περιβάλλον μετά τη νοσηλεία τους, σε σχέση με ασθενείς που ζουν ή επιστρέφουν σε ένα οικογενειακό περιβάλλον με χαμηλή εκφραστικότητα συναισθημάτων. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με την υπόθεση ότι ένα στρεσογόνο οικογενειακό περιβάλλον συνεισφέρει στα σχιζοφρενικά συμπτώματα και μπορούν να προστεθούν σε προηγούμενες μελέτες που εστιάζουν στον καταστροφικά αιτιολογικό ρόλο της οικογένειας. Ωστόσο, υπάρχει πιθανόν μια αλληλεπιδραστική σχέση μεταξύ των ψυχωτικών συμπτωμάτων και του οικογενειακού περιβάλλοντος, αφού πολλές έρευνες έχουν προσδιορίσει την επιζήμια επίδραση ενός μέλους με σχιζοφρενικά

συμπτώματα στην υπόλοιπη οικογένεια. Τελικά, έχει προταθεί ένα μοντέλο (1992) στο οποίο οι συμπεριφορές τόσο των ασθενών με σχιζοφρενικά συμπτώματα όσο και των συγγενών του θεωρούνται ως αντιδράσεις στο άγχος και προσπάθειες για συμβιβασμό με αυτό. Για τους λόγους αυτούς, αν οι ασθενείς μένουν με τις οικογένειες τους, οι ατομικές συνεδρίες θα πρέπει να συνοδεύονται με συνεδρίες οικογενειακών θεραπειών σε μια προσπάθεια να μειωθεί η έκφραση συναισθημάτων και άλλες διαταραγμένες οικογενειακές δυνάμεις. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της «οικογενειακής διαχείρισης» στην πρόληψη των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων έχει διαπιστωθεί. Επιπλέον, μια σημαντική πλευρά των συνεδριών ατομικής ψυχοθεραπείας αποτελεί για τον ασθενή να κατανοήσει τη δυναμική της οικογένειας και να οχυρώσει τον εαυτό του έναντι των αρνητικών επιρροών τους. Σε πολλές περιπτώσεις, ο ασθενής προέρχεται από μια οικογένεια με υπερπροστατευτικό γονέα. Αυτοί οι άνθρωποι δεν μπορούν να αναπτύξουν την ανεξαρτησία τους και καταλήγουν να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να φροντίσουν τους εαυτούς τους. Στις περιπτώσεις που η οικογένεια δεν συνεργάζεται στη θεραπεία και χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη δυναμική, ίσως είναι καλύτερα να χωριστεί ο ασθενής από την οικογένεια (Nestoros, 1997a).

4) Τα σχιζοφρενικά συμπτώματα από μόνα τους δεν είναι τόσο άσχημα όσο οι αντιδράσεις του ατόμου ή της κοινωνίας σε αυτά

Τα τελικά στοιχεία της σχιζοφρένειας είναι πολύ λιγότερο σχετικά με την αληθινή φύση της ασθένειας και πολύ περισσότερο με κοινωνικούς και άλλους παράγοντες. Παρ' ότι οι απόψεις του Νέστορος είναι πολύ διαφορετικές από αυτές που διατυπώθηκαν από τους Szasz (1960) και Scheff (1966), ίσως υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία στις απόψεις σχετικά με το ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μια διαταραχή, αλλά μαθημένος κοινωνικός ρόλος. Είναι πιθανόν ότι το παίξιμο ρόλων εμπλέκεται στη συμπεριφορά ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Σε πείραμα του Rosenhan το 1973, 8 ψευτοασθενείς παρουσιάστηκαν σε διάφορα νοσοκομεία των Η.Π.Α. και υποστήριξαν ότι άκουγαν φωνές και είχαν και άλλα συμπτώματα σχιζοφρένειας. Εκτός από ότι τα άτομα αυτά άλλαξαν τα ονόματα τους και τα στοιχεία εργασίας και διεύθυνσης τους, δεν έκαναν καμία άλλη αλλαγή στο ιστορικό τους και τις συνθήκες ζωής τους. Όλοι έμειναν στο νοσοκομείο από 7 ως 52 ημέρες, και όλοι εκτός από έναν έλαβαν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, αν και σταμάτησαν να υποκρίνονται οποιαδήποτε συμπτωματολογία μόλις ξεκίνησε η νοσηλεία τους. Το μόνο σύμπτωμα που ίσως είχαν ήταν ήπιο άγχος αφού κανένας τους δεν πίστευε ότι θα μπορούσε να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο σαν κανονικός ασθενής. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, κανένας από τη θεραπευτική ομάδα δεν μπόρεσε να καταλάβει ότι οι ασθενείς αυτοί δεν ήταν αληθινοί, αν και σταμάτησαν να ισχυρίζονται ότι ακούν φωνές και συμπεριφέρονταν εντελώς φυσιολογικά. Το συμπέρασμα από αυτό το πείραμα αλλά και από άλλα, είναι ότι εύκολα μπορεί να παρερμηνευτεί η συμπεριφορά (άτομο που πάσχει από παρανοειδή συμπτώματα ή όχι) αν κάποιος είναι επηρεασμένος.

Η ανεπάρκεια των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που υπάρχουν σήμερα για άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα έχει συζητηθεί πολλές φορές. Έχει προταθεί ένα «σύστημα προσέγγισης» στην φροντίδα των σχιζοφρενών σε μια προσπάθεια να διορθωθεί το «μη σύστημα» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το οποίο έχει μεγάλο μερίδιο ευθύνης για την επιδείνωση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα αρχικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, πιθανόν δεν θα είχαν γίνει χρόνια αν ήταν διαθέσιμη μια διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

Τέλος, ορισμένα σχιζοφρενικά συμπτώματα επηρεάζονται από πολιτιστικούς παράγοντες. Η πίστη στη μαγεία, η κατάληψη από κάποιο πνεύμα ή δαίμονα κτλ, μπορεί να σχετίζονται με συγκεκριμένα σχιζοφρενικά συμπτώματα. Ενδιαφέρον από αυτήν την άποψη παρουσιάζουν οι ορισμένοι επαγγελματίες παραψυχολόγοι. Αυτοί οι άνθρωποι αυτοαποκαλούνται «μέντιουμ», «μάγοι» κτλ, και μέρος του επαγγέλματος τους αποτελούν οι εμπειρίες επικοινωνίας με «πνεύματα» ή άλλες «υπερφυσικές οντότητες»,τις οποίες ακούν και βλέπουν, καθώς και άλλα φαινόμενα, όπως διάβασμα της σκέψης κτλ., τα οποία μοιάζουν αρκετά με ορισμένα συμπτώματα σχιζοφρένειας. Οι εμπειρίες τέτοιων επαγγελματιών δεν μπορούν να θεωρηθούν συμπτώματα σχιζοφρένειας γιατί δεν εμπλέκονται στην καθημερινή δραστηριότητα τους και εμφανίζονται με τη θέληση του ατόμου. Ωστόσο, πιθανόν άτομα που δεν έχουν «εκπαιδευτεί» να διαχειρίζονται τέτοιες εμπειρίες μπορεί να σχηματίζουν, εύκολα, την εικόνα της παρανοειδούς σχιζοφρένειας (Nestoros, 1997a).

5) Τα σχιζοφρενικά συμπτώματα ανήκουν σε μια συνέχεια η οποία ξεκινά από την φυσιολογική συμπεριφορά

Τα «φυσιολογικά» άτομα συχνά επιδεικνύουν συμπεριφορές οι οποίες είναι πολύ τρελές. Επίσης, συγκεκριμένες συνθήκες παράγουν σχιζοφρενικά συμπτώματα σε φυσιολογικά άτομα. Τέτοιες συνθήκες είναι:

Α) Αισθηματικός αποχωρισμός.

Β) Βασανισμός και εγκλεισμός.

Γ) Συγκεκριμένα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα, όπως οι αμφεταμίνες κ.α.

Επίσης, είναι σημαντικό να θυμόμαστε πως η πραγματική φύση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων είναι ότι αυτά έρχονται και φεύγουν. Έτσι, τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν φωτεινές περιόδους κατά τις οποίες η συμπεριφορά τους είναι εντελώς φυσιολογική. Αν κατανοήσουμε πώς αυτά τα συμπτώματα έρχονται και φεύγουν, τότε θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε την αληθινή φύση της ίδιας της ασθένειας. Ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν ότι τα πολύ υψηλά επίπεδα άγχους είναι αυτά που προκαλούν τα σχιζοφρενικά συμπτώματα (Nestoros, 1997a).

6) Μειώνοντας το άγχος μέσω αγχολυτικών φαρμάκων ή άλλων μέσων υπάρχει ραγδαία υποχώρηση των συμπτωμάτων της παρανοειδούς σχιζοφρένειας

Ο Mednick το 1958 υποστήριξε ότι το άγχος ήταν το κύριο πρόβλημα της σχιζοφρένειας. Το άγχος φαίνεται ότι αυξάνει τις πιθανότητες των ατόμων που διαφορετικά θα είχαν χαμηλές πιθανότητες εμφάνισης σχιζοφρενικών

συμπτωμάτων. Έτσι, αυτό που φαίνεται σαν μια «διαταραχή της σκέψης» είναι στην πραγματικότητα ένα σημάδι ύπαρξης υψηλού επιπέδου άγχους. Επίσης σε αρκετές έρευνες, υψηλές ποσότητες φαρμάκων, τουλάχιστον δέκα φορές μεγαλύτερες από αυτές που θα προκαλούσαν κώμα ή βαθύ ύπνο σε φυσιολογικά ή νευρωτικά άτομα, προκάλεσαν μέσα σε λίγες ώρες δραματική μείωση στα συμπτώματα των ασθενών που είχαν διαγνωστεί ως παρανοϊκοί σχιζοφρενείς, και μάλιστα μέχρι και την ολοκληρωτική εξαφάνιση των συμπτωμάτων σε ορισμένους ασθενείς. Τα ευρήματα αυτά σχετίζονται άμεσα με το ρόλο του υπερβολικού άγχους στη γένεση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Μια παρόμοια μείωση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων μπορεί να επιτευχθεί αν οι θεραπευτές καταφέρουν να κάνουν τους ασθενείς τους να νιώθουν εντελώς ήρεμοι με τη χρήση ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών. Γι αυτόν το λόγο είναι ουσιαστικό να έχουμε πρόσβαση στις λειτουργίες του ασθενή, όχι μόνο όταν είναι συνεργάσιμος στην ψυχοθεραπεία, αλλά και κάτω από στρεσογόνες συνθήκες. Το εύρημα ότι τα συμπτώματα της παρανοειδούς σχιζοφρένειας αυξάνονται με το έντονο άγχος και μειώνονται με την ηρεμία, ίσως εξηγεί γιατί τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έρχονται και φεύγουν.

Ότι τα συμπτώματα της παρανοειδούς σχιζοφρένειας σχετίζονται με τον τρόμο είναι γνωστό. Μάλιστα, υποστηρίζεται από επιστήμονες ότι η σχιζοφρένεια είναι βασικά «συναισθηματική διαταραχή» επειδή εμφανίζονται ή έρχονται στην επιφάνεια μέσω υπερβολικών επιπέδων άγχους. Επίσης, τα σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορούν να κατανοηθούν μόνο σε σχέση με ολόκληρο το ιστορικό της ζωής ενός συγκεκριμένου ασθενή από την πρώτη του παιδική ηλικία. Όσο χειρότερη είναι η παιδική ηλικία κάποιου ατόμου, τόσο λιγότερο αντικειμενικά τρομακτική θα πρέπει να είναι η ζωή κάποιου στην μετέπειτα πορεία του ώστε να εμφανιστούν τα συμπτώματα αυτά.

Ο Νέστορος πιστεύει σύμφωνα και με την υπόθεση άλλων συγγραφέων σχετικά με την «επαναστατική» φύση των συμπτωμάτων παρανοειδούς σχιζοφρένειας, ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι σημάδια αρχαίων προσαρμοστικών στρατηγικών οι οποίες δεν είναι πλέον απαραίτητα κατάλληλες. Είναι φυσικό ότι στο μεγαλύτερο μέρος του παρελθόντος του ο άνθρωπος επιβίωνε όταν γινόταν καχύποπτός (παρανοϊκός) στην περίπτωση που απειλούνταν. Οι πρόγονοι μας οι οποίοι δεν έγιναν καχύποπτοι όταν απειλήθηκαν, δεν μπορούσαν να επιβιώσουν εύκολα μεταξύ των ζώων ή των άλλων συνανθρώπων τους. Ακόμα και σήμερα και εμείς γινόμαστε καχύποπτοι όταν αισθανθούμε απειλή. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι συνάνθρωποι μας οι οποίοι αναπτύσσουν σχιζοφρενικά συμπτώματα φοβούνται σε τόσο υπερβολικό βαθμό ώστε η καχυποψία τους φτάνει στα όρια της παράνοιας. Αυτό το μοντέλο μπορεί κάλλιστα να συνδυαστεί με την παρούσα γνώση για τα σχιζοφρενικά συμπτώματα. Η γενετική προδιάθεση κάνει τα άτομα πιο επιρρεπή στο στρες, είτε αυξάνοντας την ευαισθησία ή/και την αντίδραση σε εξωτερικές και εσωτερικές στρεσογόνες καταστάσεις. Το διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον δρα ως παράγοντας στρες. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα καταστέλλουν τους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούνται από το υπερβολικό στρες, τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα

ενεργοποιούν αυτούς τους μηχανισμούς και, τέλος , η ψυχοθεραπεία μειώνει και το εξωτερικό άγχος (διδάσκοντας το άτομο και την οικογένεια πώς να αποφεύγει ή και να μειώσει το άγχος) και ενδυναμώνοντας τις στρατηγικές του ατόμου στη διαχείριση του στρες (αλλάζοντας τις απόψεις του ατόμου για τον εαυτό του και για τον κόσμο) (Nestoros, 1997a).

7)Τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν είναι 100% διαταραγμένα ή «τρελά», δηλαδή έχουν ένα λογικό κομμάτι στο οποίο μπορούν να συνεργαστούν με τον ψυχοθεραπευτή

Τα πρόσφατα στοιχεία για την «άγνοια» ή την «κατανόηση» της ψύχωσης, η επίγνωση στο να έχει κανείς μια ψυχική διαταραχή είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, επηρεάζεται από την κουλτούρα, και οι εμπλεκόμενες παράμετροι είναι συνεχόμενες παρά διχοτομημένες, το μοτίβο τους συγκεκριμένο (μεταλλάσσεται κατά τη διάρκεια διαφορετικών σημείων της ασθένειας), επηρεάζεται από την προηγούμενη έκθεση του ασθενή σε πληροφορίες σχετικά με τη φύση της ασθένειας του. Σε μια μελέτη, 57,4% των ασθενών στους οποίους τέθηκε η διάγνωση της σχιζοφρένειας είχαν άγνοια της διαταραχής, κάτι το οποίο σημαίνει ότι 42,6% είχαν επίγνωση της ασθένειας τους ή ήπια έλλειψη άγνοιας (Nestoros, 1997a).

8) Η ψυχοθεραπεία είναι μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία απαιτεί ειδικές συνθήκες που πρέπει να παρέχονται στην περίπτωση της σχιζοφρένειας σταθερά για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα

Πολύπλοκα νευροφυσιολογικά πειράματα απαιτούν για την επιτυχία τους να είναι σωστές μια μεγάλη ποικιλία παραγόντων και συνθηκών. Αν κάποιο από αυτά τα συστατικά αποτύχει, θετικά αποτελέσματα δεν επιτυγχάνονται. Παρομοίως, η αποτυχία στην επίτευξη των επιθυμητών ψυχοθεραπευτικών επιρροών δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ως απόδειξη ότι δεν επιτεύχθηκαν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ίσως να έλειπε απλά ένα συστατικό. Επιπλέον, είναι πιθανόν να μην έλειπε κανένα στοιχείο, αλλά οι προσπάθειες να μην έγιναν για όσο χρονικό διάστημα θα έπρεπε. Αυτό συμφωνεί με αυτό που αναφέρει ο Muller σχετικά με την περιγραφή του τι συμβαίνει όταν ένας θεραπευτής δουλεύει με έναν σχιζοφρενικό ασθενή. Ένας ασθενής απασχολεί ένα σημαντικό κομμάτι της ιδιωτικής και επαγγελματικής ζωής του θεραπευτή. Θα υπάρξει αμοιβαία αναγνώριση και αντί να μιλάμε για «συστηματική θεραπεία» θα έπρεπε να μιλάμε για κοινή περιπέτεια που περιλαμβάνει κοινή μοίρα. Σε αυτό το πλαίσιο ο θεραπευτής αναπτύσσει «ειδικές ανάγκες» οι οποίες είναι συμμετρικές σε αυτές του ασθενή (Nestoros, 1997a).

9) Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται συχνά από μια κατάσταση αυξημένων ικανοτήτων

Πρέπει να τονιστεί το γεγονός πως είναι γνωστό ότι η σχιζοφρένεια δεν είναι μόνο μια ασθένεια, είναι επίσης μια κατάσταση αυξημένων ικανοτήτων. Πολλές φορές τα άτομα αυτά γίνονται πολύ δημιουργικά κατά τη διάρκεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου ενώ γίνονται λιγότερο δημιουργικά όταν τα συμπτώματα υποχωρούν.

Συχνά η εμπειρία με ασθενείς που έχουν σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερη. Η θεραπεία τέτοιων ασθενών μπορεί να ανταμείψει τον θεραπευτή, αφού μπορεί να διδαχτεί από τον ασθενή πολλά για τον εαυτό του και για τη ζωή γενικότερα (Nestoros, 1997a).

2.6 Οι βασικές αρχές του μοντέλου της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία διέπεται από 14 αρχές οι οποίες είναι το ουσιαστικό πλαίσιο της θεραπείας στην οποία οι θεραπευτικές τεχνικές βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση και χρησιμοποιούνται με συστηματικό τρόπο στην κλινική πρακτική. Οι αρχές αυτές εστιάζουν τόσο σε θεωρητικές όσο και σε τεχνικές πλευρές της ψυχοθεραπευτικής αλλαγής. Αποτελούν θεωρητικές κατευθύνσεις, κλινικές στρατηγικές και συστάσεις οι οποίες μπορούν να καθοδηγήσουν τις παρεμβάσεις των θεραπευτών. Οι αρχές αυτές βασίζονται σε μια ομάδα κοινών, σε όλες τις ψυχοθεραπείες, παραγόντων, οι οποίοι παρουσιάστηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997). Οι αρχές αυτές είναι οι εξής:

1) Η σύνθεση των διαφορετικών θεωριών προσωπικότητας, ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπείας είναι ένα εφικτό επιχείρημα. Οι θεωρίες αυτές δεν είναι αντικρουόμενες μεταξύ τους, ιδιαίτερα αν οι επί μέρους πλευρές αυτών των θεωριών απαρτιωθούν με ένα συγκεκριμένο τρόπο.

Στη Συνθετική Ψυχοθεραπεία χρησιμοποιούνται, εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν διαφορετικές θεραπείες σε διαφορετικά στάδια της αλλαγής, με στόχο τη μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων και την ελαχιστοποίηση των περιορισμών τους. Έτσι, θεωρείται ότι ο συνδυασμός και η σύνθεση των διαφόρων προσεγγίσεων μπορεί να προάγει τη συνθετική εστίαση.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της πρώτης αυτής αρχής της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας αποτελεί η θέση ότι η μάθηση συνιστά προαπαιτούμενο της ψυχοσεξουαλικής εκπαίδευσης τους παιδιού και η οποία καταδεικνύει ότι η ψυχαναλυτική θεωρία και η θεωρία της μάθησης δεν είναι ασύμβατες. Έτσι, στο στοματικό στάδιο το παιδί συνδυάζει τη λήψη τροφής από το στόμα με την ανακούφιση της πείνας και του δημιουργείται ένα συναίσθημα ασφάλειας, σύμφωνα με την κλασική εξαρτημένη μάθηση του Pavlov. Η μάθηση αυτή συντελεί στην ψυχοσεξουαλική εξέλιξη του παιδιού, γεγονός που σε αντίθετη περίπτωση δεν θα συνέβαινε. Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι η ελευθερία του ανθρώπου, βασικό χαρακτηριστικό των ανθρωπιστικών θεωριών, αν θεωρηθεί ως μια δυνατότητα και ενδυναμωθεί με τη χρήση ασκήσεων αυτοανάλυσης και ελέγχου και άλλες τεχνικές, βασικές τεχνικές των συμπεριφοριστών, μπορεί να συνδυαστεί αρμονικά με τη συμπεριφοριστική θεωρία. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο γίνεται ουσιαστικά ελεύθερο όταν αποκτήσει επίγνωση της ελευθερίας του και όταν καλλιεργήσει την ελευθερία του με τέτοιες διαδικασίες. Σχετικά με το βιολογικό μοντέλο, αν δεχτούμε ότι κάθε φυσιολογική αλλά και κάθε παθολογική συμπεριφορά διαμεσολαβείται από τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα, αυτό μας αναγκάζει να δεχτούμε ότι το βιολογικό μοντέλο, όχι μόνο δε συγκρούεται με κανένα άλλο, αλλά τα συμπληρώνει (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

2) Αισιοδοξία του θεραπευτή για το αποτέλεσμα και επικοινωνία του μηνύματος αυτού στον θεραπευόμενο ώστε να αυξηθούν οι προσδοκίες επιτυχίας της θεραπείας

Οι προσδοκίες τόσο του θεραπευτή όσο και του θεραπευόμενου για την επιτυχία της θεραπείας είναι όμοιες με το φαινόμενο placebo και αναπαριστούν ένα σημαντικό κοινό παράγοντα που επιδρά ουσιαστικά στη θεραπευτική αλλαγή. Στα πλαίσια της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας η προσπάθεια εστιάζεται στη διάσπαση του φαύλου κύκλου των αρνητικών αυτοεκπληρούμενων προφητειών που αναπαράγουν τις δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές του θεραπευόμενου και θεωρούνται σημαντικές, όσον αφορά στην αποθάρρυνση του για τη δυνατότητα αλλαγής και στη διατήρηση των συγκεκριμένων προβλημάτων του. Ακόμα, ουσιαστικής σημασίας στην Συνθετική ψυχοθεραπεία είναι η δημιουργία θετικής αυτοεκπληρούμενης προφητείας (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

3) Η θεραπευτική σχέση είναι πολύ σημαντική

Το πόσο σημαντική είναι η θεραπευτική σχέση επισημαίνεται από όλες τις θεραπείες. Γενικά, φαίνεται ότι σχετίζεται με θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και για αυτό άλλωστε δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε αυτήν από όλες τις συνθετικές και εκλεκτικές προσεγγίσεις. Παράλληλα, η συμβατότητα και ο συνδυασμός θεραπευτή και θεραπευόμενου αποτελεί ένα συνεχώς αναπτυσσόμενο πεδίο ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Η θεραπευτική σχέση διακρίνεται: α) στη θεραπευτική συμμαχία, β) στη μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση και γ) στην πραγματική σχέση η οποία χαρακτηρίζεται από τις ρεαλιστικές, μη διαταραγμένες αντιλήψεις και ερμηνείες της συμπεριφοράς του άλλου. Στη Συνθετική Ψυχοθεραπεία, σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις, ο θεραπευτής δεν ενθαρρύνει τη «μεταβιβαστική νεύρωση»,αλλά προσπαθεί να κάνει τον θεραπευόμενο να αυξήσει τον έλεγχο της πραγματικότητας. Σχετικά με την αντιμεταβίβαση, ο θεραπευτής πρέπει να έχει συνείδηση των σκέψεων και των συναισθημάτων του κατά τη διάρκεια της θεραπείας ώστε να προσφέρει στον θεραπευόμενο τη «διορθωτική συναισθηματική εμπειρία»,δηλαδή την έκθεση του ατόμου σε ένα νέο είδος εμπειρίας των σχέσεων, όπου ο θεραπευτής συμπεριφέρεται διαφορετικά από τους γονείς του ατόμου, απορρίπτοντας τις αρνητικές προσδοκίες του για τη σχέση. Έτσι, η θεραπευτική σχέση αποτελεί ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο οι συναισθηματικές συγκρούσεις επιλύονται και πραγματοποιείται η μάθηση (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999). Σημαντικά στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης είναι τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή όπως η ενσυναίσθηση, η συμπαράσταση του, η θετική αποδοχή, η ζεστασιά και η ασφάλεια που εκπέμπει, καθώς και τα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου όπως η διάθεση συνεργασίας, η εκφραστικότητα, το πόσο ανοικτός είναι και άλλα (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997).

4) Σημασία στη μείωση του άγχους του θεραπευόμενου και στην προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία έχει στόχο την ανακούφιση του θεραπευόμενου από τα συμπτώματα και την αλλαγή της συμπεριφοράς μέσω της βελτίωσης των προσαρμοστικών μηχανισμών του. Για να πετύχει αυτό το στόχο χρησιμοποιεί διάφορες υποστηρικτικές και διερευνητικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Στη Συνθετική Ψυχοθεραπεία δίνεται έμφαση στη θεραπευτική συμμαχία και εστιάζει στην υποστήριξη απέναντι στην εξωτερική πραγματικότητα και τα διαπροσωπικά προβλήματα, ενώ καταλυτικό ρόλο διαδραματίζει η μείωση του άγχους με τη χρήση ήρεμου τόνου φωνής, ανατροφοδότησης, καθοδήγησης και ενθάρρυνσης. Η συνεχής καθοδήγηση και υποστήριξη οδηγεί σε αλλαγές που διαρκούν και στην προσωπική ανάπτυξη. Τα αποτελέσματα μεγιστοποιούνται όταν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται εναλλακτικά με άλλες μορφές παρέμβασης, στοιχείο που αποδεικνύεται πολύ αποτελεσματικό με τους ψυχωσικούς πελάτες (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997. Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

5) Σημασία στις παρελθούσες εμπειρίες

Το ιστορικό και η σημασία των προβλημάτων των πελατών θα πρέπει να ερευνηθούν (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997). Οι ψυχοδυναμικές σχολές και συνθετικά μοντέλα ψυχοθεραπείας υποστηρίζουν ότι οι εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας και οι σημαντικές σχέσεις του ατόμου έχουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχοπαθολογίας και στην ανταπόκριση στη θεραπεία. Τα πρότυπα συμπεριφοράς και τα διαπροσωπικά σχήματα που συνδέονται με προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου πρέπει να εντοπίζονται και να αναλύονται με σκοπό το άτομο, όταν συνειδητοποιήσει γιατί και πώς αισθανόταν, σκεφτόταν και δρούσε στο παρελθόν, να αντιληφθεί ότι δεν υπάρχει λόγος να συνεχίσει να το κάνει. Η επίδραση που έχει το παρελθόν στο παρόν τονίζεται από τη φράση του Beitman ότι «τα πρότυπα παραμένουν λογικά αλλά όχι πια ρεαλιστικά». Έτσι, ο θεραπευόμενος μπορεί να διαπιστώσει κατά την θεραπεία ότι δεν είναι πια ρεαλιστικός ο φόβος της εγκατάλειψης που βιώνει κάθε φορά που κάνει κάποιο λάθος, ακόμα και αν αυτό συνέβαινε όταν ήταν παιδί, αφού τώρα η κατάσταση έχει αλλάξει. Ο θεραπευτής θα βοηθήσει το θεραπευόμενο στην αντικατάσταση των παλιών δυσπροσαρμοστικών σχημάτων με άλλα πιο προσαρμοστικά (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

6) Η αντίσταση του θεραπευόμενου και ο φόβος της αλλαγής, καθώς και οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί του ανθρώπινου οργανισμού αποτελούν φυσικά φαινόμενα

Η έννοια της αντίστασης που προέρχεται από τη ψυχαναλυτική θεωρία, σχετίζεται με τις ασυνείδητες συγκρούσεις, ωστόσο υιοθετείται και από τους συμπεριφορικούς θεραπευτές, οι οποίοι όμως την προσεγγίζουν με διαφορετικό τρόπο. Η έννοια αυτή έχει να κάνει με την ικανότητα του θεραπευόμενου να αντιμετωπίζει συναισθηματικά την αλλαγή και να

προσαρμόζεται σε μια νέα κατάσταση. Γενικά, υποστηρίζεται ότι ο θεραπευόμενος έχει την τάση να αντιστέκεται στην αλλαγή και αμφιταλαντεύεται μεταξύ παλιών και νέων προτύπων λειτουργικότητας εξαιτίας του φόβου του ότι οι νέες συμπεριφορές θα αντιταχθούν στην ακεραιότητα και τη συνοχή του ως άτομο. Επιπλέον, τα νοητικά δυσπροσαρμοστικά πρότυπα των ασθενών είναι πιο δύσκολο να αλλάξουν εξαιτίας της φθοράς που έχουν υποστεί οι σχετικοί μηχανισμοί. Ωστόσο, παρατηρούνται αλλαγές στις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές, οι οποίες όμως παρουσιάζουν στις περισσότερες περιπτώσεις αργή εξέλιξη και είναι μικρές στην αρχή της θεραπείας. Για τους λόγους αυτούς χρειάζεται χρόνος αλλά και βοήθεια από μέρους του θεραπευτή για να κατανοήσει ο θεραπευόμενος τη λειτουργία της αντίστασης και να αισθανθεί αρκετά ασφαλής, ώστε να υιοθετήσει μια νέα συμπεριφορά (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία υποστηρίζει ότι επειδή όλη η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης είναι φυσικό οι εκούσιες κινήσεις και αντιδράσεις γενικά να αυτοματοποιούνται όταν το άτομο αποφασίσει ότι η γνώση του σε αυτές είναι επαρκής. Επειδή συνέχεια χρησιμοποιούμε συμπεριφορές που κάποτε μάθαμε, θα ήταν οικονομικά ασύμφορο για το νευρικό μας σύστημα να γίνονται όλες αυτές εκούσιες. Όλα αυτά σε συνδυασμό με τη αρχή της ομοιόστασης, βασικού νόμου της φυσιολογίας, θα εξηγούσαν επαρκώς την τάση του οργανισμού να αντιδρά στα ίδια εξωτερικά ερεθίσματα με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή του ψυχαναγκασμού της επανάληψης της ψυχοδυναμικής θεωρίας. Άλλωστε, όσο πιο εκτεθειμένο σε μια απειλή αισθάνεται ένα άτομο, τόσο πιο πολύ θα έχει την τάση να προτιμά το οικείο, έστω και δυσάρεστο παρελθόν, από ότι το άγνωστο, έστω και λογικό πιθανολογούμενο σαν πιο ευχάριστο μέλλον (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

7) Εκπαίδευση του θεραπευόμενου στον εντοπισμό των συναισθημάτων και σκέψεων του και στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης τους στον καθορισμό της συμπεριφοράς του

Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ γνώσης και συναισθήματος στην εξέλιξη της ψυχοπαθολογίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η «Συναισθηματική Λογική», ένα συνθετικό ψυχο-κοινωνικό-βιολογικό μοντέλο στη σχιζοφρένεια. Ακολούθως, και το ενδιαφέρον για την αλληλεπίδραση σκέψης, συμπεριφοράς και συναισθήματος στην ψυχοθεραπεία αυξάνεται διαρκώς. Παράγοντες επιτυχούς αλλαγής του θεραπευόμενου αποτελούν: α) η συναισθηματική εμπειρία (βιωματικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες), β) η κυριαρχία της σκέψης (γνωστική ψυχοθεραπεία) και γ) η ρύθμιση της συμπεριφοράς (συμπεριφοριστικές θεωρίες). Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία ενσωμάτωσε τους παράγοντες αυτούς γιατί θεωρεί ότι οι αλληλεπιδράσεις τους είναι πολύ σημαντικές στην ψυχοθεραπεία (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997. Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

8) Αλλαγή του γνωστικού πλαισίου και παροχή στον θεραπευόμενο αισιόδοξης λογικής εξήγησης/επιχειρηματολογίας

Τα διάφορα μοντέλα ψυχοθεραπείας προσπαθούν να εξηγήσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά με βάση την επιστήμη, τη φιλοσοφία, τη θρησκεία ή τις υπερφυσικές δυνάμεις, προτείνοντας μια αισιόδοξη φιλοσοφία για την ανθρώπινη φύση, την αλλαγή και τη διαδικασία ίασης. Η αισιόδοξη λογική εξήγηση αποτελεί κοινό παράγοντα όλων των θεραπειών, μεταξύ αυτών και της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας. Προάγει το εννοιολογικό πλαίσιο που κάνει τον θεραπευόμενο ικανό να κατανοήσει και να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά του και τη συμπεριφορά των άλλων. Βασίζεται στην πεποίθηση ότι η αντικειμενική πραγματικότητα είναι πολύ λιγότερο απειλητική από ότι ο θεραπευόμενος φοβάται ότι μπορεί να είναι. Για το λόγο αυτό η γνωστική αναπλαισίωση θεωρείται αναγκαία για την επίτευξη ενός πιο αισιόδοξου τρόπου σκέψης του θεραπευόμενου και πιο ενεργούς συμμετοχής του στη θεραπεία (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

9) Τελικός στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η απόκτηση θετικής διάθεσης και νοητικής ισορροπίας

Σύμφωνα με τον Επίκουρο, η θετική διάθεση είναι αποτέλεσμα μείωσης του φόβου και άλλων αρνητικών συναισθημάτων, ενώ γενικά οι θεραπευτικές τελετουργίες και φιλοσοφίες στην αρχαία Ελλάδα συνηγορούν υπέρ αυτής της άποψης. Την ίδια αρχή πρεσβεύει και η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, κυρίως όσον αφορά στον καθοριστικό ρόλο του φόβου στις ψυχικές διαταραχές. Η κλινική εμπειρία τόσο στη φαρμακοθεραπεία όσο και στην ψυχοθεραπεία ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα δείχνει ότι η μείωση του άγχους και των φόβων δρα αποτελεσματικά στην άμβλυνση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Έχει αποδειχτεί ότι οι γνωστικές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Η μείωση των επιπέδων του άγχους έχει σαν συνέπεια την απελευθέρωση σημαντικών γνωστικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η αντίληψη κτλ. Και επακόλουθα η ικανότητα του ατόμου για πιο ενεργή εμπλοκή στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, λειτουργία και επίλυση των προβλημάτων (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997. Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

10) Το άτομο είναι υπεύθυνο για τη συμπεριφορά του (με εξαίρεση άτομα που βρίσκονται σε ψυχωσικό επεισόδιο ή οργανικές ψυχικές διαταραχές) και έχει την ικανότητα επίτευξης αυτοελέγχου και αυτοκυριαρχίας

Στα πλαίσια της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται στην ανάπτυξη αυτοελέγχου, αυτονομίας και κυριαρχίας επί των προβλημάτων του, με στόχο να αποδοθούν από το θεραπευόμενο οι αλλαγές που του συμβαίνουν σε εσωτερικές αιτίες, δηλαδή στον εαυτό του και όχι σε εξωτερικές αιτίες δηλαδή στον θεραπευτή. Οι παρεμβάσεις αυτές χρησιμοποιούνται κυρίως στις γνωστικές ψυχοθεραπείες. Η επίτευξη του στόχου αυτού μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του βαθμού της αυτοεπίτευξης, δηλαδή της πίστης του ατόμου στην ικανότητα του να πραγματοποιεί συγκεκριμένα έργα. Άλλωστε, η αυτοεπίτευξη αποτελεί

προγνωστικό παράγοντα της αλλαγής της συμπεριφοράς και της μελλοντικής εκτέλεσης και δρα προστατευτικά έναντι της υποτροπής. Οι θεραπευόμενοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται από το θεραπευτή να λαμβάνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους, με στόχο την αύξηση της αυτοεπίτευξης, καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμα και άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν κάποια επίγνωση της ασθένειας τους, η οποία μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά με τη θεραπεία (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997. Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

11) Διατήρηση των κοινωνικών παραμέτρων (του περιβάλλοντος του θεραπευόμενου) υπό έλεγχο στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

Οι απόψεις των ερευνητών και τα πειράματα τις δεκαετίες του ’70 και του 80’ για την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος, της «ετικέτας» του ψυχικά ασθενούς και της θεραπείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, που ενθάρρυνε την παθητικότητα και την εξάρτηση, έδειξαν πόσο καθοριστική σημασία έχουν οι κοινωνικές παράμετροι στη ψυχική ασθένεια. Οι σύγχρονες προτάσεις για πιο ευεργετικές μορφές θεραπείας, όπως η θεραπεία περιβάλλοντος, οι θεραπευτικές κοινότητες και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες της σχιζοφρένειας, δείχνουν ότι αυτοί οι παράγοντες λαμβάνονται υπόψη όλο και περισσότερο στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997. Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

12) Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε υγιή και ψυχικά διαταραγμένα άτομα

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία βασίζεται κατά ένα μέρος στην εμπειρία επιτυχούς εφαρμογής της σε άτομα με ψυχωσικά συμπτώματα, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Έχει αποδειχτεί ότι ο συνδυασμός ποικίλων μορφών ψυχοθεραπείας υπερέχει έναντι της εφαρμογής μιας μόνο θεραπείας, όσον αφορά τη σχιζοφρένεια και τις διαταραχές της διάθεσης. Επίσης, έχουν διατυπωθεί υποθέσεις για την ύπαρξη θετικών επιδράσεων της φαρμακοθεραπείας στην ψυχοθεραπεία, όπως η ύφεση των συμπτωμάτων, η βελτίωση της λειτουργίας του εγώ, η θετική επίδραση placebo και η συναισθηματική κάθαρση, οι οποίες θεωρούνται αναγκαίες για ενεργό συμμετοχή στην θεραπεία, ιδιαίτερα για ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα. Παράλληλα, έχουν διατυπωθεί υποθέσεις για τη θετική επίδραση της ψυχοθεραπείας στη συμμόρφωση του ατόμου στη φαρμακοθεραπεία και στην επανένταξη του (Nestoros, Lampropoulos & Vallianatou, 1997. Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

13) Η ψυχοθεραπεία είναι μια περίπλοκη διαδικασία που απαιτεί συγκεκριμένες συνθήκες και προσεκτικό σχεδιασμό του θεραπευτικού πλαισίου, ώστε να είναι επιτυχής

Πρόσφατα οι ερευνητικές προσπάθειες έχουν εστιαστεί στον εντοπισμό των ιδανικών ψυχοθεραπευτικών συνθηκών και της ιδανικής συνεδρίας, μέσω της έρευνας στις ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες και της έρευνας διαδικασίας-αποτελέσματος, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της

ψυχοθεραπείας. Η ίδια η ψυχοθεραπευτική συνεδρία αντιμετωπίζεται σαν ένα περίπλοκο νευροφυσιολογικό πείραμα. Απαιτεί κατάλληλη προετοιμασία, καλό σχεδιασμό και εκτέλεση για την επίτευξη επιτυχούς αποτελέσματος. Για την επίτευξη της όσο γίνεται πιο επιτυχούς έκβασης, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ενήμερος για τις εξελίξεις στην έρευνα και να ενσωματώνει τα ερευνητικά δεδομένα στην καθημερινή του πρακτική για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες ίασης του θεραπευόμενου (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

14) Επιμονή του θεραπευτή στην εφαρμογή της θεραπείας, στοχεύοντας στην επίτευξη και διατήρηση της βελτίωσης της λειτουργικότητας του ατόμου, ιδιαίτερα σε χρόνιους και σοβαρά διαταραγμένους θεραπευόμενους, όπως οι σχιζοφρενείς

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας μπορεί να προκύψει σε ορισμένες περιπτώσεις ύστερα από μεγάλο αριθμό προσπαθειών. Έχει μεγάλη σημασία η επιμονή στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου και στην επίτευξη αποτελεσματικότητας και διάρκειας στη θεραπεία, ιδιαίτερα σε χρόνιες διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από μεγάλες βελτιώσεις και υποτροπές, όπως συμβαίνει στη σχιζοφρένεια (Νέστορος, Ζγαντζούρη και Λαμπρόπουλος, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

3.1. Ορισμός της έννοιας

Η Σχιζοφρένεια ανήκει στις διαταραχές που έχουν σαν βασικό τους χαρακτηριστικό τα ψυχωσικά συμπτώματα. Τέτοιες διαταραχές είναι η Σχιζοφρένεια, η Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και άλλες.

Στη Σχιζοφρένεια, στη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, στη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και στη Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή ο όρος ψυχωτικός αναφέρεται σε παραληρητικές ιδέες, σε προεξάρχουσες παραισθήσεις, σε αποδιοργανωμένο λόγο ή σε αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά (Μάνος, 1997).

Το μέγεθος του κλινικού προβλήματος που προερχόταν από τη Σχιζοφρένεια έχει προσελκύσει συστηματικά την προσοχή μεγάλων μορφών της ψυχιατρικής διαχρονικά. Ο Eugene Bleuler και ο Emil Kraepelin είναι οι δύο σημαντικότερες μορφές στην ιστορία της Σχιζοφρένειας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Το 1860 ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει το σύνδρομο που παρατήρησε πρώιμη άνοια (demence precoce-dementia praecox), όρος που δίνει έμφαση στη γνωσιακή έκπτωση (άνοια) και στην πρώιμη έναρξη που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο(Μάνος, 1997, Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Το σύνδρομο αυτό διαδόθηκε σε όλον τον κόσμο με αυτό το όνομα από τον Emil Kraepelin (1896). Βέβαια γρήγορα διαπιστώθηκε ότι δεν επρόκειτο για μια άνοια που απλά άρχιζε νωρίς αλλά για μια βαριά ψυχωτική διαταραχή (Μάνος, 1997). Ο Emil Kraepelin διαχώρισε περαιτέρω τους ασθενείς με πρώιμη άνοια από αυτούς που πάσχουν από μανιοκαταθλιπτική ψύχωση ή παράνοια. Οι ασθενείς με πρώιμη άνοια χαρακτηρίστηκε ότι έχουν μακροχρόνια εκπτωτική πορεία και κοινά κλινικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Ο όρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 με σκοπό να περιγράψει εκείνο το σύνδρομο που ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρώιμη άνοια. Ο Bleuler συνέλαβε αυτόν τον όρο σε μια προσπάθεια να τονίσει την ύπαρξη σχίσματος στη σκέψη, στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά. Ωστόσο, ο όρος αυτός έχει παρεξηγηθεί πολύ, ιδιαίτερα από το ευρύ κοινό, καθώς ερμηνεύεται ως σχάση της προσωπικότητας. Η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διχασμένη προσωπικότητα και σήμερα ονομάζεται Διασχιστική Διαταραχή της ταυτότητας, συνιστά εντελώς διαφορετική διαταραχή που κατατάσσεται στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV) στις διασχιστικές διαταραχές. Η βασική διάκριση που καθιερώθηκε από τον Bleuler, μεταξύ του όρου σχιζοφρένεια και πρώιμης άνοιας, ήταν ότι η εκπτωτική πορεία δεν είναι αναγκαία για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας, όπως είναι στη θεώρηση του Kraepelin για την πρώιμη άνοια. Έτσι, με την ιδέα αυτή

αυξήθηκαν οι ασθενείς οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια της νόσου. Ωστόσο, υπάρχει σαφής διαφοροποίηση στα διαγνωστικά κριτήρια αν συγκρίνουμε τις ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες έτειναν να χρησιμοποιούν τα κριτήρια του Kraepelin, με τις Η.Π.Α. που έτειναν να χρησιμοποιούν τα κριτήρια του Bleuler, πριν από την εισαγωγή της σχιζοφρένειας στο DSM-III. Μετά την εισαγωγή της νόσου το διαγνωστικό σύστημα στις Η.Π.Α έχει σαφώς και αυτό μετακινηθεί προς τις ιδέες του Bleuler. Ωστόσο ο όρος σχιζοφρένεια έχει καθιερωθεί διεθνώς ως «ετικέτα» της νόσου (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Και άλλοι θεωρητικοί έχουν συμβάλλει σημαντικά στη διερεύνηση διαφόρων όψεων της σχιζοφρένειας. Ο Ernst Kretschmer υποστήριξε ότι η σχιζοφρένεια είναι συχνότερη σε άτομα με ασθενικό, αθλητικό και δυσπλαστικό σωματότυπο από ότι σε άτομα με πυκνικό σωματότυπο, παρατήρηση που σχετίζεται με την εντύπωση που υπάρχει για το σωματότυπο πολλών άστεγων ατόμων. Ο Gabriel Langfeldt διαίρεσε τους ασθενείς με σοβαρά ψυχωτικά συμπτώματα σε δύο ομάδες: σε αυτούς που πάσχουν από αληθή σχιζοφρένεια και σε αυτούς που πάσχουν από σχιζοφρενικόμορφη ψύχωση. Μετά τη δημοσίευση των απόψεων του Langfeldt και ιδιαίτερα της αληθούς σχιζοφρένειας, αυτή έγινε γνωστή στη βιβλιογραφία ως πυρηνική ή προοδευτική ή χωρίς ύφεση σχιζοφρένεια. Ο Kurt Schneider περιέγραψε μια ομάδα συμπτωμάτων πρώτης τάξης τα οποία θεωρούσε μη παθογνωμικά της σχιζοφρένειας, αλλά πραγματιστικής σημασίας για τη διάγνωση της και υπέδειξε ότι η σχιζοφρένεια μπορεί να διαγνωστεί αποκλειστικά με βάση τα συμπτώματα της δεύτερης τάξης και μια τυπική κλινική εικόνα. Παράλληλα τόνισε στους γιατρούς ότι η διάγνωση της σχιζοφρένειας μπορεί να τεθεί ακόμα και σε ασθενείς που δεν εμφανίζουν τα συμπτώματα της πρώτης τάξης, προειδοποίηση που συχνά αγνοείται. Ο Karl Jaspers, ψυχίατρος και φιλόσοφος προσέγγισε την ψυχοπαθολογία με τη σκέψη ότι δεν υπάρχουν θεμελιώδεις αρχές ή σταθερή εννοιολογική δομή. Στις θεωρίες του για τη σχιζοφρένεια προσπάθησε να απαλλαγεί από τις παραδοσιακές έννοιες του υποκειμένου και του αντικειμένου, της αιτίας και του αποτελέσματος, της πραγματικότητας και της φαντασίας, συμβάλλοντας έτσι στο ενδιαφέρον για το περιεχόμενο του παραληρήματος των ψυχιατρικών ασθενών. Ο Adolf Meyer, ιδρυτής της ψυχοβιολογίας πίστευε ότι η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές διαταραχές αποτελούν αντίδραση σε ποικιλία στρεσογόνων παραγόντων της ζωής και για αυτό ονόμασε το σύνδρομο σχιζοφρενική αντίδραση. Τέλος, ο Harry Stack Sullivan, ιδρυτής της διαπροσωπικής ψυχαναλυτικής σχολής, έδωσε έμφαση στην κοινωνική απομόνωση, ως αιτίας αλλά και ως σύμπτωμα της σχιζοφρένειας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Σήμερα, θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι η Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που κύριο χαρακτηριστικό του είναι η έντονη αλλοίωση της εξωτερικής και της εσωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτός ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία, την ψυχοκινητικότητα (Μάνος, 1997). Τα άτομα με αυτήν την διαταραχή συμπεριφέρονται με έναν τρόπο διαφορετικό

από ότι τα άτομα που δεν πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα και για αυτό αρκετές φορές είναι πολύ δύσκολο να κατανοηθούν (Barandes, 1997). Άλλωστε, είναι σημαντικό να μην προσπαθήσουμε να διαμορφώσουμε μια συγκεκριμένη κλινική εικόνα για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς. Οι κλινικές εικόνες των ασθενών αυτών παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία με φάσμα που ξεκινά από την έντονη διέγερση ως και την απάθεια, από την απλή εκκεντρικότητα, ως την πλέον αλλόκοτη συμπεριφορά (Μάνος, 1997).

3.2 Επιδημιολογία

3.2.1 Συχνότητα εμφάνισης

Λόγω των οριακών περιπτώσεων και των διαφωνιών σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια, είναι δύσκολος ο προσδιορισμός της ακριβούς συχνότητας εμφάνισης της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με μια μεγάλη έρευνα σε Αμερικανούς ενήλικες, περίπου το 0,7% του συνολικού πληθυσμού εμφανίζει σχιζοφρένεια σε κάποια στιγμή της ζωής του, ενώ ένα άλλο 1% εμφανίζει μια πιο ήπια σχιζοειδή διαταραχή (Kalat, 1998). Οι Kaplan, Sadock και Grebb, (2000), αναφέρουν ότι ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας στις Η.Π.Α αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1-1,5%. Ανάλογα, η επιδημιολογική μελέτη κατά περιοχή ευθύνης (ECA) που επιχορηγείται από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΝΙΜΗ), αναφέρει επιπολασμό της τάξης του 1,3%. Γενικά, ο επιπολασμός ζωής της σχιζοφρένειας είναι περίπου σταθερός και μελέτες σε όλο τον κόσμο τον υπολογίζουν μεταξύ 0,1-1% (Μάνος, 1997).

3.2.2 Ηλικία και Φύλο

Η σχιζοφρένεια έχει την ίδια συχνότητα εμφάνισης σε άντρες και γυναίκες. Ωστόσο, παρουσιάζονται πολλές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, ως προς την έναρξη και την πορεία της νόσου. Σχετικά με την ηλικία εκδήλωσης της νόσου στα δύο φύλα, φαίνεται ότι στους άντρες εμφανίζεται νωρίτερα από ότι στις γυναίκες. Οι περισσότεροι από τους σχιζοφρενείς άντρες εμφανίζουν τη νόσο πριν από τα 25 τους χρόνια, ενώ αντίστοιχα μόνο το 1/3 των σχιζοφρενών γυναικών εμφανίζουν τη νόσο σε αυτήν την ηλικία. Γενικά, η κορυφή ηλικίας έναρξης είναι στους μεν άντρες μεταξύ 15-25 ετών, ενώ στις γυναίκες 25-35 (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Γενικότερα, τα περισσότερα άτομα αναπτύσσουν σχιζοφρενικά συμπτώματα ανάμεσα στην αρχή της εφηβείας και στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας ζωής. Υπάρχει όμως και έναρξη της νόσου και σε πιο μεγάλη ηλικία, ακόμα και μετά τα 45 (Μάνος, 1997). Ωστόσο, η έναρξη των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας πριν από την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Άτομα στα οποία αρχίζουν τα συμπτώματα σχιζοφρένειας σε νεαρή ηλικία είναι πιο συχνά άντρες, έχουν συνήθως φτωχότερη προνοσηρή προσαρμογή, χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, περισσότερα ευρήματα δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο, πιο έντονα αρνητικά συμπτώματα, μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες και χειρότερη πρόγνωση. Αντίθετα, άτομα με πιο όψιμη έναρξη είναι πιο συχνά γυναίκες, έχουν λιγότερα ευρήματα δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο, λιγότερη γνωστική έκπτωση και καλύτερη πρόγνωση (Μάνος, 1997).

3.2.3 Εποχή γέννησης

Υπάρχει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στη σχιζοφρένεια σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές. Τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα γεννιούνται το χειμώνα, περισσότερο από κάθε άλλη εποχή του

χρόνου (Kalat, 1998). Στη Βόρεια Αμερική και γενικότερα στο βόρειο ημισφαίριο, τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα γεννιούνται πιο συχνά μεταξύ Ιανουαρίου και Απριλίου, ενώ αντίστοιχα στο νότιο ημισφαίριο γεννιούνται πιο συχνά μεταξύ Ιουλίου και τέλους Σεπτεμβρίου (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Αυτή η τάση εξαφανίζεται στις τροπικές περιοχές. Ακόμα, είναι πολύ έντονη στους σχιζοφρενείς που δεν έχουν ιστορικό σχιζοφρένειας στην οικογένεια. Μια οικογένεια, δηλαδή με θετικό ιστορικό έχει αυξημένες πιθανότητες να αποκτήσει παιδί με σχιζοφρένεια, ανεξάρτητα με το ποια εποχή θα γεννηθεί. Όμως μια οικογένεια χωρίς θετικό ιστορικό έχει λίγες πιθανότητες να αποκτήσει παιδί με σχιζοφρένεια, οι οποίες όμως αυξάνονται αν το παιδί έχει γεννηθεί το χειμώνα (Kalat, 1998). Για την ερμηνεία αυτού του φαινόμενου έχουν προταθεί πολλές υποθέσεις, οι οποίες θα αναλυθούν στα πιθανά αίτια της σχιζοφρένειας σε επόμενο κεφάλαιο.

3.2.4 Γεωγραφική κατανομή

Η σχιζοφρένεια απαντάται σε όλες τις εθνικότητες και σε όλες τις περιοχές του κόσμου, αν και είναι σπανιότερη στις τροπικές περιοχές. Τη συναντούμε 10 ως 100 φορές περισσότερο στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη από ότι σε χώρες του τρίτου κόσμου (Kalat, 1998). Ειδικότερα στις Η.Π.Α. η σχιζοφρένεια δεν κατανέμεται εξίσου γεωγραφικά. Από παλιά έχει παρατηρηθεί ότι ο επιπολασμός της νόσου στις νοτιοανατολικές και τις δυτικές πολιτείες των Η.Π.Α. ήταν υψηλότερος σε σχέση με άλλες περιοχές. Τα τελευταία χρόνια αυτή η ανισοκατανομή έχει μειωθεί. Γενικά, όμως κάποιες περιοχές του κόσμου παρουσιάζουν μια ασυνήθιστη συχνότητα της νόσου, γεγονός που ενισχύει τον ισχυρισμό κάποιων περί ύπαρξης ενός λοιμώδους παράγοντα, ως αιτίας της νόσου (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.2.5 Πληθυσμιακή συχνότητα

Ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα πληθυσμού σε πόλεις με πληθυσμό περισσότερο ενός εκατομμυρίου, ενώ η συσχέτιση αυτή δεν υπάρχει καθόλου σε πόλεις με πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων. Επιπλέον, παρατηρείται ότι η επίπτωση της σχιζοφρένειας σε παιδιά με θετικό οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας είναι διπλάσια στις πόλεις από ότι σε χωριά. Αυτές οι παρατηρήσεις δείχνουν ότι σε αστικές περιοχές μπορεί να επιδρούν κοινωνικοί παράγοντες στρες σε άτομα υψηλού κινδύνου (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.2.6 Πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία

Η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλες τις πολιτισμικές κοινότητες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Ωστόσο, φαίνεται ότι σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, η σχιζοφρένεια στους ενήλικες εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και ειδικά στις βιομηχανικές χώρες. Όμως δεν έχει διευκρινιστεί κατά πόσο η σχέση αυτή είναι αιτιολογικής φύσεως ή κατά πόσο η ύπαρξη περισσότερων ανθρώπων με σχιζοφρενικά συμπτώματα στις τάξεις αυτές σχετίζεται με την

εκδήλωση της διαταραχής (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004. Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Η παρατήρηση έχει ερμηνευτεί με την υπόθεση της κατολίσθησης, η οποία υποστηρίζει ότι τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα είτε ολισθαίνουν σε κατώτερη κοινωνικοοικονομική ομάδα, είτε αδυνατούν να ανέλθουν σε υψηλότερη, λόγω της εκδήλωσης της ασθένειας τους. Μια άλλη ερμηνεία είναι αυτή της κοινωνικής αιτιολογίας, η οποία υποστηρίζει ότι τα μέλη των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις που συμβάλλουν στην εκδήλωση της σχιζοφρένειας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Κάποιοι ερευνητές έχουν παρουσιάσει ενδεικτικά στοιχεία ότι το στρες της μετανάστευσης μπορεί να οδηγήσει σε σχιζοφρενικόμορφες καταστάσεις. Σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί υψηλός επιπολασμός της νόσου μεταξύ των ανθρώπων που έχουν πρόσφατα μεταναστεύσει. Και αυτό έρχεται να τονίσει τη συμβολή του παράγοντα της απότομης πολιτισμικής αλλαγής ως έναν από τους παράγοντες πίεσης που ενέχονται στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Πιθανόν, με αυτές τις υποθέσεις έρχεται να συμφωνήσει και η παρατήρηση ότι ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται στις χώρες του τρίτου κόσμου, παράλληλα με την επίδραση που ασκείται από τις τεχνολογικά προηγμένες κοινωνίες. Όσον αφορά τους άστεγους, αν και είναι δύσκολο να ξέρουμε την ακριβή αναλογία των σχιζοφρενών μεταξύ των αστέγων, υπολογίζεται ότι το 1/3 – 2/3 των άστεγων έχει πιθανότατα προσβληθεί από σχιζοφρένεια. Αυτό, βέβαια ίσως σχετίζεται με την αποασυλοποίηση των αστέγων, οι οποίοι δεν τυγχάνουν της κατάλληλης κοινωνικής φροντίδας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.2.7 Δείκτες αναπαραγωγής

Οι γάμοι ανάμεσα σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, καθώς και ο δείκτης γονιμότητας τους έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη χρήση των ψυχοθεραπευτικών φαρμάκων, στην πολιτική των ανοικτών ψυχιατρικών τμημάτων, στην αποασυλοποίηση, στην έμφαση που δίνεται στην αποκατάσταση και τη στη φροντίδα των ασθενών μέσα στην κοινότητα. Έτσι, ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από γονείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχει διπλασιαστεί μεταξύ 1935-1955. Ο δείκτης γονιμότητας των σχιζοφρενών στις μέρες μας είναι παραπλήσιος του δείκτη του γενικού πληθυσμού (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.2Χαρακτηριστικά Κλινικά Συμπτώματα της Σχιζοφρένειας

Τα κλινικά συμπτώματα και σημεία της σχιζοφρένειας εγείρουν τρία σημαντικά θέματα. Καταρχήν, ότι κανένα σύμπτωμα ή σημείο δεν είναι παθογνωμονικό, καθώς κάθε ένα από αυτά μπορούμε να το συναντήσουμε και σε άλλες ψυχιατρικές αλλά και νευρολογικές καταστάσεις. Αυτό σημαίνει ότι για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας δεν αρκεί η εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης, αλλά είναι απαραίτητο και το ιστορικό του ασθενή.

Δεύτερον, τα συμπτώματα μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, καθώς, για παράδειγμα, κάποια συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται και να υποχωρούν στην πορεία της νόσου.

Τέλος, ο γιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το μορφωτικό επίπεδο, τις νοητικές ικανότητες και την πολιτισμική ή υποπολιτισμική ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής. Για παράδειγμα, πολλές θρησκευτικές οργανώσεις και λατρείες μπορεί να έχουν έθιμα που να δείχνουν περίεργα, αλλά να είναι απόλυτα φυσιολογικά για όποιον ανήκει στην ίδια υποπολισμική ομάδα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Κλινική Εικόνα και Πορεία της Σχιζοφρένειας

3.3.1 Φάσεις της σχιζοφρένειας. Προνοσηρά συμπτώματα και σημεία.

Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Υπάρχει όμως σε λίγες περιπτώσεις και η **όψιμη έναρξη**, όταν η διαταραχή ξεκινάει μετά τα 45. Ξαφνικά, αρχίζει να εμφανίζεται εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά, όπως π.χ. η αναζήτηση κάποιου ειδικού προσωπικού μηνύματος σε τίτλους των εφημερίδων, χρησιμοποίηση λέξεων με παράξενο τρόπο. Σταδιακά το άτομο δεν είναι σε θέση να εκτελέσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία και τα ενδιαφέροντα του. Μπορεί να σταματήσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και να αρχίσει να κάνει περίεργα πράγματα όπως να μαζεύει σκουπίδια ή τροφές. Αρχικά, το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορεί να εμφανιστεί αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια του λόγου, παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, παραισθήσεις κ.α. Όλα αυτά αποτελούν την ***πρόδρομη φάση*** της σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή για μήνες.

Ωστόσο, ορισμένοι άνθρωποι δεν αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια με αυτόν τον τρόπο, αλλά ξαφνικά εμφανίζουν μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή μπαίνουν κατευθείαν στην επόμενη φάση, την ***ενεργό φάση*** της σχιζοφρένειας. Άσχετα με την ύπαρξη ή όχι της πρόδρομης φάσης, όλα τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα περνούν από αυτήν την ενεργό φάση. Στη διάρκεια αυτής της φάσης η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς εμφανίζονται έντονα διαταραγμένοι. Τα χαρακτηριστικά ψυχωτικά

συμπτώματα που κυριαρχούν σε αυτήν την φάση είναι οι παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική. Το άτομο μπορεί να είναι φοβισμένο από τις αντιληπτικές ή σκεπτικές εμπειρίες που βιώνει ή να τις έχει αποδεκτεί και να φαίνεται ικανοποιημένο. Βασικό στοιχείο για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι η ύπαρξη χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργή φάση για ένα τουλάχιστον μήνα.

Όταν αυτή η φάση υποχωρήσει, με ή χωρίς θεραπεία, ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια ***υπολειμματική φάση***. Στη φάση αυτή τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα όπως είναι οι ψευδαισθήσεις ή οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να επιμένουν, αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα (Μάνος, 1997).

Σύμφωνα με τις θεωρητικές απόψεις, πριν από την πρόδρομη φάση της νόσου υπάρχουν προνοσηρά συμπτώματα και σημεία, τα οποία προϋπάρχουν της εμφάνισης της νόσου και αποτελούν μέρος της εξελισσόμενης διαταραχής. Η τυπική, αλλά και όχι χωρίς παραλλαγές, προνοσηρή ιστορία των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι ότι διαθέτουν σχιζοειδική ή σχιζοτυπική προσωπικότητα. Τέτοια άτομα είναι ήσυχα, παθητικά και εσωστρεφή. Σαν παιδιά μπορεί να μην έχουν κοντινούς φίλους και σχέσεις και να αποφεύγουν τα ομαδικά σπορ. Σαν έφηβοι μπορεί να αρέσκονται να ακούν μουσική ή να βλέπουν τηλεόραση αποφεύγοντας κάθε κοινωνική δραστηριότητα.

Ωστόσο, τα πρόδρομα συμπτώματα και σημεία σχεδόν πάντα αναγνωρίζονται αναδρομικά, αφού έχει τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας. Για το λόγο αυτό η εγκυρότητα τους είναι αβέβαιη, καθώς η διάγνωση της σχιζοφρένειας, επηρεάζει την αναδρομική τους αξιολόγηση. Έτσι, αν και συχνά θεωρούμε την πρώτη νοσηλεία ως χρόνο έναρξης της νόσου, συμπτώματα και σημεία προϋπάρχουν για μήνες ή ακόμα και για χρόνια (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.3.2 Εξέταση Παρούσας Ψυχικής Κατάστασης

Οι άνθρωποι που θεωρείται ότι πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα διαφέρουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό, τόσο σε σχέση με τα συμπτωμάτων που παρουσιάζουν, όσο και σε σχέση με την έκφραση αυτών των συμπτωμάτων σε όλη την πορεία της ζωής τους (Barandes, 1997).

Η γενική εμφάνιση που παρουσιάζει ένα άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να ποικίλει σημαντικά, από αυτήν ενός ρακένδυτου ατόμου που ουρλιάζει και είναι σε έντονη ψυχοκινητική διέγερση, μέχρι αυτήν του ατόμου υπερβολικά καθαρού και περιποιημένου, που παραμένει εντελώς σιωπηλό και ακίνητο. Ανάμεσα σε αυτά τα δύο άκρα, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζονται ομιλητικοί και να παίρνουν περίεργες στάσεις. Μπορεί ο ασθενής να είναι σε κατάσταση ψυχοκινητικής διέγερσης ή βίαιος, χωρίς φανερή πρόκληση, αλλά συνήθως βρίσκεται σε κατάσταση ψευδαισθήσεων. Στο

αντίθετο άκρο, ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση κατατονικής εμβροντησίας ή απλά κατατονίας, κατάσταση στην οποία ο ασθενής εμφανίζεται χωρίς ενδιαφέρον για τη ζωή, παρουσιάζοντας σημεία βωβότητας, αρνητισμού και αυτόματης υποταγής σε εντολές. Μια λιγότερο ακραία εικόνα αυτού του τύπου σχιζοφρένειας μπορεί να χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλη κοινωνική απόσυρση, εγωκεντρισμό, έλλειψη αυθόρμητης ομιλίας και κινήσεων και απουσία σκοπούμενης συμπεριφοράς. Οι κατατονικοί ασθενείς μπορεί να κάθονται αμίλητοι και ακίνητοι, να απαντούν σε ερωτήσεις μονολεκτικά και να κινούνται μόνο μετά από εντολή. Άλλες περίεργες συμπεριφορές είναι η περίεργη αστάθεια ή δυσκινησία του σώματος (πιθανόν, λόγω παθολογίας βασικών γαγγλίων), οι μυϊκές συσπάσεις, οι στερεοτυπίες κτλ (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα συχνά παραμελούν την υγιεινή του σώματος τους και δεν πλένονται. Ακόμα ντύνονται με υπερβολικά ζεστά ρούχα από ότι επιβάλλει η θερμοκρασία του περιβάλλοντος (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικότερα οι διαταραχές στις διάφορες ψυχικές λειτουργίες, όπως αυτές εμφανίζονται και στον πίνακα των διαγνωστικών κριτηρίων κατά το DSM-IV.

- **Σκέψη**

Οι διαταραχές της σκέψης αποτελούν για πολλούς γιατρούς τα πλέον δυσεξήγητα συμπτώματα, καθώς μπορεί να είναι τα πυρηνικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Τις διαταραχές της σκέψης μπορούμε να τις ταξινομήσουμε σε διαταραχές του περιεχομένου, σε διαταραχές της δομής και διαταραχές της ροής (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Α.1) Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης

Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης αντανακλούν τις ιδέες, πεποιθήσεις και ερμηνείες των ερεθισμάτων από τον ασθενή (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000, σελ. 699).

Οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης είναι κοινές στη σχιζοφρένεια και παίρνουν κυρίως τη μορφή παραληρητικών ιδεών. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες είναι οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο είναι να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης (Μάνος, 1997). Οι παραληρητικές αυτές ιδέες αναφέρονται σε επίμονες σκέψεις και πεποιθήσεις που δεν έχουν λογική βάση και στις οποίες το άτομο πιστεύει ακράδαντα (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004). Οι παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία. Μπορεί να είναι διωκτικές, μεγαλομανιακές, θρησκευτικές, υποχονδριακές (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Στις παραληρητικές ιδέες δίωξης, οι άνθρωποι πιστεύουν ότι αποτελούν το αντικείμενο συνωμοσίας ή ότι καταδιώκονται κατά κάποιο τρόπο. Συχνές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν την πεποίθηση ότι κάποιος παρακολουθείται, ότι η αλληλογραφία του ανοίγεται, ότι το δωμάτιο του ή το σπίτι του είναι παγιδευμένο με μικρόφωνα, ότι οι

τηλεφωνικές του συνομιλίες παρακολουθούνται και καταγράφονται, ή ότι η αστυνομία, τα μέλη της κυβέρνησης, οι γείτονες, ή οι συνάδελφοι στην δουλειά παρενοχλούν το υποκείμενο. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης μερικές φορές είναι σχετικά απομονωμένες ή αποσπασματικές, αλλά μερικές φορές το υποκείμενο έχει ένα πολύπλοκο σύστημα παραληρητικών ιδεών που περιλαμβάνουν τόσο μια μεγάλη ποικιλία μορφών καταδίωξης όσο και την πεποίθηση ότι υπάρχει πίσω από αυτές μια καλά οργανωμένη συνωμοσία. Για παράδειγμα, το υποκείμενο μπορεί να πιστεύει ότι το σπίτι του είναι παγιδευμένο με μικρόφωνα και ότι τον παρακολουθούν επειδή η κυβέρνηση λανθασμένα τον θεωρεί ότι είναι μυστικός πράκτορας μιας ξένης δύναμης. Η παραληρητική ιδέα μπορεί να είναι τόσο περίπλοκη ώστε να εξηγεί σχεδόν οτιδήποτε συμβαίνει στο υποκείμενο (N. Andreasen, 1985)

Ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι κάποιο ον έξω από αυτόν ελέγχει τις σκέψεις και τη συμπεριφορά του, ή αντίθετα ο ίδιος ελέγχει τα φαινόμενα με κάποιο εξωπραγματικό τρόπο. Ακόμα, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει υπερβολική και συνεχή ενασχόληση με αφηρημένες, συμβολικές, ψυχολογικές ή φιλοσοφικές ιδέες (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Το υποκείμενο ασχολείται με λανθασμένες πεποιθήσεις θρησκευτικής φύσης. Οι πεποιθήσεις αυτές υπάρχουν μέσα στο πλαίσιο του συμβατικού θρησκευτικού συστήματος όπως είναι οι πεποιθήσεις για την Δευτέρα Παρουσία, τον Αντίχριστο ή την κατάληψη από τον Διάβολο. Άλλες φορές, οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να αφορούν ένα εντελώς νέο θρησκευτικό σύστημα ή μια απομίμηση των πεποιθήσεων από διάφορες θρησκείες (ειδικά Ανατολικές θρησκείες) όπως είναι οι ιδέες για μετεμψύχωση ή Νιρβάνα (N. Andreasen, 1985)

Μπορεί να ενδιαφέρεται για δήθεν απειλητικές για τη ζωή εξωπραγματικές σωματικές αιτιάσεις (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Στις παραληρητικές σωματικές ιδέες, το υποκείμενο πιστεύει ότι κατά κάποιο τρόπο το σώμα του είναι αρρωστημένο, ανώμαλο, ή έχει αλλάξει. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύει ότι το στομάχι του ή ο εγκέφαλος του βρίσκονται σε αποσύνθεση, ότι τα χέρια του ή το πέος του έχουν μεγεθυνθεί, ή ότι τα χαρακτηριστικά του προσώπου του είναι ασυνήθιστα Μερικές φορές οι σωματικές παραληρητικές ιδέες συνοδεύονται από απτικές ή άλλες ψευδαισθήσεις (Για παράδειγμα, το υποκείμενο πιστεύει ότι υπάρχουν ρουλεμάν που κυλούν γύρω από το κεφάλι του, τα οποία τοποθέτησε εκεί ο οδοντίατρος που σφράγισε τα δόντια του, και ότι μπορεί να τα ακούει να χτυπούν μεταξύ τους) (N. Andreasen, 1985).

Στις παραληρητικές ιδέες αμαρτίας ή ενοχής το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα πιστεύει ότι διέπραξε κάποιο φοβερό αμάρτημα ή ότι έκανε κάτι που δεν μπορεί να συγχωρεθεί. Μερικές φορές το υποκείμενο αισθάνεται υπεύθυνο για την πρόκληση κάποιου καταστροφικού γεγονότος, όπως είναι μια πυρκαγιά ή ένα ατύχημα, με τα οποία στην πραγματικότητα δεν έχει καμία σχέση. Μερικές φορές οι παραληρητικές ιδέες έχουν θρησκευτικό περιεχόμενο, περιλαμβάνοντας την πεποίθηση ότι το αμάρτημα δεν μπορεί να συγχωρηθεί και ότι το υποκείμενο θα υποστεί αιώνια τιμωρία από το Θεό. Μερικές φορές το υποκείμενο απλά πιστεύει ότι πρέπει να τιμωρηθεί από την κοινωνία. Το υποκείμενο μπορεί να επενδύσει ένα μεγάλο μέρος του χρόνου

του εξομολογούμενο για τις αμαρτίες αυτές στον οποιοδήποτε είναι διατεθειμένος να ακούσει (N. Andreasen, 1985).

Α2) Διαταραχές της δομής

Οι διαταραχές της δομής της σκέψης μπορούν να ελεγχθούν κατά τη διάρκεια της ομιλίας ή γραφής ενός ατόμου. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν τη χάλαση του συνειρμού, τον εκτροχιασμό, την ασυναρτησία, την υπερπεριεκτικότητα, τους νεολογισμούς, την ηχολαλία, την ομιλία-σαλάτα, τη βωβότητα κ.α. (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Α3) Διαταραχές της ροής

Οι διαταραχές της ροής της σκέψης αφορούν τον τρόπο με τον οποίο διατυπώνονται οι ιδέες και η ομιλία. Ο εξεταστής στηρίζεται στα στοιχεία που παίρνει από τον τρόπο που ο ασθενής μιλάει, γράφει και σχεδιάζει, ενώ μπορεί να βγάλει και συμπεράσματα παρατηρώντας τη συμπεριφορά του, ειδικά όταν εκτελεί συγκεκριμένες πράξεις. Οι διαταραχές της ροής της σκέψης περιλαμβάνουν τη φυγή των ιδεών, την ανακοπή της σκέψης, τη διαταραχή της προσοχής, το φτωχό περιεχόμενο της σκέψης, τη μειωμένη ικανότητα αφαιρετικής σκέψης, την εμμονή, τους ιδιοσυγκρασιακούς συνειρμούς, την υπερπεριεκτικότητα και την περιφερικότητα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Σημειώνεται ότι στο DSM-IV προτιμήθηκε ο όρος «αποδιοργανωμένος λόγος» για να συμπεριλάβει τη θετική τυπική διαταραχή της σκέψης, όπως η χάλαση των συνειρμών ή εκτροχιασμός της ροής της σκέψης, η ασυναρτησία κτλ.. αυτό έγινε γιατί η κλινική εξέταση του λόγου είναι άμεση και σαφής, ενώ η εξέταση του ειρμού της σκέψης είναι έμμεση, δηλαδή συνάγεται από τις διαταραχές του λόγου (Μάνος, 1997).

• Αίσθηση του εαυτού

Η αίσθηση του εαυτού δίνει σε ένα φυσιολογικό άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης. Αυτή η αίσθηση σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως στη σχιζοφρένεια, διαταράσσεται (Μάνος, 1997). Στη σχιζοφρένεια, ισχύει αυτό που ονομάζουμε «απώλεια των ορίων του Εγώ», όρος που περιγράφει την απουσία σαφούς αίσθησης των ορίων του σώματος, του νου και της επίδρασης του ασθενούς, σε σχέση με αυτά των έμψυχων ή άψυχων οντοτήτων του περιβάλλοντος του. Τέτοια συμπτώματα είναι οι ιδέες αναφοράς των σχιζοφρενών, όταν , για παράδειγμα, πιστεύουν ότι όλοι γύρω τους (ραδιόφωνα, τηλεοράσεις κτλ.) αναφέρονται σε αυτόν. Άλλο σύμπτωμα είναι η αίσθηση ότι ο ασθενής έχει συγχωνευτεί σωματικά με ένα άψυχο ή έμψυχο αντικείμενο του εξωτερικού κόσμου ή ότι ο ίδιος έχει αποσυνδεθεί και συγχωνευτεί με ολόκληρο το συμπάν. Σε αυτά τα πλαίσια, κάποιοι σχιζοφρενείς αμφιβάλλουν για το φύλο ή το σεξουαλικό τους προσανατολισμό (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

• **Αντίληψη**

Οι παραισθήσεις αντιπροσωπεύουν μια ανωμαλία στην αντίληψη. Αποτελούν λανθασμένες αντιλήψεις που εμφανίζονται χωρίς να υπάρχουν συγκεκριμένα εξωτερικά ερεθίσματα τα οποία μπορούν να αναγνωριστούν. Οι εμπειρίες μπορούν να προέλθουν από οποιοδήποτε αισθητηριακό τύπο, συμπεριλαμβανομένης της ακοής, της αφής, της γεύσης, της όσφρησης και της όρασης. Οι αληθινές ψευδαισθήσεις πρέπει να διακρίνονται από τις παραισθήσεις (οι οποίες αποτελούν λανθασμένη αντίληψη κάποιου εξωτερικού ερεθίσματος). Εάν οι παραισθήσεις έχουν θρησκευτικό περιεχόμενο, τότε πρέπει να αξιολογηθούν μέσα στο πλαίσιο του τι θεωρείται φυσιολογικό για το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον του υποκειμένου. Οι παραισθήσεις μπορούν να εμφανιστούν και κάτω από την επίδραση αλκοόλ, φαρμάκων ή ναρκωτικών ουσιών (N. Andreasen, 1985).

Τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να έχουν ψευδαισθητικές εμπειρίες και ως προς τις πέντε αισθήσεις, όμως οι πιο συχνές είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι. Ωστόσο, περισσότερο χαρακτηριστικές είναι οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται είτε μέσα από το κεφάλι του είτε έξω από αυτό. Οι φωνές αυτές μπορεί να τον σχολιάζουν, να του δίνουν εντολές ή αν είναι παραπάνω από μία και να κάνουν διάλογο μεταξύ τους (Μάνος, 1997). Οι φωνές, λοιπόν, αυτές μπορεί να είναι απειλητικού, υβριστικού, προσβλητικού ή ενοχοποιητικού περιεχομένου (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Πολλές φορές, αν οι φωνές αυτές δίνουν εντολές στον ασθενή, μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνες, γιατί μπορεί να τον διατάζουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους (Μάνος, 1997).

Επειδή, ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να εμφανιστούν και σε υγιή άτομα, θα πρέπει οι φωνές αυτές να είναι παρούσες για πολλές μέρες ή εβδομάδες, είτε συνέχεια, είτε κατά διαστήματα (Μάνος, 1997).

Συχνές είναι και οι οπτικές ψευδαισθήσεις ενώ παρατηρούνται και απτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις, αλλά αυτές είναι λιγότερο συχνές. Αν παρατηρούνται τέτοιου είδους ψευδαισθήσεις, ο γιατρός θα πρέπει να λάβει υπόψη του την πιθανότητα ύπαρξης υποκειμενικής παθολογικής ή νευρολογικής διαταραχής που προκαλεί το σύνδρομο (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Κιναισθητικές ψευδαισθήσεις: οι κιναισθητικές ψευδαισθήσεις είναι εξωπραγματικές αισθήσεις αλλαγής των οργάνων του σώματος. Τέτοια παραδείγματα είναι αίσθημα καύσου στον εγκέφαλο, ωστική αίσθηση στα αγγεία ή αίσθημα τομής με νύσσον όργανο στο μυελό των οστών (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Παραισθήσεις: οι παραισθήσεις διαφοροποιούνται από τις ψευδαισθήσεις, καθώς οι παραισθήσεις αποτελούν παραμορφώσεις πραγματικών εικόνων ή αισθήσεων, ενώ οι ψευδαισθήσεις δεν βασίζονται σε πραγματικές αισθήσεις ή εικόνες. Αυτές μπορεί να εμφανίζονται τόσο στην ενεργή φάση της σχιζοφρένειας, αλλά και στην πρόδρομη φάση, καθώς και σε περιόδους

ύφεσης. Ωστόσο, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αυτές οι παραισθήσεις μπορεί να προέρχονται και από τη χρήση ουσιών, ακόμα και αν έχει διαπιστωθεί ότι ο ασθενής πάσχει από σχιζοφρένεια (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

• **Βούληση**

Η αβουλησία εκδηλώνεται σαν μια χαρακτηριστική έλλειψη ενεργητικότητας, κινήτρου και ενδιαφέροντος. Οι σχιζοφρενείς είναι ανίκανοι να δραστηριοποιήσουν τον εαυτό τους στο να αρχίσουν ή να επιμείνουν στην ολοκλήρωση πολλών διαφορετικών ειδών συμπεριφοράς. Σε αντίθεση με την μειωμένη ενεργητικότητα ή ενδιαφέρον της κατάθλιψης, το σύμπλεγμα των συμπτωμάτων της αβουλησίας στην σχιζοφρένεια δεν συνοδεύεται συνήθως από μελαγχολική ή καταθλιπτική διάθεση. Το σύμπλεγμα των συμπτωμάτων της αβουλησίας συχνά οδηγεί σε σοβαρή κοινωνική και οικονομική ανεπάρκεια (N. Andreasen, 1985).

Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις σχιζοφρένειας υπάρχει σε κάποιο βαθμό διαταραχή στην αυτόνομη, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα με βούληση του ατόμου, γεγονός που προσβάλλει σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα για παραγωγική λειτουργία. Στους σχιζοφρενικούς ασθενείς, η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται με τη μορφή ανεπαρκούς ενδιαφέροντος ή ανικανότητας να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη. Μια μορφή διαταραχής της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία ή αμφιθυμία. Οι σχιζοφρενείς, πολλές φορές, δυσκολεύονται ή αδυνατούν να επιλέξουν ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Και η αμφιβουλησία μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (Μάνος, 1997).

• **Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο**

Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις σχιζοφρένειας υπάρχει δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συχνά ο ασθενής αποσύρεται από τον εξωτερικό του κόσμου με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες, χωρίς αντικειμενικό υπόβαθρο. Το περιβάλλον του ασθενή συχνά τον περιγράφει σαν χαμένο στον κόσμο του και συναισθηματικά αποκομμένο από τους άλλους (Μάνος, 1997).

• **Συναίσθημα**

Συχνά στη σχιζοφρένεια παρατηρείται αμβλύ ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. (Μάνος, 1997). Συχνό συναισθηματικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας είναι η μείωση της απαντητικότητας του συναισθήματος, που ορισμένες φορές χαρακτηρίζεται ως ανηδονία, καθώς και τα υπερβολικά και απρόσφορα συναισθήματα, όπως υπερβολική οργή, ευτυχία ή άγχος (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Το πρόσωπο του υποκειμένου μοιάζει άκαμπτο, μηχανοποιημένο, παγωμένο. Δεν αλλάζει η έκφραση, ή αλλάζει λιγότερο από το φυσιολογικά αναμενόμενο, καθώς αλλάζει το συναισθηματικό περιεχόμενο της ομιλίας. Το υποκείμενο δεν χρησιμοποιεί καθόλου το σώμα του σαν βοηθητικό μέσο για να εκφράσει τις ιδέες του, με μέσα όπως οι χειρονομίες, αποφεύγει να κοιτάει τους άλλους ή να χρησιμοποιεί τα μάτια του σαν ένα

βοηθητικό μέσο έκφρασης. Το άτομο δείχνει να κοιτάει στο κενό ακόμα και όταν μιλάει. Παρατηρείται αποτυχία στο να δείξει φυσιολογικά φωνητικά δείγματα έμφασης. Ο λόγος του έχει μια μονοτονική ποιότητα, και δεν δίνεται έμφαση σε σπουδαίες λέξεις μέσα από αλλαγές που γίνονται στην χροιά ή στην ένταση. Γενικότερα δεν αλλάζει τον τόνο της φωνής του όταν πρόκειται για καταστάσεις που συναρπάζουν και μιλά συνήθως υποτονικά. (Andreasen, 1985).

Ακόμα, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά της οξείας ψύχωσης, αλλά και επακόλουθο ενός ψυχωτικού επεισοδίου. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αναφέρονται μερικές φορές ως δευτεροπαθής κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια ή ως μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της σχιζοφρένειας. Άλλοι συναισθηματικοί τόνοι είναι ο τρόμος, η αμηχανία, η αίσθηση της απομόνωσης και η εξοντωτική αμφιθυμία (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Η διαταραχή του συναισθήματος δεν είναι από τα χρήσιμα διαγνωστικά κριτήρια, καθώς είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ακριβώς, εκτός και αν η διαταραχή αυτή είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό. Άλλωστε, σε ορισμένους τύπους σχιζοφρένειας, όπως στον παρανοϊκό τύπο, παρατηρείται φυσιολογικό συναίσθημα. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι και τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν πολλές φορές διαταραχές στο συναίσθημα που μπερδεύουν τα διαγνωστικά κριτήρια (Μάνος, 1997). Γενικά, η διαφορική διάγνωση αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να αποτελεί ένα δύσκολο κλινικό έργο. Υπερβολικά συναισθηματικά φορτισμένοι ασθενείς μπορεί να περιγράψουν αισθήματα παντοδυναμίας, θρησκευτική έκσταση, τρόμο από αίσθηση αποσύνθεσης της ψυχής τους ή παραληρητικό άγχος για ενδεχόμενη καταστροφή του σύμπαντος (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

• Ψυχοκινητικότητα

Υπάρχει μια ποικιλία διαταραχών που χαρακτηρίζει την ψυχοκινητικότητα του ασθενή, ειδικά όταν αυτός βρίσκεται σε βαριά χρόνια ή έντονα οξεία φάση. Καταρχήν παρατηρείται έντονη διέγερση στους ασθενής που βρίσκονται σε οξεία φάση. Η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανιστεί σαν αντίσταση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης – κατατονικός αρνητισμός, σαν κατατονική διέγερση ή σαν ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων. Επίσης, μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, ηχοπραξία ή κηρώδης ευκαμψία, δηλαδή κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν σε οποιαδήποτε θέση τοποθετηθούν. (Μάνος, 1997).

• Παράξενη Συμπεριφορά

Η συμπεριφορά ενός ατόμου που πάσχει από σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασυνήθιστη, παράξενη, ή ιδιόρρυθμη. Για παράδειγμα το υποκείμενο μπορεί να ουρεί μέσα σε ένα δοχείο ζάχαρης, να βάφει τα δύο μισά του σώματος του με διαφορετικά χρώματα ή να σκοτώνει τα μικρά γατάκια με το να χτυπά τα κεφάλια τους πάνω στον τοίχο. Η πληροφορία για τον

παράγοντα αυτό μπορεί να προέλθει μερικές φορές από το ίδιο το υποκείμενο, μερικές φορές από άλλες πηγές, και μερικές φορές από άμεση παρατήρηση.

Ντύνεται με παράξενο τρόπο ή κάνει άλλα παράξενα πράγματα για να μεταβάλει την εμφάνιση του. Για παράδειγμα μπορεί να ξυρίσει όλο το κεφάλι του ή να βάψει μέρη του σώματος του με διαφορετικά χρώματα. Ο ρουχισμός του μπορεί να είναι αρκετά ασυνήθιστος. Μπορεί π.χ. να επιλέξει να φορά κάποιο σύνολο που παρουσιάζεται γενικά ακατάλληλο και απαράδεκτο, όπως είναι ένα καπέλο του baseball ανάποδα, με λαστιχένιες γαλότσες και μακρύ εσώρουχο καλυμμένο με τζιν φόρμα. Ίσως να είναι ντυμένο με ένα φαντασμαγορικό κουστούμι που αντιπροσωπεύει κάποιο ιστορικό πρόσωπο ή εξωγήινο ή να φοράει ρούχα εντελώς ακατάλληλα για τις κλιματολογικές συνθήκες, όπως βαριά μάλλινα ρούχα στην περίοδο του καλοκαιριού.

Το υποκείμενο μπορεί να κάνει πράγματα που θεωρούνται ακατάλληλα σύμφωνα με τις συνηθισμένες κοινωνικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα να αυνανίζεται δημόσια, να ουρεί ή να αφοδεύει σε ακατάλληλα δοχεία, να επιδεικνύει τα γεννητικά του όργανα με ακατάλληλο τρόπο. Μπορεί να περπατάει στο δρόμο μιλώντας με τον εαυτό του ή ίσως να αρχίσει να μιλάει σε ανθρώπους για την προσωπική του ζωή ενώ δεν τους γνωρίζει καν (καθώς ταξιδεύει με τον υπόγειο σιδηρόδρομο ή καθώς στέκεται σε δημόσιο χώρο). Μπορεί να πέσει στα γόνατα του προσευχόμενος και φωνάζοντας ανάμεσα στο πλήθος ή ξαφνικά να καθίσει σε θέση yoga. Μπορεί να κάνει ακατάλληλες σεξουαλικές προτάσεις ή σχόλια σε άγνωστα πρόσωπα.

Το άτομο μπορεί να συμπεριφέρεται με ένα επιθετικό και ανήσυχο τρόπο, συχνά αρκετά απροσδόκητα. Πιθανό να αρχίσει να καυγαδίζει ακατάλληλα με τους φίλους του ή τα μέλη της οικογένειας του ή να πλησιάζει αγνώστους στο δρόμο και να αρχίζει να τους μιλάει θυμωμένα. Μπορεί να γράψει απειλητικά γράμματα σε μέλη της κυβέρνησης ή σε άλλους με τους οποίους είχε κάποια διαφωνία. Σποραδικά, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να εκτελούν επιθετικές και βίαιες πράξεις όπως τραυματισμός ή βασανιστήρια στα ζώα, προσπάθεια τραυματισμού ή φόνου κάποιου ανθρώπου (N. Andreasen, 1985).

- **Μη λεκτική Επικοινωνία**

Η μειωμένη, χαλαρή ή λανθασμένη κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων από την πλευρά των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχει διαπιστωθεί σε πολλές έρευνες. Αυτή η αποτυχία της μη λεκτικής οδού των ασθενών αυτών πιθανόν οφείλεται στην προβληματική συμπεριφορά των γονέων τους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλοί γονείς τέτοιων ατόμων εκφράζουν παράλογη και ασυνεπή συμπεριφορά κατά την επικοινωνία, στην οποία τα λεκτικά και τα μη λεκτικά σήματα είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Η διαταραγμένη εκδήλωση της μη λεκτικής οδού και οι μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα τους οδηγούν σε δυσάρεστες διαπροσωπικές σχέσεις που προσφέρουν αναστάτωση και άγχος. Έτσι, οι ασθενείς αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και βυθίζονται στον κόσμο τους.

Περισσότερο από κάθε άλλη ψυχική πάθηση η σχιζοφρένεια

χαρακτηρίζεται από έντονη αποδιοργάνωση της μη λεκτικής οδού. Οι αποστάσεις που διατηρούν από τους άλλους ανθρώπους δεν είναι οι κοινωνικά αρμόζουσες και συχνά προκαλούν αμηχανία, ένταση και δυσαρέσκεια. Τις περισσότερες φορές τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα κρατούν μεγαλύτερες του συνηθισμένου αποστάσεις, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται πολύ η επικοινωνία.

Οι χειρονομίες και η στάση του σώματος είναι συχνά αλλόκοτες, γιατί συνδέονται με τις παραισθήσεις της νόσου. Ένα από τα πλέον διαταραγμένα κανάλια της μη λεκτικής επικοινωνίας των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι η οπτική τους επαφή. Οι σχιζοφρενείς μη παρανοϊκού τύπου αποφεύγουν έντονα την οπτική επαφή και έτσι αποκόπτουν μια από τις σημαντικότερες πηγές μη λεκτικών μηνυμάτων. Ακόμα, από έρευνες διαπιστώθηκε ότι τα πρόσωπα των ασθενών αυτών είναι πολύ λιγότερο εκφραστικά από αυτά των φυσιολογικών, ειδικά στην έκφραση των θετικών συναισθημάτων.

Τέλος, οι ασθενείς με σχιζοφρενικές διαταραχές εμφανίζουν έντονα προβλήματα και στην αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων, αφού πολλές φορές δεν ανταποκρίνονται καθόλου σε αυτά. Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στο λεκτικό και μη λεκτικό κανάλι, οι φυσιολογικοί άνθρωποι προτιμούν και εμπιστεύονται τα μη λεκτικά μηνύματα. Αντίθετα, τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα συχνά αγνοούν ή αδυνατούν να ερμηνεύσουν τα μη λεκτικά μηνύματα και αποδίδουν σε αυτά εγωκεντρικό και διαστρεβλωμένο μήνυμα (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1994).

3.3.3 Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανιστεί σαν συνοδό σύμπτωμα. Ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω τα πιο χαρακτηριστικά συνοδά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας (ανωμαλίες ψυχοκινητικότητας, άγχος, αποδιοργανωμένη σκέψη κτλ.).

Συχνά συνυπάρχουν και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες π.χ. εξάρτηση από νικοτίνη, Διαταραχές της Προσωπικότητας π.χ. Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας οι οποίες συχνά προηγούνται της έναρξης της Σχιζοφρένειας (Μάνος, 1997).

- *Σωματικά συμπτώματα*

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια συχνά αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα. Τέτοια μπορεί να είναι «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού-δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες, όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.α. επίσης, συχνά τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανίσουν ελάσσονες σωματικές ανωμαλίες όπως υψηλότοξη υπερώα, μικρή ή μεγάλη απόσταση των ματιών ή ελάχιστες δυσμορφίες των αυτιών (Μάνος, 1997).

Γενικά, άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν έναν υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από ατυχήματα και φυσικά αίτια από ότι ο

γενικός πληθυσμός και αυτή η αυξημένη θνησιμότητα δεν ερμηνεύεται από μεταβλητές που σχετίζονται με τον ιδρυματισμό ή τη θεραπεία. Πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι η διάγνωση και η θεραπεία παθολογικών και χειρουργικών καταστάσεων στα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα προσκρούει σε προβλήματα κλινικής πρακτικής. Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι μέχρι και 80% των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα πάσχει και από κάποια σημαντική σωματική νόσο, καθώς και ότι μέχρι στο 50% από αυτούς η σωματική νόσος δεν διαγιγνώσκεται (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- *Αυτοκτονία*

Στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, η αυτοκτονία αποτελεί συχνή αιτία θανάτου. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γιατροί εξακολουθούν να τη συνδέουν περισσότερο με διαταραχές της διάθεσης παρά με ψυχωτικές καταστάσεις. Περίπου το 50% των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα προβαίνει σε τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκαταστροφής κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ το 10-15% αυτοκτονεί στη διάρκεια μιας περιόδου παρακολούθησης 20 ετών. Οι πιθανότητες αυτοκτονίας είναι ίδιες και στα δύο φύλα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Η αυτοκτονία ή οι απόπειρες αυτοκτονίας στη σχιζοφρένεια μπορεί να είναι αποτέλεσμα της χαωτικής τρομακτικής εμπειρίας της ψύχωσης κυρίως στην έναρξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, της κατάθλιψης που εμφανίζεται συχνά στην πορεία της διαταραχής ή σαν υπακοή σε αυτοκαταστροφικές ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες (Μάνος, 1997).

Οι κύριοι παράγοντες επικινδυνότητας για αυτοκτονία είναι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η νεαρή ηλικία και τα υψηλά επίπεδα προνοσηρής λειτουργικότητας. Αυτοί οι τελευταίοι είναι ασθενείς που συνήθως έχουν μόρφωση πανεπιστημιακού επιπέδου και κατανοούν περισσότερο από τους άλλους τις επιπτώσεις της νόσου στη ζωή τους, θεωρώντας έτσι σε κάποια στιγμή την αυτοκτονία ως τη μόνη εναλλακτική λύση. Οι περιπτώσεις αυτές συνήθως αντιμετωπίζονται με φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία και χρήση ομάδων υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα κατάθλιψης και να διοχετευτούν οι φιλοδοξίες του ασθενή προς στόχους που μπορεί να πετύχει (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- *Χρήση και Κατάχρηση ουσιών*

Η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και διαταραχών συνδεόμενων με χρήση ουσιών είναι συχνό πρόβλημα, αν και οι ίδιες οι επιπτώσεις από τη χρήση ουσιών στη σχιζοφρένεια δεν είναι σαφείς. Περίπου το 30-53% των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ ή της εξάρτησης από αυτό. Άλλες ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνά είναι η κάνναβη (15-20%) και η κοκαΐνη (5-10%). Γενικά οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας και διαταραχών σχετιζόμενων με ουσίες δείχνει κακή πρόγνωση (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Όσον αφορά το κάπνισμα, στις περισσότερες έρευνες φαίνεται ότι περισσότερο από το 75% των σχιζοφρενών είναι καπνιστές, σε σχέση με άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς , που είναι καπνιστές σε ποσοστό μικρότερο του 50%. Μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα συνδέεται με χρήση υψηλών δόσεων αντιψυχωτικών φαρμάκων, πιθανόν γιατί αυξάνει το ρυθμό μεταβολισμού τους. Ωστόσο, το κάπνισμα συνδέεται με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης φαρμακευτικού παρκινσονισμού, ίσως γιατί ενεργοποιούνται εξαρτώμενοι από τη νικοτίνη ντοπαμινεργικοί νευρώνες.

- *Εργαστηριακά ευρήματα*

Αν και δεν υπάρχουν ευρήματα παθογνωμονικά για τη σχιζοφρένεια υπάρχουν κάποια ευρήματα τα οποία ανευρίσκονται πιο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς. Δομικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (CT, MRI) δείχνουν δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, όπως διεύρυνση των κοιλιών, των αυλάκων και παρεγκεφαλιδική ατροφία. Επίσης, ελάττωση του μεγέθους των βασικών γαγγλίων και ελάττωση του όλου μεγέθους του εγκεφάλου (Μάνος, 1997). Εγκεφαλικές βλάβες ή ατροφία δε συναντώνται συνήθως σε ασθενείς που πάσχουν από άλλες ψυχικές διαταραχές (Kalat, 1998, σελ. 587). Λειτουργικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (SPECT, PET) έχουν δείξει ελαττωμένη ροή του αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου όπως π.χ. στον προμετωπιαίο λοβό (Μάνος, 1997). Ο εγκέφαλος των σχιζοφρενών έχει λιγότερους νευρώνες στον εγκεφαλικό φλοιό, το ραχιαίο έσω θάλαμο, τους πυρήνες του αμυγδαλοειδούς σώματος και τον ιππόκαμπο. Γενικά, τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα, ακόμα και αυτά που δεν έχουν πάρει ποτέ αντιψυχωσικά φάρμακα, έχουν μειωμένο σε σχέση με τον μέσο όρο εγκεφαλικό μεταβολισμό, ειδικά στον ιππόκαμπο, τις κροταφικές και τις μετωπιαίες περιοχές του φλοιού. Τα δεδομένα αυτά των μελετών τείνουν να υποδεικνύουν περισσότερο αυξημένο μεταβολικό ρυθμό στο οπίσθιο τμήμα του εγκεφάλου από ότι στο πρόσθιο. Ακόμα, τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν εμφανίζουν αυξημένη δραστηριότητα σε τμήματα του μετωπιαίου φλοιού, όταν αυτό απαιτείται για κάποιες δραστηριότητες και για αυτό οι επιδόσεις τους σε αυτές τις δραστηριότητες δεν είναι ικανοποιητικές. Επιπλέον, αρκετοί από αυτούς εκτός του ότι έχουν λιγότερους και λιγότερο ενεργούς νευρώνες από τα υγιή άτομα, εμφανίζουν και ενδείξεις αποδιοργάνωσης των νευρώνων τους, ενώ εμφανίζουν και ενδείξεις περιορισμένης ροής πληροφοριών διαμέσου του μεσολοβίου (Kalat, 1998).

Νευροψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν διάφορες δυσλειτουργίες όπως δυσκολία στον εστιασμό της προσοχής, στην αφαιρετική σκέψη ή δυσκολία στην αλλαγή πλαισίου απάντησης. Νευροφυσιολογικές δοκιμασίες δείχνουν επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, προβλήματα στην παρακολούθηση με το βλέμμα κ.α. ορισμένα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα πίνουν πολύ νερό («τοξίκωση από νερό») και μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές στο ειδικό βάρος των ούρων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Μάνος, 1997).

3.4. Πρόγνωση της Σχιζοφρένειας

Πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, ωστόσο η συχνότητα της δεν είναι γνωστή. Αν και δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση ή ίαση, ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας που θα ποικίλει ευρύτατα. Άλλοι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα ή με τις οικογένειες τους, άλλοι μπορεί να εργάζονται με επίβλεψη, άλλοι χωρίς επίβλεψη, άλλοι να σπουδάζουν, να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις, να έχουν σεξουαλικές σχέσεις ακόμα και να παντρεύονται, πολύ δύσκολα όμως να μπορούν να κάνουν και να κρατήσουν χωρίς να αρρωστήσουν μια ολοκληρωμένη διαπροσωπική-συναισθηματική-ερωτική σχέση (Μάνος, 1997).

Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι σε μια περίοδο 5-10 ετών μετά την πρώτη νοσηλεία, μόνο το 10-20% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα παρουσιάζει ικανοποιητική έκβαση της νόσου. Περισσότερο από το 50% έχει κακή έκβαση, με συχνές νοσηλείες, εξάρσεις της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, επεισόδια μείζονος συναισθηματικής διαταραχής και απόπειρες αυτοκτονίας. Το εύρος των δεικτών ανάνηψης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνεται μεταξύ 10-60% και σύμφωνα με λογικές εκτιμήσεις, το 20-30% όλων των σχιζοφρενών είναι σε θέση να ζει σε ένα βαθμό φυσιολογική ζωή. Περίπου το 20-30% συνεχίζει να βιώνει μέτριας βαρύτητας συμπτώματα, ενώ ένα ποσοστό 40-60% παραμένουν σημαντικά διαταραγμένοι σε όλη τους τη ζωή. Ωστόσο, αν και οι δείκτες αυτοί είναι απαισιόδοξοι, η σχιζοφρένεια δεν έχει πάντοτε εκπτωτική πορεία και υπάρχει μια σειρά παραγόντων που έχει σχετιστεί με καλή πρόγνωση (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Παρακάτω παρατίθεται ένας πίνακας με τα στοιχεία καλής και κακής πρόγνωσης:

Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΛΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ	**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΚΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ**
Απότομη έναρξη διαταραχής	Σταδιακή (ύπουλη) έναρξη διαταραχής
Βραχεία διάρκεια συμπτωμάτων	Μεγάλη διάρκεια συμπτωμάτων
Καμιά προηγούμενη ψυχιατρική διαταραχή	Ιστορικό προηγούμενης ψυχιατρικής διαταραχής
Διαταραχή της διάθεσης	Επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα
Σύγχυση	Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ή επιθετικότητα

Καλή προσαρμογή στο περιβάλλον στην προνοσηρή περίοδο	Προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας
Ιστορικό σταθερής εργασίας	Φτωχό ιστορικό εργασίας
Έγγαμος	Δεν παντρεύτηκε ποτέ
Έναρξη σε μεγαλύτερη ηλικία (μέση ηλικία)	Έναρξη σε μικρότερη ηλικία (παιδική ηλικία, εφηβεία)
Καλή ψυχοσεξουαλική προσαρμογή	Φτωχή ψυχοσεξουαλική προσαρμογή
Φυσιολογική νευρολογική λειτουργία	Ένδειξη νευροψυχολογικής διαταραχής
Φυσιολογική αξονική τομογραφία εγκεφάλου	Ανίχνευση δομικών εγκεφαλικών ανωμαλιών με την αξονική τομογραφία
Υψηλή κοινωνική τάξη	Χαμηλή κοινωνική τάξη
Αρνητικό οικογενειακό ιστορικό	Θετικό οικογενειακό ιστορικό

(Πηγή: Νέστορος, 1996, σελ. 62)

3.5 Διάγνωση

Για πολλές δεκαετίες οι ερευνητές σε όλον τον κόσμο προσπάθησαν και προσπαθούν ακόμα να οριοθετήσουν διαγνωστικά τη σχιζοφρένεια, καθώς η ακριβής διάγνωση της είναι πολύ σημαντική για τη γενικότερη πρόγνωση και θεραπεία του αρρώστου (Μάνος, 1997). Ένα από τα προβλήματα που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια είναι ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από τη νόσο παρουσιάζουν αρκετές διαφορές τόσο ως προς τη συμπτωματολογία, όσο και ως προς τα βιολογικά χαρακτηριστικά. Μάλιστα, ορισμένοι από τους ερευνητές δεν είναι ακόμα σίγουροι αν πρόκειται για μια διαταραχή ή για μια οικογένεια διαταραχών που σχετίζονται μεταξύ τους με κάποιο τρόπο και για αυτό, ίσως, υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα ευρήματα των διαφόρων μελετών (Kalat, 1998).

Η πιο πρόσφατη προσπάθεια διαγνωστικής οριοθέτησης της σχιζοφρένειας είναι αυτή του DSM-III, DSM-III-R και DSM-IV. Καταρχήν αποκλείστηκαν διαταραχές όπως «Λανθάνουσα σχιζοφρένεια», «Μεταιχμιακή σχιζοφρένεια» ή «Απλή σχιζοφρένεια», γιατί δεν παρουσιάζουν σαφή και φανερά ψυχωτικά συμπτώματα. Στη συνέχεια, έγινε προσπάθεια να περιγραφούν σαφή χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, τόσο θετικά όσο και αρνητικά και μπήκαν διαγνωστικοί περιορισμοί, όπως η απώλεια της λειτουργικότητας, η διάρκεια πάνω από έξι μήνες και ο αποκλεισμός άλλων ψυχικών διαταραχών (Μάνος, 1997).

Κατά το DSM-IV τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες: σε θετικά συμπτώματα, που προέρχονται από αύξηση ή διαστρέβλωση φυσιολογικών λειτουργιών και σε αρνητικά συμπτώματα, που προέρχονται από μείωση ή απώλεια φυσιολογικών λειτουργιών (Μάνος, 1997).

Από τις χαρακτηριστικές διαταραχές που αναφέραμε παραπάνω μπορούμε να χωρίζουμε τα συμπτώματα ως εξής:

Θετικά συμπτώματα

- παραισθήσεις
- παραληρητικές ιδέες
- διαταραχή της σκέψης
- παράξενη συμπεριφορά

Αρνητικά συμπτώματα

- επίπεδο ή αμβλύ συναίσθημα
- αλογία
- αβουλησία - απάθεια
- ανηδονία - έλλειψη κοινωνικότητας

(N. Andreasen, 1985).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια κατά το DSM-IV παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ DSM-IV

Α. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία):
(1) παραληρητικές ιδέες
(2) ψευδαισθήσεις
(3) αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνοί εκτροχιασμοί της ροής ή ασυναρτησία)
(4) έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
(5) αρνητικά συμπτώματα (δηλ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία)

Σημείωση: Αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις συνίστανται σε μια φωνή που σχολιάζει συνεχώς τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή σε δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους τότε απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του Κριτηρίου Α.

Β. Κοινωνική/επαγγελματική δυσλειτουργία: Για σημαντικό χρονικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής ένας ή περισσότεροι μείζονες τομείς της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτοφροντίδα είναι αξιοσημείωτα κάτω από το επίπεδο που επιτεύχθηκε πριν την έναρξη (ή όταν η έναρξη είναι στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, αδυναμία του ατόμου να φτάσει στο αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικής, σχολικής ή επαγγελματικής επιτυχίας).

Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν τουλάχιστον για έξι μήνες. Η περίοδος αυτή των έξι μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον για ένα μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία) συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α (δηλ. συμπτώματα ενεργού φάσης) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών των πρόδρομων ή υπολειμματικών περιόδων τα σημεία της διαταραχής μπορεί να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα, ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα από αυτά που αναφέρονται στο Κριτήριο Α μπορεί να είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Δ. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης: Έχουν αποκλειστεί η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και η Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία διότι είτε (1) Δεν έχει συμβεί κανένα Μείζον Καταθλιπτικό, Μαναιακό ή Μεικτό Επεισόδιο ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της ενεργού φάσης είτε (2) Αν έχουν συμβεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων

της ενεργού φάσης, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών περιόδων.

Ε. Αποκλεισμός ουσίας/γενικής ιατρικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

ΣΤ. Σχέση με μια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης: Αν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής ή άλλης Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης, η επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας μπαίνει μόνο όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για ένα τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία).

Κατάταξη μακρόχρονης πορείας (μπορεί να εφαρμοστεί μόνο μετά από την πάροδο ενός τουλάχιστον έτους από την αρχική έναρξη των συμπτωμάτων της ενεργού φάσης):
Επεισοδιακή Με Υπολειμματικά Συμπτώματα Ανάμεσα στα Επεισόδια (τα επεισόδια ορίζονται από την επανεμφάνιση προεξάρχοντων ψυχωτικών συμπτωμάτων) επίσης προσδιορίστε αν: Με Προεξάρχοντα Αρνητικά Συμπτώματα
Επεισοδιακή Χωρίς Υπολειμματικά Συμπτώματα Ανάμεσα στα Επεισόδια
Συνεχής (προεξάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα είναι παρόντα σε όλη την περίοδο της παρατήρησης) επίσης προσδιορίστε αν: Με Προεξάρχοντα Αρνητικά Συμπτώματα
Μοναδικό Επεισόδιο σε Μερική Ύφεση επίσης προσδιορίστε αν: Με Προεξάρχοντα Αρνητικά Συμπτώματα
Μοναδικό Επεισόδιο σε Πλήρη Ύφεση
Άλλο ή Απροσδιόριστο σχήμα

(Πηγή: Μάνος, 1997, σελ. 133-134).

Τα κριτήρια του DSM-IV δεν διαφέρουν σημαντικά από αυτά του DSM-III-R. Ωστόσο, οι παράγοντες που καθορίζουν την πορεία στο DSM-IV προσφέρουν περισσότερες εναλλακτικές λύσεις στον κλινικό γιατρό και είναι πιο περιγραφικοί πραγματικών κλινικών καταστάσεων (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.5.1 Διαφορική Διάγνωση

Συμπτώματα ψύχωσης και κατατονία μπορεί να προκληθούν από μεγάλο αριθμό μη ψυχιατρικών σωματικών καταστάσεων, όπως και από ένα μεγάλο αριθμό ουσιών (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Η ακριβής διάγνωση της σχιζοφρένειας έχει πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως λόγω της συχνά κακής πρόγνωσης της, οπότε η σύγχυση της με άλλες διαταραχές, μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη αντιμετώπιση του ασθενή και της οικογένειας του, με οδυνηρές συνέπειες. Εκτός από αυτό, η ακριβής

διάγνωση προετοιμάζει τον ασθενή, την οικογένεια και τον κλινικό για την αποτελεσματική, άμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη θεραπεία (Μάνος, 1997).

Κατά την εκτίμηση ενός ψυχωτικού ασθενή, πρέπει να ακολουθούνται τρεις γενικές κατευθυντήριες γραμμές, έτσι ώστε να αποκλειστεί μια μη ψυχιατρική σωματική κατάσταση. Καταρχήν, ο κλινικός θα πρέπει να επιμείνει στον αποκλεισμό μιας αδιάγνωστης σωματικής κατάστασης, σε περιπτώσεις που ο ασθενής εμφανίζει ασυνήθιστα ή σπάνια συμπτώματα ή κάποια μεταβολή του επιπέδου συνείδησης. Δεύτερον, θα πρέπει να πάρει ένα πλήρες οικογενειακό ιστορικό σωματικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Τρίτον, ο γιατρός θα πρέπει πάντοτε να έχει κατά νου την πιθανότητα σωματικής νόσου, ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών με προηγούμενη διάγνωση σχιζοφρένειας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Υπάρχουν πολλές διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από τη σχιζοφρένεια. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι:

Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα ή Άνοια. Οι καταστάσεις αυτές διαφοροποιούνται από τη διάγνωση της σχιζοφρένειας από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τις εργαστηριακές εξετάσεις. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν γενική αίματος, ανάλυση ούρων, ηπατικές δοκιμασίες, κρεατινίνη ορού, ουρία αίματος, δοκιμασίες λειτουργίας του θυρεοειδούς και ουρολογικές δοκιμασίες για σύφιλη ή HIV. Επίσης, μπορεί να χρειαστούν αξονική ή μαγνητική τομογραφία (Μάνος, 1997).

Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες, Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες, Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες και γενικότερα Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες. Στις καταστάσεις αυτές κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο ή κάποια τοξίνη κρίνεται ότι είναι ο αιτιολογικός παράγοντας των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Διάφοροι τύποι ουσιών μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα παρόμοια με τη σχιζοφρένεια, όπως παρατεταμένη χρήση αμφεταμίνης ή κοκαΐνης (παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις), η φαινκυκλιδίνη (θετικά και αρνητικά συμπτώματα) κ.α. Για τη διαφορική διάγνωση ο κλινικός μπορεί να βασιστεί στην ενδεχόμενη υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά από μια περίοδο αποχής ή στο αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται ή βελτιώνονται ανάλογα με τη χρήση ή όχι της ουσίας ή ανάλογα με τη χρησιμοποιούμενη ποσότητα της ουσίας. Επίσης, στη διαφορική διάγνωση μπορεί να βοηθήσουν και τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που προκαλούν οι ουσίες. Για παράδειγμα, οι αμφεταμίνες τυπικά προκαλούν παραληρητικές ιδέες και στερεοτυπίες, αλλά όχι συναισθηματική αμβλύτητα ή έντονα αρνητικά συμπτώματα. Ωστόσο, η διαφορική διάγνωση μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη στην περίπτωση που η σχιζοφρένεια μπορεί να συνυπάρχει με αυτές τις διαταραχές (Μάνος, 1997).

Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία και Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή. Η διαφορική διάγνωση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι δύσκολη, γιατί η διαταραχή της διάθεσης είναι συχνή στις διάφορες φάσεις της σχιζοφρένειας. Έτσι:

- Αν τα ψυχωτικά συμπτώματα συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια περιόδων διαταραχής της διάθεσης, τότε η διάγνωση είναι Διαταραχή της Διάθεσης με Ψυχωτικά Στοιχεία.
- Αν συνυπάρχει ταυτόχρονα επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης με συμπτώματα ενεργού φάσης της σχιζοφρένειας, συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής και παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις είναι παρούσες για τουλάχιστον δύο εβδομάδες με απουσία όμως έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης, τότε η διάγνωση είναι Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή.
- Αντίθετα, αν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης έχουν βραχεία διάρκεια σε σχέση με την όλη διάρκεια της διαταραχής, συμβαίνουν μόνο κατά την πρόδρομη και υπολειμματική φάση ή δεν πληρούν τα κριτήρια για επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης, η διάγνωση είναι Σχιζοφρένεια.
- Αν συμπτώματα της διαταραχής της διάθεσης, που πληρούν τα κριτήρια για επεισόδια διαταραχής της διάθεσης επικάθονται σε σχιζοφρένεια, τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνος, 1997, σελ. 145).

Συναισθηματικές Διαταραχές. Η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας από τις συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά είναι σημαντικό να γίνεται εφόσον διαθέτουμε ειδικές και αποτελεσματικές φαρμακοθεραπείες για τη μανία και την κατάθλιψη. Τα συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής στη σχιζοφρένεια πρέπει να είναι πιο βραχείας διάρκειας, από ότι τα πρωτοπαθή σχιζοφρενικά. Όταν ο γιατρός δεν έχει πληροφορίες παρά μόνο την παρούσα ψυχική κατάσταση, θα πρέπει να αναβάλλει να θέσει τελική διάγνωση ή θα πρέπει να συμπεράνει ότι πρόκειται για συναισθηματική διαταραχή μάλλον, και να μην τεθεί βιαστική διάγνωση της σχιζοφρένειας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας. Αν και στις προσωπικότητες αυτές υπάρχουν συμπτώματα που μοιάζουν με εξασθενημένα θετικά συμπτώματα, όπως ιδέες συσχέτισης, παράξενες πεποιθήσεις, μαγική σκέψη, παραισθήσεις, εκκεντρική συμπεριφορά κτλ, ή με αρνητικά συμπτώματα, όπως κοινωνική απομόνωση, εντούτοις λείπουν τα συμπτώματα του Κριτηρίου Α. Αν βέβαια τα συμπτώματα είναι αρκετά έντονα ώστε να συμπληρώσουν το Κριτήριο Α, τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας (Μάνος, 1997).

Διαταραχή της Διάθεσης Με Κατατονικά Στοιχεία. Η διαφορική διάγνωση από τον Κατατονικό Τύπο της σχιζοφρένειας είναι δύσκολη (Μάνος, 1997).

Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή. Η διαφορική διάγνωση βασίζεται στην ολική χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων, όπου στη Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα και λιγότερο από έξι μήνες (Μάνος, 1997).

Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή. Στη διαταραχή αυτή τα ψυχωτικά συμπτώματα έχουν διάρκεια πάνω από μία μέρα αλλά όχι πάνω από ένα μήνα (Μάνος, 1997).

Παραληρητική Διαταραχή. Η διαφορική διάγνωση βασίζεται στις μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και στην απουσία άλλων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως ακουστικές ψευδαισθήσεις, αρνητικά συμπτώματα, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά κτλ. Η διαφορική διάγνωση γίνεται δύσκολη στον Παρανοϊκό Τύπο της σχιζοφρένειας, στον οποίο δεν προέχουν συμπτώματα αποδιοργάνωσης και η λειτουργικότητα διατηρείται συχνά σε καλό επίπεδο (Μάνος, 1997).

Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Η διάγνωση αυτή θα μπει όταν υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση για να τεθεί η διάγνωση της σχιζοφρένειας, της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ή άλλη συγκεκριμένη ψυχωτική διαταραχή (Μάνος, 1997).

Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης (π.χ. Αυτιστική Διαταραχή). Τη διαφορική διάγνωση θα βοηθήσει η μικρή ηλικία έναρξης, συνήθως πριν τα 3 χρόνια, καθώς η έναρξη της σχιζοφρένειας είναι σπάνια τόσο νωρίς, η απουσία έντονων παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων, οι πιο έντονες διαταραχές του συναισθήματος και η απουσία ή ελάχιστη παρουσία του λόγου, που στη δεύτερη περίπτωση χαρακτηρίζεται από στερεοτυπίες και άλλες ανωμαλίες. Η σχιζοφρένεια μπορεί να μπει ως επιπρόσθετη διάγνωση αν προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες είναι παρούσες για τουλάχιστον ένα μήνα. Σχιζοφρένεια που έχει την έναρξη της στην παιδική ηλικία θα πρέπει να διαφοροποιείται και από καταστάσεις που παρουσιάζονται με αποδιοργάνωση του λόγου, όπως οι Διαταραχές της Επικοινωνίας ή με αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς όπως η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (Μάνος, 1997).

Η σχιζοφρένεια θα πρέπει ακόμα να διαφοροδιαγνωστεί από την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή στην οποία το άτομο μπορεί και διατηρεί τον έλεγχο της πραγματικότητας, από την Υποχονδρίαση όπου οι ιδέες δεν είναι παραληρητικού επιπέδου, και από την Διαταραχή Αποπροσωποίησης όπου ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα (Μάνος, 1997).

Υπόκριση και Προσποιητές Διαταραχές. Η διάγνωση της υπόκρισης ή της προσποιητής διαταραχής μπορεί να είναι κατάλληλη για έναν ασθενή που μιμείται τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ δεν είναι σχιζοφρενής. Σε ασθενείς που έχουν πλήρη έλεγχο της παραγωγής των συμπτωμάτων τους μπορεί να τεθεί η διάγνωση της υπόκρισης. Αυτά είναι άτομα που έχουν κάποιο φανερό νομικό ή οικονομικό κίνητρο αν θεωρηθούν άρρωστα. Σε ασθενείς που έχουν μικρότερο έλεγχο στην παραγωγή των ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί να τεθεί η διάγνωση της προσποιητής διαταραχής (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.6 Θεωρίες για την αιτιολογία της Σχιζοφρένειας

Στα χρόνια που πέρασαν παρά τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί οι επιστήμονες δεν μπόρεσαν να μάθουν όσα είναι αρκετά για τη μάστιγα αυτή της ανθρωπότητας που ονομάζεται σχιζοφρένεια και εξακολουθεί να ρημάζει όχι μόνο άτομα, αλλά και οικογένειες ολόκληρες. Ακόμα δεν είναι γνωστό πώς μπορούμε να θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά τη σχιζοφρένεια, αλλά ούτε και πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από αυτήν και αυτό κυρίως γιατί τα αίτια της δεν είναι ακόμα γνωστά (Μάνος, 1997).

Τα αίτια, λοιπόν, της σχιζοφρένειας αναζητούνται εδώ και πολλά χρόνια χωρίς να έχουν ανευρεθεί. Προοδευτικά όμως έχει γίνει αντιληπτό από την επιστημονική κοινότητα ότι πιθανότατα είναι λάθος να αναζητείται ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας και ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας, όπως και πολλών άλλων ψυχικών και σωματικών διαταραχών, κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Μέχρι πρόσφατα οι έρευνες συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόπο, χωρίς όμως επιτυχία. Ήδη, όμως, έχουν σχεδιαστεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, που ίσως μας δώσουν τελικά κάποιες απαντήσεις (Μάνος, 1997).

Επίσης, θα πρέπει να τονίσουμε ότι αν και μιλάμε για τη σχιζοφρένεια σαν να είναι μια ενιαία νόσος, η διαγνωστική κατηγορία περιλαμβάνει πλειάδα διαταραχών που εμφανίζονται με περίπου όμοια συμπτώματα συμπεριφοράς. Η σχιζοφρένεια αποτελεί πιθανότατα ομάδα διαταραχών με ετερογενή αιτιολογία και οπωσδήποτε περιλαμβάνει ασθενείς των οποίων η κλινική εικόνα, η ανταπόκριση τους στη θεραπεία και η πορεία της νόσου τους ποικίλουν (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Κατά καιρούς πάρα πολλές υποθέσεις έχουν προταθεί και έχουν εξεταστεί. Δεν υπάρχουν, ωστόσο, αρκετά δεδομένα που να μπορούν υποστηρίζουν πλήρως όλες αυτές τις υποθέσεις. Παρόλα αυτά αυτές δεν μπορούν να απορριφθούν και εντελώς (Kalat, 1998). Παρακάτω παρατίθενται μερικές από τις πιο πιθανές αιτίες που οι επιστήμονες θεωρούν πιο αξιόπιστες.

3.6.1 Βιολογικοί παράγοντες

Ένας βασικός σχεδιασμός στη βιολογική ερεύνα της σχιζοφρένειας είναι η μέτρηση μιας βιολογικής παραμέτρου σε μια ομάδα ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα και σε μια ομάδα ατόμων χωρίς ψυχοπαθολογία, ή ομάδα μη σχιζοφρενών ψυχιατρικών ασθενών. Οι μέσες τιμές αυτών των μετρήσεων συγκρίνονται για να καθοριστεί αν η ομάδα των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα διαφέρει από την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση έχει αρκετά μειονεκτήματα. Καταρχήν είναι δύσκολο να βρεθεί ομάδα ελέγχου που να ταιριάζει πραγματικά με την ομάδα ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα, δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ομάδα έχει επηρεαστεί από φαρμακοθεραπείες και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, που τα περισσότερα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν έχουν βιώσει. Δεύτερον όπου ανευρίσκεται

διαφορά με βάση αυτήν την προσέγγιση είναι δύσκολο να κατανοήσουμε τη σημασία της. Η ανάδειξη διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι ένδειξη ότι η μέτρηση συνδέεται αιτιολογικά με τη σχιζοφρένεια. Η διαφορά ως προς μια τέτοια βιολογική μέτρηση μπορεί να είναι αποτέλεσμα της νόσου ή της θεραπείας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Ένα μεγάλο τμήμα της έρευνας κατά την προηγούμενη δεκαετία, έχει αποδώσει ένα παθοφυσιολογικό ρόλο σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου, όπως το μεταιχμιακό σύστημα, ο μετωπιαίος φλοιός και τα βασικά γάγγλια. Επειδή αυτές οι τρεις περιοχές συνδέονται μεταξύ τους, δυσλειτουργία της μιας μπορεί να προκαλέσει πρωτοπαθή παθολογία μιας από τις άλλες. Δυο μορφές έρευνας έχουν ενοχοποιήσει το μεταιχμιακό σύστημα ως δυνητική θέση πρωτοπαθούς παθολογίας, τουλάχιστον σε μια ομάδα, αν όχι στην πλειονότητα των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Αυτές οι δυο μορφές έρευνας είναι οι μελέτες με τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου και οι νευροπαθολογοανατομικές μελέτες εγκεφάλων σχιζοφρενών (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Πριν από την ανακάλυψη των τεχνικών απεικόνισης του εγκεφάλου, η μελέτη της σχιζοφρένειας βασιζόταν στην έμμεση μέτρηση της δραστηριότητας του. Οι τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου επιτρέπουν στους ερευνητές να κάνουν εξειδικευμένες μετρήσεις νευροχημικών ουσιών ή της λειτουργίας του εγκεφάλου σε ζώντες ασθενείς. Ωστόσο, η τεχνολογία αυτών των μεθόδων μπορεί να είναι παραπλανητική. Τέτοιες τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου είναι:

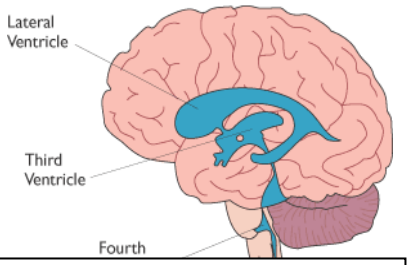
- ***Αξονική Τομογραφία***

Οι πρώτες μελέτες κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκε η αξονική τομογραφία (CT) σε ομάδες με σχιζοφρενικά συμπτώματα, αποκάλυψαν τα πρωιμότερα και πειστικότερα δεδομένα σχετικά με το ότι η σχιζοφρένεια είναι νόσος του εγκεφάλου (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Στην αρχή του 20^{ου} αιώνα νευροπαθολόγοι κοίταζαν και συχνά έβρισκαν δυσλειτουργίες στον εγκέφαλο ασθενών με σχιζοφρένεια. Παρ όλα αυτά οι δυσλειτουργίες αυτές δεν υπήρχαν κατ επανάληψη και πολλοί εγκέφαλοι των ασθενών με σχιζοφρένεια φαινόταν εντελώς φυσιολογικοί. Πολλοί υποστήριζαν ότι δεν υπήρχε τίποτα κακό στους εγκεφάλους των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Ένας μικρός αριθμός αναφορών που υποστήριζε το αντίθετο αγνοήθηκε (Frith, 1992).

Το 1970 με την τεχνολογική πρόοδο κατέστη δυνατό να μελετήσουν τον ανθρώπινο εγκέφαλο. Η αξονική τομογραφία επέτρεψε αναλυτικές εικόνες από τον εγκέφαλο ζωντανών ασθενών και επομένως ήταν εύκολο να μετρήσουν τα ανθρώπινα όργανα. Μια απλή μέτρηση των πλευρικών κοιλοτήτων του εγκεφάλου αποκάλυψε ότι ήταν σημαντικά διογκωμένοι στους ασθενείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα (Frith, 1992). Αυτές οι μελέτες έχουν δείξει συστηματικά ότι στα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα υπάρχει διεύρυνση των πλάγιων κοιλιών, όπως και της 3^{ης} κοιλίας, καθώς και κάποιου βαθμού μείωση του όγκου του φλοιού. Η ερμηνεία που δίνεται είναι ότι τα προσβεβλημένα άτομα υπολείπονται σε εγκεφαλική ουσία. Τώρα, αν αυτή η

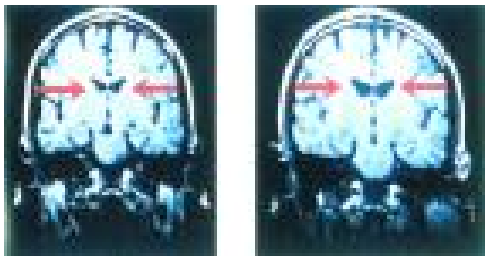
μείωση της ποσότητας του εγκεφαλικού ιστού οφείλεται σε ανώμαλη ανάπτυξη ή σε εκφύλιση παραμένει ένα αναπάντητο ερώτημα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).



Οι εγκεφαλικές κοιλότητες

στον εγκέφαλο

Για πρώτη φορά στις νευροπαθολογικές επιστήμες αυτή η διαπίστωση αναφέρεται επανειλημμένα και από άλλους επιστήμονες. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν διογκωμένες κοιλότητες. Θα ήταν σωστό να λέγαμε ότι οι εγκεφαλικές κοιλότητες των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι μεγαλύτερες σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα της ίδιας ηλικίας, του ίδιου φύλου και του ίδιου οικονομικού και κοινωνικού στάτους. Περίπου το 25% των χρόνια πασχόντων από σχιζοφρένεια έχουν διευρυμένες κοιλότητες. Αυτή η ποιοτική διαφορά αγνοούνταν από τους κλασικούς νευροπαθολόγους που ζητούσαν ποιοτικές διαφορές. Παρ όλα αυτά όμως η αποκάλυψη των διευρυμένων κοιλοτήτων δεν έδωσε ικανοποιητικές απαντήσεις για την σχιζοφρένεια και αυτό γιατί και άλλες ασθένειες όπως η άνοια έχουν τα ίδια συμπτώματα καθώς επίσης η διόγκωση των κοιλοτήτων δεν παρουσιάζεται σε όλους τους ασθενείς.



Οι κοιλότητες ενός υγιούς ανθρώπου (αριστερά) και ενός σχιζοφρενούς (δεξιά)

Το ερώτημα λοιπόν που προκύπτει είναι… τι μπορεί να μας πει η δυσλειτουργία των κοιλοτήτων για την σχιζοφρένεια? Θα πρέπει πρώτα από όλα να συνδέσουμε την παραπάνω δυσλειτουργία με συγκεκριμένα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Οι διογκωμένες κοιλότητες συνδέονται με ανώμαλες ακούσιες κινήσεις των ασθενών, με μια έλλειψη ανταπόκρισης στην θεραπεία με φάρμακα, και τέλος με τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας.

Οι διευρυμένες κοιλότητες οδηγούν και σε άλλες εγκεφαλικές δυσλειτουργίες όπως τη μείωση γειτονικών οργάνων του ιππόκαμπου ή τη μείωση ειδικών νευρικών κυττάρων. Η αξονική τομογραφία δεν δίνει ικανοποιητικές εικόνες αυτών των οργανικών δυσλειτουργιών, αντιθέτως η μαγνητική τομογραφία δίνει περισσότερες απαντήσεις σε θέματα απεικόνισης των οργάνων του εγκεφάλου. Μελέτες που έχουν συνδυάσει και τις δυο τεχνικές έχουν δείξει ότι πολλοί ασθενείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν διογκωμένες κοιλότητες. Αυτή η διόγκωση γίνεται πιο αισθητή από το αριστερό μέρος του εγκεφάλου (Frith, 1992).

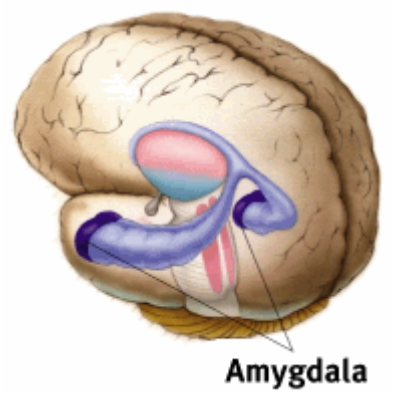
Σε άλλες μελέτες με αξονική τομογραφία έχουν αναφερθεί ανώμαλη ημισφαιρική ασυμμετρία, μειωμένος όγκος παρεγκεφαλίδας και μεταβολές της πυκνότητας του εγκεφάλου. Αρκετές από τις μελέτες αυτές έχουν συσχετίσει τα ευρήματα αυτά με την παρουσία αρνητικών ή υπολειμματικών συμπτωμάτων, νευροψυχιατρικών ανωμαλιών, αυξημένη συχνότητα συμπτωμάτων φαρμακευτικού παρκισονισμού και κακή προνοσηρή λειτουργικότητα. Ωστόσο, οι ανωμαλίες που ελέγχονται με αξονική τομογραφία έχουν ανακοινωθεί και για άλλες νευροψυχιατρικές καταστάσεις και για αυτό μπορούμε να πούμε ότι αυτές οι ανωμαλίες πιθανότατα δεν είναι ειδικές στις παθοφυσιολογικές διαδικασίες της σχιζοφρένειας. Αν και οι διευρυμένες κοιλίες του εγκεφάλου σε άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα είναι εμφανείς όταν συγκρίνονται ομάδες ασθενών με ομάδες ελέγχου, οι διαφορές μεταξύ προσβεβλημένων και μη ατόμων ποικίλουν και είναι μικρές. Ως εκ τούτου, η χρήση της αξονικής τομογραφίας στη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι περιορισμένη (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- **Μαγνητική Τομογραφία**

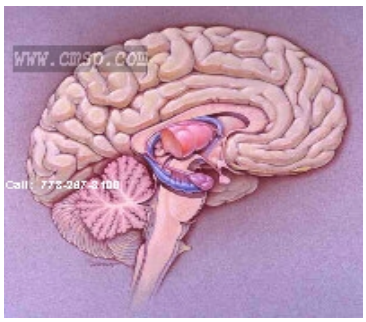
Η μαγνητική τομογραφία (MRI) χρησιμοποιήθηκε αρχικά για τον έλεγχο ευρημάτων με την αξονική τομογραφία., αλλά στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε στη διεύρυνση των γνώσεων μας ως προς την παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Μια από τις πιο σημαντικές μελέτες με μαγνητική τομογραφία διερεύνησε μονοζυγωτικούς διδύμους, ασύμφωνους ως προς τη σχιζοφρένεια. Από τη μελέτη προέκυψε ότι όλοι οι πάσχοντες δίδυμοι είχαν μεγαλύτερου εύρους κοιλίες από τους μη πάσχοντες, αν και οι περισσότεροι από αυτούς είχαν κοιλίες με μέγεθος στα φυσιολογικά όρια.

Η καλύτερη ευκρίνεια που επιτυγχάνεται με τη μαγνητική τομογραφία έχει αποκαλύψει στοιχεία όσον αφορά στον όγκο του συμπλέγματος ιππόκαμπος – αμυγδαλή και της παραϊπποκάμπειας έλικας, ο οποίος ευρίσκεται μειωμένος στα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ μειωμένου όγκου του μεταιχμιακού συτήματος και σοβαρότητας της ψυχοπαθολογίας ή άλλων δεικτών βαρύτητας της νόσου (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).



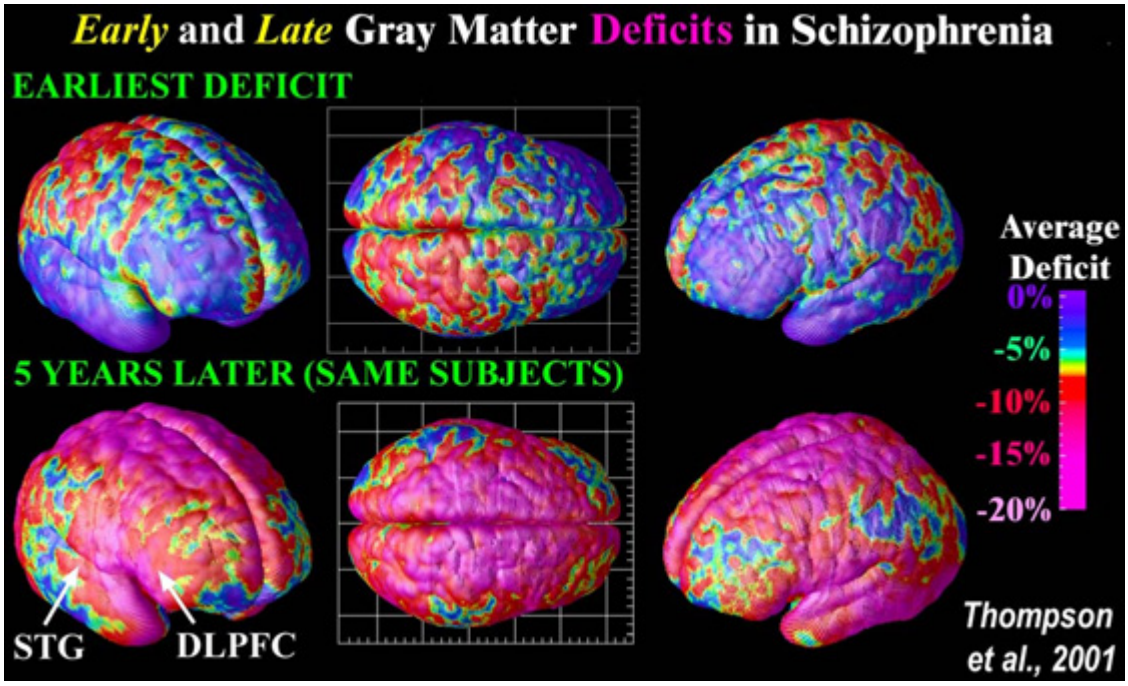
Η αμυγδαλή στον εγκέφαλο



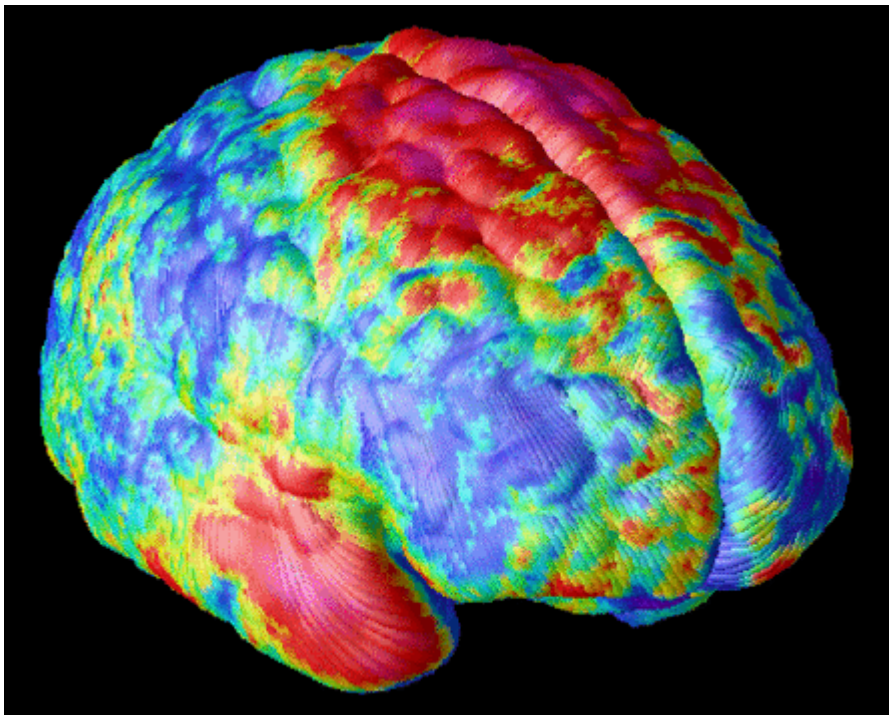
Η θέση του ιππόκαμπου στον εγκέφαλο (με το μπλε χρώμα)

Σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με σχιζοφρένεια - συμπεριλαβομένων και αυτών που δεν έχουν θεραπευτεί- έχουν μειωμένο όγκο μυέλινης στο εγκέφαλο, ειδικά στον κροταφικό και τον μετωπιαίο λοβό. Πρόσφατα νευροεπιστήμονες έχουν βρει μια απώλεια της τάξεως του 25% σε μυέλινη σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου. Η ζημία άρχισε από τον βρεγματικό λοβό και τις εξωτερικές περιοχές του εγκεφάλου και εξαπλώθηκε στο υπόλοιπο του εγκεφάλου σε μια περίοδο πέντε ετών. Ασθενείς με την χειρότερη εγκεφαλική απώλεια ιστού είχαν και τα χειρότερα συμπτώματα της ασθένειας που περιελάμβανε παραισθήσεις, αυταπάτες, παράξενες και ψυχωτικές σκέψεις και κατάθλιψη.

Το Σεπτέμβριο του 2004 μια ομάδα με επικεφαλής τον κ Daniel Weinberger και άλλους επιστήμονες από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Ν.Ι.Μ.Η) των ΗΠΑ διατύπωσαν την άποψη ότι η απώλεια εγκεφαλικού ιστού μυέλινης μπορεί να είναι αναστρέψιμη. Οι επιστήμονες δήλωσαν ότι ερευνούν ένα φάρμακο που δείχνει ότι έχει την δυνατότητα να αναστρέφει τον γνωστικό εκφυλισμό που προκαλεί η σχιζοφρένεια. Πολλές φαρμακευτικές εταιρίες ψάχνουν προς σε αυτή την κατεύθυνση και φαίνεται ότι σημαντικές εξελίξεις θα ανακοινωθούν τα επόμενα χρόνια. Μια εικόνα για το πώς η σχιζοφρένεια έχει αντίκτυπο στον εγκέφαλο είναι η παρακάτω:



Πηγή:USLA Εργαστήριο νευροαπεικόνισης. Ο εγκέφαλος ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια στην πάροδο 5 ετών. Οι περιοχές με το κόκκινο και ροζ χρώμα δείχνουν την απώλεια εγκεφαλικού ιστού ενώ οι σταθερές περιοχές του εγκεφάλου που έμειναν αμετάβλητες είναι με μπλε χρώμα.



Πηγή USLA : Εργαστήριο νευροαπεικόνισης

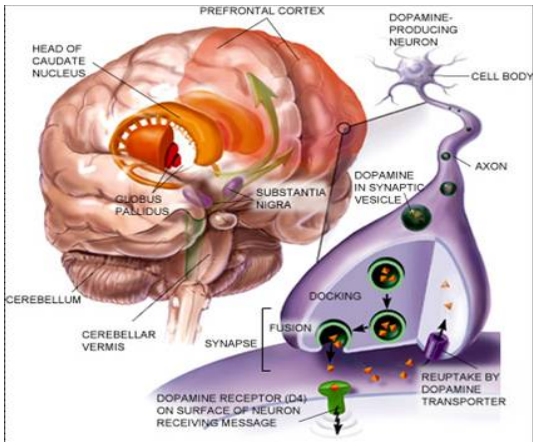
Η τρισδιάστατη απεικόνιση του εγκεφάλου δείχνει την απώλεια (με το κόκκινο χρώμα) σε εγκεφαλικό ιστό μυέλινης στον εγκέφαλο ενός εφήβου με τα αρχικά

στάδια της σχιζοφρένειας. Η μεγαλύτερη απώλεια είναι στον κροταφικό και μετωπιαίο λοβό. Οι περιοχές αυτές ελέγχουν την μνήμη, την ακοή, τις κινητικές λειτουργίες και την προσοχή (http://www.schizophrenia.com)

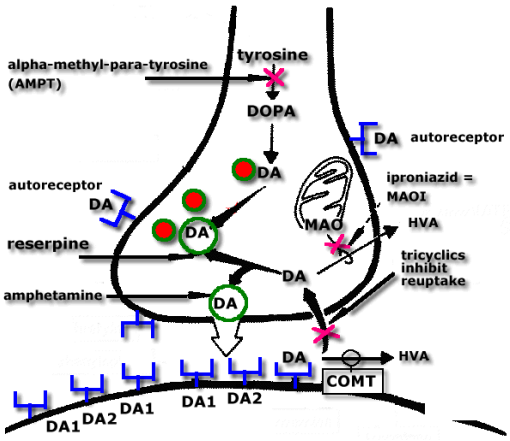
Η Υπόθεση της Ντοπαμίνης

Η πιο διαδεδομένη νευροβιολογική υπόθεση είναι η ντοπαμίνεργική υπόθεση η οποία ξεκίνησε από την ιδέα ότι ο μηχανισμός δράσης των αντιψυχωτικών φαρμάκων θα μπορούσε να φωτίσει την παθοφυσιολογία των σχιζοφρενικών διαταραχών (Μάνος, 1997).

Η ντοπαμίνη είναι η νευροδιαβιβαστική ουσία με την οποία γίνεται η επικοινωνία ανάμεσα στα ντοπαμινεργικά κύτταρα (νευρώνες) και εξασφαλίζεται έτσι η μεταβίβαση των ερεθισμάτων από τον ένα νευρώνα στον άλλο διαμέσου ειδικών υποδοχέων στη νευρωνική σύναψη. Έχουν βεβαιωθεί δυο τουλάχιστον είδη ντοπαμινεργικών υποδοχέων στην ντοπαμινεργική σύναψη που αποτελεί τη βασική λειτουργική μονάδα για τη δράση της ντοπαμίνης οι D1 και οι D2.



Εικόνα ενός ντοπαμινεργικού κυττάρου



Οι ντοπαμινεργικοί υποδοχείς D1 ,D2

(http://www.schizophrenia.com)

Σύμφωνα με αυτήν την υπόθεση η σχιζοφρένεια οφείλεται σε υπερδραστηριότητα στις ντοπαμινεργικές συνάψεις. Τα νευροληπτικά φάρμακα αμβλύνουν τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, μειώνοντας αυτή τη δραστηριότητα (Kalat, 1998). Καθώς έχει δειχτεί ότι τα καθιερωμένα αντιψυχωτικά φάρμακα αναστέλλουν τη μεταβίβαση των νευρικών ερεθισμάτων αποκλείοντας τη δράση του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνης στους υποδοχείς της στο μετασυναπτικό νευρώνα, δημιουργήθηκε η υπόθεση ότι η σχιζοφρένεια θα μπορούσε να σχετίζεται με υπερβολικά αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας της ντοπαμίνης (Μάνος, 1997). Το γεγονός ότι τα φάρμακα που αναστέλλουν τους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς αμβλύνουν τα σχιζοφρενικά συμπτώματα αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι οι αιτίες της σχιζοφρένειας σχετίζονται κατά κάποιο τρόπο με τις ντοπαμινεργικές

συνάψεις. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα ανοιγοκλείνουν τα βλέφαρα τους πιο συχνά από το φυσιολογικό, συμπεριφορά που πιθανόν αντανακλά την υπερδραστηριότητα των ντοπαμινεργικών συστημάτων (Kalat, 1998).

Ωστόσο η υπόθεση της ντοπαμίνης εμφανίζει αρκετά προβλήματα:

- ✓ Δεν έχει αποδειχτεί ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στους εγκέφαλους των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα (Μάνος, 1997). Σε ορισμένες μελέτες διαπιστώθηκε η φυσιολογική συγκέντρωση ντοπαμίνης και σε μερικές άλλες ελαφρώς αυξημένη αλλά σε λίγες μελέτες αναφέρεται συγκέντρωση ντοπαμίνης που απέχει πολύ από τα φυσιολογικά επίπεδα. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι σχιζοφρενείς μπορεί να έχουν συνήθως φυσιολογικά επίπεδα ντοπαμίνης, αλλά περιστασιακά, για σύντομο χρονικό διάστημα τα επίπεδα αυτά να αυξάνονται απότομα (Kalat, 1998).
- ✓ Αν και ο αποκλεισμός των ντοπαμινεργικών υποδοχέων φαίνεται να συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά αποτελέσματα αυτών των φαρμάκων, δεν έχει αποδειχτεί ότι αυτός είναι ο μηχανισμός με τον οποίο βελτιώνεται η ψύχωση (Μάνος, 1997).
- ✓ Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά αντισχιζοφρενικά φάρμακα, αλλά έχουν αντιψυχωτική δράση και σε άλλες ψυχωσικές διαταραχές, όπως στη μανία και την ψυχωτική κατάθλιψη (Μάνος, 1997).
- ✓ Αν και πολλές μελέτες έχουν βρει αύξηση των D_2 υποδοχέων, δηλαδή αυτών που κυρίως δεσμεύουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα, στους ασθενείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα, δεν είναι ξεκαθαρισμένο αν αυτό αντανακλά μια υποκείμενη διαταραχή ή είναι δευτερογενές αποτέλεσμα της νευροληπτικής θεραπείας (Μάνος, 1997).
- ✓ Ένα ακόμα πρόβλημα είναι το χρονικό διάστημα που απαιτείται έως ότου να δράσουν τα νευροληπτικά φάρμακα. Αν και τα φάρμακα αυτά παρεμποδίζουν τους υποδοχείς της ντοπαμίνης σχεδόν αμέσως μετά την πρώτη χορήγηση τους, η δράση τους στη συμπεριφορά μπορεί να εμφανιστεί μετά από δύο ή τρεις εβδομάδες (Kalat, 1998).

Η υπόθεση της ντοπαμίνης στη σχιζοφρένεια εξακολουθεί να υφίσταται βελτιώσεις και επεκτάσεις. Ο υποδοχέας D_5 που ανακαλύφθηκε πρόσφατα, συγγενεύει με τον D_1 και αξίζει να ερευνηθεί. Ομοίως, οι υποδοχείς D_3 και D_4 συγγενεύουν με τον D_2 και θα αποτελέσουν το αντικείμενο εντατικής έρευνας καθώς κατασκευάζονται ειδικοί αγωνιστές και ανταγωνιστές τους (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Άλλοι νευροδιαβιβαστές

Αν και η ντοπαμίνη είναι ο νευροδιαβιβαστής που έχει συγκεντρώσει τη μεγαλύτερη προσοχή στην έρευνα της σχιζοφρένειας, προοδευτικά αυξάνεται το ενδιαφέρον και για άλλους νευροδιαβιβαστές.

- *Σεροτονίνη*

Η σεροτονίνη έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον στην έρευνα για τη σχιζοφρένεια μετά από την παρατήρηση ότι πολλά από τα επονομαζόμενα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν έντονη σεροτονινεργική δραστηριότητα, όπως η κλοζαπίνη, η ρισπεριδόνη και η ριτανσερίνη. Έχει τονιστεί ότι ο ανταγωνισμός των υποδοχέων τύπου 2 ($5HT_2$) της σεροτονίνης είναι σημαντικός στη μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων και στην άμβλυνση των διαταραχών των κινήσεων που προκύπτουν από τον ανταγωνισμό των D_2 υποδοχέων. Επίσης, έχει αποδειχτεί από την έρευνα των συναισθηματικών διαταραχών, ότι η δραστηριότητα της σεροτονίνης συσχετίζεται με την αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά που επίσης παρατηρούνται στα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- *Νορεπινεφρίνη*

Αρκετοί ερευνητές αναφέρουν ότι η μακροχρόνια χορήγηση αντιψυχωτικών φαρμάκων προκαλεί μείωση της δραστηριότητας των νευρώνων της νοραδρεναλίνης στον υπομέλανα τόπο και ότι η θεραπευτική δράση κάποιων από αυτά ασκείται επί των α_1 και α_2-αδρενεργικών υποδοχέων. Όλο και περισσότερα δεδομένα υποδεικνύουν ότι το νοραδρενεργικό σύστημα ρυθμίζει το ντοπαμινικό κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η διαταραχή του πρώτου προδιαθέτει τον ασθενή σε συχνές υποτροπές (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- *Αμινοξέα*

Το ανασταλτικό αμινοξυ-νευροδιαβιβαστής, γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) θεωρείται επίσης ότι συμβάλει στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Υπάρχουν δεδομένα τα οποία συμφωνούν με την υπόθεση ότι ορισμένα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα εμφανίζουν απώλεια GABA-νεργικών νευρώνων στον ιππόκαμπο. Η απώλεια των ανασταλτικών GABA-νεργικών νευρώνων θα μπορούσε, τουλάχιστον θεωρητικά, να προκαλέσει την υπερδραστηριότητα των ντοπαμινικών και νοραδρενεργικών νευρώνων (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000). Αυτή η υπόθεση είναι γνωστή ως GABAεργική και διατυπώθηκε πρώτη φορά το 1972 από τον Roberts (Νέστορος, 1994).

- *Γλουταμινική Υπόθεση*

Εκτός την ντοπαμινεργική υπόθεση της σχιζοφρένειας έχει υποστηριχθεί και η γλουταμινική υπόθεση σύμφωνα με την οποία το ελλοχεύον πρόβλημα είναι η ανεπαρκής δραστηριότητα σε ορισμένες γλουταμινικές συνάψεις του εγκεφάλου. Σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου η ντοπαμίνη εμποδίζει την γλουταμινική έκκριση και σε άλλες η γλουταμίνη διεγείρει νευρώνες που η ντοπαμίνη εμποδίζει. Κατά συνέπεια η ντοπαμινεργική δραστηριότητα μπορεί να έχει τα ίδια αποτελέσματα όπως μια αυξητική γλουταμινική δραστηριότητα. Ακόμα περισσότερο το φάρμακο phencyclidine το οποίο εμποδίζει τους γλουταμινικούς υποδοχείς, οδηγεί σε συμπτώματα τα οποία μιμούνται την

σχιζοφρένεια ακόμα περισσότερο από τα ντοπαμινεργικά φάρμακα. Περιέργως το phencyclidine παράγει λίγα έως καθόλου ψυχωτικά φαινόμενα στην προεφηβία αλλά η δυνατότητα να αυξηθούν μεγαλώνουν με την αύξηση της ηλικίας (Kalat, 1992).

3.6.2 Γενετικοί Παράγοντες

Πειστικές ενδείξεις για την ύπαρξη γενετικού υπόβαθρου στη σχιζοφρένεια προέρχονται από μελέτες που συσχετίζουν τους κινδύνους για αυτήν τη διαταραχή με το βαθμό συγγένειας με ένα άτομο που έχει συνδεθεί με αυτή τη διαταραχή (Barandes, 1997). Οι πρώτες κλασικές μελέτες κληρονομικότητας της σχιζοφρένειας που διενεργήθηκαν στη δεκαετία του ’30 αποκαλύπτουν ότι ένα άτομο πιθανότατα θα νοσήσει αν έχει συγγενείς με σχιζοφρενικά συμπτώματα και η πιθανότητα αυτή αυξάνεται όσο πιο στενή είναι η συγγένεια (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Ο Gottesman στο Πανεπιστήμιο της Virginia έχει συγκεντρώσει στοιχεία για την οικογενή φύση της σχιζοφρένειας από 40 μελέτες οικογενειών και διδύμων από ευρωπαϊκούς πληθυσμούς που εξετάστηκαν από το 1920 μέχρι το 1987. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρόλο που τα μέλη μιας οικογένειας μοιράζονται επίσης το ίδιο περιβάλλον, ο σχετικός κίνδυνος ενός συγγενούς να εκδηλώσει σχιζοφρένεια αυξάνει με τον αριθμό γονιδίων που μοιράζεται με αυτόν που πάσχει από σχιζοφρένεια (Barandes, 1997). Πάνω στο θέμα της γενετικής προδιάθεσης της σχιζοφρένειας έχουν γίνει διάφορων ειδών μελέτες.

Μελέτες διδύμων: Ένα μέρος των στοιχείων που έχουμε προέρχεται από τη σύγκριση μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων. Όταν ένας μονοζυγωτικός δίδυμος πάσχει από σχιζοφρένεια, ο δίδυμος αδερφός του έχει 50% πιθανότητα να εμφανίσει επίσης σχιζοφρενικά συμπτώματα. Ακόμα και οι αδερφοί που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας είναι πιθανόν να εμφανίσουν άλλες σοβαρές διαταραχές, όπως οριακή ή μεταχμιακή διαταραχή. Από την άλλη αν ένας διζυγωτικός δίδυμος είναι άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα, ο άλλος διζυγωτικός αδερφός έχει πιθανότητα μόνο 15% να εμφανίσει σχιζοφρένεια. Δηλαδή, οι μονοζυγωτικοί αδερφοί έχουν πιθανότητα σύμπτωσης για σχιζοφρένεια 50%, ενώ οι διζυγωτικοί δίδυμοι έχουν πιθανότητα μόνο 15%. Προφανώς, αυτή η αυξημένη πιθανότητα σύμπτωσης οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν περισσότερα κοινά γονίδια μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων (Kalat, 1998).

Κατά περίεργο τρόπο, το ποσοστό σύμπτωσης για σχιζοφρένεια ανάμεσα στους μονοζυγωτικούς διδύμους σχετίζεται με το ποσοστό σύμπτωσης για την προτίμηση του χεριού. Σε ορισμένα ζεύγη μονοζυγωτικών διδύμων, ο ένας αποτελεί το καθρεπτικό είδωλο του άλλου, δηλαδή είναι πανομοιότυποι στην εμφάνιση αλλά ο ένας είναι δεξιόχειρας και ο άλλος αριστερόχειρας. Στους μονοζυγωτικούς διδύμους που είναι και οι δυο δεξιόχειρες, το ποσοστό σύμπτωσης για σχιζοφρένεια είναι 92%. Στα ζεύγη όμως μονοζυγωτικών διδύμων που ο ένας είναι δεξιόχειρας και άλλος αριστερόχειρας το ποσοστό σύμπτωσης είναι μόνο 25% (Kalat, 1998).

Το συμπέρασμα που βγαίνει από τα παραπάνω είναι ότι όσο περισσότερα γονίδια μοιράζεται κάποιος με ένα σχιζοφρενικό άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να μοιράζεται το ένα ή τα λίγα που προκαλούν διαταραχή. Είναι αξιοσημείωτο παρόλα αυτά ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι δεν παρουσιάζουν πλήρη συμφωνία για σχιζοφρένεια. Αν η σχιζοφρένεια προκαλείται από ένα παθολογικό γονίδιο ή γονίδια και όλα τα γονίδια των μονοζυγωτικών διδύμων είναι ακριβώς τα ίδια, γιατί το ποσοστό συμφωνίας τους είναι μόνο περίπου 50% και όχι 100%; (Barandes, 1997).

Μια ερμηνεία για αυτό το αποτέλεσμα είναι ότι τα γονίδια δεν βρίσκονται σε απομόνωση. Για πολλές γενετικές ασθένειες υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την έκφραση του παθολογικού φαινομένου και οι οποίοι δεν είναι γνωστοί. Είναι γνωστό εδώ και χρόνια ότι ορισμένοι άνθρωποι που διαθέτουν το γονίδιο μιας νόσου, είτε δεν παρουσιάζουν συμπτώματα της ασθένειας, ένα φαινόμενο που ονομάζεται έλλειψη διεισδυτικότητας, ή υπάρχει μια ποικιλία στην έκφραση του γονιδίου της νόσου (από μέτρια ως σοβαρή), ένα φαινόμενο που ονομάζεται ποικίλη εκφραστικότητα. Η ποικίλη εκφραστικότητα είναι πολύ συχνή. Ο βαθμός έκφρασης του γονιδίου της ασθένειας σε ένα συγκεκριμένο άτομο υποτίθεται ότι επηρεάζεται από άγνωστους περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και από άλλα γονίδια. Οι κληρονομικές ψυχικές ασθένειες μπορεί επίσης να παρουσιάζουν έλλειψη διεισδυτικότητας και ποικίλη εκφραστικότητα. Μονοζυγωτικοί δίδυμοι ασθενών με σχιζοφρένεια ορισμένες φορές εκδηλώνουν μια συμπεριφορά που σύμφωνα με το DSM-III-R θα δικαιολογούσε μια διάγνωση σχιζοειδούς προσωπικότητας ή σχιζοτυπικές διαταραχές της προσωπικότητας. Αυτό δείχνει ότι ακόμα και αν ένα ζευγάρι διδύμων διαγιγνώσκεται τυπικά ως ασύμφωνο για σχιζοφρένεια, ο δίδυμος που έχει προσβληθεί ελαφρά μπορεί ακόμα να εκφράζει το ίδιο γονίδιο ή τα γονίδια που προκαλούν καθαρή ψύχωση στον αδερφό του (Barandes, 1997).

Μια άλλη ερμηνεία για την ασυμφωνία ορισμένων μονοζυγωτικών ζευγαριών διδύμων σχετικά με τη σχιζοφρένεια είναι ότι η εκδήλωση της νόσου στον δίδυμο ο οποίος έχει προσβληθεί μπορεί να οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Barandes, 1997).

Υιοθετημένα παιδιά που εμφάνισαν σχιζοφρένεια: Μια δεύτερη κατηγορία ενδείξεων που υποστηρίζει τη γενετική βάση της σχιζοφρένειας προέρχεται από τη μελέτη υιοθετημένων παιδιών που εμφανίζουν σχιζοφρένεια. Περισσότεροι βιολογικοί συγγενείς αυτών των παιδιών πάσχουν από σχιζοφρένεια από ότι θετοί γονείς. Το παιδί ενός γονέα με σχιζοφρενικά συμπτώματα που ένα υγιές ζευγάρι έχει υιοθετήσει έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσει σχιζοφρένεια σε σχέση με το παιδί υγιών γονέων που έχει ένα θετό γονέα με σχιζοφρένεια. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι είτε γενετικοί παράγοντες, είτε το προγεννητικό περιβάλλον παίζουν καθοριστικό ρόλο στην σχιζοφρένεια (Kalat, 1998).

Τα παιδιά γονέων που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα και τα δίδυμα αδέλφια των γονέων αυτών: Σε έρευνες που έχουν γίνει σε Σκανδιναβικές χώρες διαπιστώνεται ότι αν έχουμε δυο δίδυμα παιδιά και το

ένα μόνο πάσχει από σχιζοφρενικά συμπτώματα, τότε τα παιδιά και των δύο έχουν τις ίδιες σχεδόν πιθανότητες να νοσήσουν από σχιζοφρένεια. Προφανώς και οι δύο δίδυμοι κληρονόμησαν τα ίδια γονίδια που προδιαθέτουν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Άγνωστοι παράγοντες επέδρασαν έτσι ώστε ο ένας δίδυμος αδελφός να αναπτύξει σχιζοφρενικά συμπτώματα και ο άλλος όχι, αλλά και οι δυο μπορούσαν να μεταβιβάσουν τα γονίδια στα παιδιά τους. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι τα γονίδια δεν είναι η μόνη εξήγηση για τη σχιζοφρένεια. Είναι σαφές ότι κάποιος που έχει τα γονίδια τα οποία είναι υπεύθυνα για τη σχιζοφρένεια μπορεί να μην εμφανίσει ποτέ τη νόσο αυτή. Τα δεδομένα αυτά επίσης δείχνουν ότι τα άτομα που δεν έχουν τα γονίδια της σχιζοφρένειας σπάνια εμφανίζουν τη νόσο (Kalat, 1998).

Χρωμοσωμικοί δείκτες: Οι τρέχουσες γενετικές προσεγγίσεις στοχεύουν στον εντοπισμό μεγάλων οικογενειακών δέντρων πασχόντων ατόμων και στη διερεύνηση των RFLPs των οικογενειών που ξεχωρίζουν, ως προς το φαινότυπο της νόσου. Μετά την ευρεία εφαρμογή των τεχνικών της Μοριακής Βιολογίας έχουν ανακοινωθεί στη βιβλιογραφία πολλές συσχετίσεις μεταξύ συγκεκριμένων θέσεων επί των χρωμοσωμάτων και της σχιζοφρένειας. Σε αυτές τις ανακοινώσεις πάνω από το 50% των χρωμοσωμάτων έχει συσχετιστεί με τη σχιζοφρένεια, ενώ τα μακρά σκέλη των 5, 11 και 18, τα βραχέα σκέλη του 19 και το χρωμόσωμα Χ, αναφέρονται συχνότερα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000, σελ. 687).

Δεδομένα όπως τα παραπάνω υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η γενετική προδιάθεση παίζει σημαντικό ρόλο στη σχιζοφρένεια (Kalat, 1998). Δεν έχει όμως επιβεβαιωθεί ο τρόπος μετάδοσης της σχιζοφρένειας και τι είναι αυτό που κληρονομείται, δηλαδή αν κληρονομούνται παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή μια ειδική «ευαισθησία» για την ασθένεια (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1998). Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι η περαιτέρω έρευνα που κινείται στα ίδια πλαίσια δεν θα μας δώσει περισσότερες πληροφορίες από αυτές που ήδη γνωρίζουμε. Η μελλοντική έρευνα πρέπει να έχει ως στόχο να αποδείξει αν η σχιζοφρένεια εξαρτάται από ένα ή από πολλά γονίδια, να εντοπίσει αυτό το γονίδιο ή τα γονίδια και να διερευνήσει πώς αυτά επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου (Kalat, 1998).

3.6.3 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Ο ταχύτατος ρυθμός με τον οποίο γίνεται κατανοητή η βιολογία της σχιζοφρένειας και η εισαγωγή αποτελεσματικών και ασφαλών φαρμακοθεραπειών, έχουν δώσει περαιτέρω έμφαση στη μεγάλη ανάγκη για την κατανόηση των ατομικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραμέτρων, που επιδρούν στη σχιζοφρένεια. Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη σχιζοφρένεια (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Α) Θεωρίες που αφορούν το άτομο

Ανεξάρτητα από τις διάφορες αντιπαραθέσεις σχετικά με την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, παραμένει αδιάψευστο το γεγονός ότι η νόσος επηρεάζει τους ασθενείς ως άτομα και καθένας από αυτούς έχει μια μοναδική

ψυχολογική δομή. Αν και πολλές ψυχοδυναμικές θεωρίες φαίνονται ξεπερασμένες, οι εμπεριστατωμένες κλινικές παρατηρήσεις τους μπορεί να είναι χρήσιμες στο σύγχρονο κλινικό γιατρό ώστε να μπορέσει να κατανοήσει τον τρόπο επίδρασης της νόσου στην ψυχή του ασθενούς.

Ψυχαναλυτικές Θεωρίες

Η ψυχαναλυτική άποψη για τη σχιζοφρένεια, γενικά, υποθέτει ότι το έλλειμμα του Εγώ επιδρά στην ερμηνεία της πραγματικότητας και στον έλεγχο των ενορμήσεων όπως του σεξ και της επιθετικότητας. Οι διαταραχές είναι το επακόλουθο των παραμορφώσεων της δυαδικής σχέσης μητέρας – βρέφους. Το σχιζοφρενικό άτομο δεν επιτυγχάνει ποτέ την σταθερότητα των αντικειμένων η οποία χαρακτηρίζεται από αίσθηση ασφαλούς ταυτότητας και είναι το αποτέλεσμα έντονης προσκόλλησης με τη μητέρα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

Ο Freud θεώρησε ότι η σχιζοφρένεια είναι αποτέλεσμα καθηλώσεων κατά την ανάπτυξη, οι οποίες συμβαίνουν αρκετά νωρίτερα από εκείνες που έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία των νευρώσεων. Επίσης αναφέρθηκε στην παρουσία ενός ελλείμματος του Εγώ που συμβάλλει στη δημιουργία συμπτωμάτων. Η αποδόμηση του Εγώ είναι η επιστροφή σε ένα χρόνο, όπου το Εγώ δεν είχε ακόμα σχηματιστεί ή μόλις είχε αρχίσει το σχηματισμό του. Έτσι, η ενδοψυχική σύγκρουση, αποτέλεσμα των πρώιμων καθηλώσεων, και το έλλειμμα του Εγώ που πιθανόν προκύπτει από κακές πρώιμες αντικειμενοτρόπες σχέσεις, πυροδοτούν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Κεντρική θέση στη θεωρία του Freud για τη σχιζοφρένεια έχουν η *αποκάθεξη* των αντικειμένων και η *παλινδρόμηση*, ως απάντηση στη ματαίωση και στη σύγκρουση με τους άλλους. Ωστόσο πολλές από τις θεωρίες του Freud χαρακτηρίζονται από την έλλειψη της προσωπικής του εμπειρίας με σχιζοφρενείς.

Αντίθετα, ο Sullivan εργάστηκε ψυχαναλυτικά με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα και έφτασε στο συμπέρασμα ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα πρώιμων διαπροσωπικών δυσκολιών, ιδιαίτερα αυτών που σχετίζονται με λανθασμένη, υπεραγχωτική, μητρική φροντίδα.

Μερικοί ψυχαναλυτές υποθέτουν ότι η βλάβη στις βασικές λειτουργίες του Εγώ επιτρέπει στην έντονη εχθρικότητα και επιθετικότητα να παραμορφώνουν τη σχέση μητέρας-παιδιού, με αποτέλεσμα τη δόμηση προσωπικότητας η οποία είναι ευάλωτη στο στρες. Η έναρξη των συμπτωμάτων στην περίοδο της εφηβείας, συμβαίνει τη χρονική περίοδο που το άτομο είναι απαραίτητο να διαθέτει ένα ισχυρό Εγώ, ώστε να καταφέρει να αντιμετωπίσει την ανάγκη της ανεξάρτητης λειτουργίας, του αποχωρισμού από τους γονείς, του εντοπισμού στόχων, του ελέγχου των αυξημένων ενορμήσεων και της αντιμετώπισης των έντονων εξωτερικών ερεθισμάτων.

Επίσης, η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας έχουν συμβολική σημασία για το άτομο. Για παράδειγμα, φαντασιώσεις γύρω από το περιεχόμενο τέλος του κόσμου μπορεί να καταδεικνύουν μια αντίληψη ότι ο εσωτερικός κόσμος του ατόμου έχει σωριαστεί σε ερείπια. Οι παραληρητικές ιδέες όπως και οι ψευδαισθήσεις είναι

προσπάθειες παλινδρόμησης και αποκατάστασης για τη δημιουργία νέας πραγματικότητας ή για την έκφραση απόκρυφων φόβων ή ενορμήσεων (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Ψυχοδυναμικές Θεωρίες

Οι γενετικές μελέτες υποδεικνύουν σαφώς ότι η σχιζοφρένεια έχει βιολογικό υπόστρωμα. Εντούτοις, μελέτες σε μονοζυγωτικούς διδύμους επισημαίνουν ότι για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας έχουν σημασία περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, αφού πολλοί δίδυμοι είναι ασύμφωνοι ως προς τη νόσο.

Κατοπινές ψυχοδυναμικές απόψεις για τη σχιζοφρένεια αποκλίνουν από το πολύπλοκο μοντέλο του Freud. Οι απόψεις αυτές τείνουν να θεωρούν τη βασισμένη στην ιδιοσυστασία υπερευαισθησία στα αντιληπτικά ερεθίσματα, σαν ανεπάρκεια. Αρκετές ερευνητικές εργασίες έχουν δείξει ότι τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν δυσκολία να αποκλείσουν διάφορα ερεθίσματα και να εστιάσουν σε δεδομένη κατάσταση τη δεδομένη στιγμή. Αυτός ο ανεπαρκής φραγμός των ερεθισμάτων προκαλεί δυσκολίες σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης στην παιδική ηλικία και δημιουργεί ιδιαίτερο στρες στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ανεξάρτητα από το θεωρητικό μοντέλο, όλες οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις λειτουργούν με βάση την αρχή ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα έχουν ένα νόημα για το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Κατά τον ίδιο τρόπο όλες οι ψυχοδυναμικές θεωρίες αναγνωρίζουν ότι η προσπάθεια δημιουργίας σχέσεων είναι μια τρομακτική εμπειρία για το άτομο αυτό (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Θεωρίες Μάθησης

Σύμφωνα με τις θεωρίες μάθησης τα παιδιά που αργότερα στη ζωή τους θα εμφανίσουν σχιζοφρένεια μαθαίνουν παράλογες αντιδράσεις και τρόπους σκέψεις, μιμούμενοι τους γονείς τους οι οποίοι έχουν τα δικά τους σημαντικά συναισθηματικά προβλήματα. Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα εμφανίζονται λόγω μίμησης κακών σχέσεων – μοντέλων κατά την παιδική ηλικία (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Β) Θεωρίες που αφορούν την οικογένεια

Δεν υπάρχει καλά τεκμηριωμένη μελέτη σχετικά με το αν κάποιο συγκεκριμένο οικογενειακό σχήμα κατέχει έναν αιτιολογικό ρόλο στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Είναι γεγονός ότι όντως κάποια άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες ακριβώς όπως και πολλοί μη ψυχιατρικοί ασθενείς προέρχονται από τέτοιου είδους οικογένειες. Είναι σημαντικό ωστόσο να αναγνωρίζουμε παθολογική συμπεριφορά στην οικογένεια αφού μια τέτοια μπορεί να αυξήσει το συναισθηματικό στρες που έχει να αντιμετωπίσει ένας ευάλωτος άνθρωπος (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Διπλός Δεσμός

Ο κοινωνιολόγος Gregory Bateson εξέτασε τις σχέσεις ανάμεσα στα παιδιά με σχιζοφρενικά συμπτώματα και τους γονείς τους και απέδειξε ότι αυτές οι οικογένειες δημιουργούσαν για τα παιδιά τους την κατάσταση που ονομάζουμε «διπλό δεσμό». Με αυτό τον όρο εννοούμε ότι οι γονείς έβαζαν στα παιδιά τους περιορισμούς με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: καταρχήν μια βασική εντολή «κάνε αυτό», μετά μια αντίθετη απαγόρευση «μην το κάνεις» και τέλος μια απαίτηση να μην ξεφύγει το παιδί από αυτούς τους περιορισμούς, αλλά να αντιδράσει με κάποιον τρόπο. Αν ένας από τους γονείς διατάζει το παιδί να μην υπακούσει τότε το παιδί δεν μπορεί να αντιδράσει με κανέναν τρόπο ώστε να ικανοποιήσει τους γονείς του. κυριολεκτικά δεν μπορεί να κερδίσει αυτό το παιχνίδι των εκβολών και απαγορεύσεων και η δυσαρέσκεια των γονέων του και πιθανόν η τιμωρία είναι αναπόφευκτα. Αυτό το είδος των σχέσεων βέβαια δεν απαντάται μόνο σε οικογένειες που έχουν σχιζοφρένεια.

Ο Bateson υποστηρίζει ότι αυτού του είδους οι περιορισμοί δεν είναι αποκλειστικότητα των οικογενειών με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα αλλά είναι κάτι το πολύ συνηθισμένο σε αυτές. Από αυτήν την κατάσταση το παιδί μπορεί μόνο να ξεφύγει με έναν τρόπο και αυτός είναι να δημιουργήσει γύρω του έναν κόσμο φανταστικό στον οποίο οι αυστηροί και παράλογοι γονείς του δεν έχουν θέση ή αν υπάρχουν διαθέτει πάνω τους μαγική δύναμη και εξουσία (Μίτσελ, 1979).

Η θεωρία του διπλού δεσμού άσκησε σοβαρές και αντιφατικές επιδράσεις. Μέχρι και σήμερα ένα μεγάλο φάσμα προσεγγίσεων της οικογενειακής θεραπείας ασχολούνται κυρίως με παροχή βοήθειας στις οικογένειες προκειμένου αυτές να τροποποιήσουν τα προβληματικά μοντέλα επικοινωνίας που χρησιμοποιούν (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999).

Δυστυχώς οι μελέτες που έγιναν για να επιβεβαιώσουν αυτή τη θεωρία είχαν σοβαρότατα μεθοδολογικά προβλήματα και δεν μπορούν να ληφθούν σοβαρά υπόψη στη διαπίστωση αξιοπιστίας της θεωρίας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Σχισμικές και Αποκλίνουσες οικογένειες

Ο Theodore Lidz περιέγραψε δυο διαταραγμένες μορφές συμπεριφοράς της οικογένειας. Στην πρώτη μορφή προεξάρχει ένα σχίσμα ανάμεσα στους γονείς, ο ένας εκ των οποίων είναι υπερβολικά κοντά στο παιδί του αντίθετου φύλου. Στην δεύτερη μορφή οικογένειας μια αποκλίνουσα σχέση με τον ένα γονέα προκαλεί έναν αγώνα επικράτησης μεταξύ των γονέων, με αποτέλεσμα τη κυριαρχία του ενός (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Οικογένειες με ψευδοαμοιβαιότητα και ψευδοεχθρικότητα

Ο Lyman Wynne περιέγραψε οικογένειες στις οποίες η συναισθηματική έκφραση καταπιέζεται από τη χρησιμοποίηση ψευδοαμοιβαιότητας ή ψευδοεχθρικότητας στη λεκτική επικοινωνία. Αυτή η καταπίεση έχει ως αποτέλεσμα μια αποκλειστική μορφή επικοινωνίας στην οικογένεια μόνο η οποία δεν είναι αναγκαστικά κατανοητή σε άλλα άτομα εκτός της οικογένειας.

Τα προβλήματα προκύπτουν όταν το παιδί αφήνει το σπίτι και αρχίζει να επικοινωνεί με τον έξω κόσμο (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Εκφραζόμενο συναίσθημα

Ως εκφραζόμενο συναίσθημα ορίζονται τα κριτικά σχόλια, η εχθρικότητα και η συναισθηματική υπερεμπλοκή, που μπορεί να χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά των γονέων ή των γονεϊκών υποκατάστατων προς έναν άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Σε μελέτες έχει βρεθεί ότι σε οικογένειες με υψηλά επίπεδα εκφραζόμενου συναισθήματος, ο δείκτης υποτροπών είναι μεγάλος. Ο προσδιορισμός του εκφραζόμενου συναισθήματος προκύπτει από την ανάλυση τόσο αυτού που λέγεται, όσο και του τρόπου με τον οποίο εκφράζεται (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Γ) Κοινωνικές Θεωρίες

Ορισμένες θεωρίες έχουν υποδείξει ότι η εκβιομηχανοποίηση και η αστικοποίηση έχουν αιτιολογική σχέση με τη σχιζοφρένεια (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000, σελ. 689). Ορισμένες κοινωνικές θεωρίες είναι οι εξής:

Θεωρία της μητέρας με σχιζοφρενικά παιδιά

Στα πρώτα στάδια των κοινωνιολογικών ερευνών, οι ερευνητές μελέτησαν τον χαρακτήρα των μητέρων που είχαν παιδιά με σχιζοφρενικά συμπτώματα και τις συνέκριναν με άλλες που είχαν «φυσιολογικά» παιδιά. Από τη σύγκριση φάνηκε ότι υπήρχε μια ιδιάζουσα μητρική συμπεριφορά. Οι μητέρες των σχιζοφρενικών παιδιών είχαν δυο χαρακτηριστικά. Ήταν περισσότερο απαιτητικές και καταδικαστικές απέναντι στα παιδιά τους. Σε δεύτερη φάση παρουσίαζαν μεγάλη ασυνέπεια στη συμπεριφορά τους και τα αισθήματα που έτρεφαν προς τα παιδιά τους. Αντιμετωπίζοντας μια τέτοια μητέρα, το παιδί νιώθει χαμένο και αισθάνεται ότι είναι ανεπιθύμητο από τη μητέρα παρόλο που εκείνη πολλές φορές του λέει το αντίθετο.

Αυτό το φαινόμενο βέβαια δεν απαντάται μόνο σε οικογένειες με παιδιά που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα αλλά σε αυτές απαντάται με περισσότερη συχνότητα (Μίτσελ, 1979).

Θεωρία των ενδοοικογενειακών αλληλεπιδράσεων

Με την ανάπτυξη των κοινωνιολογικών μεθόδων ανάλυσης της συμπεριφοράς των ανθρώπων μέσα σε ομάδες, έγινε μια προσπάθεια μελέτης ολόκληρων οικογενειών που είχαν ένα άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια ιδιαίτερη συμπεριφορά και αλληλεπίδραση. Διατυπώθηκαν δύο απόψεις: η μια λέει ότι αυτή ακριβώς η συμπεριφορά συντέλεσε στο να γίνει αυτό το μέλος της οικογένειας σχιζοφρενικό και η άλλη ότι οι ιδιαίτερες αυτές σχέσεις δημιουργήθηκαν σαν αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας που ήδη κάποιο μέλος είχε.

Έχει διαπιστωθεί ότι σε οικογένειες με σχιζοφρενικά μέλη εμφανίζεται σε μεγάλη συχνότητα δυσκολία στην επικοινωνία. Υπάρχουν οικογένειες που φαίνεται ότι υπάρχουν σε αυτές σωστά τοποθετημένες σχέσεις. Ωστόσο, μια προσεκτική παρατήρηση δείχνει ότι αύτη η κατάσταση είναι φαινομενική και

οι σχέσεις που υπάρχουν είναι απλά και μόνο το κάλυμμα που κρύβει το γεγονός ότι λείπει η ψυχική επαφή.

Σε άλλες οικογένειες η καταπίεση είναι μια μέθοδος επικοινωνίας και έτσι η επικοινωνία υπάρχει μόνο και μόνο για να καλύψει το γεγονός ότι δεν υπάρχουν οι σωστές σχέσεις. Σε άλλες οικογένειες αυτό που φταίει δεν είναι το είδος των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας αλλά ο εκφυλισμός του ρόλου που παίζει ο καθένας μέσα σε αυτήν. Σε πολλές οικογένειες ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα ανάμεσα στους γονείς δημιουργείται ένα χάσμα και τότε αρχίζουν να δημιουργούνται έντονες σχέσεις ανάμεσα στα δύο μέλη της οικογένειας που στρέφονται εναντίον ενός τρίτου. Πιστεύεται ότι αυτή η σύγχυση που δημιουργείται από τη στρέβλωση και την αντιστροφή των ρόλων μέσα στην οικογένεια είναι η βάση πάνω στην οποία δημιουργείται και αναπτύσσεται μια ψύχωση.

Από τις μέχρι τώρα έρευνες βγαίνει το συμπέρασμα ότι αυτή η αστάθεια των σχέσεων και η σύγχυση των ρόλων του κάθε ατόμου μειώνουν την ικανότητα αντίληψης της πραγματικότητας και της ύπαρξης του σε σχέση με το σπίτι και γενικά το περιβάλλον του. έτσι, καλλιεργείται μια χαλάρωση των δεσμών με μια ενοχλητική πραγματικότητα και αρχίζει σαν αντιστάθμιση μια πτήση σε σφαίρες ψυχωτικής φαντασίας (Μίτσελ, 1979).

3.6.4 Το πρότυπο στρες – ευπάθεια

Ένα πρότυπο που προσπαθεί να ενοποιήσει τους βιολογικούς με τους ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι το πρότυπο στρες-ευπάθεια. Το πρότυπο υποθέτει ότι ένα άτομο μπορεί να έχει ειδική ευπάθεια η οποία όταν ενεργοποιηθεί από περιβαλλοντικές επιδράσεις, επιτρέπει την εμφάνιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Στην πιο γενική μορφή του προτύπου αυτού, η ευπάθεια ή το στρες μπορεί να είναι βιολογικά ή περιβαλλοντικά ή και τα δυο. Η περιβαλλοντική συνιστώσα μπορεί να είναι βιολογική, όπως μια λοίμωξη, ή ψυχολογική, όπως στρεσογόνος οικογενειακή κατάσταση. Η βιολογική βάση της ευπάθειας μπορεί να διαμορφώνεται περαιτέρω από επιγενετικές επιδράσεις, όπως χρήση ουσιών, ψυχοκοινωνικό στρες και τραύματα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διεργασία για τον ασθενή, την οικογένεια του, το γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή. Κατά καιρούς, πολλοί υποστήριξαν ότι ανακάλυψαν τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, χωρίς ωστόσο να αποδειχτεί καμιά αποτελεσματική. Δεν υπάρχει θεραπεία για αυτήν την ασθένεια που είναι γνωστή εδώ και πολλά χρόνια, για αυτό και η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας μπορεί να χωριστεί σε δυο μεγάλες κατηγορίες: τις σωματικές θεραπείες και τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Προσεκτικά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα που συνθέτουν τις δυο αυτές διαστάσεις μπορούν να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη χαμένη τους λειτουργικότητα και ψυχολογική ακεραιότητα και υγεία (Μάνος, 1997).

Οι κύριες ενδείξεις για τη νοσηλεία ενός ατόμου είναι η διάγνωση της νόσου, η ρύθμιση της θεραπευτικής αγωγής, η ασφάλεια του ασθενούς όταν έχει αυτοκαταστροφικές ή επιθετικές τάσεις και βαριά αποδιοργανωμένη ή απρόσφορη συμπεριφορά, π.χ. το άτομο δεν μπορεί να φροντίσει για τις βασικές του ανάγκες όπως διατροφή ή ένδυση. Ένας από τους βασικούς στόχους της νοσηλείας είναι η εγκατάσταση ενός αποτελεσματικού συνδετικού κρίκου ανάμεσα στον ασθενή και στα υποστηρικτικά συστήματα των θεραπευτικών κοινοτήτων (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Πριν την ανάπτυξη της φαρμακοθεραπείας, οι ψυχιατρικοί ασθενείς νοσηλεύονταν σε άσυλα, σε ακατάλληλες εγκαταστάσεις μαζί με χιλιάδες άλλους ασθενείς για μακροχρόνια διαστήματα, πίσω από κλειστές πόρτες κάτω από τη χρήση της ασυγκράτητης βίας. Σαν αποτέλεσμα της προόδου των ψυχοτρόπων φαρμάκων όλα αυτά άλλαξαν. Σήμερα δίνεται έμφαση στην θεραπεία του ασθενή στα πλαίσια της κοινότητας, η νοσηλεία είναι βραχύχρονη και συνήθως γίνεται σε ψυχιατρικά διαμερίσματα γενικών νοσοκομείων. Η ανάπτυξη των ομαδικών, οικογενειακών και ατομικών ψυχοθεραπειών ενισχύει τα θεραπευτικά αποτελέσματα των φαρμάκων, αλλάζοντας έτσι όχι μόνο τον τρόπο που οι ασθενείς βιώνουν τη νόσο, αλλά και τον τρόπο που οι θεραπευτές τους αντιλαμβάνονται τη φύση των ψυχικών διαταραχών (Vallianatou & Nestoros, 2000, Νέστορος).

3.7.1 Σωματικές θεραπείες

- **Αντιψυχωτικά φάρμακα**

Τα ψυχοφάρμακα άρχισαν να χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών στη δεκαετία του 1950 και έφεραν επανάσταση στο πώς αντιλαμβανόμαστε τέτοιου είδους ασθένειες. Στην πρώτη φάση χρησιμοποίησης της φαρμακοθεραπείας, συχνά είχαμε την παρουσία πολλών παρενεργειών. Σε αυτά τα πρώιμα στάδια η πρόοδος πολλές φορές ήταν το αποτέλεσμα της μεθόδου «πυροβολώντας στο σκοτάδι». Ωστόσο, πολύ σύντομα τα ψυχοφάρμακα έγιναν εργαλεία για την έρευνα των λειτουργιών

του νευρικού συστήματος, με σπουδαίες ανακαλύψεις για τις συνάψεις, τους υποδοχείς κτλ. Αυτή η πρόοδος οδήγησε όχι μόνο στην ανακάλυψη πιο κατάλληλων φαρμάκων με ευρύτερες κλινικές λειτουργίες και λιγότερες παρενέργειες, αλλά επίσης και στην ανάπτυξη νευροεπιστημονικών μοντέλων για το άγχος, την κατάθλιψη, τη σχιζοφρένεια και πολλές άλλες ψυχικές διαταραχές (Vallianatou & Nestoros, 2000).

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα ονομάζονται και νευροληπτικά και έφεραν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας, τόσο με την ικανότητα τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση, όσο και με τη δυνατότητα τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα. Στα αντιψυχωτικά περιλαμβάνονται τρεις μείζονες κατηγορίες φαρμάκων: οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, η ρισπεριδόνη (Risperdal) και η κλοζαπίνη (Leponex) (Μάνος, 1997, Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης

Οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης αποτελούν τα κλασικά αντιψυχωτικά φάρμακα και είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Ωστόσο, έχουν δυο βασικά μειονεκτήματα: μικρή αναλογία ασθενών (25% περίπου) ωφελείται αρκετά ώστε να επανέρθει σε ένα ανεκτό επίπεδο λειτουργικότητας και οι αναστολείς των υποδοχέων της ντοπαμίνης προκαλούν ενοχλητικές και σοβαρές παρενέργειες, όπως η ακαθισία και τα παρκινσονικού τύπου συμπτώματα της δυσκινησίας και του τρόμου. Άλλες δυνητικές παρενέργειες είναι η όψιμη δυσκινησία και το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο.

Η ρεμοξιπρίδη είναι ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης που ανήκει σε διαφορετική τάξη ουσιών από αυτές που διατίθενται σήμερα. Μελέτες έχουν δείξει ότι πρόκειται για ένα αποτελεσματικό αντιψυχωτικό φάρμακο, ενώ ορισμένα αρχικά δεδομένα δείχνουν ότι συνδέεται με λιγότερες νευρολογικές παρενέργειες σε σύγκριση με άλλους ανταγωνιστές της ντοπαμίνης. Ωστόσο, πολύ πρόσφατα στοιχεία έδειξαν ότι μπορεί να προκαλέσει απλαστική αναιμία, κάτι που περιορίζει τη χρήση της (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Η ρισπεριδόνη

Η ρισπεριδόνη είναι αντιψυχωτικός παράγοντας με σημαντική ανταγωνιστική δράση, τόσο στους τύπου 2 υποδοχείς της σεροτονίνης, όσο και στους τύπου 2 υποδοχείς της ντοπαμίνης. Τα ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν ότι μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από τους ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης που χρησιμοποιούνται σήμερα, στην αντιμετώπιση τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Επίσης, οι έρευνες δείχνουν ότι η ρισπεριδόνη συνδέεται με σημαντικά λιγότερες και ελαφρότερες νευρολογικές παρενέργειες σε σύγκριση με τα κλασικά νευροληπτικά. Ωστόσο αυτά τα στοιχεία πορκύπτουν από σχετικά περιορισμένη έρευνα. Η ρισπεριδόνη μπορεί να αποτελέσει φάρμακο πρώτης εκλογής για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας επειδή πιθανότατα είναι πιο

αποτελεσματική και πιο ασφαλής από τους τυπικούς ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Η κλοζαπίνη

Η κλοζαπίνη είναι ένα αποτελεσματικό αντιψυχωτικό φάρμακο, του οποίου ο μηχανισμός δράσης δεν έχει κατανοηθεί ακόμα καλά. Η κλοζαπίνη, δυστυχώς, προκαλεί ακοκκιοκυτταραιμία σε ένα ποσοστό 1-2% των ασθενών γεγονός που επιβάλλει την εξέταση του αίματος σε εβδομαδιαία βάση. Επίσης είναι ένα ακριβό φάρμακο για αυτό και γενικά δεν συνταγογραφείται. Ωστόσο, είναι φάρμακο δεύτερης επιλογής σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλα αντιψυχωτικά φάρμακα ή σε ασθενείς με όψιμη δυσκινησία, στους οποίους ενδείκνυται αφού οι έρευνες δείχνουν ότι δεν συνδέεται με την εμφάνιση ή την επιδείνωση αυτής της παρενέργειας (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Άλλα φάρμακα

Αν έχουν αποβεί ανεπιτυχείς όλες οι δοκιμές με τουλάχιστον έναν ανταγωνιστή των υποδοχέων της ντοπαμίνης, ενδείκνυται η συνδυασμένη θεραπεία ενός από αυτά με κάποιο άλλο φάρμακο. Τα φάρμακα που λειτουργούν ως συμπληρωματικά και για τα οποία υπάρχουν τα περισσότερα θετικά δεδομένα είναι το λίθιο, τα αντιεπιληπτικά (καρβαμαζεπίνη και βαλπροικό οξύ) και οι βενζοδιαζεπίνες:

Λίθιο: μπορεί να είναι αποτελεσματικό στη μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων στο 50% των ασθενών με σχιζοφρένεια και αποτελεί λογική επιλογή για ασθενείς που δεν μπορούν να πάρουν κάποιο από τα αντιψυχωτικά (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Αντιεπιληπτικά: τα αντιεπιληπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μόνα τους ή σε συνδυασμό με το λίθιο ή κάποιο αντιψυχωτικό. Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μειώνουν τα επεισόδια βίας σε αρκετά άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα, αλλά δεν έχουν βρεθεί στοιχεία που να δείχνουν ότι είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Βενζοδιαζεπίνες: ορισμένα δεδομένα υποστηρίζουν τη συγχορήγηση αλπραζολάμης και αντιψυχωτικών σε ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί στη χορήγηση μόνο αντιψυχωτικών (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000, σελ. 707). Η θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά παραδείγματα της νέας εποχής και νοοτροπίας στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας έχουν διατυπωθεί δύο υποθέσεις, η ντοπαμινική και η GABAεργική. Σύμφωνα με τον Νέστορος (1994), οι δύο υποθέσεις αλληλοϋποστηρίζονται από τα πειραματικά ευρήματα που δείχνουν ότι η αύξηση της GABAεργικής μεταβίβασης προκαλεί μείωσης της ντοπαμινεργικής μεταβίβασης σε πολλά συστήματα του εγκεφάλου. Αφού οι βενζοδιαζεπίνες ενισχύουν τη GABAεργική μεταβίβαση και μάλιστα με τρόπο που είναι ανάλογος με τη χημική συγγένεια του κάθε σκευάσματος με τον

υποδοχέα βενζοδιαπεζινών, ήταν φυσικό να προταθεί η έρευνα της δράσης των βενζοδιαπεζινών στη θεραπεία της σχιζοφρένειας.

Δεδομένου ότι η σχιζοφρένεια δεν θεωρείται ότι είναι μια νόσος αλλά μια ομάδα νόσων και επίσης ότι οι δύο θεωρίες που αναφέραμε διατυπώθηκαν αρχικά για την παρανοειδή σχιζοφρένεια, δεν είναι παράξενο το γεγονός ότι, όπως φαίνεται και από τα ερευνητικά δεδομένα, οι βενζοδιαζεπίνες έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα μόνο στην παρανοειδή σχιζοφρένεια. Φαίνεται, μάλιστα, ότι υπερισχύουν έναντι των άλλων φαρμάκων σε τρία σημεία: α) στην έναρξη της θεραπευτικής δράσης πάνω στα παρανοειδή σχιζοφρενικά συμπτώματα (εντός ολίγων ωρών ή ημερών), β) στην έλλειψη σοβαρών παρενεργειών, ειδικά εξωπυραμιδικού τύπου και γ) στην επίδραση πάνω στα αρνητικά σχιζοφρενικά συμπτώματα, σε αντίθεση με τα νευροληπτικά φάρμακα που έχουν επίδραση μόνο πάνω στα θετικά συμπτώματα και σχεδόν καθόλου πάνω στα αρνητικά (Νέστορος, 1994).

Χολοκυστοκινίνη και σχιζοφρένεια

Πολλά πειραματικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι πολλοί νευρώνες απελευθερώνουν στις απολήξεις των αξόνων τους περισσότερους από ένα νευροματαβιβαστές. Η χολοκυστοκινίνη (CCK) είναι ένα τέτοιο πεπτίδιο που απελευθερώνεται από αμινεργικούς νευρώνες και πιο συγκεκριμένα ειδικά και μόνο από τους ντοπαμινεργικούς νευρώνες. Πολλά πειραματικά ευρήματα αποδεικνύουν ότι η CCK είναι νευροδιαβιβαστής ή διαμορφωτής της νευρικής μεταβίβασης. Ο ρόλος της CCK σαν διαμορφωτής της νευρικής μεταβίβασης του ντοπαμινεργικού συστήματος έχει μεγάλη σημασία για τη αιτιολογία των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, λόγω της ντοπαμινικής θεωρίας.

Η πιθανή χρησιμότητα της χορήγησης CCK σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, έχει ερευνηθεί κατά τη διάρκεια πολλών μελετών. Αν επαληθευτούν και από άλλες μελέτες τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα υπάρχει η πιθανότητα η χολοκυστοκινίνη να υπερτερεί έναντι των άλλων νευροληπτικών φαρμάκων σε τρεις βασικούς τομείς: α) στην έναρξη της θεραπευτικής δράσης πάνω στα σχιζοφρενικά συμπτώματα του ασθενή, β) στην έλλειψη σοβαρών παρανεργειών και γ) στην επίδραση πάνω στα αρνητικά συμπτώματα (Vallianatou & Nestoros, 2000, Νέστορος, 1994).

Παρόλο που η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν 6 εβδομάδες. Όταν τα οξέα ψυχωτικά συμπτώματα ελεγχτούν (4-12 εβδομάδες) η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 10-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση. Δεν θα πρέπει φυσικά να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα για την ανάγκη της φαρμακευτικής αγωγής. Σήμερα προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργό, με έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων από τη μια και τις λιγότερες δυνατές ανεπιθύμητες παρενέργειες. Ακόμα περισσότερο γίνεται προσπάθεια ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση

εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε αυτορρύθμιση, δηλαδή αυτός να κανονίζει πόσο φάρμακο χρειάζεται. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία ενόψει κοινωνικών ή διαπροσωπικών απαιτήσεων (Μάνος, 1997).

- **Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)**

Αν και η ECT είναι πολύ λιγότερο αποτελεσματική από τα αντιψυχωτικά, μπορεί να ενδείκνυται σε κατατονικούς ασθενείς και σε ασθενείς που για κάποιο λόγο δεν μπορούν να πάρουν αντιψυχωτικά. Ασθενείς που νοσούν για λιγότερο από ένα χρόνο είναι αυτοί που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ανταποκριθούν (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- **Άλλες μέθοδοι**

Παλιότερα, η σχιζοφρένεια αντιμετωπιζόταν με ινσουλινικά και βαρβιτουρικά κώματα. Αυτές οι θεραπείες δεν χρησιμοποιούνται πια, λόγω των κινδύνων που κρύβουν. Η ψυχοχειρουργική και ιδιαίτερα οι μετωπιαίες λοβοτομές χρησιμοποιούνταν ως πρακτική από το 1935 ως το 1955. η ψυχοχειρουργική δεν θεωρείται πλέον κατάλληλη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια και χρησιμοποιείται μόνο σε περιορισμένη ερευνητική κλίμακα (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.7.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό τη κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή έτσι ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει, να αγαπά, να εργάζεται, να διασκεδάζει. Συνάρτηση αυτής της θεραπευτικής φιλοσοφίας είναι πρωταρχική η προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενής ασθενής ανάμεσα στους συνανθρώπους του, στην κοινότητα, ώστε αν χρειαστεί σε κάποια φάση να νοσηλευτεί, αυτό να γίνει κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατόν για λιγότερο χρονικό διάστημα. Η φορά, λοιπό, είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες (Μάνος, 1997).

Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές που όμως έχει κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα έχει σκοπό την αποφυγή όσο αυτό είναι δυνατόν της επανάληψης της νοσηλείας. Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κ.α. Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωικές θεραπείες είναι η οικογενειακή θεραπεία (η οποία μπορεί να αρχίσει και μέσα στο νοσοκομείο) η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.α. (Μάνος, 1997).

- **Θεραπεία περιβάλλοντος και νοσηλεία**

Καταρχήν γίνεται ειδική προσπάθεια να αποφευχθεί η νοσηλεία του σχιζοφρενικού ασθενή με υποστήριξη της λειτουργίας του εξωνοσοκομειακά.

Παρόλα αυτά η νοσηλεία μερικές φορές είναι αναπόφευκτη. Όσο πιο έντονα ψυχωτικός ή διεγερτικός είναι ο ασθενής τόσο η ανάγκη για ταχεία καταστολή της ψύχωσης ή διέγερσης είναι άμεση. Καθώς, όμως, σταδιακά τα οξέα συμπτώματα υποχωρούν ο ασθενής θα πρέπει να ενσωματωθεί στην κοινότητα της κλινικής, η οποία θα πρέπει να είναι έτσι οργανωμένη ώστε να αποτελεί ***θεραπευτική κοινότητα***. Η θεραπευτική κοινότητα που περιλαμβάνει τους ασθενείς, τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και κάθε άτομο, εργάζεται από τη μεριά του δίνοντας έμφαση σε κάθε διεργασία που προάγει τη λειτουργικότητα και την κοινωνική αποκατάσταση των ασθενών. Οι σχέσεις όλων αυτών των ανθρώπων μεταξύ τους, οι θεραπευτικές δραστηριότητες, ο τρόπος λήψεως αποφάσεων κτλ, σχεδιάζονται και υλοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να προάγεται η φυσιολογικότητα που θα απαιτηθεί από τους ασθενείς όταν θα βγουν έξω. Ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει την έννοια της θεραπευτικής κοινότητας είναι η *θεραπεία περιβάλλοντος*, που αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο δρα η φαρμακευτική αγωγή, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η απασχολησιοθεραπεία. Το όλο νοσοκομειακό περιβάλλον είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε οι ασθενείς να αποκτούν πρόγραμμα ημερήσιας ζωής, αυτονομία και αυτοφροντίδα, κοινωνικότητα, ελάττωση και έλεγχο της απρόσφορης συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και κατάλληλη προετοιμασία για εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση (Μάνος, 1997).

- **Θεραπεία Συμπεριφοράς**

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι σημαντική για τη θεραπεία των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα ιδιαίτερα με τη μορφή της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων, γιατί η σχιζοφρένεια προκαλεί σημαντική έκπτωση και των πιο απλών δεξιοτήτων φροντίδας του εαυτού, εργασίας, διαπροσωπικής επικοινωνίας κτλ. (Μάνος, 1997). Ο σχεδιασμός της θεραπείας της σχιζοφρένειας πρέπει να στοχεύει τόσο στις δυνατότητες όσο και στις ανεπάρκειες του ασθενή. Οι συμπεριφεριολογικές τεχνικές χρησιμοποιούν ανταμοιβή με μάρκες και εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων για να βελτιώσουν τις κοινωνικές δυνατότητες, την προσωπική επάρκεια, τις πρακτικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ενισχύονται οι προσαρμοστικές συμπεριφορές με τον έπαινο ή με κάποιου είδους ανταμοιβή που μπορεί να αντισταθμίζονται με επιθυμητά οφέλη, όπως προνόμια εντός του νοσοκομείου και άδειες εξόδου. Έτσι, μπορεί να μειωθεί η συχνότητα των δυσπροσαρμοστικών ή αποκλινουσών συμπεριφορών (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Μερικές φορές η εκπαίδευση των συμπεριφεριολογικών δεξιοτήτων ονομάζεται και θεραπεία των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ανεξάρτητα από αυτό η θεραπεία μπορεί να είναι άμεσα υποστηρικτική και χρήσιμη για τον ασθενή, και να λειτουργεί ως συμπλήρωμα της φαρμακοθεραπείας. Εκτός από τα προσωπικά συμπτώματα του ασθενούς κάποια από τα πιο έντονα συμπτώματα της σχιζοφρένειας αφορούν τις σχέσεις τους με τους άλλους. Αυτές οι συμπεριφορές αποτελούν το στόχο της εκπαίδευσης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Κατά την εκπαίδευση χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες, παίξιμο

ρόλων κατά τη θεραπεία και ανάθεση εργασίας στο σπίτι για πρακτική άσκηση των δεξιοτήτων (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- **Οικογενειακές θεραπείες**

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 και μέχρι πρόσφατα στο χώρο της ψυχικής υγείας κυριαρχούσε η ψυχιατρική η οποία είχε ψυχαναλυτική κατεύθυνση και επικεντρωνόταν στο άτομο. Σε αυτό το διάστημα δεν υπήρξε καμιά θεωρητική και πρακτική παρέμβαση η οποία θα μπορούσε να επιτρέψει στους ειδικούς, ακόμα και από το χώρο των μη ιατρικών επαγγελμάτων, να αντιληφθούν την οικογένεια ως μονάδα η οποία επιδέχεται θεραπευτική αντιμετώπιση. Η εμφάνιση της οικογενειακής θεραπείας δεν μπορεί να εντοπιστεί σε μια μόνο πηγή. Εμφανίστηκε περίπου στο τέλος της δεκαετίας του 1940 με αρχές της δεκαετίας του 1950 ως αποτέλεσμα ερευνών, της μελέτης και της παρατήρησης της συμπεριφοράς των ατόμων στο «οικογενειακό τους περιβάλλον» (Ζαφείρης, Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση των υποτροπών. Το μειονέκτημα είναι ότι σε κάθε μια από αυτές έχει χρησιμοποιηθεί διαφορετική μορφή οικογενειακής θεραπείας. Σε ελεγμένες μελέτες έχει βρεθεί θεαματική μείωση του δείκτη υποτροπής όταν παράλληλα χρησιμοποιείται και οικογενειακή θεραπεία (5-10%) σε σύγκριση με ποσοστά υποτροπής 20-50% όταν αυτό δεν υφίσταται (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι πολύ σημαντική για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Κυρίως απευθύνεται στην αναγνώριση και προσπάθεια αλλαγής των παθολογικών τρόπων επικοινωνίας που αναζωπυρώνουν την ασθένεια (Μάνος, 1997).

Ποικίλες οικογενειακές θεραπείες χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. Επειδή οι τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα εξέρχονται τις περισσότερες φορές από τα νοσοκομεία σε κατάσταση ατελούς ύφεσης και θα γυρίσουν, συνήθως, στην οικογένεια τους, η οικογένεια θα ωφεληθεί από μια βραχεία και εντατική θεραπεία. Ο εστιασμός της θεραπείας θα πρέπει να επικεντρώνεται στα άμεσα προβλήματα, ενώ πρέπει να εντοπίζονται και να αποφεύγονται δυνητικά ενοχλητικές καταστάσεις. Όταν αναφύονται προβλήματα με τον ασθενή στην οικογένεια, η εστίαση πρέπει να κατευθύνεται στην ταχύτατη επίλυση του προβλήματος.

Ένα σημαντικό θέμα που πρέπει να αντιμετωπίσει η οικογενειακή θεραπεία, την περίοδο αμέσως μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο είναι η διαδικασία ανάνηψης και ιδιαίτερα ο χρόνος και ο ρυθμός της. Πολύ συχνά οι συγγενείς ενθαρρύνουν τον ασθενή να αναλάβει τις δραστηριότητες του πολύ σύντομα, έχοντας βέβαια καλές προθέσεις. Αυτή η υπερβολικά αισιόδοξη επιθυμία προκύπτει τόσο από άγνοια της φύσης της σχιζοφρένειας όσο και από άρνηση της σοβαρότητας της. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια και τον ασθενή να κατανοήσουν τη νόσο χωρίς να είναι υπερβολικά αποθαρρυντικός. Πρέπει επίσης να συζητήσει για το ψυχωτικό επεισόδιο και τα συμβάντα που οδήγησαν σε αυτό.

Τα μέλη της οικογένειας πολύ συχνά τρομάζουν με τα ψυχωτικά συμπτώματα και η ελεύθερη συζήτηση ανάμεσα στον ψυχίατρο και τους συγγενείς μπορεί να αποβεί χρήσιμη για όλους. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να κατευθυνθεί προς την εφαρμογή τεχνικών μείωσης του στρες και ενίσχυσης μηχανισμών άμυνας, καθώς και προς την προοδευτική επαναδραστηριοποίηση του ασθενούς. Σε κάθε συνεδρία οικογενειακής θεραπείας ο θεραπευτής θα πρέπει να ελέγχει τη συναισθηματική ένταση που επικρατεί. Η υπερβολική έκφραση συναισθημάτων κατά τη διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να είναι βλαπτική στην πορεία ανάνηψης του ασθενούς και να υποσκάπτει την πιθανότητα επιτυχίας των επόμενων συνεδριών (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- **Ομαδική Θεραπεία**

Η ομαδική θεραπεία είναι η μορφή θεραπείας όπου προσεκτικά επιλεγμένοι ασθενείς τοποθετούνται σε μια ομάδα η οποία καθοδηγείται από έναν εκπαιδευμένο ψυχοθεραπευτή με σκοπό να βοηθήσει ο ένας ασθενής τον άλλο, ώστε να επέλθει αλλαγή στη συμπεριφορά ή και στην προσωπικότητα τους. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ομαδικής ψυχοθεραπείας ανάλογα με τη σύνθεση της ομάδας, το είδος της θεραπευτικής διεργασίας, τον τρόπο συντονισμού και καθοδήγησης του θεραπευτή, το θεωρητικό σύστημα αναφοράς της θεραπείας κτλ. (Μάνος, 1997).

Ασθενείς οποιασδήποτε διαγνωστικής κατηγορίας μπορούν να ενταχθούν σε ομαδική ψυχοθεραπεία, εφόσον επιλεγεί ο κατάλληλος τύπος ομάδας. Βασικά, όμως διακρίνουμε δύο τύπους ομάδας και επομένως ομαδικής ψυχοθεραπείας: την ομαδική ψυχοθεραπεία με «νευρωτικούς» και άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας και την ομαδική ψυχοθεραπεία με ¨ψυχωτικούς» (μέσα ή έξω από το νοσοκομείο). Ο πρώτος τύπος χρησιμοποιεί ερμηνείες των διαπροσωπικών αντιδράσεων αλλά και της μεταβίβασης, ενώ ο δεύτερος προσπαθεί βασικά να αποδώσει στους ασθενείς έλεγχο της πραγματικότητας και κοινωνικοποίηση (Μάνος, 1997).

Η ομαδική θεραπεία των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα εστιάζεται συνήθως σε σχέδια καθημερινής ζωής, προβλήματα και σχέσεις. Οι ομάδες μπορεί να είναι συμπεριφεριολογικού, ενσυναισθητικού ή υποστηρικτικού τύπου. Αυτός ο τύπος θεραπείας θεωρείται αποτελεσματικός στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης αυξάνοντας την αίσθηση της συνεκτικότητας και βελτιώνοντας τον έλεγχο της προσωπικότητας των ασθενών. Ομάδες που καθοδηγούνται από ένα υποστηρικτικό μοντέλο, φαίνεται ότι είναι πιο υποβοηθητικές από αυτές που ακολουθούν ένα ερμηνευτικό μοντέλο (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

- **Ατομική Ψυχοθεραπεία**

Οι καλύτερα ελεγμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η ατομική θεραπεία βοηθά τον ασθενή και επαυξάνει τα αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Δύο τύποι θεραπειών έχουν μελετηθεί: η υποστηρικτική και η εναισθητική θεραπεία. Κρίσιμη έννοια στην ψυχοθεραπεία των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα αποτελεί η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης την οποία ο

ασθενής βιώνει ως ασφαλή. Η επιτυχία αυτού του στόχου εξαρτάται από την αξιοπιστία του θεραπευτή, από τη συναισθηματική απόσταση θεραπευτή και ασθενούς και από την αυθεντία του θεραπευτή, όπως τον βλέπει ο ασθενής. Η ψυχοθεραπεία των ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα μπορεί να κρατήσει δεκαετίες και όχι λίγες συνεδρίες, μήνες ή και χρόνια. Τουλάχιστον σε μια από τις μελέτες βρέθηκε ότι άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα που ήταν σε θέση να παγιώσουν καλή θεραπευτική συμμαχία, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχίζουν την ψυχοθεραπεία, να συμμορφώνονται με την φαρμακοθεραπεία και να έχουν καλή έκβαση σε μια συνεχή παρακολούθηση για δύο συνεχόμενα χρόνια.

Στη θεραπεία ψυχωτικών ασθενών, η επίτευξη της σχέσης είναι ένα πολύ δύσκολο ζήτημα. Το άτομο με σχιζοφρενικά συμπτώματα αισθάνεται απελπιστικά μόνο, αλλά και αμύνεται σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης και εμπιστοσύνης, οπότε είναι πολύ πιθανόν να αντιδράσει καχύποπτα, με άγχος, εχθρικότητα ή και παλινδρόμηση. Η ευσυνείδητη παρατήρηση των αποστάσεων και της ιδιωτικότητας, η υπομονή, η ειλικρίνεια και η ευαισθησία στις κοινωνικές συμβατικότητες είναι προτιμότερες από την πρόωρη οικειότητα και την καταδεχτική χρήση των μικρών ονομάτων. Υπερβολική οικειότητα και φιλικότητα είναι εκτός τόπου και πιθανότατα εκλαμβάνονται σαν προσπάθεια δωροδοκίας, χειρισμού ή εκμετάλλευσης. Εντούτοις, η ευελιξία μπορεί να είναι ουσιαστική για την εγκαθίδρυση ενεργού συμμαχίας με τον ασθενή. Ο στόχος είναι ο θεραπευτής να μεταφέρει στον ασθενή την ιδέα ότι μπορεί να τον εμπιστεύεται, ότι θέλει να τον καταλάβει και ότι πιστεύει σε αυτόν, ανεξάρτητα αν αυτός είναι διαταραγμένος, εχθρικός ή αλλόκοτος στην παρούσα φάση (Kaplan, Sadock and Grebb, 2000).

3.8 Παιδική Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια εξαιρετικά σπάνια διαταραχή σε παιδιά κάτω των 12 ετών, ενώ η συχνότητα της αυξάνεται στην εφηβεία. Οι εκτιμήσεις για τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στον παιδικό πληθυσμό ποικίλουν από 0,14 ως 1,0 στα 10.000 παιδιά. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται στους ενήλικες με συχνότητα 100 φορές μεγαλύτερη από ότι στα παιδιά (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004).

Παλαιότερα ο όρος «παιδική σχιζοφρένεια» χρησιμοποιούνταν για να χαρακτηρίσει μια ευρύ κατηγορία παιδιών τα οποία αντιμετώπιζαν σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες όμως μπορεί να διέφεραν κατά πολύ μεταξύ τους. Σε νεώτερες προσεγγίσεις επιχειρήθηκε η διάκριση ενός τύπου σχιζοφρένειας που θα αποτελούσε διαφορετική διαγνωστική κατηγορία από την αντίστοιχη διαταραχή των ενηλίκων. Ωστόσο, γρήγορα αυτή η ιδέα εγκαταλείφτηκε γιατί διαπιστώθηκε ότι τα κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας στους ενήλικες ανταποκρίνονταν με μεγάλη αξιοπιστία στη διάγνωση της διαταραχής αυτής και στα παιδιά. Ωστόσο, η σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία θεωρείται ως σοβαρότερος τύπος της διαταραχής σε σύγκριση με τις περιπτώσεις όπου η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται για πρώτη φορά σε μεγαλύτερη ηλικία. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή η οποία μπορεί να εμφανιστεί και στα παιδιά, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στα τέλη της εφηβείας ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Μάλιστα, η σχιζοφρένεια με έναρξη στην παιδική ηλικία είναι μια διαταραχή της οποίας τα συμπτώματα επιμένουν στο χρόνο και σπάνια υποχωρούν (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004).

Η πρώτη σημαντική αλλαγή στη θεωρητική προσέγγιση της σχιζοφρένειας με έναρξη στην παιδική ηλικία πραγματοποιήθηκε από τον Kolvin και τους συνεργάτες του το 1971 (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004). Στις εργασίες του Kolvin καθορίστηκαν τρεις ομάδες συμπτωμάτων που μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως διαγνωστικά κριτήρια. Τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν συχνότερα ήταν με την εξής σειρά: ψευδαισθήσεις, στερεοτυπίες και μια τάση του παιδιού να απαντά μερικώς και όχι ολοκληρωμένα σε ερωτήσεις. Η επόμενη ομάδα συμπτωμάτων χαρακτηριζόταν από διαταραχές στη σκέψη (ροή, περιεχόμενο) και η μετέπειτα από διαταραχές του συναισθήματος (απροσφορότητα, επιπέδωση) καθώς και διαταραχές στη βούληση και τις ενορμήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ψύχωση εξελίσσονταν σε ένα υπόβαθρό ανάπτυξης του παιδιού, που χαρακτηριζόταν από διαταραχές της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας με βραδεία έναρξη. Περισσότερα από 80% των παιδιών είχαν ακουστικές ψευδαισθήσεις και περίπου το 50% από αυτά σωματικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις.

Οι διαταραχές του θυμικού ήταν συχνές κυρίως στα αρχικά στάδια. Συχνά τα παιδιά εμφάνιζαν αμηχανία που προσεγγίζει την σύγχυση, ενώ ήταν συχνοί οι μορφασμοί και οι στερεοτυπίες. Τα περισσότερα από τα παιδιά είχαν φυσιολογική νοημοσύνη αλλά υπήρχε μια τάση να είναι πιο χαμηλή από τον μέσο όρο. Τα κοινωνικά, οικογενειακά και άλλα χαρακτηριστικά ήταν όμοια

με αυτά που παρατηρούμε στους ενήλικες (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1998).

Συχνά η σχιζοφρένεια στα παιδιά συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, αντιδραστική συμπεριφορά και τάσεις αυτοκτονίας. Επίσης, η εμφάνιση της στα παιδιά δεν είναι οξεία αλλά σταδιακή και πολλές φορές είναι δύσκολος ο ακριβής εντοπισμός της έναρξης της διαταραχής.

Τα μέσα που έχει ο ειδικός στη διάθεση του για την αξιολόγηση της σχιζοφρένειας στην παιδική ηλικία περιορίζονται στη συνέντευξη με τους γονείς και τους δασκάλους του παιδιού και στην κλινική παρατήρηση. Κατά την αξιολόγηση σημαντική είναι η διαφορική διάγνωση της σχιζοφρένειας από τον αυτισμό.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στα παιδιά έχει δυο διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση αφορά στον περιορισμό των ψυχωτικών συμπτωμάτων με τη χορήγηση ειδικής φαρμακευτικής αγωγής, ενώ η δεύτερη διάσταση αφορά την ψυχοκοινωνική στήριξη των παιδιών αυτών και των οικογενειών τους με σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικής τους προσαρμογής.

Ωστόσο, η εκδήλωση της σχιζοφρένειας σε ένα παιδί ή σε ένα έφηβο δεν εξαντλείται στα βασικά ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά προκαλεί επίσης σημαντικές δυσκολίες στη λειτουργικότητα του παιδιού στο σπίτι και στο σχολείο και επηρεάζει δυσμενώς τη γενική του προσαρμογή στο περιβάλλον. Έτσι, παράλληλα με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής προτείνεται η ένταξη του παιδιού σε κάποιο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα με στόχο την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των καθημερινών δυσκολιών που προκαλεί αυτή η διαταραχή. Η συμμετοχή των υπολοίπων μελών της οικογένειας στο πρόγραμμα είναι απαραίτητη ώστε να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω από το παιδί με τη διαταραχή έτσι ώστε να αποφεύγεται η δημιουργία εκείνων των συνθηκών που ευνοούν την εκδήλωση ψυχωσικού επεισοδίου και να αυξάνονται οι προστατευτικοί παράγοντες που μπορούν να αποτρέψουν την εκδήλωση του (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2004).

Ωστόσο, δεν έχει αποδειχτεί ποια θεραπευτική μέθοδος είναι η καλύτερη απ όλες για την παιδική σχιζοφρένεια, ούτε έχει γίνει σε συστηματική βάση εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων. Η πραγματοποίηση μελετών αυτού του τύπου είναι πολύ δύσκολη λόγω της σπανιότητας της παιδικής σχιζοφρένειας (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

4.1 Η αντανάκλαση συναισθήματος και η λειτουργία της

Η αντανάκλαση συναισθήματος είναι η επανάληψη ή αναδιαμόρφωση των δηλώσεων του πελάτη από τον θεραπευτή με μια έμφαση στα συναισθήματα του πελάτη. Τα συναισθήματα μπορεί να έχουν ειπωθεί από τον πελάτη με τις ίδιες ή παρόμοιες λέξεις ή ο θεραπευτής μπορεί να εκμαιεύσει τα συναισθήματα από τη μη λεκτική επικοινωνία του πελάτη ή από το γενικό μήνυμα του (Hill & O' Brien, 1999).

Οι θεραπευτές τυπικά χρησιμοποιούν την αντανάκλαση ώστε να βοηθήσουν τον πελάτη να αναγνωρίσει, να κατηγοριοποιήσει και να εκφράσει τα συναισθήματα του. στην πραγματικότητα, η αντανάκλαση είναι μια από τις πιο σημαντικές δεξιότητες για την «εξερεύνηση» του πελάτη. Η αναμενόμενη αντίδραση από τον πελάτη είναι να εξερευνήσει τα συναισθήματα του σε βαθύτερο επίπεδο και παράλληλα να βιώσει τα συναισθήματα του τη συγκεκριμένη στιγμή. Μια άλλη λειτουργία είναι να ενθαρρύνει την συναισθηματική κάθαρση. Ενθαρρύνοντας τον πελάτη να βιώσει τα συναισθήματα του, οι θεραπευτές ελπίζουν να παρέχουν ανακούφιση. Επιπλέον, άλλες λειτουργίες είναι να βελτιώσουν τον αυτοέλεγχο και να δώσουν ελπίδα ενθαρρύνοντας τους πελάτες να εκφράσουν, να αποδεχτούν και να μάθουν πώς να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους. Μια τελική λειτουργία είναι να γνωρίσει ο πελάτης και να εξηγήσει τον ίδιο του τον εαυτό (Hill & O' Brien, 1999).

Στα πλαίσια αυτής της δεξιότητας το πιο σημαντικό είναι ο θεραπευτής να βρίσκεται σε ετοιμότητα και να απαντάει στο συναίσθημα που εκφράζεται μάλλον, παρά να προσέχει μόνο θέματα περιεχομένου και αποφάσεων, το **τι** λέει ο πελάτης αποτελεί το μέρος του περιεχομένου του μηνύματος. Πρέπει όμως κανείς να προσέχει και **πώς** δίνει το μήνυμα ο πελάτης. (Ivey, Gluckstern & Ivey, 1992).

Όπως σημείωσε ο Rogers τα συναισθήματα είναι το σημείο-κλειδί των εμπειριών μας. Συχνά αγνοούμε, αρνούμαστε ή καταπιέζουμε τα συναισθήματα μας. Άλλοτε πάλι, αναπτυσσόμαστε μακριά από τις εσωτερικές μας εμπειρίες και δεν μπορούμε να αποδεχτούμε τον εαυτό μας. Θα πρέπει να επιστρέψουμε στα συναισθήματα μας και επιτρέψουμε στους εαυτούς μας να τα νιώσουμε γιατί μόνο τότε μπορούμε να αποφασίσουμε τι θέλουμε να κάνουμε με αυτά (Hill & O' Brien, 1999).

4.2 Εμπειρικά στοιχεία

Επειδή πολλές φορές σε έρευνες δεν μπορεί να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στην επαναδιατύπωση και την αντανάκλαση και επειδή οι δύο αυτές δεξιότητες φαίνεται να έχουν παρόμοια επίδραση, έχουν ομαδοποιηθεί μαζί στις έρευνες που έχουν γίνει κάτω από τον γενικό όρο ***«παράφραση».*** Σε

προηγούμενες μελέτες η παράφραση χρησιμοποιούνταν κατά 10-31% στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, γενικά οι επαναδιατυπώσεις και η αντανάκλαση είναι περισσότερο αποτελεσματικά από ότι οι κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις, που επίσης χρησιμοποιούνται ως δεξιότητες στο στάδιο της εξερεύνησης. Ωστόσο αυτές οι δύο δεξιότητες της παράφρασης δεν αναγνωρίζονται ως οι πλέον βοηθητικές παρόλο που θέτουν τα θεμέλια της εσωτερικής εξερεύνησης και δράσης. Παρόλα αυτά, είναι απολύτως ουσιαστικές στην εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης και βοηθούν τον πελάτη στην εξερεύνηση του. (Hill & O' Brien, 1999).

4.3 Η σπουδαιότητα των συναισθημάτων

Τα συναισθήματα είναι τουλάχιστον τόσο σημαντικά όσο και το περιεχόμενο της επικοινωνίας του πελάτη. Πολλοί αρχάριοι θεραπευτές ενδιαφέρονται να μάθουν όλες τις λεπτομέρειες των γεγονότων, είτε στα πλαίσια μιας φιλίας ή όταν τους ζητείται να λύσουν ένα πρόβλημα, αλλά αγνοούν τα συναισθήματα. Η συλλογή των λεπτομερειών υποδεικνύει ότι ο θεραπευτής πρόκειται να κάνει κάτι για να λύσει το πρόβλημα και επιτρέπει στον πελάτη να απομακρυνθεί από επίπονες επιδράσεις ή επιδράσεις που μπορεί να τον μπερδέψουν. Ωστόσο, οι πελάτες καταφέρνουν καλύτερα να λύσουν τα προβλήματα τους όταν τα συναισθήματα τους είναι γνωστά και ξεκάθαρα.

Η έκφραση των συναισθημάτων από τον πελάτη δίνει τη δυνατότητα στο θεραπευτή να τα γνωρίσει και να τα κατανοήσει. Καθώς οι άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά στα γεγονότα, θα πρέπει να γνωρίζουμε πώς οι εμπειρίες βιώνονται από κάθε πελάτη ατομικά. Οι θεραπευτές θα πρέπει να ακούν προσεκτικά έτσι ώστε να μην επιβάλλουν τις δικές τους εκτιμήσεις για τα συναισθήματα πάνω στον πελάτη.

Αν ο πελάτης αποδεχτεί τα συναισθήματα τού, μπορεί να καταστεί ανοικτός σε νέα συναισθήματα και εμπειρίες. Τα συναισθήματα δεν είναι στατικά αλλά συνήθως αλλάζουν μόλις βιωθούν. Όταν ένα άτομο βιώσει ένα συναίσθημα ολοκληρωμένα, ένα νέο συναίσθημα αναδύεται. Αντίθετα μη αποδεκτά συναισθήματα είναι πιθανόν να διαρρεύσουν σε ορισμένες περιπτώσεις με πολύ διαταραγμένους τρόπους. Άλλες φορές αν οι άνθρωποι δεν μπορούν να αποδεχτούν τα συναισθήματα τους, κολλάνε ή ακόμα μπορούν να παγιδευτούν αν δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους να έχουν και να εκφράζουν τα συναισθήματα τους.

Επειδή σπάνια τα συναισθήματα είναι απλά και ξεκάθαρα, ο πελάτης μπορεί να έχει πολλά αντικρουόμενα συναισθήματα σχετικά με ένα θέμα. Ο θεραπευτής είναι σημαντικό να επιτρέπει στον πελάτη να εκφράσει όσο περισσότερα γίνεται από αυτά τα συναισθήματα χωρίς να τον ενδιαφέρει αν αυτά είναι αντικρουόμενα ή όχι. Στην πραγματικότητα αν ο πελάτης παρουσιάζει μια μονοδιάστατη εικόνα συναισθημάτων, ο θεραπευτής θα πρέπει να αναρωτηθεί μήπως υπάρχουν και τα αντίθετα συναισθήματα. Ορισμένοι από τους θεραπευτές GESTALT πιστεύουν ότι κάθε συναίσθημα έχει δυο όψεις. Ο Teyber υποστήριξε ότι συχνά τα συναισθήματα κρύβουν

κάποια άλλα συναισθήματα. Έτσι, για παράδειγμα, κάτω από το θυμό κρύβεται λύπη και ντροπή, και κάτω από τη λύπη μερικές φορές βρίσκεται θυμός και ενοχή. Επιδιώκοντας βαθύτερη σκέψη σχετικά με τα συναισθήματα ο θεραπευτής καθιστά ικανό τον πελάτη να αποδεχτεί το πλήθος των συναισθημάτων το οποίο σε άλλη περίπτωση δεν θα γνώριζε (Hill & O' Brien, 1999).

Γενικά, η αντιμετώπιση των περίπλοκων ασαφών συναισθημάτων μπορεί να επιτευχθεί, καταρχήν, με τις ίδιες ακριβώς διαδικασίες αντανάκλασης συναισθήματος που περιγράφηκαν. Αν ο πελάτης λέει ότι βρίσκεται σε σύγχυση ο θεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιήσει ερωτήσεις και αντανάκλαση συναισθήματος για να ανακαλύψει τα πιο συγκεκριμένα συναισθήματα που βρίσκονται κάτω από τον ασαφή όρο της σύγχυσης. Χρήσιμες δεξιότητες για τη διευκόλυνση αυτής της ανίχνευσης είναι:

- Η παρατήρηση μηνυμάτων με διπλό νόημα και ανάμεικτων συναισθημάτων, για παράδειγμα όταν άλλο δηλώνει το σώμα και άλλο οι λέξεις.
- Οι ερωτήσεις που προσφέρουν την ευκαιρία στον πελάτη και τον ενθαρρύνουν να μοιραστεί περισσότερο και να εκφράσει με λόγια τη συναισθηματική του εμπειρία.
- Οι αντανακλάσεις συναισθήματος οι οποίες συνίστανται να εναρμονίζονται με τα παρόντα συναισθήματα του πελάτη (Ivey, Gluckstern & Ivey, 1992).

Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολιτιστικές διαφορές στην έκφραση των συναισθημάτων και προσωπικών εμπειριών. Στην Αμερική γενικά οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να είναι ανοικτοί σχετικά με τα συναισθήματα τους και τις εμπειρίες τους. Ωστόσο, άνθρωποι από άλλες κουλτούρες μπορεί να είναι πιο συγκρατημένοι στην έκφραση των συναισθημάτων τους. Επίσης ορισμένοι άνθρωποι έχουν διαφορετικές εμπειρίες συνδεδεμένες με λέξεις που εκφράζουν συναίσθημα. Για αυτό ο θεραπευτής έχει την ευθύνη να ανακαλύψει ποια λέξη είναι κατάλληλη για κάθε πελάτη.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ορισμένα άτομα, όπως για παράδειγμα οι άντρες έχουν δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων τους. Οι άντρες δεν έχουν κοινωνικοποιηθεί να είναι ευαίσθητοι στα συναισθήματα και συχνά τρομοκρατούνται αν τους ζητηθεί να εκφράσουν αυτό που νιώθουν.

Οι πελάτες οι οποίοι μπορούν να βιώσουν τα συναισθήματα τους, να τα αποδεχτούν και να τα οικειοποιηθούν, μπορούν στη συνέχεια να αποφασίσουν πώς θα συμπεριφερθούν. Ο θεραπευτής δεν χρειάζεται να ενεργήσει πάνω στα συναισθήματα αλλά μπορεί να πάρει μια πιο ολοκληρωμένη απόφαση για το τι θα κάνει με αυτά όταν εκδηλώνονται (Hill & O' Brien, 1999).

4.4 Τα πλεονεκτήματα της Αντανάκλασης Συναισθημάτων

Η αντανάκλαση των συναισθημάτων είναι η ιδανική παρέμβαση για πελάτες οι οποίοι δεν μπορούν να μπουν να εμβαθύνουν στις εσωτερικές τους εμπειρίες, ειδικά όταν δίνονται με κατανόηση και ενσυναίσθηση για το

δισταγμό του πελάτη να βιώσει επίπονα συναισθήματα. Οι πελάτες συχνά χρειάζονται βοήθεια να αναγνωρίσουν και να αποδεχτούν τα συναισθήματα τους και τον ίδιο τους τον εαυτό. Η αντανάκλαση ακόμα *επιβεβαιώνει* τα συναισθήματα. Αν και μπορεί να ακούγεται εύκολο, η βίωση και έκφραση των συναισθημάτων μπορεί να είναι δύσκολη και συχνά επίπονη διαδικασία.

Οι πελάτες συχνά έχουν δυσκολία στο να ταυτοποιήσουν και να αποδεχτούν τα συναισθήματα τους από μόνοι τους, πιθανόν επειδή δεν γνωρίζουν πώς νιώθουν ή είναι αμφίθυμοι ή αρνητικοί για τα συναισθήματα. Επιπλέον, τα συναισθήματα είναι δύσκολο να ξεκαθαριστούν επειδή συχνά πρόκειται για αισθήσεις παρά για πλήρως κατανοητές πληροφορίες οι οποίες μπορούν να εκφραστούν με λέξεις. Έτσι, όταν ο πελάτης έχει δυσκολία στο να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του, μπορεί να νιώσει άγχος και ανασφάλεια όταν ο θεραπευτής τον ρωτάει «Πώς νιώθεις για αυτό;». τέτοιου είδους ερωτήσεις προκαλούν σύγχυση ή ανησυχία στον πελάτη γιατί δεν είναι σίγουρος τι περιμένει να ακούσει ο θεραπευτής και πώς θα «πρέπει» να νιώσει ο ίδιος. Μερικές φορές το να ρωτήσει ο θεραπευτής τον πελάτη πώς νιώθει ενεργοποιεί άμυνες και κάνει τον πελάτη να σωπαίνει. Επίσης, με τέτοιες ερωτήσεις ο πελάτης καμιά φορά μπορεί να νιώσει ενοχλημένος και να πιστέψει ότι ο θεραπευτής δεν ακούει πραγματικά αυτό που του λέει ή ότι προσπαθεί να συμπάσχει με τα συναισθήματα του. Αντίθετα, η αντανάκλαση των συναισθημάτων μπορεί να είναι πιο *διευκολυντική* και λιγότερο τρομακτική για τον πελάτη.

Η αντανάκλαση των συναισθημάτων μπορεί να *διαμορφώσει* την έκφραση των συναισθημάτων, κάτι το οποίο είναι πολύ για τους πελάτες που δεν έχουν επαφή με τα συναισθήματα τους. Πολλοί άνθρωποι έχουν την εμπειρία ενός συναισθήματος αλλά δεν έχουν μια «ετικέτα» για αυτό το συναίσθημα. «Μαρκάροντας» τα συναισθήματα ο θεραπευτής δείχνει ότι δεν τα φοβάται, ότι αυτά τα συναισθήματα είναι γνωστά και ότι συνεχίζει να αποδέχεται τον πελάτη ανεξάρτητα από τα συναισθήματα του. Η αντανάκλαση των συναισθημάτων μπορεί να είναι πιο ασφαλής για τον πελάτη από ότι η ερώτηση για τα συναισθήματα του, γιατί η αντανάκλαση παρέχει ένα παράδειγμα του πώς μπορεί να νιώθει ο πελάτης, ενώ η ερώτηση του ζητά να ελευθερώσει συναισθήματα τα οποία πιθανόν δεν γνωρίζει. Προτείνοντας ένα συναίσθημα, η αντανάκλαση μπορεί να αποτρέψει τις άμυνες ή πιθανή ντροπή που μπορεί να έχει ο πελάτης επειδή νιώθει αυτό το συναίσθημα. Μέσω της αντανάκλασης ο θεραπευτής δείχνει στον πελάτη ότι το συναίσθημα που έχει είναι φυσιολογικό και τον αποδέχεται, κάτι που μπορεί να ανακουφίσει τον πελάτη.

Ακούγοντας την αντανάκλαση του συναισθήματος ο πελάτης μπορεί να ξανασκεφτεί και να επανεξετάσει τι πραγματικά νιώθει. Αυτή η έρευνα μπορεί να οδηγήσει σε βαθύτερη εξερεύνηση των συναισθημάτων σε μια προσπάθεια καθορισμού τους. Είναι συχνά δύσκολο να αποδοθούν με λόγια τα βαθύτερα, πιο ιδιωτικά συναισθήματα και σκέψεις. Σε μια ασφαλή και υποστηρικτική σχέση, μπορούν να αρχίσουν να εξερευνούν τα συναισθήματα του, τα οποία είναι συχνά λίγο μπερδεμένα και αντικρουόμενα. Μπορεί να νιώθει ένα συνδυασμό αγάπης, μίσους και ενοχής για το ίδιο πρόσωπο στην ίδια

κατάσταση. Εάν επιτραπεί αυτή η παραδοχή των αμφίθυμων συναισθημάτων σε ένα άλλο πρόσωπο και επέλθει απόρριψη μπορεί να οδηγήσει τον πελάτη στο να αποδεχτεί τα συναισθήματα του από μόνος του.

Η χρήση της αντανάκλασης συναισθημάτων απαιτεί από τον θεραπευτή τουλάχιστον να εργάζεται τόσο σκληρά όσο και ο πελάτης, καθώς ο θεραπευτής προσπαθεί ενεργά να εμπλακεί στην προσπάθεια κατανόησης του πελάτη. Η αντανάκλαση προσφέρει τη δυνατότητα στον θεραπευτή να αποδείξει την κατανόηση του. Δεν μπορούμε ποτέ πλήρως να καταλάβουμε ένα άλλο άτομο, αλλά μπορούμε να προσπαθήσουμε να αφήσουμε πίσω τις δικές μας απόψεις και να θέσουμε τον εαυτό μας στα πλαίσια των εμπειριών του πελάτη.

Ως εκ τούτου, η αντανάκλαση συναισθημάτων είναι ιδανική παρέμβαση για την ενθάρρυνση της έκφρασης των συναισθημάτων από τον πελάτη γιατί οι θεραπευτές δίνουν παραδείγματα του τι μπορεί να αισθάνονται οι πελάτες, ώστε οι πελάτες να αρχίσουν να αναγνωρίζουν και να αποδέχονται συναισθήματα και οι θεραπευτές να αποδέχονται τα συναισθήματα των πελατών σαν φυσιολογικά και φυσικά. (Hill & O' Brien, 1999).

4.5 Η Αντανάκλαση Συναισθημάτων και η σχέση της με την Ενσυναίσθηση

Ορισμένοι συγγραφείς εξισώνουν την αντανάκλαση συναισθήματος με την ενσυναίσθηση. Ωστόσο είναι πολύ περιοριστικό να καθοριστεί η ενσυναίσθηση μόνο σαν αντανάκλαση συναισθήματος. Ο Rogers πίστευε ότι η ενσυναίσθηση είναι μια συμπεριφορά ή ένας τρόπος να είναι συντονισμένος με τις εμπειρίες ενός άλλου ατόμου. Μια σωστή αντανάκλαση συναισθήματος μπορεί να αποτελεί τη δήλωση της ενσυναίσθησης. Επίσης, μια τεχνικά σωστή αντανάκλαση συναισθήματος μπορεί να μην είναι σύμφωνη με την ενσυναίσθηση επειδή δόθηκε σε μια λάθος στιγμή ή με έναν ακατάλληλο τρόπο. Ακόμα κάποιες στιγμές ίσως είναι καλύτερα, στα πλαίσια της ενσυναίσθησης, να χρησιμοποιηθεί μια άλλη δεξιότητα και όχι η αντανάκλαση συναισθήματος (Hill & O' Brien, 1999).

4.6 Προειδοποιήσεις

Το να μοιράζεται κανείς συναισθήματα έχει πλεονεκτήματα για τον πελάτη καθώς μπορεί να νιώσει καλύτερα από την ένταση, να αποδεχτεί τα συναισθήματα του και να νιώσει περήφανος που είχε το κουράγιο να τα εκφράσει. Ωστόσο, το να μοιράζεται κανείς συναισθήματα μπορεί να ενέχει προβλήματα, όταν οι πελάτες νιώσουν τόσο καλά αφού εκφράσουν τα συναισθήματα τους ώστε δεν είναι διατεθειμένοι να πραγματοποιήσουν αλλαγές. Μπορεί επίσης η έκφραση των συναισθημάτων να είναι προβληματική όταν οι πελάτες αναφέρουν κάποια συναισθήματα χωρίς να τα βιώνουν πραγματικά. Πρόβλημα υπάρχει ακόμα όταν οι πελάτες εξωτερικεύουν περισσότερα συναισθήματα από αυτά που μπορούν να αντιμετωπίσουν την δεδομένη στιγμή. Επίσης αν οι μηχανισμοί άμυνας έχουν

καταστραφεί οι πελάτες μπορεί να καταρρεύσουν κάτω από την συναισθηματική κάθαρση. Μπορεί να μην είναι έτοιμοι για τα συναισθήματα και να μη νιώθουν την υποστήριξη να ρισκάρουν βαθύτερη εξερεύνηση. Οι Brammer και MacDonald πρότειναν ότι οι θεραπευτές θα πρέπει να είναι προσεκτικοί σχετικά με την ενθάρρυνση της έκφρασης πολλών συναισθημάτων όταν:

- Ο πελάτης έχει μια συγκεκριμένη συναισθηματική διαταραχή, παραισθήσεις ή εξαιρετικά μεγάλο θυμό, και ο θεραπευτής δεν είναι εκπαιδευμένος να αντιμετωπίζει τέτοιες καταστάσεις.
- Ο πελάτης διέρχεται μιας συναισθηματικής κρίσης και η συζήτηση γύρω από τα συναισθήματα θα προσθέσει περισσότερη πίεση από ότι μπορεί να αντέξει.
- Ο πελάτης είχε μεγάλη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων στο παρελθόν.
- Ο πελάτης αντιστέκεται έντονα στην έκφραση συναισθημάτων.
- Δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να δουλέψει ο θεραπευτής και ο πελάτης με τα συναισθήματα.

Επίσης ο πελάτης μπορεί να δεχτεί την αντανάκλαση του συναισθήματος από το θεραπευτή ως σωστή όχι απαραίτητα επειδή είναι σωστή , αλλά επειδή ο θεραπευτής βρίσκεται σε θέση εξουσίας. Γενικά η αντανάκλαση συναισθήματος μπορεί να είναι ευεργετική για τον πελάτη, όμως οι θεραπευτές θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η αντανάκλαση μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να γεμίσει τον πελάτη με συναισθήματα τα οποία δεν μπορεί να ελέγξει (Hill & O' Brien, 1999).

4.7 Το πλαίσιο της Αντανάκλασης Συναισθημάτων

Μαθαίνοντας να χρησιμοποιούν την αντανάκλαση συναισθημάτων, οι θεραπευτές ξεκινούν να χρησιμοποιούν το παρακάτω πλαίσιο: ***«Αισθάνεσαι ….. – γιατί……»***. Προσπαθούν με λίγα λόγια να πουν και το συναίσθημα και το λόγο για τον οποίο υπάρχει αυτό το συναίσθημα. Οι θεραπευτές θα πρέπει να διαλέξουν το προεξέχον συναίσθημα παρά όλα τα συναισθήματα. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη κριτική ικανότητα, και για αυτό ο θεραπευτής θα πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα τόσο τη λεκτική όσο και τη μη λεκτική συμπεριφορά του πελάτη ώστε να αναγνωρίσουν το πιο δυνατό συναίσθημα.

Εφόσον ο στόχος του θεραπευτή είναι να βυθιστεί ο πελάτης στα συναισθήματα του ώστε να τα αποδεχτεί τελικά, ο θεραπευτής θα πρέπει να εστιάσει στα παρόντα συναισθήματα ώστε ο πελάτης να βιώσει τα στιγμιαία συναισθήματα και όχι να λέει ιστορίες για τα συναισθήματα του παρελθόντος. Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να αφήνει χρόνο στον πελάτη να επεξεργαστεί τις αντανακλάσεις που παρουσιάζονται και να μη βιάζεται να περάσει στο επόμενο θέμα. Αν ο πελάτης αναστατωθεί ή αρχίσει να κλαίει, ο θεραπευτής θα πρέπει να τον ενθαρρύνει να συνεχίσει να εκφράζει τα συναισθήματα του παρά να τον παροτρύνει να διώξει αυτά τα συναισθήματα και να νιώσει

καλύτερα. Τέλος, ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει ποικιλία έκφρασης κατά τις αντανακλάσεις ώστε ο πελάτης να μην ενοχληθεί από επαναλαμβανόμενες φράσεις. Η σωστή αντανάκλαση δεν θα πρέπει καν να γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη.

Πολλοί αρχάριοι θεραπευτές έχουν δυσκολία στο να βρουν τις λέξεις για να περιγράψουν τα συναισθήματα που εκφράζονται σε μια δεδομένη κατάσταση. Συνήθως οι πελάτες εκφράζου αρνητικά συναισθήματα παρά θετικά, καθώς οι πελάτες αναφέρονται στον θεραπευτή για κάποια προβλήματα (Hill & O' Brien, 1999).

4.8 Πηγές των Αντανακλάσεων

Στοιχεία για το τι νιώθουν οι πελάτες μπορούν να βρεθούν σε τέσσερις πηγές: στην έκφραση συναισθημάτων από τον ίδιο τον πελάτη, το λεκτικό πλαίσιο, τη μη λεκτική συμπεριφορά και την προβολή των συναισθημάτων του θεραπευτή πάνω στον πελάτη. Ο θεραπευτής θα πρέπει να προσέξει ότι οι τρεις τελευταίες πηγές δίνουν ενδείξεις και μπορεί να μην είναι απαραίτητα ακριβείς αντανακλάσεις των συναισθημάτων του πελάτη.

- ***Η έκφραση των συναισθημάτων από τον πελάτη***

Μερικές φορές είναι γνώστης των συναισθημάτων του και τα εκφράζει ανοικτά. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο θεραπευτής θα πρέπει να χρησιμοποιήσει μια άλλη λέξη από αυτή που χρησιμοποίησε ο πελάτης για να περιγράψει το συναίσθημα ώστε αυτός να αρχίσει να επεξεργάζεται το συναίσθημα σε ένα βαθύτερο επίπεδο και να μελετήσει και άλλες όψεις του συναισθήματος. Συνιστάται η χρήση κάποιας συνώνυμης λέξης για να έχει ο πελάτης τη δυνατότητα να δει και άλλες πτυχές του συναισθήματος. Επίσης καθώς τα συναισθήματα αλλάζουν διαρκώς ο θεραπευτής θα πρέπει να επιδιώκει να ψάχνει για νέα συναισθήματα που ταιριάζουν τη συγκεκριμένη στιγμή.

- ***Το λεκτικό Πλαίσιο του πελάτη***

Ακόμα και αν ο πελάτης δεν εκφράζει τα συναισθήματα του άμεσα, είναι πιθανόν ο θεραπευτής να μπορέσει να καταλάβει ποια είναι τα συναισθήματα του από τις λέξεις του πελάτη, κάνοντας κάποιες προκαταρκτικές υποθέσεις. Ωστόσο, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι έτοιμος να επανατοποθετήσει την αντανάκλαση σε βάση περαιτέρω εξέτασης. Ο θεραπευτής ίσως χρειαστεί να αλλάξει την αντανάκλαση καθώς μαζεύει περισσότερες πληροφορίες και καθώς το ίδιο το συναίσθημα αναδύεται και αλλάζει.

- **Μη λεκτική Συμπεριφορά**

Το πώς εμφανίζεται ο πελάτης να νιώθει είναι η τρίτη πηγή στοιχείων για τα συναισθήματα. Ο θεραπευτής θα πρέπει να ψάχνει σε ολόκληρη τη συμπεριφορά για στοιχεία. Πολλές φορές υπάρχει διαρροή στοιχείων στις κινήσεις των χεριών και των ποδιών επειδή οι άνθρωποι δεν μπορούν να κοντρολάρουν τόσο εύκολα αυτά τα μέλη του σώματος όσο το πρόσωπο.

Ωστόσο, τα μηνύματα της μη λεκτικής συμπεριφοράς δεν είναι πάντα τα ίδια, για αυτό αποτελούν μόνο ενδείξεις των πιθανών συναισθημάτων.

- **Προβολή των Συναισθημάτων του θεραπευτή**

Μια τελική πηγή στοιχείων είναι τα συναισθήματα του ίδιου του θεραπευτή. Πώς θα ένιωθε ο θεραπευτής αν ήταν στη θέση του πελάτη; Ο θεραπευτής δεν κρίνει πώς θα «έπρεπε»να νιώθει ο πελάτης αλλά προσπαθεί να καταλάβει τα συναισθήματα του πελάτη βάζοντας τον εαυτό του στη θέση του και πώς θα αντιδρούσε ο ίδιος σε μια παρόμοια κατάσταση. Ωστόσο, ο θεραπευτής θα πρέπει να ξέρει ότι αυτές οι προβολές των δικών του συναισθημάτων είναι απλά πιθανότητες και δεν καταδεικνύουν την πραγματικότητα του πελάτη, θα πρέπει να θυμάται επίσης ότι πάντα πρέπει να εστιάζει στα συναισθήματα του πελάτη (Hill & O' Brien, 1999).

4.9 Η ορθότητα της Αντανάκλασης

Η λέξη που εκφράζει συναίσθημα από τον θεραπευτή δεν είναι ανάγκη να είναι απολύτως σωστή για είναι βοηθητική, αν και θα πρέπει να είναι στο σωστό πλαίσιο. Αν αυτή η λέξη είναι κοντά σε αυτό που νιώθει ο πελάτης μπορεί να τον βοηθήσει να διευκρινίσει το συναίσθημα. Η διευκρίνιση των συναισθημάτων βοηθά τον θεραπευτή να κατανοήσει περισσότερο τον πελάτη, και τον ίδιο τον πελάτη να καθορίσει τι ακριβώς βιώνει. Κάποιος μπορεί να παρατηρήσει ότι αν η αντανάκλαση είναι απολύτως ακριβής δεν είναι πολύ βοηθητική γιατί τότε ο πελάτης δεν έχει λόγο να προσπαθήσει να διευκρινίσει ή να εξερευνήσει το συναίσθημα του. Από την άλλη, αν η αντανάκλαση δεν είναι στο πλαίσιο του συναισθήματος του πελάτη μπορεί να είναι επιβλαβής, καθώς ο πελάτης μπορεί να αισθανθεί ότι ο θεραπευτής δεν τον ακούει ή δεν τον καταλαβαίνει.

Ο θεραπευτής προσπαθεί με κάθε αντανάκλαση να κατανοήσει περισσότερο τον πελάτη. Καμιά φορά είναι η αναγνώριση της προσπάθειας αυτής από τον πελάτη που ενισχύει την ενσυναίσθηση και όχι η ίδια η αντανάκλαση (Hill & O' Brien, 1999).

4.10 Η επίδραση της Αντανάκλασης

Ο θεραπευτής μπορεί να καθορίσει πότε η αντανάκλαση είναι αποτελεσματική προσέχοντας την αντίδραση του πελάτη. Υπάρχει μια κλίμακα τριών σημείων η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθεί η επίδραση της αντανάκλασης:

1. Όταν η αντανάκλαση *δεν είναι σωστή ή είναι μη βοηθητική* σε μεγάλο βαθμό, ο πελάτης μπορεί να μην αντιδράσει ή και να απορρίψει τη δήλωση του θεραπευτή. Ακόμα μπορεί να πει ότι η δήλωση του θεραπευτή ήταν αυτό που μόλις ο ίδιος είπε και να μην προχωρήσει περαιτέρω. Επίσης ο πελάτης μπορεί να αγνοήσει τη δήλωση του θεραπευτή και να μην αντιδράσει με κανένα συναίσθημα.

2. Αν η αντανάκλαση είναι *τουλάχιστον μέτρια επιτυχημένη*, ο πελάτης συνεχίζει να μιλάει αλλά ίσως δεν πάει βαθύτερα στα συναισθήματα του.
3. Όταν η αντανάκλαση είναι *πολύ βοηθητική* ο πελάτης μπορεί να σταματήσει και να παραδεχτεί ότι ποτέ δεν είχε σκεφτεί αυτή την εκδοχή. Συχνά αναδύονται νέα συναισθήματα καθώς ο πελάτης βυθίζεται στις εμπειρίες του (Hill & O' Brien, 1999).

4.11 Οι δυσκολίες των θεραπευτών κατά την Αντανάκλαση Συναισθημάτων

Οι αρχάριοι θεραπευτές είναι συχνά νευρικοί στο να διαχειριστούν εκφράσεις έντονα αρνητικές. Αγχώνονται όταν οι πελάτες κλαίνε γιατί νιώθουν άβολα με το κλάμα, αβέβαιοι για το πώς θα πρέπει να διαχειριστούν τα συναισθήματα, και μη αποτελεσματικοί γιατί δεν μπορούν να κάνουν κάτι καλύτερο. Επίσης μπορεί να αναδυθούν συναισθήματα ενοχής όταν κλαίνε οι πελάτες γιατί οι θεραπευτές μπορεί να σκεφτούν ότι οι δικές τους παρεμβάσεις αναστάτωσαν τους πελάτες ή προκάλεσαν τον πόνο. Ακόμα μπορεί να φοβούνται ότι αν ενθαρρύνουν τους πελάτες να εκφράσουν τα συναισθήματα τους θα κολλήσουν εκεί και δεν θα μπορέσουν να απεγκλωβιστούν από αυτά. Οι θεραπευτές μπορεί να δυσκολεύονται να αποδεχτούν έντονα συναισθήματα στον εαυτό τους και τους πελάτες, γι αυτό και ενθαρρύνονται να μάθουν να δέχονται και να συμβιβάζονται με τα άγχη τους ώστε να καταστήσουν ικανούς τους πελάτες τους να εκφράσουν και να αποδεχτούν τα συναισθήματα τους.

Ορισμένες φορές, οι αρχάριοι θεραπευτές έχουν δυσκολία στο να ξεχωρίζουν το κυρίαρχο συναίσθημα για να το χρησιμοποιήσουν για την αντανάκλαση πίσω στον πελάτη. Μπορεί να ακούν πολλά διαφορετικά συναισθήματα και να μπερδεύονται για το ποιο είναι το πρώτο που θα πρέπει να αντανακλάσουν. Και πάλι η πρακτική εξάσκηση μπορεί να βοηθήσει πολύ. Ακόμα, πολλοί θεραπευτές έχουν δυσκολία στο να απομονώσουν τα δικά τους συναισθήματα από αυτά του πελάτη. Υποθέτουν ότι ο πελάτης θα πρέπει να έχει τα ίδια συναισθήματα με αυτούς. Πολλοί δένονται αρκετά και βιώνουν το συναίσθημα του πελάτη σε τέτοιο βαθμό ώστε να μην μπορούν να είναι αντικειμενικοί και βοηθητικοί. Θα πρέπει, λοιπό, ο ίδιος ο θεραπευτής να είναι γνώστης των δικών του συναισθημάτων. Μια ψυχοθεραπεία του ίδιου του θεραπευτή μπορεί να είναι πολύ βοηθητική (Hill & O' Brien, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΕΥΝΑ

5.1 Μεθοδολογία

Στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε μια έρευνα με σκοπό να μελετηθεί η συχνότητα εμφάνισης των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών ενός συνθετικού ψυχοθεραπευτή κατά τη διάρκεια των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Στη συγκεκριμένη εργασία ο ψυχοθεραπευτικός παράγοντας ο οποίος μελετάται είναι η *αντανάκλαση συναισθήματος*.

Σύμφωνα με την υπόθεση εργασίας στη συγκεκριμένη μελέτη, ο παράγοντας *αντανάκλαση συναισθήματος* αναμένεται να παρουσιάζεται με αυξημένη συχνότητα στις πρώτες συνεδρίες, να προχωρά με αυξητική τάση μέχρι το μέσο των συνεδριών και έπειτα να μειώνεται προχωρώντας στην ολοκλήρωση των συνεδριών.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος εφτά προπτυχιακοί φοιτητές του τέταρτου έτους Ψυχολογίας, εκ των οποίων ο ένας ήταν άντρας και έξι ήταν γυναίκες, ηλικίας 21 έως και 28 ετών.

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν οκτώ κασέτες οι οποίες περιείχαν οκτώ ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες μεταξύ ενός συνθετικού ψυχοθεραπευτή και ενός ατόμου που έπασχε από σχιζοφρενικά συμπτώματα. Υπήρχε, επίσης, και το απομαγνητοφωνημένο κείμενο των συνεδριών αυτών. Οι συνεδρίες οι οποίες περιέχονταν στις κασέτες είχαν διεξαχθεί κατά τις ακόλουθες ημερομηνίες αντιστοίχως:

- 3-1-1989
- 10-1-1989
- 5-3-1989
- 19-3-1989
- 5-6-1989
- 11-6-1989
- 26-5-1990
- 6-6-1990

Οι φοιτητές – ερευνητές καλούνταν να παρευρίσκονται σε συγκεκριμένη αίθουσα του τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κατά το χρονικό διάστημα από 4-2-2001 έως και 13-3-2001 και κατά τις ώρες 10:00-13:00 το πρωί και 16:00-19:00 το απόγευμα εξοπλισμένοι με ένα walkman και ένα πίνακα μετρήσεων. Σε κάθε συνάντηση πραγματοποιείτο η μελέτη μιας μόνο ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας. Στα πλαίσια αυτής της διαδικασίας οι φοιτητές έπρεπε να ακούσουν την κασέτα και παράλληλα να διαβάζουν το απομαγνητοφωνημένο κείμενο της κάθε συνεδρίας αξιολογώντας ταυτόχρονα τον ψυχοθεραπευτικό παράγοντα που είχε αναλάβει καθένας να μελετήσει. Σύμφωνα με το σχεδιασμό της έρευνας, έπρεπε να αποφασίσει αν ο παράγοντας ήταν παρών ή απών σε κάθε παρέμβαση του θεραπευτή και να

σημειώσει στον πίνακα με «**Χ**» στην αντίστοιχη στήλη «**παρών**» ή «**απών**». Κάθε συνεδρία είχε το δικό της πίνακα.

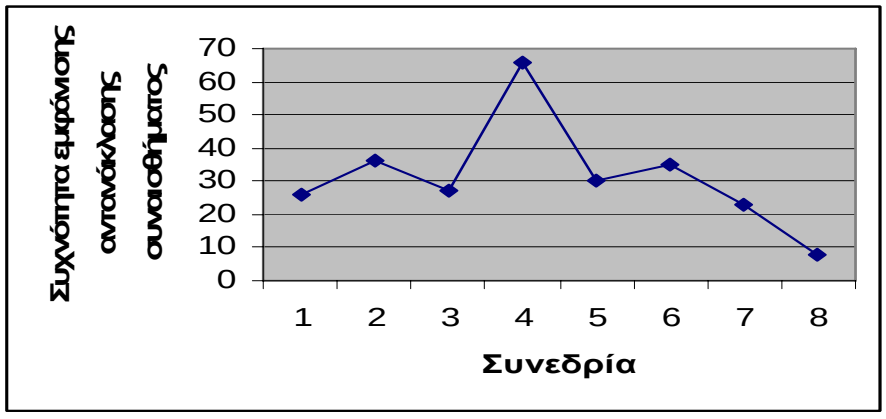
Εκτός από τον προσωπικό παράγοντα μελέτης τον οποίο ο κάθε φοιτητής είχε αναλάβει, έπρεπε να αξιολογήσει και ένα δεύτερο παράγοντα, ο οποίος στη συνέχεια θα λειτουργούσε ως μέτρηση ελέγχου για τον φοιτητή που μελετούσε το συγκεκριμένο παράγοντα. Για το λόγο αυτό πραγματοποιούνταν δυο συναντήσεις τις ημέρες της έρευνας. Κατά τις πρωινές ώρες πραγματοποιούνταν η μελέτη του παράγοντα έρευνας και κατά τις απογευματινές γινόταν οι μετρήσεις ελέγχου.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι πριν την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας, οι επόπτες καθηγητές της έρευνας τόνισαν τη σημασία της προσωπικής άποψης των φοιτητών-ερευνητών, καθώς και την αποφυγή της επιρροής των συναδέλφων τους. Άλλωστε για την *εγκυρότητα* και *αξιοπιστία* της έρευνας αποτελούσε κρίσιμο σημείο η καταγραφή στους πίνακες μόνο των προσωπικών απόψεων των ερευνητών.

5.2. Αποτελέσματα

Όπως φαίνεται στη Γραφική Παράσταση 1, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του ψυχοθεραπευτικού παράγοντα «Αντανάκλαση Συναισθήματος» παρατηρήθηκε ακριβώς κατά το μέσω των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Συγκεκριμένα, από την έναρξη των συνεδριών και προχωρώντας προς τη μέση διαπιστώθηκε μια αύξηση, από το μέσο και μετά προχωρώντας προς το τέλος διαπιστώθηκε μια μείωση.

Αναλυτικά, στην πρώτη συνεδρία υπήρχαν 26 παρεμβάσεις από τον ψυχοθεραπευτή, στη δεύτερη 36 παρεμβάσεις, στην τρίτη 27 παρεμβάσεις, στην τέταρτη 66 παρεμβάσεις, στην πέμπτη 30, στην έκτη 35, στην έβδομη 23 και τέλος στην όγδοη συνεδρία ο ψυχοθεραπευτής έκανε 8 παρεμβάσεις.



ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 1

Για να διαπιστωθεί η αξιοπιστία της έρευνας είναι αναγκαίο να βρεθεί σε τι ποσοστό συμφωνούν οι μετρήσεις του ερευνητή με τις μετρήσεις ελέγχου.

Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός θα πρέπει να μελετηθεί κάθε συνεδρία ξεχωριστά και να συγκριθούν τα ευρήματα τους, δηλαδή σε ποιες παρεμβάσεις συμφωνούν και οι δύο ότι ο παράγοντας μελέτης είναι παρών ή απών και σε ποιες διαφωνούν, οι περιπτώσεις, δηλαδή, στις οποίες ο ένας υποστήριξε ότι ο παράγοντας «Αντανάκλαση Συναισθήματος» είναι παρών και ο άλλος ότι είναι απών. Για να βρεθεί το ποσοστό συμφωνίας θα πρέπει να βρεθεί το άθροισμα των συμφωνιών σε κάθε συνεδρία και αυτό να διαιρεθεί με το σύνολο των παρεμβάσεων του ψυχοθεραπευτή στη συνεδρία αυτή.

Αναλυτικά, στην πρώτη συνεδρία (Πίνακας 1), υπήρχαν 145 παρεμβάσεις. Από αυτές, οι μετρήσεις του ερευνητή και οι μετρήσεις ελέγχου συμφωνούν ότι η αντανάκλαση συναισθήματος είναι παρούσα σε 9 παρεμβάσεις και απούσα σε 115. Το άθροισμα των δύο αυτών στοιχείων είναι 124. Η διαίρεση του συνόλου των αθροισμάτων με το σύνολο των παρεμβάσεων (το οποίο είναι ίσο με το άθροισμα και των τεσσάρων καταστάσεων του Πίνακα 1) δείχνει ότι το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ των δύο για την πρώτη συνεδρία είναι 85%.

ΕΛΕΓΧΟΣ \ ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ	ΠΑΡΩΝ	ΑΠΩΝ
ΠΑΡΩΝ	9	4
ΑΠΩΝ	17	115

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΕΛΕΓΧΟΣ \ ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ	ΠΑΡΩΝ	ΑΠΩΝ
ΠΑΡΩΝ	11	7
ΑΠΩΝ	25	165

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Παρομοίως, στη δεύτερη συνεδρία (Πίνακας 2) υπήρξαν 208 παρεμβάσεις, από αυτές υπήρξε συμφωνία στις 176, δηλαδή σε ποσοστό 84%.

Στην τρίτη συνεδρία (Πίνακας 3) από τις 294 παρεμβάσεις υπήρξε συμφωνία στις 236, δηλαδή σε ποσοστό 80%.

Στην τέταρτη συνεδρία (Πίνακας 4) από τις 274 παρεμβάσεις του θεραπευτή υπήρξε συμφωνία στις 251, δηλαδή σε ποσοστό 91%.

ΕΛΕΓΧΟΣ \ ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ	ΠΑΡΩΝ	ΑΠΩΝ
ΠΑΡΩΝ	10	2
ΑΠΩΝ	56	226

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΛΕΓΧΟΣ \ ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ	ΠΑΡΩΝ	ΑΠΩΝ
ΠΑΡΩΝ	8	4
ΑΠΩΝ	19	243

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Στην πέμπτη συνεδρία (Πίνακας 5) από τις 238 παρεμβάσεις υπήρξε συμφωνία στις 209, δηλαδή σε ποσοστό 87%.

Στην έκτη συνεδρία (Πίνακας 6) από τις 277 συνεδρίες υπήρξε συμφωνία στις 239, δηλαδή σε ποσοστό 86%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

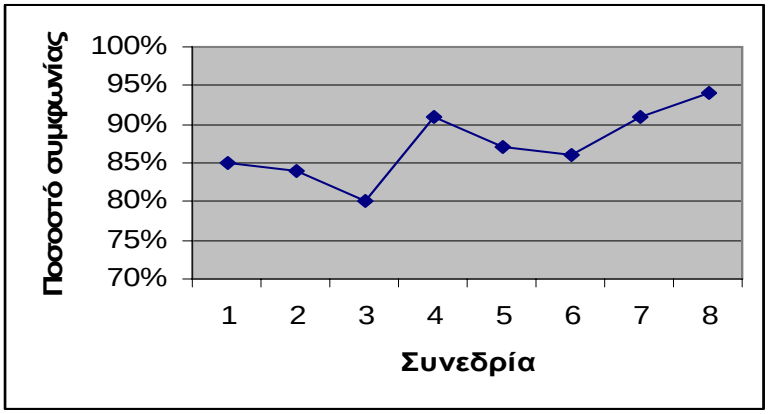
Στην έβδομη συνεδρία (Πίνακας 7) από τις 170 παρεμβάσεις υπήρξε συμφωνία στις 155, δηλαδή σε ποσοστό 91%.

Στην όγδοη συνεδρία (Πίνακας 8) από τις 150 παρεμβάσεις υπήρξε συμφωνία στις 142, δηλαδή σε ποσοστό 94%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Στη Γραφική Παράσταση 2 φαίνεται συνολικά το ποσοστό συμφωνίας όλων των συνεδριών.



ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 2

5.3 Συμπεράσματα – Συζήτηση

Όπως φαίνεται στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων στη Γραφική Παράσταση 1, η υπόθεση εργασίας για την παρουσία του παράγοντα «Αντανάκλαση Συναισθήματος» στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, επαληθεύτηκε. Πράγματι, όπως διαπιστώνεται από την έρευνα, ο υπό μελέτη παράγοντας εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στις πρώτες συνεδρίες, με αυξητικές τάσεις μέχρι το μέσο των συνεδριών, ενώ παρουσιάζει σταδιακή μείωση προς την ολοκλήρωση των συνεδριών.

Όσον αφορά την αξιοπιστία της έρευνας, με βάση τις μετρήσεις ελέγχου, όπως φαίνεται στη Γραφική Παράσταση 2, το ποσοστό αξιοπιστίας μεταξύ του ερευνητή και του ατόμου του οποίου οι μετρήσει λειτούργησαν ως μετρήσεις ελέγχου, κυμάνθηκε από 80% μέχρι και 94%. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των δυο είναι αρκετά υψηλός και κατά συνέπεια υπάρχει εγκυρότητα στα ευρήματα της έρευνας.

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι ο βαθμός αξιοπιστίας είναι μεγάλος, είναι φανερό ότι η έρευνα αυτή θα πρέπει να συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ακόμα. Θεωρώ πως δεν είναι δυνατόν μια έρευνα να βασιστεί στα ευρήματα ενός ή δύο ατόμων. Θα πρέπει να υπάρχει ικανός αριθμός ερευνητών οι οποίοι θα μελετούν έναν ψυχοθεραπευτικό παράγοντα, δηλαδή θα πρέπει να υπάρχουν ομάδες ερευνητών οι οποίες θα μελετούν ο καθένας τον παράγοντα ο οποίος του έχει ανατεθεί. Το ίδιο, θα πρέπει να ισχύει και για την ομάδα ελέγχου, δηλαδή να υπάρχει μεγαλύτερος αριθμός ατόμων οι μετρήσεις των οποίων θα λειτουργούν ως έλεγχος. Θα ήταν προτιμότερο η ομάδα ελέγχου να ασχολείται μόνο αυτές τις μετρήσεις και να μην έχει αναλάβει τη μελέτη κάποιου άλλου παράγοντα.

Επίσης, θα ήταν προτιμότερο οι ερευνητές να είχαν στη διάθεση τους πάνω από οκτώ ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες έτσι ώστε να έχουν περισσότερο υλικό προς μελέτη και να μπορούν να σχηματίσουν μια πιο ολοκληρωμένη άποψη. Για τον ίδιο λόγο θα ήταν καλύτερο αν υπήρχε η δυνατότητα να μελετηθούν πάνω από μια περιπτώσεις ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα τα οποία έχουν κάνει ψυχοθεραπεία με συνθετικό ψυχοθεραπευτή.

Η αντανάκλαση συναισθήματος είναι μια δεξιότητα στα πλαίσια των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων του θεραπευτή η οποία αξίζει να μελετηθεί περισσότερο. Είναι αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της χρησιμότητας της αντανάκλασης στα άτομα που παρουσιάζουν σχιζοφρενικά συμπτώματα, ώστε να διασαφηνιστεί η λειτουργία της και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andreasen, N.C. (1985). ***Κλίμακα για την αξιολόγηση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων*****. Ηράκλειο: Εκδ. Πανεπιστήμιου Κρήτης.**

Ασημάκης Π. (1999). Εκλεκτική προσέγγιση. Στο: Π. Ασημάκης (επιμέλεια). ***Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα: από τη θεωρία στην εφαρμογή*****. Αθήνα:Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης, University of Indianapolis Athens Press.**

Barandes, S. (1997). ***Στοιχεία Μοριακής Νευροβιολογίας και Βιολογικό Υπόστρωμα ψυχικών διαταραχών.*** **(Μετάφραση στα ελληνικά: Α.Α. Καστελάκης και Γ.Θ. Παναγής). Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην.**

Fadiman J. (1982). What clinical strategies or principles of change do you believe to be common across all therapeutic orientations? In: M.R. Gorfield (ed), ***Converging themes in psychodynamic, humanistic and behavioral practice.*** **New York: Springer Publishing Company.**

Frith C. (1992). ***The cognitive neuropsychology of schizophrenia*****. U.K: Lawrence Erlbaum Associates.**

Garfield S.L. (1982). What Are the Therapeutic Variables in Psychotherapy. In M.R. Gorfield (ed). ***Converging themes in psychodynamic, humanistic and behavioral practice.*** **New York: Springer Publishing Company.**

Hawkins P.J & Nestoros J.N. (1997a). Beyond the dogmas of conventional psychotherapy: the integration movement. In P.J Hawkins & J.N. Nestoros (eds), ***Psychotherapy: New perspectives on theory, practice and research*****. Athens: Ellinika Grammata.**

Hill C.E. & O' Brien K.M. (1999). ***Helping Skills. Facilitating, Exploration, Insight and Action.*** **Washington DC: American Psychological Association.**

http://www.schizophrenia.com

Ivey A.E. and Gluckstern N.B. (1995). ***Συμβουλευτική: Βασικές δεξιότητες επιρροής.*** **(Μετάφραση στα ελληνικά: Μ. Μαλικιώση-Λοίζου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.**

Ivey A.E., Gluckstern N.B. & Ivey M.B. (1992). ***Συμβουλευτική μέθοδος πρακτικής προσέγγισης.*** **(Μετάφραση στα ελληνικά: Μ. Μαλικιώση-Λοίζου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.**

Kalat J.W. (1998). ***Βιολογική Ψυχολογία.*** **Τόμος Β΄. (Μετάφραση στα ελληνικά: Α.Α. Καστελάκης και Α.Α. Χρηστίδης). Αθήνα: Ελλην.**

Kalat J. W. (1992). ***Biological Psychology.*** **Belmont: Calif Wadsworth.**

Kaplan H.I., Sadock B.J. and Grebb J.A. (2000). ***Ψυχιατρική.*** **Τόμος Β΄. (Μετάφραση στα ελληνικά:Ο. Γιωτάκος, Κ. Γκοτζαμάνης, Κ.**

Ζερβός, Δ. Σαραντίδης, Γ. Τριποδιανάκης). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. (2004). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.

Κίρναν Τ. (1977). *Ψυχοθεραπεία, θεωρίες και πρακτικές από τον Φρόυντ μέχρι σήμερα*. Αθήνα: Επίκουρος.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α. (1999). *Ψυχολογία Κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

McWilliams N. (2000). *Ψυχαναλυτική Διάγνωση*. (επιμέλεια Τ. Αναγνωστοπούλου, Σ. Τριλίβα). Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.

McWilliams N. (2002). *Ψυχαναλυτική Διατύπωση Περιπτώσεων*. (επιμέλεια Τ. Αναγνωστοπούλου). Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας.

Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μίτσελ Α. (1979). *Σχιζοφρένεια και Κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Δανιάς.

Μπέιτμαν Α. & Χολμς Τ. (2001). *Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση. Σύγχρονη Θεωρία και Πρακτική*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μπρούζος Α. (2001). Πρόλογος. Στο L.A. Pervin & O.P. John (eds). *Θεωρίες Προσωπικότητας, έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.

Nestoros J.N. (1997a). Integrative psychotherapy of individuals with schizophrenic symptoms. In P.J Hawkins & J.N. Nestoros (eds). *Psychotherapy: New perspectives on theory, practice and research*. Athens: Ellinika Grammata.

Nestoros J.N. (1997b). A model of training in the methodology of individual psychotherapy research: The case of schizophrenia as a paradigm. In P.J Hawkins & J.N. Nestoros (eds). *Psychotherapy: New perspectives on theory, practice and research*. Athens: Ellinika Grammata.

Nestoros J.N., Lampropoulos G.K. & Vallianatou N.G. (1997). *Synthetiki Psychotherapia: A Greek Approach to Psychotherapy Integration*. Archives A.P.P.A.C., 4, 2, 52-74.

Νέστορος Ι.Ν. (1996). *Στον κόσμο της ψύχωσης. Η Οδύσσεια του Έρικ και άλλες περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Νέστορος Ι.Ν. (1994). Η Σχιζοφρένεια: σύγχρονες επιστημονικές απόψεις για την αιτιολογία και τη θεραπεία. Στο Μ. Καίλα, Ν. Πολεμικός, Γ. Φιλίππου (επιμέλεια). *Άτομα με Ειδικές Ανάγκες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Νέστορος Ι.Ν. *Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού τύπου: Ψυχολογικές, Κοινωνικές και Οικονομικές παράμετροι*. Ρέθυμνο.

Νέστορος Ι.Ν. και Βαλλιανάτου Ν.Γ. (1996). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Νέστορος Ι.Ν., Ζγαντζούρη Κ.Α. και Λαμπρόπουλος Γ.Κ. (1999). Συνθετική Ψυχοθεραπεία. Από τη θεωρία στην εφαρμογή. Στο Π. Ασημάκης (επιμέλεια). *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα: από τη θεωρία στην εφαρμογή*. Αθήνα: Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης, University of Indianapolis Athens Press.

Pervin L.A. and John O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας, έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.

Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. (1994). *Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων. Η μη λεκτική επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδόπουλος Ν. (1997). *Ψυχολογία*. Αθήνα: Α. Παπαναστασίου.

Παπαδόπουλος Ν.Γ. (1994). *Λεξικό της Ψυχολογίας με τετραγλωσσία όρων*. Αθήνα: Δ. Τσιπόπουλος.

Παρασκευόπουλος Ι.Ν. (1988). *Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα.

Ποταμιανός Γ. και Συνεργάτες (2002). *Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Salkind N. J. (2005). *Θεωρίες της ανθρώπινης ανάπτυξης*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Τριλίβα Σ. & Χατήρα Κ. (2002). *Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες*. Σημειώσεις του μαθήματος ΚΛΙΨ 115. Ρέθυμνο.

Τσαλίκογλου Φ. (1994). Ψυχολογία: η πιο δελεαστική των επιστημών. Στο: *Η ψυχολογία στην Ελλάδα σήμερα.* Αθήνα: Μέθρον.

Τσιαντής Ι & Μανωλόπουλος Σ. (1998). *Ψυχοπαθολογία.* Τόμος Β΄, 2ο Μέρος. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Vallianatou V.G. & Nestoros J.N. (2000). The advantages of Modern neuro-sychopharmakology in the treatment of mental disorders. In. G. Thill (ed). *Sustainable development in the islands and the roles of research and higher education.* Vol.2 (pp.221-226). PRELUDE: Namur, Belgique.

Yalom I.(2002). *Στο ντιβάνι*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

Ζαφείρης Α.Γ., Ζαφείρη Ε.Α. & Μουζακίτης Χ.Μ. (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία. Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ζγαντζούρη Κ.Α. (2001). *Ψυχοθεραπευτικές Διαδικασίες*, *Σημειώσεις του μαθήματος ΚΛΙΨ 115.* Ρέθυμνο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρακάτω παρατίθενται οι εξής Πίνακες:

- **Όλοι οι πίνακες με όλες τις μετρήσεις του φοιτητή/ερευνητή.**
- **Όλοι οι πίνακες με τις μετρήσεις ελέγχου.**

ΠΙΝΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΦΟΙΤΗΤΗ /ΕΡΕΥΝΗΤΗ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ