ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ:

«ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ».

Επόπτες: Κοι Νέστορος Ι, Mellon R., και Ζγαντζούρη Κ.

Φοιτήτρια: Καϊτέ Χάρις

Α.Μ.:920

Εξάμηνο Σπουδών: Η`

ΡΕΘΥΜΝΟ-ΙΟΥΛΙΟΣ-2002

Στο Μέλιο που με ώθησε να ψάξω περισσότερο για τη Σχιζοφρένεια και με έμαθε τι πάει να πει θέληση και επιμονή μέσα από ένα κόσμο εμμονής και καταδιώξεων στον οποίο ζει και σ'όλους τους ασθενείς στη Σούδα που με άφησαν να εξερευνήσω για λίγο τον «Κόσμο της Ψύχωσης τους» και μέσα από την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν να γίνω περισσότερο δυνατή και αποφασιστική.

Πρόλογος

Όταν πέρασα στο τμήμα Ψυχολογίας προτού αναχωρήσω για τις σπουδές και έχοντας αποκτήσει ήδη το σύνδρομο του Αρχάριου ψυχολόγου με την έννοια του Εγώ θα σώσω τον κόσμο είχα επιλέξει ήδη και τον τομέα που θα ήθελα να ακολουθήσω μετά, την Κλινική, το Α και το Ω για μένα στην Ψυχολογία όπως συνηθίζω να το ονομάζω γιατί σου δίνει την ευκαιρία να ασχοληθείς με την πορεία της ζωής ενός ψυχικά διαταραγμένου ατόμου και να προσπαθήσεις να βοηθήσεις σ' αυτή την προσπάθεια του ατόμου να αποδράσει από τον Κόσμο της Ψύχωσης και να περάσει στην άλλη πλευρά στους "Φυσιολογικούς ανθρώπους", να χαρεί τη ζωή του και να πάψει να βασανίζεται από Ιδέες Καταδίωξης, παραληρήματα, να ξεπεράσει το στίγμα που του έδωσε η ασθένεια, το ότι είναι το "Μαύρο Πρόβατο", ο απόκληρος, το παιδί ενός κατώτερου Θεού που πολλές φορές η ίδια του η οικογένεια φοβάται να το αποδεκτεί ή ίσως η ίδια του η οικογένεια το ωθεί σε ένα τέτοιο κόσμο με εισιτήριο χωρίς επιστροφή κλείνοντας το σ' ένα ίδρυμα κι' αφήνοντας το να παραμείνει εκεί γιατί η Κοινωνία δεν θέλει ένα τέτοιο σάπιο μέλος κοντά της και αρνείται να αποδεκτεί την επιστροφή του στην αντίπερα όχθη.

Τέσσερα χρόνια εδώ στο Ρέθυμνο μπορώ να πω πως ξεπέρασα το Σύνδρομο του Αρχάριου Ψυχολόγου και πως μου δόθηκαν οι σωστές βάσεις και τα εφόδια για να βοηθήσω αυτά τα άτομα, απέκτησα εμπειρίες αφού μου δόθηκε και η ευκαιρία να έρθω σε επαφή με αυτούς τους ανθρώπους, δεν σας κρύβω ότι πολλές φορές σκέφτηκα να τα παρατήσω γιατί σαν άνθρωπος είχα κι` εγώ τις απογοητεύσεις μου αλλά κάθε φορά που σκεφτόμουνα κάτι τέτοιο θυμόμουνα πως ξεκίνησα μ`ένα στόχο, ένα στόχο που κάθε "Φυσιολογικός άνθρωπος" μπορεί να εκπληρώσει, ένα παρόμοιο στόχο που πριν από μερικά χρόνια ένας συνάνθρωπος μου με Σχιζοφρένεια κατάφερε να εκπληρώσει εφόσον μέσα από το "Προαύλιο" τότε του κόσμου της ψύχωσης κατάφερε να παλέψει και να γίνει Γιατρός ανκαι ποτέ δεν κατάφερε να εξασκήσει το επάγγελμα λόγω του ότι η Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού τύπου ακόμη τον βασανίζει, η δύναμη της θέλησης του Μέλιου, η αποφασιστικότητα και το χέρι βοηθείας που ζητούν οι ασθενείς στη Σούδα και σε κάθε Σούδα μ` έμαθαν να συνεχίζω ν` αγωνίζομαι και να παλεύω τις μικρές μου δυσκολίες και απογοητεύσεις και να προχωρήσω στην εκπλήρωση των στόχων μου.

Ελπίζω όταν πάρω το πολυπόθητο πτυχίο να συνεχίσω ν`αγωνίζομαι με τον ίδιο ζήλο που μου δίδαξαν οι καθηγητές μου γιατί: ***"Ο θεραπευτής πρέπει να πιστεύει στο ιάσιμο των Ψυχικών διαταραχών", "Οι άνθρωποι αυτοί δεν ανήκουν στην άλλη***

ομάδα, να κάνετε το καλύτερο για το άτομο που εξετάζεται", "απέβαλε το άγχος σου", αυτές θα είναι οι φωνές που θα με συντροφεύουν στην πορεία για την επίτευξη του στόχου μου και δεν πρόκειται για ακουστικές ψευδαισθήσεις αλλά για λόγια των καθηγητών μου οι οποίοι με βοήθησαν να κάνω το όνειρο πραγματικότητα και να μάθω περισσότερα και κάποια μέρα να γίνω κι` εγώ ένας επιστήμονας που θα μπορέσει να βοηθήσει!

Στις σελίδες που ακολουθούν γίνεται μία εισαγωγή στη Ψυχοθεραπευτική διαδικασία, αναφορά στο τι είναι Συνθετική Ψυχοθεραπεία, στο τι είναι Σχιζοφρένεια, ανάλυση του παράγοντα της ερμηνείας, της Μεθοδολογίας που χρησιμοποιήσαμε, των αποτελεσμάτων της ερευνητικής διαδικασίας και τέλος η συζήτηση και τα συμπεράσματα μέσα από Βιβλιογραφικές αναφορές.

Εισαγωγή στην Ψυχοθεραπευτική διαδικασία

Η Ψυχοθεραπεία είναι ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιεί τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία για να αντιμετωπιστούν άτομα με συναισθηματικά προβλήματα ή ψυχικές διαταραχές. Ακόμα τα άτομα που είναι δυνατόν να αναζητήσουν Ψυχοθεραπεία μπορεί να μην βασανίζονται από μία Ψυχική ασθένεια και να μην ανήκουν στην «άλλη ομάδα», αλλά να είναι «Φυσιολογικοί» άνθρωποι που θέλουν μία Επαγγελματική βοήθεια για προβλήματα, για τα οποία δεν νοιώθουν άνετα να μιλήσουν με ένα φίλο ή δεν μπορεί ο φίλος να βοηθήσει και να επιλύσει άμεσα και με σωστό τρόπο.

Οι Ψυχοθεραπευτές χρησιμοποιούν συγκεκριμένες τεχνικές για να πείσουν, να ενημερώσουν, ν`αφυπνίσουν, να δώσουν κίνητρα και να ενθαρρύνουν τον πελάτη να συνεχίσει να αγωνίζεται για την επίλυση του προβλήματος τους.

«Η Ψυχοθεραπεία είναι μία μορφή θεραπείας για την ψυχική ασθένεια και τις διαταραχές της συμπεριφοράς, κατά τη διάρκεια της οποίας ένα εκπαιδευόμενο άτομο δημιουργεί/ εγκαθιδρύει μια επαγγελματική σχέση/συμβόλαιο με τον ασθενή και μέσω συγκεκριμένης θεραπευτικής επικοινωνίας, τόσο λεκτικής όσο και μη λεκτικής προσπαθεί να ανακουφίσει/καταπραϋνει τη συναισθηματική διαταραχή, να ανατρέψει ή να αλλάξει διαταραγμένα πρότυπα συμπεριφοράς, και να ενθαρρύνει/ενισχύσει την ανάπτυξη και εξέλιξη της προσωπικότητας» (Freeman, Kaplan, & Sadock, 1975, σελ.2601).

Ο Wolberg πάλι με τη σειρά του (1954) εφόσον ανέλυσε διεξοδικά 39 διαφορετικούς ορισμούς της έννοιας, καταλήγει σε έναν περιεκτικό, συγκροτημένο και ευρέως αποδεκτό ορισμό της Ψυχοθεραπείας ο οποίος αναφέρει ότι:

«Η Ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των προβλημάτων συναισθηματικής φύσεως, κατά τη διάρκεια της οποίας ένα εκπαιδευμένο άτομο σκόπιμα δημιουργεί/εγκαθιδρύει μια επαγγελματική σχέση με έναν ασθενή με σκοπό την αφαίρεση, τροποποίηση ή την επιβράδυνση των υπαρχόντων συμπτωμάτων, τη διευθέτηση των διαταραγμένων προτύπων συμπεριφοράς και την προαγωγή της θετικής προσωπικής ανάπτυξης και εξέλιξης» (Wolberg, 1954, στο Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/96, σελ.11).

Στη Βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης ο διαχωρισμός μεταξύ της Συμβουλευτικής (“Counselling”) και της Ψυχοθεραπείας (“Psychotherapy”), όπου η Συμβουλευτική εφαρμόζεται σε «Φυσιολογικό πληθυσμό» ενώ η Ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται για την θεραπεία ατόμων με Ψυχολογικά προβλήματα (Patterson,

1980, Belkin, 1988). Ωστόσο, στην πιο σύγχρονη βιβλιογραφία δεν αναφέρονται σημαντικές διαφορές μεταξύ της Συμβουλευτικής και της Ψυχοθεραπείας. (Hill, & O` Brien, 1999).

Η σχέση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου είναι επαγγελματική και βασίζεται στη θεραπευτική συμμαχία. Διαφέρει από την φιλική σχέση γιατί ένας θεραπευτής είναι αντιδεοντολογικό να συνάψει οποιαδήποτε σχέση με το θεραπευόμενο του. Σε μια θεραπευτική διαδικασία ο θεραπευτής οφείλει να ακούει με προσοχή τα προβλήματα του θεραπευόμενου και να επεμβαίνει όποτε χρειάζεται. Ο θεραπευτής κατ` ουδένα λόγο δεν θέτει τα δικά του προβλήματα προς συζήτηση, όπως γίνεται σε μία φιλική σχέση, αλλά αυτοαποκαλύπτεται όπου χρειάζεται μέσω της τεχνικής της αυτοαποκάλυψης. (Hill & O` Brien, 1999).

Σήμερα υπάρχουν πολλές σχολές- μοντέλα Ψυχοθεραπείας. Κάθε μία από αυτές ορίζει την Ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τις τεχνικές και στρατηγικές που χρησιμοποιεί και με βάση τη θεωρία και τη φιλοσοφία της για την ανθρώπινη φύση, την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία. Δεν είναι όλες οι τεχνικές Ψυχοθεραπείας αποτελεσματικές για την κάθε διαταραχή, ούτε αποτελεσματική είναι πάντοτε η χρήση της Ψυχοθεραπείας. Γι`αυτό χρειάζεται η χρήση περισσότερων από μία τεχνικών κάθε φορά καθώς και ο συνδυασμός Φαρμακοθεραπείας και Ψυχοθεραπείας για να επιτευχθεί καλύτερη αποτελεσματικότητα.

Έρευνες, οι οποίες διεξήχθησαν από τους Lambert, Shapiro & Bergin το1983 και οι οποίες αφορούσαν πολλούς θεραπευτές που αντιμετώπισαν μια ποικιλία πελατών με διάφορα ψυχικά συμπτώματα, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι υπήρξαν σημαντικές θετικές επιδράσεις της Ψυχοθεραπείας στα άτομα αυτά με κυρίαρχη τη μείωση της συμπτωματολογίας.

1. «Οι επιδράσεις της ψυχοθεραπείας παρουσιάζουν διάρκεια, μερικές φορές σε ορισμένες διαταραχές όπως είναι ο εθισμός σε ναρκωτικές ουσίες, η διαταραχή μπορεί να επανεμφανίζεται στο μέλλον.» (Lambert, Shapiro& Bergin, 1983, p.199-200).
2. «Η Ψυχοθεραπεία, σε σύγκριση με τις μελέτες που χρησιμοποιούν placebo, είναι πιο αποτελεσματική. Στόχος των ερευνητών είναι να επικεντρωθούν στην συγκριτική μελέτη διαφόρων μοντέλων ψυχοθεραπείας ή σε μελέτες που θα βοηθήσουν στην αναγνώριση των διαφόρων θεραπευτικών παραγόντων» (Lambert, Shapiro & Bergin, 1983, p.199-200).

3. «Οι Συμπεριφοριστικές μέθοδοι θεωρούνται ως οι πλέον κατάλληλες για τη θεραπεία των φοβιών ενώ οι Εκλεκτικές προσεγγίσεις και η Γνωστική θεραπεία αντίστοιχα ως οι πλέον κατάλληλες για τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας.» (Lambert, Shapiro & Bergin, 1983, p.199-200).

Η συζήτηση των αποτελεσμάτων των ερευνών οδήγησε στις ακόλουθες προτάσεις:

Α) Η μελλοντική έρευνα πρέπει να επικεντρώνεται στις συγκεκριμένες επιδράσεις των συγκεκριμένων συνεδριών. (Lambert, Shapiro & Bergin, 1983).

Β) Οι ενδοπροσωπικές, διαπροσωπικές συμπεριφορές και η επίδειξη των Κοινωνικών ρόλων χρειάζονται συστηματική έρευνα. (Lambert, Shapiro & Bergin, 1983).

Γ) Ο Smith και οι συνεργάτες του (1980) προτείνουν την χρήση της μετά-ανάλυσης για τη μελέτη της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας. (Lambert, Shapiro & Bergin, 1983).

Δ) Αρκετοί περιορισμοί της ψυχοθεραπείας προκύπτουν από την λανθασμένη εφαρμογή της, όπως η χρήση ακατάλληλων για τη συγκεκριμένη διαταραχή του ατόμου τεχνικών, η αρνητική στάση του θεραπευτή, ή φτωχοί συνδυασμοί μεταξύ των τεχνικών αυτών, κ.λ.π. (Lambert, Shapiro & Bergin, 1983).

Ε) Γενική είναι επίσης, η διαπίστωση ότι οι θεραπευόμενοι νοιώθουν πιο άνετα με θεραπευτές, οι οποίοι έχουν περίπου την ίδια ηλικία με αυτούς και ότι οι θεραπευόμενοι ανοίγονται πιο εύκολα σε θεραπευτές μικρότερης ηλικίας και πιο μικρόσωμους από αυτούς, παρά σε αυστηρές και επιβλητικές θεραπευτικές φιγούρες, ενώ ταυτόχρονα τίθενται σχετικά θέματα μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης. (Lambert, Shapiro & Bergin, 1983).

Ποία είναι τα μοντέλα της Ψυχοθεραπείας και ποίες οι ομοιότητες και ποίες οι διαφορές μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων;

Η Ψυχοθεραπεία περικλείει ένα μεγάλο αριθμό θεραπευτικών μεθόδων ο οποίος αναπτύχθηκε από διαφορετικές θεωρίες για την επίλυση των Ψυχολογικών προβλημάτων και διαταραχών. Υπάρχουν περισσότερα από 250 είδη Ψυχοθεραπείας (Freedheim, 1992) αλλά μόνο ένα μικρό τμήμα αυτών έχει βρει ευρεία ανταπόκριση. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι Ψυχοθεραπευτές στηρίζονται στην θεωρία τους για την ανθρώπινη φύση, την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία ή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται το άτομο. Οι περισσότερες Ψυχοθεραπείες μπορούν να ταξινομηθούν με βάση των αριθμό των ατόμων σε: α) ατομικές (μόνο ένα άτομο) ή β) ομαδικές (τα λεγόμενα Group Therapy) και με βάση τις θεωρίες τις οποίες ασπάζονται σε α) Ψυχοδυναμικές, β) Ανθρωπιστικές, γ) Συμπεριφοριστικές δ)Γνωστικές , ε) Εκλεκτικές προσεγγίσεις , και στ) Συνθετικές Προσεγγίσεις. (Γαλανός, 1965, 1972, Freedheim, 1992)

Στις Η.Π.Α. περίπου το 40% των Ψυχοθεραπευτών χρησιμοποιούν την Εκλεκτική προσέγγιση, δηλαδή τον επιλεκτικό συνδυασμό των Θεραπευτικών προσεγγίσεων. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς και τα άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια προτιμούν τις ατομικές θεραπείες παρά τις ομαδικές. Αυτό συμβαίνει επειδή θεωρούν ότι η θεραπεία θα έχει καλύτερα αποτελέσματα εφόσον ο Ψυχοθεραπευτής ασχολείται αποκλειστικά με τα προβλήματα τους και γιατί τα άτομα τα οποία ακολουθούν μία ατομικής μορφής θεραπεία θεωρούν ότι θα υπάρχει μεγαλύτερη εχεμύθεια. Τέλος, ορισμένες φορές τα άτομα τα οποία χρειάζεται να εμπλακούν σε ψυχοθεραπεία προτιμούν το συνδυασμό ατομικών και ομαδικών μορφών ψυχοθεραπείας. (Γαλανός, 1965, 1972, Freedheim, 1992).

Α.Ψυχοδυναμικές Προσεγγίσεις.

Οι Ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις είναι οι θεραπείες αυτές οι οποίες κατά κάποιο τρόπο προέρχονται από τη δουλειά του Sigmund Freud, του πατέρα της Ψυχανάλυσης.

Γενικά, οι Ψυχοδυναμικές θεραπείες τονίζουν την αναγκαιότητα της αποκάλυψης και ανάλυσης του εσωτερικού κόσμου, των ασυνείδητων συγκρούσεων συχνά μέσα από την εξερεύνηση της παιδικής ηλικίας και των παρελθουσών εμπειριών του ατόμου. Έστω και αν η Ψυχανάλυση είναι η περισσότερο διαδεδομένη Ψυχοδυναμική θεραπεία, οι Θεραπευτές έχουν αναπτύξει πολλές άλλες Ψυχοδυναμικές θεραπείες, οι περισσότερες από τις οποίες διαφέρουν από τις αρχικές τεχνικές του Freud. (Freedheim, 1992).

1. ***Η Κλασσική Ψυχανάλυση.***

Ο Freud ανέπτυξε τη θεωρία και τις τεχνικές της Ψυχανάλυσης από τις αρχές του 1890. Πίστευε ότι το μεγαλύτερο μέρος της προσωπικότητας του ατόμου αναπτύσσεται πριν από την ηλικία των 6 χρόνων. Επίσης τόνισε ότι τα παιδιά περνούν από μερικά Ψυχοσεξουαλικά στάδια κατά τα οποία εκδηλώνουν σεξουαλική ενέργεια με διαφορετικό τρόπο. Για παράδειγμα, κατά το Φαλλικό στάδιο και κατά την ηλικία των 3-5 χρόνων, τα παιδιά επικεντρώνονται σε συναισθήματα άντλησης ευχαρίστησης από τα γεννητικά τους όργανα. Σύμφωνα με τον Freud σε αυτή την ηλικία τα αγόρια έλκονται σεξουαλικά προς τη μητέρα τους και αναπτύσσουν με αυτό τον τρόπο το λεγόμενο ***Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα*** και τα κορίτσια έλκονται σεξουαλικά προς τον πατέρα τους και αναπτύσσουν το λεγόμενο ***Σύμπλεγμα της Ηλέκτρας.*** Με αυτό τον τρόπο, τρέφουν, αντίστοιχα τα αγόρια εχθρικά συναισθήματα προς τον πατέρα τους και άγχος ευνουχισμού από αυτόν και τα κορίτσια μίσος για τη μητέρα, η οποία έχει το αγαπημένο πρόσωπο, τον πατέρα. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980)

Ως αντίδραση στα πιο πάνω, το άτομο καταπιέζει αυτά τα συναισθήματα οδηγώντας τα στο ασυνείδητο. Μέσα από αυτή τη διαδικασία διαμορφώνονται τρεις βασικές δομές της Προσωπικότητας: Το Αυτό ή Εκείνο-Id, το Εγώ και το Υπερεγώ. Το Id αντιπροσωπεύει τις ενστικτώδεις ορμές, το Υπερεγώ είναι η φωνή της Κοινωνικής συνείδησης, και το Εγώ είναι η λογική σκέψη, η οποία μεσολαβεί μεταξύ του Id και του Υπερεγώ και εντάσσεται στην πραγματικότητα. Αυτά τα τρία συστήματα λειτουργούν σαν μια ολότητα. Οι δυνάμεις του Id είναι ασυνείδητες και συχνά εμφανίζονται χωρίς τη θέληση του ατόμου, προκαλώντας φόβο, άγχος, κατάθλιψη, ή άλλα συμπτώματα. Ο Freud χρησιμοποίησε τον όρο ***νεύρωση*** για να αναφερθεί σε αυτά τα συμπτώματα.

(Freedheim, 1992, Patterson, 1980) .Τα νευρωσικά συμπτώματα ελαττώνονται μέσω της μεταφοράς των ατομικών καταπιεσμένων φαντασιώσεων, αναμνήσεων και συναισθημάτων στη συνείδηση. Έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο να βοηθήσει τους ασθενείς να ανακαλύψουν τις συγκρούσεις και τα τραύματα της παιδικής ηλικίας τα οποία θεωρούσε ως την πηγή των προβλημάτων της ενήλικης ζωής. Γι` αυτό το λόγο αρχικά χρησιμοποίησε την ύπνωση σαν ένα τρόπο για να αποκτήσει πρόσβαση στο ασυνείδητο του ατόμου κι`έπειτα την μέθοδο των ελεύθερων συνειρμών όπου ο ασθενής έλεγε ότι του ερχόταν στο μυαλό τη συγκεκριμένη στιγμή. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Ο Freud έδωσε επίσης μεγάλη σημασία στο τι μπορεί να μάθει το άτομο μέσω της μεταβίβασης, της συναισθηματικής αντίδρασης δηλαδή του ατόμου στο θεραπευτή του. Πίστευε ότι κατά τη διάρκεια της συνεδρίας οι ασθενείς μεταβιβάζουν καταπιεσμένα συναισθήματα απέναντι στην οικογένεια τους στο πρόσωπο του θεραπευτή. Η μεταβίβαση εκθέτει αυτά τα καταπιεσμένα συναισθήματα και βοηθά τον ασθενή να τα επιλύσει. (Γαλανός,1965, 1972, Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

2. ***Βραχείες Ψυχοδυναμικές θεραπείες***

Η διάρκεια της θεραπείας αυτής της μορφής είναι σύντομη (βραχεία) και διαρκεί δύο με τέσσερα χρόνια και οι συνεδρίες μπορεί να διεξάγονται μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Άλλοι ψυχαναλυτές δουλεύουν σε μία φόρμα 30 και λιγότερο συνεδριών: ο ασθενής κάθεται απέναντι από τον θεραπευτή και δε ξαπλώνει πάνω στον καναπέ. Οι μοντέρνοι ψυχαναλυτές τείνουν να επικεντρώνονται περισσότερο στη λειτουργία και χρησιμοποιούν λιγότερο τους ελεύθερους συνειρμούς. (Freedheim, 1992, Franz, 1995, Danualbo,1994, Patterson, 1980).

- ***Το δομικό μοντέλο όσον αφορά τη διαμόρφωση του χαρακτήρα.***

Σύμφωνα με το δομικό μοντέλο, ο χαρακτήρας του ατόμου (είτε παθολογικός είτε φυσιολογικός) διαμορφώνεται από τη παιδική του ακόμα ηλικία και στηρίζεται πάνω στην εμπειρία που διαμορφώνει από το Κοινωνικό του περιβάλλον (Ahern & Malerstein, 1989) μέσα από την αλληλεπίδραση του με τους Σημαντικούς Άλλους και κυρίως με την αλληλεπίδραση του με τη μητέρα. Εάν η σχέση του με τη μητέρα του δεν είναι καλή τότε θα διαμορφώσει και κακή εικόνα για την κοινωνία.

Στην περίπτωση της Σχιζοφρένειας και των διαταραχών προσωπικότητας κ.λ.π. υποστηρίζεται ότι η κακή σχέση με τη μητέρα και ο φόβος απόρριψης από αυτήν είναι τα πιθανά αίτια για την απαρχή της ασθένειας και η θεραπεία στηρίζεται πάνω στην

αλλαγή αυτού του προτύπου σχέσης ή ακόμα και στην καλυτέρευση των καθοριστικών αυτών σχέσεων καθώς και στην οργανική επαναδόμηση των βασικών λειτουργιών, κυρίως κατά την ηλικία των 7 και 8 ετών όπου ο ίδιος ο Piaget υποστηρίζει ότι γίνεται μία μεγάλη επαναδιοργάνωση των ψυχικών λειτουργιών. (Ahern & Malerstein, 1989).

3. ***Νέο-Φροϋδικές Θεραπείες.***

Πολλοί από τους οπαδούς του Freud ανέπτυξαν νέες θεωρίες για την αιτιολογία των Ψυχολογικών διαταραχών. Τρεις σημαντικοί νεοφρουδιστές είναι ο Erich Fromm, η Karen Horney, και ο Erik Erikson ο οποίος τονίζει το ρόλο των κοινωνικών επιδράσεων και των επιδράσεων της κουλτούρας στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Και οι τρεις μετανάστευσαν στις Η.Π.Α. από τη Γερμανία λόγω του ναζισμού το 1930, και η επίδραση τους ήταν σημαντική στις μοντέρνες Ψυχοδυναμικές θεραπείες. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Ο Fromm πίστευε ότι το λειτουργικό πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν τα άτομα είναι το αίσθημα της μοναξιάς το οποίο απορρέει από την ίδια την απομόνωση τους. Σύμφωνα με τον Fromm ο σκοπός της θεραπείας είναι να προσανατολίσει τον εαυτό, να εγκαθιδρύσει τις ρίζες και να βοηθήσει το άτομο να βρει την ασφάλεια ενώνοντας τον εαυτό του με τους άλλους ανθρώπους αλλά διατηρώντας την μοναδικότητα του. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Η θεωρία της Horney αποσπάστηκε από τη θεωρία του Freud γιατί πίστευε ότι ήταν αναγκαίες οι Κοινωνικές δυνάμεις στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Υποστήριξε ότι οι άνθρωποι αναπτύσσουν άγχος και άλλα ψυχολογικά προβλήματα λόγω αισθημάτων απομόνωσης κατά τη παιδική τους ηλικία και άλλων ανεκπλήρωτων αναγκών και σεβασμού από τους γονείς τους. Ο σκοπός της θεραπείας, σύμφωνα με την άποψη της, είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να ξεπεράσουν τις νευρωσικές τους ανάγκες και να προχωρήσουν σε μία πιο ρεαλιστική εικόνα για τον εαυτό τους. Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Ο Erikson επέκτεινε την έμφαση της ανάπτυξης της παιδικής ηλικίας για να καλύψει το όλο φάσμα της ζωής. Αναφέρεται ως Ψυχολόγος του Εγώ, τόνισε την σημασία του Εγώ με σκοπό την ανάπτυξη υγιών σχέσεων, οι οποίοι θα βοηθούσαν τα άτομα να αναπτύξουν την βασική εμπιστοσύνη για την ανάπτυξη ενός υγιούς εγώ. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Άλλοι Ψυχαναλυτές όπως ο Winnicott, η Mahler και η Melanie Klein βοήθησαν τους ασθενείς στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που εμφανίζονταν από τον

ακατάλληλο χωρισμό των παιδιών από τις μαμάδες κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

4. ***Η θεραπεία του Jung.***

Ο Jung, ένας μαθητής του Freud ανέπτυξε ένα διαφορετικό σύστημα θεραπείας από αυτό της κλασσικής Ψυχανάλυσης. Γενικά, έβλεπε ότι τα Ψυχολογικά προβλήματα είχαν ως πηγή τους τις συγκρούσεις του υποσυνειδήτου, οι οποίες δημιουργούσαν διαταραχές στην ψυχική ενέργεια. Η μορφή Ψυχοθεραπείας την οποία εφάρμοζαν οι οπαδοί του Jung επικεντρώνετο στο να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να εμφανίσουν υλικό από το προσωπικό και συλλογικό τους ασυνείδητο και να το φέρουν στον συνειδητό τους κόσμο. Ο Θεραπευτής σύμφωνα με τον Jung το κάνει αυτό μέσα από τη γνώση του συμβολισμού και όχι μόνο από τα σύμβολα της αρχαιότητας και της μυθολογίας αλλά και από τα σύμβολα της κουλτούρας.(Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

5. ***Η Αντλεριανή θεραπεία***

Ό Adler, όπως και ο Jung πίστευε ότι ο Freud έδωσε υπερβολική σημασία στις σεξουαλικές ενορμήσεις και στις επιθετικές ενορμήσεις και εστιάστηκε περισσότερο στις σχέσεις μεταξύ των ετεροθαλών αδελφών, τη σειρά της γέννησης και των πρώιμων αναμνήσεων των ατόμων και χρησιμοποίησε τις πληροφορίες του για να αναλύσει τις στάσεις, τα πιστεύω και τις συμπεριφορές. Βοήθησε τους ασθενείς του ενθαρρύνοντας τους να συναντήσουν σημαντικούς στόχους στη ζωή τους, όπως η αγάπη, η δουλειά και η φιλία.(Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Οι Αντλεριανοί ψυχοθεραπευτές βλέπουν την θεραπεία κατά ένα μέρος ως εκπαίδευση και χρησιμοποιούν μία σειρά καινοτόμων τεχνικών δράσης για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αλλάξουν τα λάθη τους και να αλληλεπιδράσουν περισσότερο με τα μέλη της οικογένειας τους και τους άλλους. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Otto Rank

Ο Otto Rank (1884-1939) διακρίνει τρεις τύπους προσωπικότητας: α) το μέσο, β) το νευρωσικό τύπο, γ) το δημιουργικό τύπο. Η θεραπεία του είναι γνωστή και ως θεραπεία θέλησης ή θεραπεία σχέσης γιατί ενθαρρύνει την αδιάκοπη ενίσχυση της θέλησης και της ψυχικής ανεξαρτησίας του ατόμου. Η συμμετοχή του θεραπευτή είναι ενεργής και στόχος του είναι η απαλλαγή του ασθενή από το φόβο της ζωής του, ο

οποίος οφείλεται στη συντήρηση του άγχους του αποχωρισμού. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Harry Stack Sullivan

Ο Harry Stack Sullivan (1892-1949) πίστευε ότι το άτομο αντιδρά στους άλλους ανθρώπους, όχι με βάση την πραγματική, ρεαλιστική τους εικόνα, αλλά σύμφωνα με μια ψεύτικη εικόνα που έχει για τους άλλους, η οποία είναι αποτέλεσμα των "αρρωστημένων" διαπροσωπικών αντιδράσεων στην αρχή της ζωής του. Επέμενε ότι η θεραπεία πρέπει να είναι μία διαπροσωπική διαδικασία εφόσον πίστευε ότι η αιτία της νεύρωσης έχει τη βάση της σε μια διαπροσωπική σχέση. Διαίρεσε τη θεραπευτική διαδικασία στα ακόλουθα τέσσερα στάδια: και ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

1. την τυπική έναρξη γνωριμίας.
2. την αναγνώριση (ατομικό και κοινωνικό ιστορικό).
3. τη λεπτομερειακή ζήτηση πληροφοριών.
4. τον τερματισμό ή το τελευταίο στάδιο της θεραπείας.

Β. Ανθρωπιστικές Θεωρίες

Οι ανθρωπιστικές θεωρίες επικεντρώνονται περισσότερο στο παρόν του ασθενή παρά στις παρελθούσες εμπειρίες και στα συνειδητά αισθήματα παρά στις υποσυνείδητες σκέψεις. Οι θεραπευτές προσπαθούν να δημιουργήσουν μία ατμόσφαιρα υποστήριξης και να οδηγήσουν τους ασθενείς στη συνειδητοποίηση του εσωτερικού τους κόσμου. Οι θεραπευτές ενθαρρύνονται να αναλάβουν την ευθύνη της ζωής τους, να αποδεχτούν τον εαυτό τους και να αναγνωρίσουν τη δική τους ανάγκη για ανάπτυξη και αλλαγή. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Η διάρκεια της θεραπείας στηρίζεται στην σοβαρότητα των προβλημάτων και την ικανότητα του πελάτη για αλλαγή με σκοπό να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές , οι θεραπείες αυτές δίνουν έμφαση στην σχέση μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτή και τυπικά διαρκούν ένα ή δύο χρόνια με τακτές εβδομαδιαίες συνεδρίες. Τρεις από τις περισσότερο δραστικές μορφές των Ανθρωπιστικών θεωριών είναι η Υπαρξιστική Θεωρία, η Πελατοκεντρική Θεωρία και η Θεωρία Gestalt.(Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

- ***Η υπαρξιστική Θεωρία.***

Στηρίζεται σε φιλοσοφικές απόψεις για τα άτομα και την ύπαρξη τους, αντιμετωπίζει σημαντικά θέματα της ζωής όπως τη ζωή και το θάνατο, την ελευθερία, την υπευθυνότητα του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους και προσπαθεί να ανακαλύψει το νόημα της ζωής. Οι Υπαρξιστές μελετούν περισσότερο από τους άλλους θεραπευτές την συνειδητότητα και την ικανότητα τους να βλέπουν πίσω από τα άμεσα προβλήματα και τα καθημερινά προβλήματα της ανθρώπινης ύπαρξης. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Οι πρώτοι υπαρξιστές ήταν Ευρωπαίοι και είχαν ήδη εκπαιδευτεί στην Ψυχανάλυση και διαφωνούσαν με την έμφαση που έδινε ο Freud στις βιολογικές και ασυνείδητες διαδικασίες. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούν ποικίλουν και στηρίζονται σε μια ποικιλία θεραπειών. Μία πολύ γνωστή θεραπεία είναι ***η λογοθεραπεία (λόγος=σημασία)*** η οποία αναπτύχθηκε από τον Victor E. Frankl κατά τη δεκαετία του 1940. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

- ***Η πελατοκεντρική θεραπεία του Carl Rogers.***

Σύμφωνα με τον Rogers «Ψυχοθεραπεία είναι η προσωπική αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή, η εχεμύθεια η οποία περικλείει ένα περιβάλλον όπου η συνεδρία απαγορεύει την λεπτομερή εξερεύνηση από το κοινό και τα βασικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή είναι η εμπάθεια, η απεριόριστη θετική εκτίμηση και η αυθεντικότητα.» (Rogers, 1996). Ο Rogers, χρησιμοποίησε την τεχνική της ενεργούς ακρόασης (active listening) μέσω της οποίας ο θεραπευτής έδειχνε την ενσυναίσθηση του, αποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο στους ασθενείς ότι τους ακούει πολύ προσεκτικά. Η ενσυναίσθηση εκδηλωνόταν πρώτα μέσα από την στάση του σώματος και την έκφραση του προσώπου καθώς και την καλή βλεμματική επαφή. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ο θεραπευτής προσπαθεί να παραφράσει τα λεγόμενα του πελάτη και αποζητάει την διευκρίνηση από το πελάτη του και δεν αποσκοπεί στο να αναλύσει, να κρίνει και να καθοδηγήσει τη συζήτηση. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980, Rogers, 1996).

- ***Η θεραπεία Gestalt.***

Gestalt είναι Γερμανική λέξη η οποία αναφέρεται στην ολότητα- ***Το όλο είναι κάτι παραπάνω από το άθροισμα των επιμέρους μερών του.*** Αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1940 και 1950 από τον Fritz Perls, ένα Γερμανό Ψυχίατρο ο οποίος

μετανάστευσε στις Η.Π.Α. (Freedheim, 1992, Νέστορος, & Πολεμικός,.,1995. Στο Ο` Leary.).

Ο γενικός στόχος της θεραπείας Gestalt είναι η αφύπνιση του εαυτού, των άλλων και του περιβάλλοντος το οποίο φέρνει ανάπτυξη, ολότητα και ανάλυση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των δράσεων του ατόμου. Χρησιμοποιούν μία ευρεία ποικιλία τεχνικών για να βοηθήσουν τους πελάτες να συνειδητοποιήσουν μερικά πράγματα για τον εαυτό τους. Μία από τις πιο γνωστές τους τεχνικές είναι η τεχνική της άδειας καρέκλας κατά την οποία το άτομο φαντάζεται ότι στην απέναντι του καρέκλα υπάρχει το άτομο με το οποίο αντιμετωπίζει προσωπικά προβλήματα ή συγκρούσεις και συνομιλεί μαζί του με σκοπό να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του. (Freedheim, 1992, Νέστορος, & Πολεμικός,., 1995. Στο Ο` Leary).

Γ. Συμπεριφοριστικές Θεραπείες

Οι Συμπεριφοριστικές θεραπείες διαφέρουν δραματικά από τις Ψυχοδυναμικές και Ανθρωπιστικές θεραπείες γιατί ***δεν*** εξερευνούν τις ατομικές σκέψεις και τα συναισθήματα, τα όνειρα, ή τις προηγούμενες εμπειρίες ***αλλά*** επικεντρώνονται στη συμπεριφορά η οποία προκαλεί το άγχος και τα προβλήματα στους θεραπευόμενους. Οι Συμπεριφοριστές πιστεύουν ότι η συμπεριφορά τόσο η φυσιολογική όσο και η μη φυσιολογική, είναι αποτέλεσμα μάθησης. Γι` αυτό στοχεύουν στην τροποποίηση της Συμπεριφοράς ***(Behavior Modification).*** (Bergin & Garfield, 1986, Mellon, 1999, Patterson, 1980, , Freedheim, 1992).

Τα προβλήματα με τα οποία ασχολούνται οι Συμπεριφοριστές είναι ο εθισμός στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά, οι φοβίες και το άγχος. Οι μοντέρνοι Συμπεριφοριστές ασχολούνται και με άλλα προβλήματα, όπως η κατάθλιψη, έχοντας βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξουν συγκεκριμένους στόχους συμπεριφοράς, όπως την επιστροφή στη δουλειά, το να συναναστρέφονται με κόσμο ή να μαγειρεύουν φαγητό. Επειδή ο Συμπεριφορισμός μπορεί να δουλεύει και μέσω των μη λεκτικών μηνυμάτων μπορεί να βοηθηθούν άτομα τα οποία δεν αντιδρούν σε οποιαδήποτε άλλη μορφή θεραπείας. Για παράδειγμα, οι Συμπεριφοριστές μπορεί να μάθουν κοινωνικές τεχνικές σε παιδιά με σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες και σε άτομα με Σχιζοφρένεια τα οποία ζουν εκτός πραγματικότητας. Επικεντρώνονται σε παρατηρίσιμες συμπεριφορές και δεν ψάχνουν κρυμμένες αιτιολογίες . Μπορεί να χρησιμοποιήσουν γι` αυτό το λόγο μία ποικιλία τεχνικών όπως είναι οι τεχνικές χαλάρωσης, η συστηματική απευαισθητοποίηση, η ενδοεκρηκτική και η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.(Relaxation training, systematic

desensitisation, exposure and response prevention, aversive conditioning and social skills training). (Bergin, Garfield, 1986, Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Κύριοι εκπρόσωποι του Συμπεριφορισμού είναι οι Ivan Pavlov (1897) ***κλασσική Εξαρτημένη μάθηση,*** ο J. Watson (εκμάθηση φόβου), ο Thorndike, οπαδός της ***μάθησης με δοκιμή και πλάνη,*** ο B.F. Skinner (συντελεστική ενίσχυση), οπαδός της ***αρχής των μικρών βημάτων*** και ο Alfred Bandura, υποστηρικτής της ***κοινωνικής μάθησης, μίμησης –ταύτισης.*** (Berfin, Garfield, 1986, Mellon, 1999,Patterson, 1980,Freedheim, 1992).

- ***Γνωστικός Συμπεριφορισμός***

Ο Γνωστικός Συμπεριφορισμός όσον αφορά τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας και της Κατάθλιψης στοχεύει στο να βοηθήσει το θεραπευόμενο να αναγνωρίσει τους παράλογους συλλογισμούς του, οι οποίοι και του προκαλούν άγχος και να τους αντικαταστήσει με λογικές σκέψεις και μέσω διαφόρων τεχνικών χαλάρωσης να υιοθετήσει καινούργιες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες θα τον βοηθήσουν να αισθανθεί καλύτερα. (Bergin, Garfield, 1986, Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Δ. Γνωστικές θεωρίες.

Οι Γνωστικές θεωρίες μοιάζουν με το Συμπεριφορισμό στο γεγονός ότι επικεντρώνονται και οι δύο σε συγκεκριμένα προβλήματα. Εντούτοις, τονίζουν με έμφαση την αλλαγή των πιστεύω και των σκέψεων, παρά τις παρατηρίσιμες συμπεριφορές. Οι Γνωστικοί πιστεύουν ότι οι παράλογες πεποιθήσεις ή τα πρότυπα διαστραβλωμένης σκέψης είναι δυνατό να προκαλέσουν μία ποικιλία σοβαρών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και του χρόνιου άγχους και προσπαθούν να μάθουν στον κόσμο να σκέφτεται με λογικό και εποικοδομητικό τρόπο. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

1. ***Η λογικό-θυμική θεραπεία (Rational- Emotive Behavior Therapy).***

Πατέρας της λογικοθυμικής είναι ο Albert Ellis, την οποία ανέπτυξε στα μέσα της δεκαετίας του 1950. Εκπαιδευμένος στην Ψυχανάλυση δεν άργησε και αυτός να την απαρνηθεί γιατί την θεωρούσε μακρόχρονη και ανεπαρκή. Επηρεασμένος από τον Adler άρχισε να πιστεύει ότι οι παράλογες πεποιθήσεις είναι ίσως η πιο σημαντική αιτία για τις συναισθηματικές διαταραχές. Με αυτό τον τρόπο πίστευε ότι τα αρνητικά γεγονότα δεν προκαλούν από μόνα τους κατάθλιψη ή άγχος αλλά απορρέουν από το

γεγονός ότι το άτομο τα αντιλαμβάνεται με ένα παράλογο τρόπο σκεφτόμενο ότι δεν αξίζει τίποτα.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούν οι ψυχοθεραπευτές οι οποίοι ακολουθούν το μοντέλο του Ellis είναι η άμεση συζήτηση των παράλογων σκέψεων για να υπάρξει απευθείας αντιμετώπιση. Για παράδειγμα, εάν ένας μαθητής πει ότι θέλει να πάρει Α στο διαγώνισμα και αν δεν πάρει θα το θεωρήσει αποτυχία ζωής τότε ο θεραπευτής προσπαθεί να αντικαταστήσει αυτές τις σκέψεις του με πιο λογικές όπως λέγοντας του ότι είναι καλύτερα να σκέφτεται ότι θέλει να πάρει Α αλλά εάν δεν πάρει την επόμενη φορά θα χρησιμοποιήσει άλλες στρατηγικές για καλύτερα αποτελέσματα. (Ellis, 1962, Freedheim, 1992).

2. Η Γνωστική θεραπεία του Beck.

Ο Aaron T. Beck όπως ακριβώς και ο Ellis πριν από αυτόν τονίζει ότι η ψυχανάλυση αδυνατεί να ασχοληθεί με τη θεραπεία της κατάθλιψης. Η τεχνική, την οποία χρησιμοποιεί ο Beck είναι επίσης παρόμοια με του Ellis εφόσον βοηθά τους ασθενείς να ξεφύγουν από τις παράλογες σκέψεις και τους καταστροφικούς όρους και να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται. Συχνά οι υποστηριχτές της Γνωστικής προσέγγισης δίνουν εργασία για το σπίτι στους ασθενείς με σκοπό να τους βοηθήσουν να αναγνωρίσουν τις παράλογες τους σκέψεις και να ενισχύσουν αυτά τα οποία έμαθαν μέσω των συνεδριών, υποκινώντας έτσι τους ασθενείς να κρατούν ημερολόγιο όπου θα γράφουν τις σκέψεις τους παράλογες προσφέροντας εναλλακτικές σκέψεις για την κατάσταση. (Freedheim, 1992).

Ε. Άλλες θεραπείες

Άλλα μοντέλα θεραπείας, τα οποία δεν υπάγονται στις κλασσικές προσεγγίσεις, την ψυχοδυναμική, την ανθρωπιστική, το συμπεριφορισμό, η τη Γνωστική θεραπεία, είναι η Συνδιαλεκτική ανάλυση και η θεραπεία της πραγματικότητας.

- ***Η Συνδιαλεκτική ανάλυση.(Transactional Analysis)***

Κατά τη δεκαετία του 1950 και 1960 ο Αμερικανός Ψυχίατρος Eric Berne ανέπτυξε τη Συνδιαλεκτική Ανάλυση εφόσον ένοιωθε ότι η πολυπλοκότητα της Ψυχαναλυτικής ορολογίας απέκλειε με κάποιο τρόπο τους ασθενείς από την ολική συμμετοχή στη θεραπεία τους. Ανέπτυξε μία θεωρία προσωπικότητας βασισμένη στην άποψη ότι οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν, λειτουργούν σαν γονέας, ενήλικος ή παιδί.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Berne, της οποίας η θεραπεία γίνεται πολλές φορές σε ομαδική μορφή, οι ασθενείς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν αυτούς τους ρόλους και κατανοούν ότι το να είσαι ένας αυταρχικός γονέας ή ένα αυθόρμητο παιδί είναι ανάλογα με τις συνθήκες κατάλληλο ή ακατάλληλο. Επιπρόσθετα με την αναγνώριση αυτών των ρόλων ο πελάτης μαθαίνει πώς να αλλάζει ρόλους με σκοπό να συμπεριφέρεται με περισσότερο επιθυμητούς τρόπους. (Freedheim, 1992)

- ***Θεραπεία της πραγματικότητας***

Η θεωρία αναπτύχθηκε από τον William Glasser τη δεκαετία του 1960. Ο Glasser εργάστηκε σε ένα σωφρονιστήριο με κορίτσια εφηβικής ηλικίας και σοβαρά διαταραγμένους Σχιζοφρενείς ασθενείς, και διαπίστωσε ότι η ψυχανάλυση δεν βοηθούσε τους ασθενείς να κατανοήσουν τους λόγους της συμπεριφοράς. Για αυτό το λόγο θέλησε να αναπτύξει μία νέα θεωρία με σκοπό να βοηθήσει τους Σχιζοφρενείς ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη διαταραχή τους. (Freedheim, 1992).

Η θεραπεία στηρίζεται στον συλλογισμό ότι όλη η ανθρώπινη συμπεριφορά υποκινείται από τις βασικές ανάγκες και τις συγκεκριμένες ανάγκες. Ο θεραπευτής προσπαθεί να εγκαθιδρύσει μία φιλική σχέση, μία σχέση εμπιστοσύνης με τους πελάτες με σκοπό να εκφράσουν τις ανάγκες τους και μετά τους βοηθά να καλύψουν αυτές τους τις ανάγκες. Δεν δέχεται δικαιολογίες από τους θεραπευόμενους, τους βοηθά να διαμορφώσουν ένα καλοχτισμένο σχέδιο δράσης και να αλλάξουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, οι οποίες θα στηρίζονται πάνω στους στόχους του θεραπευόμενου και στην ικανότητα του να κάνει επιλογές. (Freedheim,1992).

Ζ. Εκλεκτικά ή Συνθετικά μοντέλα Ψυχοθεραπείας

Ένα σύγχρονο μοντέλο θεραπείας είναι το εκλεκτικό. Διαφέρει από το συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας ως προς τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τις τεχνικές και τις στρατηγικές των διαφόρων προσεγγίσεων στο δικό τους προσανατολισμό.

Όσον αφορά την ***εκλεκτική προσέγγιση*** είναι περισσότερο τεχνική από το συνθετικό μοντέλο και χαρακτηριστικό γνώρισμα της είναι ότι κάνει επιλογή από διάφορες προσεγγίσεις. Παράλληλα εφαρμόζει τις ήδη υπάρχουσες θεωρίες, συλλέγει, είναι αθεωρητική,ένα ρεαλιστικό μοντέλο,συνάμα εμπειρική και κάνει άθροισμα των μερών. (Beitman, Bernard, & Klerman, 1991, Garfield, 1980).

Το μοντέλο της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι πιο θεωρητικό, συνδυάζει τις διάφορες προσεγγίσεις και παράλληλα δημιουργεί νέες .Στοχεύει στην ενοποίηση των μερών και είναι περισσότερο θεωρητικό, παρά εμπειρικό καθώς και περισσότερο απλό από το άθροισμα των μερών και τέλος ιδεαλιστικό. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).

Η. Ομαδικές θεραπείες.

Οι ασθενείς μπορεί να επιλέξουν την ομαδική θεραπεία γιατί είναι πιο οικονομική και βοηθά τα άτομα να δουν και να νοιώσουν με ποιο τρόπο αντιμετωπίζουν οι άλλοι το πρόβλημα τους . (Freedheim, 1992)

Τα πλεονεκτήματα των ομάδων αυτών είναι ότι ξοδεύουν λιγότερο χρόνο για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενούς απ` ότι γίνεται στην ατομική θεραπεία. Ένα από τα μειονεκτήματα των ομάδων αυτών είναι η πιθανότητα της έλλειψης της εχεμύθειας γιατί ακόμη και αν οι συνεδρίες είναι εμπιστευτικές, υπάρχει πάντοτε το μειονέκτημα ότι κάποιο από τα μέλη μπορεί να πει τα προβλήματα κάποιου άλλου στους απ`έξω. Επίσης, συγκεκριμένα μέλη της ομάδας μπορεί να αλληλεπιδρούν με άλλα άτομα από την ίδια ομάδα με επιβλαβείς τρόπους, με το να τους κριτικάρουν, κ.λ.π. (Freedheim, 1992).

- ***Ψυχόδραμα.***

Το Ψυχόδραμα αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1920 από τον Jacob L. Moreno, ένα Αυστριακό Ψυχίατρο ο οποίος έφερε τη μέθοδο του στις Η.Π.Α. το 1925. Η θεραπεία εστιάζεται στο ότι οι ασθενείς σαν ηθοποιοί υποδύονται ρόλους, όπως τον αυταρχικό πατέρα και ένα άλλο μέλος το κακοποιημένο παιδί κ.λ.π. (Freedheim, 1992).

3. Ομάδες αυτοβοήθειας

Οι ομάδες αυτοβοήθειας δεν θεωρούνται ως μορφή Ψυχοθεραπείας γιατί δεν επιβλέπονται από ειδικούς της ψυχικής υγείας, εντούτοις είναι ευρέως διαδεδομένες και εστιάζονται στην επίλυση προβλημάτων όπως ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά, η κακοποίηση κ.λ.π. (Freedheim, 1992).

Θ.. *Θεραπεία της οικογένειας.*

Οι σχετικές θεωρίες προτείνουν ότι το πρόβλημα εστιάζεται σε ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας. Π.χ. εάν ένα παιδί είναι άτακτο και συχνά εμπλέκεται σε καυγάδες στο σχολείο ίσως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι θέλει να τραβήξει την προσοχή των πολυάσχολων γονέων του. (Freedheim, 1992).

Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματα τους, τους περιορισμούς και τις έχθρες τους. Δεν ρίχνει το φταίξιμο σε ένα μέλος της οικογένειας αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει συλλογικά τα μέλη της οικογένειας να επιλύσουν τα τυχών προβλήματα τους.

Ι. Θεραπείες ζευγαριών, (Couples Therapy).

Ονομάζονται επίσης και θεραπείες γάμου. Οι τεχνικές Ψυχοθεραπείας οι οποίες εφαρμόζονται εδώ εξαρτώνται από τη σχολή την οποία ασπάζεται ο θεραπευτής ανκαι τις περισσότερες φορές επικεντρώνονται στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του ζευγαριού και στο να βοηθήσουν το ζευγάρι να αντιμετωπίσει τις τυχόν συγκρούσεις μέσω της παρατήρησης των ρόλων με σκοπό να εκφράσουν με άλλους τρόπους τα συναισθήματα τους και να μάθουν να αλληλεπιδρούν. Ενώ οι θεραπευτές, οι οποίοι πρόσκεινται περισσότερο στη Ψυχανάλυση μπορεί να επικεντρωθούν στο πώς οι παιδικές εμπειρίες επηρεάζουν την παρούσα σχέση τους. (Freedheim, 1992).

2. Ψυχοθεραπεία με παιδιά.

Η παιγνιοθεραπεία αποτελεί την περισσότερο διαδεδομένη μορφή θεραπείας για παιδιά ηλικίας από 2-12 ετών με κινητικά προβλήματα, εγκεφαλικές παραλύσεις, νοητική στέρηση κ.λ.π. (Alvarez, 1936, Freedheim, 1992).

Η παιγνιοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τόσο τους θεραπευτές ως προς το να κατανοήσουν τα προβλήματα του παιδιού καλύτερα όσο και τα παιδιά ως προς το να αντιμετωπίσουν καλύτερα τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές και τις σκέψεις τους χρησιμοποιώντας πάντοτε το κατάλληλο υλικό για την κάθε περίπτωση όπως κουκλόσπιτα, άμμο κ.λ.π. Τέτοιου είδους θεραπευτές εκπαιδεύονται στην ερμηνεία τόσο της λεκτικής όσο και της μη λεκτικής συμπεριφοράς των παιδιών. (Alvarez, 1936, Freedheim, 1992).

Μοντέλο Συμβατότητας

Ο George Kelly (1905-1966) ήταν ο ιδρυτής του μοντέλου ο οποίος υποστήριξε ότι το άγχος παρουσιάζεται όταν το άτομο αποτυγχάνει να προβλέψει τις εμπειρίες του

και ότι η διαπίστωση εκτόπισης του εαυτού του από τα δομήματα που θεωρεί ότι χαρακτηρίζουν τον πυρηνικό ρόλο του στη ζωή και μέσα από τη δοκιμασία ρεπερτορίου ρόλων (Role Repertory Test) αξιολογεί τα προσωπικά δομήματα (personal constructs). Ο Festinger, επίσης οπαδός του Μοντέλου συμβατότητας μιλά για γνωστική ασυμφωνία η οποία είναι δυνατόν να οδηγήσει στη διαστρέβλωση της πραγματικότητας. Τέλος, ο McClelland υποστηρίζει πως οι άνθρωποι έχουν την τάση να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους ούτως ώστε να αποφεύγουν το φόβο και το συναίσθημα της ανίας. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Βιολογικό μοντέλο

Το Βιολογικό μοντέλο υποστηρίζει ότι οι ψυχολογικές λειτουργίες, τόσο οι φυσιολογικές όσο και οι παθολογικές, ταυτίζονται με τις "ανώτερες" λειτουργίες του νευρικού συστήματος και θεωρούνται να έχουν βιολογική βάση. Το Βιολογικό μοντέλο δεν συγκρούεται με κανένα άλλο μοντέλο. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των διαφόρων μοντέλων Ψυχοθεραπείας.

Ομοιότητες:

1. Όλες οι προσεγγίσεις, συμφωνούν ότι είναι δυνατή η αλλαγή του εαυτού και του χαρακτήρα. Ο ίδιος ο B.F. Skinner (οπαδός του συμπεριφορισμού-συντελεστική ενίσχυση) είπε το χαρακτηριστικό: «Δώστε μου τις κατάλληλες συνθήκες και θα σας δώσω τον κατάλληλο χαρακτήρα.». (Patterson, 1980).
2. Τα έντονα συναισθηματικά προβλήματα, οι συγκρούσεις, κ.λ.π. ωθούν τα άτομα στην αναζήτηση βοήθειας. (Patterson, 1980).
3. Τόσο ο θεραπευτής, όσο και ο θεραπευόμενος, πρέπει να πιστεύουν στο ιάσιμο των ψυχικών διαταραχών με στόχο τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. (Patterson, 1980).
4. Ο ίδιος, ο θεραπευόμενος πρέπει να συμμετέχει ενεργά στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. (Patterson, 1980).
5. Όλες οι προσεγγίσεις στοχεύουν στην αλλαγή των πελατών τους, μέσα από διαφορετικές μεθόδους και προσεγγίσεις. (Patterson,1980).

6. Οι θεραπευτές πρέπει να χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση, ζεστασιά και αποδοχή απέναντι στους θεραπευόμενους, με στόχο τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. (Patterson, 1980).
7. Τέλος, η πρόβα και η αντιμετώπιση του προβλήματος in vivo είναι κοινό στοιχείο όλων των προσεγγίσεων. (Patterson, 1980).

Διαφορές μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων.

Οι Νεοφρουδιστές, υιοθέτησαν μερικές από τις απόψεις του Freud, και ανέπτυξαν και νέες θεωρίες για την αιτιολογία των ψυχολογικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, ο Erich Fromm(1900-1980), ο οποίος πιστεύει ότι ο σκοπός της θεραπείας είναι να προσανατολίσει τον εαυτό του, να εγκαθιδρύσει τις ρίζες του, και να βοηθήσει το άτομο να βρεί ασφάλεια ενώνοντας τον εαυτό του με τους άλλους ανθρώπους αλλά και να διατηρήσει ταυτόχρονα την μοναδικότητα του.(Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Η Horney (1885-1952) πίστευε ότι ήταν αναγκαίες οι Κοινωνικές δυνάμεις στην διαμόρφωση της πραγματικότητας. Ο Erikson, παρέτεινε την έμφαση της παιδικής ηλικίας για να καλύψει το όλο φάσμα της ζωής, ενώ οι Winniccot, Mahler και Klein ασχολήθηκαν με προβλήματα ασθενών, τα οποία προέκυπταν από το χωρισμό από τις μαμάδες τους κατά την πρώιμη παιδική ηλικία.(Freedheim, 1992, Patterson, 1980)

Ο Jung, θεωρούσε, ότι τα ψυχολογικά προβλήματα είχαν ώς πηγή τους, τις συγκρούσεις του υποσυνειδήτου, οι οποίες δημιουργούσαν διαταραχές στη ψυχική ενέργεια. Ο Adler, εστιάστηκε κυρίως στις σχέσεις μεταξύ των ετεροθαλών αδελφών. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Το δομικό μοντέλο, διαφέρει από το Ψυχαναλυτικό- Ψυχοδυναμικό μοντέλο στα εξής:

1. Το δομικό μοντέλο υποστηρίζει ότι η διαμόρφωση του παθολογικού χαρακτήρα, δεν είναι αποτέλεσμα των ψυχοσεξουαλικών σταδίων ανάπτυξης του Freud, ενώ η θεραπεία δίνει έμφαση στην ανάπτυξη της αυτονομίας και του αλτρουισμού του ατόμου. (Ahern & Malerstein, 1989).
2. Το δομικό μοντέλο διαφωνεί με την Καρτεσιανή άποψη της διαμόρφωσης του χαρακτήρα. (Ahern & Malerstein, 1989).
3. Σύμφωνα με το δομικό μοντέλο, η δομή του χαρακτήρα είναι χαρακτηριστική για τις δράσεις του ατόμου. (Ahern & Malerstein, 1989).

Οι ανθρωπιστικές θεωρίες επικεντρώνονται περισσότερο στο παρόν. Οι Υπαρξιστές, δίνουν έμφαση στη συνειδητότητα και στα καθημερινά προβλήματα της ανθρώπινης ύπαρξης. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Ο Rogers, εστιάζεται στη σχέση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευόμενου και η θεραπεία Gestalt έχει ως στόχο την αφύπνιση του εαυτού, των άλλων, και του περιβάλλοντος. (Freedheim, 1992, Patterson, 1980, Rogers, 1996.)

Οι Συμπεριφοριστικές θεραπείες, επικεντρώνονται στη συμπεριφορά η οποία προκαλεί άγχος και προβλήματα στους θεραπευόμενους. Πιστεύουν ότι τόσο η φυσιολογική συμπεριφορά, όσο και η παρεκκλίνουσα είναι αποτέλεσμα τροποποίησης συμπεριφοράς (Behavior Modification) και θεωρούνται ως οι πλέον κατάλληλες για τη θεραπεία των φοβιών και του άγχους. Οι Γνωστικές θεωρίες τονίζουν την αλλαγή των πιστεύω και των σκέψεων του θεραπευόμενου. Η Λογικό-θυμική θεραπεία του Ellis θεωρεί τις παράλογες πεποιθήσεις, ως την αιτία των συναισθηματικών διαταραχών. (Bergin & Garfield, 1986, Ellis,1962 Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Τέλος, οι διαφορές μεταξύ εκλεκτικού και συνθετικού μοντέλου συνιστούν τα εξής: α) το εκλεκτικό είναι ένα τεχνικό μοντέλο ενώ το συνθετικό, ένα θεωρητικό μοντέλο, β) το εκλεκτικό μοντέλο, επιλέγει από διάφορες προσεγγίσεις, ενώ το συνθετικό κάνει ένα συνδυασμό των διαφόρων προσεγγίσεων, γ) το εκλεκτικό, εφαρμόζει της ήδη υπάρχουσες αρχές , ενώ το συνθετικό δημιουργεί νέες αρχές, δ) το εκλεκτικό κάνει εφαρμογή των μερών ενώ το συνθετικό είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μερών και τέλος, ζ) το εκλεκτικό είναι ένα ρεαλιστικό μοντέλο, ενώ τ συνθετικό ένα ιδεαλιστικό μοντέλο. (Beitman, Bernard & Klerman, 1991, Garfield, 1980).

Ενώ τα προηγούμενα μοντέλα διαφέρουν ως προς την πηγή και την αιτία της ψυχικής διαταραχής, το Βιολογικό μοντέλο δεν συγκρούεται με κανένα άλλο μοντέλο. (Freedheim,1992).

Τα στάδια της Ψυχοθεραπείας.

Τα στάδια τα οποία ακολουθούν αντιστοιχούν τυπικά στις δύο βάσεις της Ψυχοθεραπείας – σχέσεων και δράσης, δεν εμφανίζονται πάντοτε με την ίδια σειρά και δεν είναι πάντοτε παρόντα όλα τα στάδια εφόσον ο θεραπευτής είναι αυτός ο οποίος καθορίζει την συχνότητα και το μήκος των σταδίων ανάλογα με την θεωρία στην οποία πρόσκειται. (Brammer, 1988).

Φάση 1: κτίζοντας τη σχέση:

1. ***Είσοδος:*** προετοιμάζοντας το θεραπευτή και η αρχή της θεραπευτικής σχέσης.
2. ***Διευκρίνηση:*** δηλώνοντας το πρόβλημα ή την ανησυχία και τους λόγους για τους οποίους ο θεραπευόμενος εισήχθηκε για θεραπεία.
3. ***Δομή:*** επεξεργάζοντας τη δομή.
4. ***Σχέση:*** χτίζοντας τη θεραπευτική σχέση.

Φάση 2: Διευκολύνοντας τη θετική δράση.

5. ***Διερεύνηση:*** διερεύνηση προβλημάτων, διατύπωση στόχων, σχεδιασμός στρατηγικών, συλλογή δεδομένων, έκφραση βαθέων συναισθημάτων, εκμάθηση νέων ικανοτήτων.
6. ***Σταθεροποίηση:*** εξερεύνηση των εναλλακτικών, δουλεύοντας μέσω συναισθημάτων, εξάσκηση νέων ικανοτήτων.
7. ***Σχεδιασμός :*** ανάπτυξη του σχεδίου δράσης χρησιμοποιώντας στρατηγικές για την επίλυση των συγκρούσεων, μειώνοντας τα συναισθήματα τα οποία προκαλούσαν πόνο και σταθεροποιώντας και γενικεύοντας νέες ικανότητες και συμπεριφορές για να συνεχιστούν οι αυτοελεγχόμενες δραστηριότητες.
8. ***Τερματισμός:*** αξιολογώντας τα αποτελέσματα και τερματίζοντας τη θεραπευτική σχέση. (Brammer, 1988).

Συνθετική Ψυχοθεραπεία.

Ιστορικό του Κινήματος:

Ο Thomas French, το 1930 περίπου, έκανε την πρώτη προσπάθεια σύνθεσης των δύο κυρίαρχων τότε μοντέλων, της ψυχανάλυσης και της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης του Pavlov (French, 1933), ενώ η έκδοση του βιβλίου των Dollard and Miller με τίτλο: "Η προσωπικότητα και η Ψυχοθεραπεία: Μία ανάλυση με όρους μάθησης, σκέψης και κουλτούρας", το 1950, αποτέλεσε ένα σημαντικό γεγονός για τη σύνθεση των διαφόρων μοντέλων ψυχοθεραπείας. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Το 1960 μερικοί Συμπεριφοριστές (London, 1964; M.W.s & Gelder, 1966) έδειξαν ενδιαφέρον για τη σύνθεση ενώ άλλοι όπως ο Bandura (1969) επέμειναν στην κριτική απέναντι στις ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις και δεν έδειξαν κανένα ενδιαφέρον για τη σύνθεση. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Το 1972 οι Feather and Rhoads δημοσίευσαν μία σειρά συγγραμμάτων με τα οποία σχολίαζαν τη θεραπεία συμπεριφοράς και ήταν ακριβώς την ίδια χρονιά που μερικές σημαντικές τάσεις τόσο στην ψυχανάλυση όσο και στις θεραπείες συμπεριφοράς συνεισέφεραν στο αυξημένο ενδιαφέρον της σύνθεσης των διαφόρων μοντέλων.(Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Τέλος, οι πρόσφατες εξελίξεις πάνω στη σύνθεση των διαφόρων μοντέλων οδήγησαν στην έκδοση διαφόρων εκδόσεων σχετικών με τη σύνθεση του Συμπεριφορισμού και των Ψυχοδυναμικών θεωριών καθώς και εκδόσεων για τη σύνθεση μεταξύ των Ανθρωπιστικών θεωριών και του Συμπεριφορισμού (Thoeresen, 1973; Wandersman, Poppen, & Ricks, 1976).

Οι παράγοντες που διευκόλυναν τη σύνθεση των διαφόρων μοντέλων.

Οι παράγοντες, οι οποίοι διευκόλυναν τη σύνθεση είναι: α) το γεγονός ότι αυξανόταν ραγδαία ο αριθμός των ήδη υπαρχόντων μοντέλων, τα όποία το 1986 ήταν περισσότερα από 400 (Karasu, 1986), πράγμα το οποίο δημιουργούσε διλήμματα σε θεραπευτές και θεραπευόμενους ως προς την επιλογή του καταλληλότερου από αυτά, β)οι περισσότεροι ειδικοί πίστευαν ότι τα απλά συμβατικά μοντέλα απέτυχαν να

καλύψουν αποτελεσματικά ένα σημαντικό μέρος του πλήθους των κλινικών περιπτώσεων, γ) το γεγονός ότι οι ειδικοί πίστευαν πώς τα διαφορετικά μοντέλα θεραπείας παρουσιάζουν ισοδύναμη αποτελεσματικότητα, δ) το γεγονός ότι οι ψυχοθεραπευτές με τη πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν όλο και μεγαλύτερη πείρα και όλο και περισσότερες ομοιότητες μεταξύ τους όπως φαίνεται να συμβαίνει και με τα ίδια τα μοντέλα ψυχοθεραπείας, τα οποία καθώς εξελίσσονται και ωριμάζουν, παρουσιάζουν όλο και περισσότερες ομοιότητες μεταξύ τους και τέλος η διερεύνηση των κοινών θεραπευτικών παραγόντων που φαίνεται να αποτελούν το υπόβαθρο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας σε όλα τα μοντέλα ψυχοθεραπείας. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Κοινοί θεραπευτικοί παράγοντες

1. Θεραπευτική σχέση.

Η θεραπευτική σχέση, η οποία στηρίζεται στη θεραπευτική συμμαχία, εγκαθιδρύεται από την πρώτη κιόλας συνεδρία. Κινείται ανάμεσα, στη μεταβίβαση, την μεταφορά δηλαδή των συναισθημάτων του θεραπευόμενου απέναντι στο θεραπευτή του, και στην αντιμεταβίβαση, τη μεταφορά των συναισθημάτων του θεραπευόμενου, προς τον θεραπευτή του, την πραγματική σχέση, τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, την ενσυναίσθηση, τη ζεστασιά και την γνησιότητα. Από την αρχή της θεραπείας, πρέπει να είναι ξεκάθαρο στον ασθενή, ότι η σχέση του με το ψυχοθεραπευτή του είναι άκρως επαγγελματική, όπως είναι αναγκαίο το γεγονός, ο θεραπευτής να πιστεύει το ιάσιμο της ψυχικής διαταραχής του εκάστοτε ασθενή. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης,1999).

2. Μείωση του άγχους και συναισθηματική υποστήριξη.

Στόχος του θεραπευτή είναι η συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή, ο οποίος είναι φοβισμένος και κατά συνέπεια υπολειτουργεί, η διόρθωση των τραυματικών συναισθηματικών εμπειριών, η αποδοχή του ατόμου και η παροχή ευκαιρίας για κάθαρση. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης, 1999).

3. Αλλαγή γνωστικού πλαισίου

Η Ψυχοθεραπεία προσφέρει ένα γνωστικό πλαίσιο (cognitive context) μέσα στο οποίο ερμηνεύεται και γίνεται κατανοητή τόσο η συμπεριφορά του θεραπευόμενου, όσο και των άλλων. Για τη δημιουργία του γνωστικού πλαισίου της Ψυχοθεραπείας διαδραματίζουν τεράστιο ρόλο, όλες οι μορφές μάθησης, δηλαδή: α) η κλασσική εξαρτημένη, β) η συντελεστική, γ) η παρατήρηση και μίμηση προτύπων, δ) η γνωστική μάθηση. Με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή του, ο θεραπευόμενος, μαθαίνει να εκλαμβάνει τη ζωή και τον κόσμο σαν πολύ λιγότερο απειλητικά απ`ότι πριν από την θεραπεία. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης, 1999).

4. Πειθώ και υποβολή

Ο θεραπευτής πρέπει να έχει πίστη στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου του, να αυξάνει την ελπίδα, του θεραπευόμενου και να σκέφτεται ο ίδιος πρώτα θετικά ώστε να βοηθήσει το θεραπευόμενο να σκεφτεί θετικά. Οι θετικές προσδοκίες του θεραπευτή, μειώνουν το φόβο της αλλαγής του θεραπευόμενου αναφορικά με τη νέα κατάσταση, που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Επίσης, η αλλαγή, επέρχεται με αυτοεκπληρούμενη προφητεία. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π.Ασημάκης, 1999).

5. Ταύτιση του θεραπευόμενου με το θεραπευτή

Ο θεραπευτής αποτελεί πρότυπο για το θεραπευόμενο. Η μίμηση προτύπου μπορεί να βοηθήσει το θεραπευόμενο με 3 διαφορετικούς τρόπους (Παρασκευόπουλος, 1988, στο Hawkins & Nestoros, 1997): α) να συμπεριλάβει στο ρεπερτόριο του νέες μορφές συμπεριφοράς, β) να χρησιμοποιήσει τις ήδη υπάρχουσες μορφές συμπεριφοράς με ποιο αποτελεσματικά κοινωνικό τρόπο, γ) να πάψει να εκτελεί συμπεριφορές που απέφευγε προηγουμένως γιατί του προκαλούσαν άγχος.Ο θεραπευόμενος, ταυτίζεται με το σύστημα αξιών του θεραπευτή: ο τόνος της φωνής με τον οποίο υποβάλλει ορισμένες ερωτήσεις, το βλέμμα, το χαμόγελο κ.λ.π. δρουν σαν μηνύματα αμοιβής και τιμωρίας για το θεραπευόμενο.

Προκειμένου ο θεραπευτής να αντιλαμβάνεται και να σέβεται το σύστημα αξιών ενός άλλου ατόμου, χρειάζεται να έχει ξεκαθαρισμένο στο μυαλό του, το δικό του σύστημα αξιών. Στόχος της θεραπείας, εξάλλου είναι η ικανοποίηση του θεραπευόμενου και όχι του θεραπευτή. (Hawkins & Nestoros,1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης,1999).

6. Αυτοέλεγχος και αυτονομία

Η απόκτηση αυτοελέγχου (self control) και αυτονομίας (autonomy), αποτελεί κατά τον Strupp (1983) κοινό στόχο όλων των ψυχοθεραπειών. Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, οι όροι: «κυριαρχία» (mastery), «ικανότητα να τα βγάζει πέρα» (ability to cope), «ικανότητα» (competence), και «ανεξαρτησία» (independence), αναφέρονται στην περιγραφή της Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας από τον Freud, «Όπου ήταν το εκείνο, εκεί θα γίνει το εγώ» (Where id was there shall ego be). Για να επιτευχθεί αυτό πρέπει ο θεραπευόμενος να επιτρέψει στον εαυτό του να τεθεί κάτω από τον πλήρη έλεγχο του θεραπευτή, δείχνοντας του εμπιστοσύνη.

Ο αυτοέλεγχος (self-control), τον οποίο αποκτά ο θεραπευόμενος κατά τη θεραπευτική διαδικασία έχει τα χαρακτηριστικά του ενσυνείδητου συμπεριφοριστικού αυτοελέγχου, δηλαδή περιλαμβάνει: α) αυτοπαρατήρηση και αυτοκαταγραφή της συμπεριφοράς (self monitoring), β) έλεγχο των ερεθισμάτων που προκαλούν την εκδήλωση της συμπεριφοράς (Stimulus control), γ) παρεμβολή εναλλακτικών-ασυμβίβαστων δραστηριοτήτων (Competing responses), δ) μετατροπές στο εκτελεστικό μέρος της ίδιας συμπεριφοράς (Modifying actual behavior), και ε) αυτοενίσχυση (Self-reinforcement). (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π.Ασημάκης, 1999).

7. Πρόβα και αντιμετώπιση του προβλήματος in vivo

Ότι και αν συμβαίνει μέσα στο γραφείο του θεραπευτή δεν έχει κανένα νόημα εάν δεν μπορεί να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει τα πραγματικά προβλήματα της ζωής του. Η επιτυχία της θεραπείας κατά τον Marmor (1975) εξαρτάται από το πόσο θα πεισθεί ο θεραπευόμενος να αντιμετωπίσει τους φόβους του.

Τα παραπάνω γίνονται φανερά στη συμπεριφοριστική αντιμετώπιση των φοβιών. Περιγράφοντας τη συστηματική απευαισθητοποίηση των φοβιών, ο Wolpe (1958), κατέληξε στην υπόθεση ότι: «όταν μία αντίδραση καταστέλλει το άγχος εμφανισθεί ταυτόχρονα με μία κατάσταση που προκαλεί άγχος, τότε η αντίδραση του άγχους θα μειωθεί.» (Wolpe, 1958 στο Hawkins & Nestoros, 1997). Συνήθως, χρησιμοποιείται ο συνδυασμός της μυϊκής χαλάρωσης με την κλιμακωτή εισαγωγή στη φαντασία του υποκειμένου των σκηνών που του προκαλούν φόβο με ιεραρχική σειρά.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος in vivo, χρησιμοποιείται επίσης, η ενδοεκρηκτική θεραπεία (implosion therapy), στην οποία, το άτομο παρακινείται να φανταστεί το φοβικό ερέθισμα στην ποιο απειλητική του μορφή (Παρασκευόπουλος, 1988, στο Hawkins & Nestoros, 1999), καθώς και η ψυχοκατακλυσμική θεραπεία

(flooding therapy), στην οποία το άτομο οδηγείται να βιώσει απότομα, χωρίς να του δίνεται η δυνατότητα να υπαναχωρήσει, τη χειρότερη δυνατή αγχογόνο κατάσταση στη μεγαλύτερη της δυνατή ένταση (Παρασκευόπουλος, 1988,στο Hawkins & Nestoros, 1997).

Η επίδραση της συστηματικής απευαισθητοποίησης είναι ποιο μακροπρόθεσμη απ`ότι είναι η επίδραση της ενδοεκρηκτικής και της ψυχοκατακλυσμικής μεθόδου. Η βελτίωση που βρέθηκε να διαρκεί μέχρί και 7 χρόνια μετά τη θεραπεία, φαίνεται να οφείλεται στην επίδραση της απευαισθητοποίησης πάνω στις γνωστικές διαδικασίες που προκαλούσαν φόβο. (Agras & Berkowiz, 1988 στο Hawkins & Nestoros, 1997.)

Τα εμπόδια της σύνθεσης των διαφόρων μοντέλων.

Με σκοπό τη δόμηση μιας συνθετικής θεωρίας για την προσωπικότητα, την ψυχοπαθολογία και την ψυχοθεραπεία καθώς και την κάλυψη των κενών τα οποία παρουσίαζαν τα απλά συμβατικά μοντέλα χρειάζεται να ξεπεραστούν τα πιο κάτω εμπόδια: α) να υπάρξει ένα μοντέλο το οποίο να είναι ιδανικό και να υπερισχύσει έναντι των υπολοίπων, β) μέχρι τώρα υπάρχουν σκόρπιες θεωρίες με τις δικές της αρχές η κάθε μία, με διαφορετικές προσεγγίσεις και απόψεις όσον αφορά την εικόνα του ανθρώπου, τη ζωή, την υγεία, την ψυχική διαταραχή και την αλλαγή, γ) υπάρχει η ανάγκη πληρέστερης και εμπειρικής καθώς και κλινικής υποστήριξης της θεραπευτικής αλλαγής και εκτίμησης του αποτελέσματος της ψυχοθεραπείας, δ) να υπάρξει ένας κοινός κώδικας επικοινωνίας μεταξύ των ψυχοθεραπευτών που υιοθετούν διαφορετικές προσεγγίσεις, ε) να υπάρξει μία κοινή αποτελεσματικότητα ως προς την αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων και διαταραχών, στ) να γίνεται εκπαίδευση των νέων θεραπευτών στη συνθετική προσέγγιση, πράγμα το οποίο απαιτεί κατάλληλο σχεδιασμό και διαδικασία και ζ) χρειάζεται να αποσαφηνιστεί η σύγχυση η οποία επικρατεί στο πεδίο των συνθετικών μοντέλων και η οποία αφορά τους ορισμούς και τους στόχους της σύνθεσης καθώς και χρειάζεται να διερευνηθεί η δυνατότητα ενοποίησης των διαφόρων συνθετικών προσεγγίσεων/κατευθύνσεων οι οποίες αυξάνονται δραματικά (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997, Norcross & Thomas, 1988).

Το συνθετικό μοντέλο Ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση των Ψυχώσεων

Το συνθετικό μοντέλο Ψυχοθεραπείας, όπως όλα τα άλλα συνθετικά μοντέλα σε αντίθεση με το εκλεκτικό μοντέλο είναι θεωρητικό και συνάμα ιδεαλιστικό, αποτελεί ένα συνδυασμό μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων, στηρίζεται πάνω στις ήδη υπάρχουσες θέσεις των υπόλοιπων μοντέλων Ψυχοθεραπείας με σκοπό να δημιουργήσει νέες ενοποιώντας τα μέρη των άλλων θεωριών και τέλος είναι κάτι περισσότερο από το απλό άθροισμα των υπόλοιπων μερών. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros,1997).

Το συνθετικό μοντέλο Ψυχοθεραπείας (Νέστορος, 1993. Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990/1996. Νέστορος, & συν., 2000. Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999), το οποίο αναπτύχθηκε την τελευταία δεκαετία στον Ελληνικό χώρο έχει ως στόχο την διευκόλυνση της ψυχοθεραπευτικής αλλαγής και τη δυνατότητα εφαρμογής της σε ένα πλήθος κλινικών και μη περιπτώσεων (δηλαδή τόσο σε φυσιολογικά άτομα όσο και στις νευρώσεις και στις ψυχώσεις) και προάγει μία θεωρητική δομή και καθοδηγητικές αρχές, οι οποίες μπορούν να κατευθύνουν τις παρεμβάσεις του κλινικού. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι μία συνθετική ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία μπορεί και συνδυάζεται και με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας (π.χ. οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία ζεύγους και ομαδική ψυχοθεραπεία) καθώς και με φαρμακοθεραπεία όπου κρίνεται βεβαίως απαραίτητη και η χορήγηση φαρμάκων. (Beitman & Klerman, 1991, Feldman & Powell, 1992, Nestoros, 1997a).

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία θεωρεί την ψυχολογική διαταραχή ως ένα πολυσύνθετο φαινόμενο το οποίο απορρέει από ένα φαύλο κύκλο αρνητικών αυτοεκπληρούμενων προφητειών, οι οποίες αναπαράγουν δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές του ατόμου από εμπειρίες του παρελθόντος και κυρίως της παιδικής ηλικίας και της σχέσης του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους. Κατ` αυτόν τον τρόπο, ο θεραπευτής οφείλει να διερευνήσει τους πιο πάνω παράγοντες και να δράσει κατευθύνοντας το άτομο προς τη διερεύνηση των εμπειριών του και την αντικατάσταση των παλιών δυσπροσαρμοστικών σχημάτων με άλλα εναλλακτικά και περισσότερο προσαρμοστικά σχήματα. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Ο Συνθετικός Ψυχοθεραπευτής έχει ως στόχο να βοηθήσει το θεραπευόμενο να αποκτήσει θετική συναισθηματική διάθεση καθώς και νοητική ευεξία και ισορροπία και

γι` αυτό το λόγο εστιάζεται στη μείωση του άγχους, του φόβου και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία φαίνεται όπως έχω προαναφέρει, να ασκούν ουσιαστικό ρόλο στη δημιουργία και διατήρηση της ψυχολογικής διαταραχής (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, 1993, Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996, Νέστορος, Καλαϊτζάκη & Ζγαντζούρη, υπό δημοσίευση), γιατί όπως έχει βρεθεί όταν μειώνονται τα υψηλά επίπεδα άγχους απελευθερώνονται σημαντικές γνωστικές λειτουργίες (συγκέντρωση, μνήμη, αντίληψη, κ.λ.π.).

Μέσα από διάφορες τεχνικές ενθαρρύνεται η λογική σκέψη και η υιοθέτηση προσαρμοστικών για το άτομο στρατηγικών επίλυσης των προβλημάτων που το απασχολούν και των συνηθειών ζωής εφόσον επιτευχθεί η αύξηση της αυτοπεποίθησης του ιδίου του ατόμου, η υιοθέτηση φιλοσοφικής διάθεσης και ρεαλιστικών στόχων και αξιών, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με την κάθε περίπτωση και σέβονται την ελευθερία του ατόμου καθώς και τις ατομικές διαφορές. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Βασικό στοιχείο για καλύτερα αποτελέσματα είναι η πίστη του θεραπευτή στο ιάσιμο των ψυχικών διαταραχών καθώς και η θέληση του θεραπευόμενου να θεραπευτεί (Stekel: “willingness to be cured”, ο ασθενής πρέπει να είναι διατεθειμένος να γιατρευτεί.) (Marmor et.al. 1981) και είναι επίσης τεκμηριωμένο από πλευράς Συνθετικής ψυχοθεραπείας ότι ένα ψυχωσικό άτομο με μεγάλη διάθεση για βελτίωση της κατάστασης του θα έχει πολύ καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα από ένα πολύ λιγότερο διαταραγμένο άτομο, χωρίς σοβαρή διάθεση για βελτίωση. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαιτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Τονίζει τα κοινά σημεία μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς σε αντίθεση με τον Freud ο οποίος προσπάθησε να ερμηνεύσει τη φυσιολογική συμπεριφορά μελετώντας τη παθολογική συμπεριφορά.(Περαιτέρω ερμηνείες για τη Σχιζοφρένεια και το Συνθετικό μοντέλο θα κάνω πιο κάτω στο αντίστοιχο κεφάλαιο της διπλωματικής μου που αναφέρεται στη Σχιζοφρένεια).

Το πιο πάνω συνθετικό μοντέλο προτάθηκε από τις εξής συγκυρίες:

1. «Την εκπαίδευση του ιδίου του ιδρυτή του μοντέλου στην Ψυχοθεραπεία στο Πανεπιστήμιο του McGill, του Καναδά (1973-1977), η οποία ενεθάρρυνε μία “εκλεκτική” προσέγγιση, προσφέροντας εμπειρίες και εποπτεία στις ψυχαναλυτικές, συμπεριφοριστικές και ανθρωπιστικές προσεγγίσεις, σε ένα σύστημα που

αποδεχόταν οποιοδήποτε συνδυασμό των προηγούμενων, υπό τη μορφή ατομικής, οικογενειακής ή ομαδικής θεραπείας, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.» (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999)

2. «Την πολυπολιτισμική ατμόσφαιρα του Προγράμματος Εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική του Πανεπιστημίου McGill (π.χ. η δυνατότητα εκπαίδευσης από καθηγητές οι οποίοι προέρχονταν από μεγάλο αριθμό διαφορετικών χωρών και ανήκαν σε πολλά διαφορετικά θρησκευτικά δόγματα), η οποία ενεθάρρυνε την προσέγγιση στα προβλήματα από πολλές διαφορετικές πλευρές.» (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999)
3. «Την ερευνητική του εμπειρία και συνεργασία με διακεκριμένους ψυχοφαρμακολόγους» (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).
4. «Τη διάλεξη του Judd Marmor, το 1975, σχετικά με τη δυνατότητα σύνθεσης των ψυχοθεραπειών.» (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).
5. «Την προσωπική του ψυχοθεραπεία με τη Lela C. Korenberg και τέλος: (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999)
6. «Την κλασσική παιδεία που έλαβε στο Παγκύπριο Γυμνάσιο καθώς και το ενδιαφέρον του για τη συνεισφορά των Ελλήνων φιλοσόφων, και γενικά του Ελληνικού Πολιτισμού, στην ψυχολογία και την ψυχοθεραπεία (Chessick, 1987, Ducey & Simon, 1975, Milns, 1986, Τομαράς & Ουλής, 1996), τα οποία άσκησαν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της σκέψης του (Hawkins & Nestoros, 1997, Katakis & Nestoros, υπό δημοσίευση, Nestoros, υπό δημοσίευση, Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996, Νέστορος, Βαλλιανάτου & συν., 1997).» (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).
7. «.Στην τελική διαμόρφωση του μοντέλου έπαιξαν σημαντικό ρόλο οι συζητήσεις με εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές 1987, στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών στα πλαίσια σεμιναρίων επιδοτούμενων από την ΕΟΚ, και στη συνέχεια, με τους φοιτητές του τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης.» (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999).

ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Ο ιδανικός ψυχοθεραπευτής σύμφωνα με το Συνθετικό μοντέλο Ψυχοθεραπείας πρέπει : (βλέπε σχόλια Νέστορος, σελ.201-219, Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996):

Α) να επιταχύνει την εγκαθίδρυση θεραπευτικής συμμαχίας, εμπνέοντος εμπιστοσύνη στον πελάτη του και την αίσθηση ότι η ακολουθούμενη διαδικασία είναι και αποτελεσματική και η καλύτερη δυνατή (Παττακού-Παρασύρη, Νέστορος, και συν., αδημοσίευτα αποτελέσματα). (Νέστορος, Ζγαντζούρη, & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Β) να είναι υποστηρικτικός με τα λόγια του, τον καθησυχαστικό τόνο της φωνής του και γενικά με όλη τη μη λεκτική συμπεριφορά του (χαλαρωμένη στάση κ.λ.π.), δηλαδή να λειτουργεί συγχρόνως σαν ηρεμιστικό και αντικαταθλιπτικό φάρμακο. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Γ) να συμμετέχει ενεργά στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και να είναι ευέλικτος, υιοθετώντας ανάλογα με την περίπτωση πολλούς διαφορετικούς ρόλους. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Δ) να αναλύει τις διάφορες πιθανές εξηγήσεις μιας οποιασδήποτε συμπεριφοράς. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Ε) να επιταχύνει την ενεργό συμμετοχή του ψυχοθεραπευόμενου στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, πείθοντας τον για την ικανότητα του όχι μόνο να κατανοεί τον εαυτό του και τα προβλήματα του, αλλά και να βρίσκει τις σωστές λύσεις, (Άριστη για τον παραπάνω σκοπό είναι η μαιευτική μέθοδος του Σωκράτη, που βοηθά τον συνομιλητή του να καταλήξει από μόνος του στη λύση του προβλήματος του, χωρίς να σημαίνει ότι η Συνθετική Ψυχοθεραπεία περιορίζεται μόνο στη μέθοδο αυτή παρέμβασης) (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

ΣΤ) στο να αντιμετωπίζει τον ψυχοθεραπευόμενο σαν υπεύθυνο σκεπτόμενο άνθρωπο, ο οποίος κρίνει, μεταξύ άλλων, και τον θεραπευτή του. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Ο ιδανικός ψυχοθεραπευτής πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένος στην ψυχοπαθολογία και σε διάφορες ψυχοθεραπευτικές θεωρίες και τεχνικές όπως ακριβώς και της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας, να έχει θέληση να βοηθήσει, να έχει παρακολουθήσει Ψυχοθεραπεία και ο ίδιος, να πιστεύει πάνω απ`όλα στο ιάσιμο των

ψυχικών διαταραχών (βλέπε σχόλιο Νέστορος, σελ.44, Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996) και η στάση του απέναντι στο θεραπευόμενο η οποία είναι ίσως η σημαντικότερη του ιδιότητα. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Σημαντικά συστατικά της θεραπευτικής σχέσης και των χαρακτηριστικών του θεραπευτή είναι η ενσυναίσθηση, η γνησιότητα, η ζεστασιά, η θετική εκτίμηση, η εμπλοκή στο ρόλο του θεραπευτή, η αξιοπιστία και η δεξιοτεχνία καθώς και τα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου όπως η συνεργατικότητα, η εκφραστικότητα και η δεκτικότητα φαίνεται να σχετίζονται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Beutler et.al. 1986, 1994, Orlinsky et. Al. 1994, Truax, & Garkhuff, 1967).

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία διέπεται από 14αρχές, οι οποίες αποτελούν τις κύριες θεραπευτικές στρατηγικές του μοντέλου.

1. ***Η σύνθεση των διαφορετικών θεωριών προσωπικότητας, ψυχοπαθολογίας και Ψυχοθεραπείας είναι εφικτή*** επειδή αυτές οι θεωρίες δεν είναι αντικρουόμενες μεταξύ τους, ιδιαίτερα αν οι συγκεκριμένες πλευρές αυτών των θεωριών απαρτιωθούν με ένα συγκεκριμένο τρόπο. (Andrews, 1989, Beitman et.al., 1989, Fensterheim, 1983, Gaston, 1995, Goldfried et al.1992, Goldfried & Newman, 1992, Lazarus, 1992, Messer, 1986, 1992, Neimeyer, 1993, Norcross & Newman 1992, Prochaska & DiClemente, 1992a, Rhoads 1984, Salzman, 1984, Wachtel, 1977, 1983, 1987, Yates, 1983. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης, 1999).
2. ***Αισιοδοξία του θεραπευτή για το αποτέλεσμα και επικοινωνία του μηνύματος στο θεραπευόμενο ώστε να αυξηθούν οι προσδοκίες επιτυχίας της θεραπείας.***

Οι προσδοκίες των συμμετοχόντων (θεραπευτή και θεραπευόμενου για την επιτυχία της θεραπείας είναι όμοιες με το φαινόμενο placebo και αναπαριστούν έναν σημαντικό κοινό παράγοντα, που επιδρά ουσιαστικά στη θεραπευτική αλλαγή. (Frank & Frank, 1991, Kirsch, 1990, Lambert, 1992, Weinberger, 1995). Στη συνθετική Ψυχοθεραπεία, δίνεται έμφαση στη διάσπαση του φαύλου κύκλου των αρνητικών αυτοεκπληρούμενων προφητειών που αναπαράγουν τις δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές του θεραπευόμενου. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος,

1990/1996, Nestoros, 1997a,.,Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης, 1999).

3. Η θεραπευτική σχέση είναι πολύ σημαντική.

Η θεραπευτική σχέση διακρίνεται: α) στη θεραπευτική συμμαχία (Hovarth & Greenberg 1994 στο Hawkins & Nestoros, 1997), β) στη μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση (Luborsky et.al, 1994, στο Hawkins & Nestoros, 1997) και γ) στην πραγματική σχέση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις ρεαλιστικές, μη διαταραγμένες αντιλήψεις και ερμηνείες της συμπεριφοράς του άλλου (Gelso & Carter, 1985, 1994, στο Hawkins & Nestoros, 1997).

Στη Συνθετική, ο θεραπευτής δεν ενθαρρύνει τη «μεταβιβαστική νεύρωση», αλλά προσπαθεί να αυξήσει ο θεραπευόμενος τον έλεγχο της πραγματικότητας. Κατά την αντιμεταβίβαση, ο θεραπευτής απαιτείται να έχει συνείδηση των σκέψεων και των συναισθημάτων του κατά τη διάρκεια της θεραπείας ώστε να προσφέρει στο θεραπευόμενο «διορθωτική συναισθηματική εμπειρία» (Alexander, 1963, Alexander & French, 1946 στο Hawkins & Nestoros, 1997) δηλαδή την έκθεση του ατόμου, μέσω της σχέσης με το θεραπευτή, σε ένα είδος εμπειρίας των σχέσεων .

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

Η μείωση του άγχους του θεραπευόμενου επιτυγχάνεται με τεχνικές και δεξιότητες του θεραπευτή όπως είναι: α) η καθοδήγηση, β) η ανατροφοδότηση, γ) η ενθάρρυνση και δ) ο ήρεμος τόνος της φωνής. Καλά αποτελέσματα, σε ψυχωσικούς κυρίως πελάτες, επιτυγχάνονται όταν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται εναλλακτικά με άλλες μορφές παρέμβασης. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π.Ασημάκης, 1999).

5. Σημασία στις παρελθούσες εμπειρίες.

Δίνεται σημασία στις παρελθούσες εμπειρίες και κυρίως στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και στις σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του ατόμου και στην υιοθέτηση από αυτό φυσιολογικών ή παθολογικών προτύπων. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π.Ασημάκης, 1999).

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

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996) υποστηρίζει πως επειδή όλη η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης είναι φυσικό οι εκούσιες κινήσεις και αντιδράσεις γενικά να αυτοματοποιούνται όταν το άτομο αποφασίσει ότι τις έμαθε αρκετά καλά.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θεωρείται φυσικό ότι ένα άτομο δε θα μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του απότομα από τη μια μέρα στην άλλη εφόσον όσο πιο απειλημένο νοιώθει το άτομο τόσο θα τείνει να προτιμά το οικείο, έστω και δυσάρεστο παρελθόν από το άγνωστο, έστω και λογικά πιθανολογούμενο σαν πιο ευχάριστο μέλλον. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης, 1999).

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

Ο Karasu (1986) θεωρεί τους ακόλουθους παράγοντες ως επιτυχείς για την αλλαγή του θεραπευόμενου: α) την συναισθηματική εμπειρία,η οποία είναι φανερά εμφανής στις βιωσωματικές (Greenberg et.al., 1994 στο Hawkins & Nestoros, 1997) και οι ψυχοδυναμικές θεραπείες (Henry et.al. 1994 στο Hawkins & Nestoros, 1997), β) την κυριαρχία της σκέψης, η οποία εστιάζεται στην γνωστική ψυχοθεραπεία (Hollon & Beck, 1994,στο Hawkins & Nestoros, 1997), και γ) τη ρύθμιση της συμπεριφοράς στην οποία εστιάζονται οι συμπεριφοριστικές θεραπείες, οι οποίες χρησιμοποιούν πρωταρχικά τη δράση (Emmelkamp, 1994).

8. Αλλαγή του γνωστικού πλαισίου και παροχή στο θεραπευόμενο αισιόδοξης λογικής εξήγησης/επιχειρηματολογίας.

Η γνωστική αναπλαισίωση θεωρείται αναγκαία για την επίτευξη ενός πιο αισιόδοξου τρόπου σκέψης του θεραπευόμενου και πιο ενεργού συμμετοχής στη θεραπεία.(Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης, 1999).

9. Τελικός στόχος της Ψυχοθεραπείας είναι η απόκτηση θετικής διάθεσης και νοητικής ισορροπίας.

Ο Επίκουρος, θεωρεί ότι η θετική διάθεση είναι αποτέλεσμα μείωσης του φόβου και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, θέση την οποία υποστηρίζει ακράδαντα και η Συνθετική Ψυχοθεραπεία και την θεωρεί ως παράγοντα καθοριστικό για τη διαμόρφωση του φόβου στις ψυχικές διαταραχές.Συνέπεια της μείωσης των επιπέδων άγχους είναι η απελευθέρωση σημαντικών γνωστικών λειτουργιών (συγκέντρωση, μνήμη, αντίληψη κ.λ.π.) (Hawkins & Nestoros, 1997, Nestoros, 1997a, Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996,Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης,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.

Στόχος της Ψυχοθεραπείας είναι να σταματήσει ο θεραπευόμενος να αποδίδει τις αλλαγές που του συμβαίνουν στο θεραπευτή του και να αρχίσει να τις αποδίδει σε εσωτερικές αιτίες πράγμα το οποίο θα βοηθήσει στην αύξηση του βαθμού αυτοεπίτευξης, δηλαδή στο να πιστέψει το άτομο στις ικανότητες του και στο γεγονός ότι μπορεί να επιτύχει συγκεκριμένα έργα. Έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμα και άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα έχουν κάποια επίγνωση της ασθένειας τους (Amador et.al., 1994 στο Hawkins & Nestoros, 1997), η οποία μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά με τη θεραπεία (Michalakeas et.al, 1994στο Hawkins & Nestoros, 1997) γι` αυτό το λόγο πρέπει να ενθαρρύνονται από το θεραπευτή να λαμβάνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους (Atwood 1990, Νέστορος, 1993), με στόχο την αύξηση του βαθμού της αυτοεπίτευξης.

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

Οι κοινωνικές παράμετροι, όπως η «ετικετοποίηση» θεωρούνται καθοριστικής σημασίας για την ψυχική ασθένεια. Σήμερα, ορισμένοι παράγοντες, όπως η θεραπεία περιβάλλοντος και οι θεραπευτικές ικανότητες, (Frank & Frank, 1991,στο Hawkins & Nestoros, 1997) καθώς και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες της σχιζοφρένειας, (Aaltonen & Rakkolainen, 1993, Alanen et.Al.1994,στο Hawkins & Nestoros, 1997) δείχνουν ότι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλο και περισσότερο, με σκοπό την

αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π.Ασημάκης, 1999).

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

Για ένα καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, απαιτείται συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας.(Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π. Ασημάκης, 1999).

13. Η Ψυχοθεραπεία είναι μία περίπλοκη διαδικασία, που απαιτεί συγκεκριμένες συνθήκες και προσεκτικό σχεδιασμό του θεραπευτικού πλαισίου ώστε να είναι επιτυχής.

Η Ψυχοθεραπευτική συνεδρία αντιμετωπίζεται σαν ένα νευροφυσιολογικό πείραμα, το οποίο απαιτεί κατάλληλη προετοιμασία, καλό σχεδιασμό και εκτέλεση για την επίτευξη επιτυχούς αποτελέσματος. Ο θεραπευτής για καλύτερα αποτελέσματα οφείλει να ενημερώνεται για τις νέες εξελίξεις στο ερευνητικό πεδίο και να μην μένει μόνο στις γνώσεις που είχε όταν ήταν ακόμη στο Πανεπιστήμιο. (Beutler et.al., 1995, Dryden, 1996, Tally et. Al., 1994 στο Hawkins & Nestoros).

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.

Σε χρόνιες διαταραχές, που χαρακτηρίζονται από μεγάλες βελτιώσεις και υποτροπές, όπως στη Σχιζοφρένεια, απαιτείται η επιμονή του θεραπευτή για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου. (Hawkins & Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, στο Π.Ασημάκης, 1999).

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ (μύθος ή πραγματικότητα;)

Η τρέλα και η σχιζοφρένεια από πολύ παλιά θεωρείτο κάτι το επικίνδυνο και το αποκρουστικό. Οι άνθρωποι οι οποίοι θεωρούνταν ως φυσιολογικοί δεν ήθελαν κοντά τους τρελούς σχιζοφρενείς και φοβούνταν να συνυπάρξουν μαζί τους. Σε μία προσπάθεια τους δε να τους εξαλείψουν όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Φουκώ στο βιβλίο του "η τρέλα στο Μεσαίωνα", τους έβαζαν μέσα σε ένα καράβι για να διασχίσουν τη θάλασσα και τους έριχναν μέσα στη θάλασσα για να πνιγούν με σκοπό να σωθεί η ανθρωπότητα από τους "ψυχικά λεπρούς" όπως τους θεωρούσαν. Βέβαια οι προσπάθειες απέβαιναν πολλές φορές άκαρπες και η ανθρωπότητα συνέχιζε να υποφέρει από τους "τρελούς" όπως συνήθιζαν να τους αποκαλούν. Κατά την Ιερά εξέταση τους έκαιαν στην πυρά θεωρώντας τους ως σατανιστές και μάγους.

Στη Σπάρτη, τους έριχναν κάτω από ένα βράχο με σκοπό και πάλι την θανάτωση τους και την εξάλειψη του είδους αυτού που απειλούσε την σωματική τους ακεραιότητα και είχαν αμαυρώσει την ένδοξη φήμη της Σπάρτης.

Σήμερα, συνεχίζουμε να χρησιμοποιούμε τον όρο σχιζοφρένεια για άτομα που «δεν είναι καλά στα μυαλά τους» όπως λεει ο απλός κόσμος, σκοτώνουν και ο κόσμος τους φοβάται και τους κλείνει σε ψυχιατρεία ή οι μητέρες ντρέπονται να παρουσιάσουν τα παιδιά τους στην κοινωνία δημιουργώντας τους έτσι μεγαλύτερο πρόβλημα. Χαρακτηριστική, είναι η περίπτωση της μητέρας που είχε κλείσει την κόρη της πριν από πολλά χρόνια έξω απ` την Αθήνα σε μία σπηλιά και την άφησε μέχρι να φύγουν από μέσα της τα «κακά πνεύματα», όπως αποκαλούσε η ίδια η μητέρα τα παραληρήματα και τις εμμονές του παιδιού της. Το κορίτσι βρέθηκε τυχαία, ένα ανθρωπόμορφο τέρας πλέον ως γυναίκα, με νύχια μέχρι τα γόνατα, μαλλιά που σκούπιζαν όλη τη σπηλιά και τρεφόταν με νυχτερίδες και ότι είδους άλλο τρωκτικό μπορούσε να υπάρξει μέσα στη σπηλιά.

Χαρακτηριστικό επίσης είναι το παράδειγμα της μητέρας που είχε εσώκλειστα τα ενήλικα μορφωμένα παιδιά της στο σπίτι γιατί όπως έλεγε η ίδια αν έβγαιναν προς τα έξω, έστω και στην αυλή θα τους έκαναν κακό οι γείτονες. Τα δύο ακραία για πολλούς περιστατικά δείχνουν ότι η άγνοια και η ημιμάθεια φέρνει τα αντίθετα αποτελέσματα από τα προσδοκούμενα, δηλαδή με σκοπό να βοηθηθείς, ή να βοηθήσεις το διαταραγμένο άτομο γίνεσαι ο ίδιος θύτης και θύμα μιας αλλοπρόσαλλής κατάστασης η οποία αντί να βοηθήσει χειροτερεύει τα υπάρχοντα συμπτώματα.

Τελικά τι είναι σχιζοφρένεια που όλοι την αναφέρουν και όλοι προσπαθούν να αποφύγουν; Η Σχιζοφρένεια είναι μία ψυχική διαταραχή η οποία δεν είναι ακόμα γνωστό από το τι προκαλείται γι` αυτό δεν είναι και εύκολη η θεραπεία της γι` αυτό και πολλοί επιστήμονες κρατούν την απαισιόδοξη στάση ότι η Σχιζοφρένεια δεν θεραπεύεται αλλά μπορούμε να προκαλέσουμε μέσα από την συστηματική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής τη μείωση αλλά όχι την καταστολή των συμπτωμάτων. Χαρακτηρίζεται και διαχωρίζεται σε πολλά στάδια, δηλαδή ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης το άτομο χαρακτηρίζεται ως Σχιζοφρενής Παρανοϊκού τύπου, ως Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή ή σχιζοδιατυπική κ.λ.π.

Ο Emil Kraepelin (1856-1929), ένας Γερμανός ψυχίατρος ο οποίος συνέβαλε σημαντικά στην κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών μέσα από μία ποικιλία ιστιοπαθολογικών μελετών, μίλησε για τη Σχιζοφρένεια κατονομάζοντας την ως πρώιμη άνοια (dementia praecox) η οποία είχε ως κύριο χαρακτηριστικό της την πορεία επιδείνωσης και υπέθεσε ότι πιθανή αιτία, η οποία προκαλούσε αυτή την άνοια ήταν η εγκεφαλική εκφύλιση. (Barondes, 1997, Delisi & Henn, 1987, Fann, 1978, Firth,1992)

Ο Eugen Bleuler, ένας Ελβετός ψυχίατρος πρωτοχρησιμοποίησε τον όρο σχιζοφρένεια σε ένα από τα συγγράμματα του το 1911 και σε αντίθεση με τον Kraepelin, θεωρούσε τους ασθενείς σαν διχασμένες προσωπικότητες, όρος ο οποίος πηγάζει από την ίδια την ετυμολογία της λέξης (σχίζω τας φρένας = διχάζω το νου). Θεωρούσε λοιπόν πώς οι ασθενείς αυτοί λόγω μιας παροδικής φυσιολογικής διαταραχής του εγκεφάλου τους σε ορισμένες στιγμές συμπεριφέρονται φυσιολογικά ενώ σε κάποιες άλλες όχι, ήταν ο πρώτος ο οποίος μίλησε πιο συγκεκριμένα για τα αρχικά συμπτώματα αυτής της ασθένειας, τα οποία αναφέρονται στην Αγγλική βιβλιογραφία ως τα διάσημα "τέσσερα Α": α) associative, b) affective, γ)autism, δ)ambivalence.(Barondes, 1997,Delisi & Henn, 1987, Fann,1978, Firth, 1992, Kennedy, 1983)

Η Σχιζοφρένεια προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες όπως τη σκέψη του ατόμου, την αντίληψη του, τον συναισθηματικό του κόσμο, την αίσθηση του ατόμου για τον εαυτό του, τη βούληση του ατόμου, τη διαπροσωπική λειτουργικότητα του και τη σχέση του με τον εξωτερικό κόσμο, τη ψυχοκινητικότητα του κ.λ.π. (Fann, 1978, Firth, 1992)

Όσον αφορά τη ***σκέψη,*** οι διαταραχές οι οποίες παρουσιάζονται αφορούν το περιεχόμενο της σκέψης και εμφανίζονται μέσα από τις εκάστοτε παραληρητικές ιδέες

όπως οι παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής των σκέψεων, οι παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης κ.λ.π. Πιο συχνά εμφανίζονται οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης ενώ λιγότερο συχνά εμφανίζονται οι παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, οι μηδενιστικές και οι σωματικές.(Fann, 1978, Firth, 1992 Weiner, 1997)

Οι παραληρητικές ιδέες αποτελούν μία προσπάθεια του ατόμου να μειώσει το άγχος του αλλά ουσιαστικά έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα εφόσον το άτομο αντί να χαλαρώνει μέσα από την δημιουργία αυτών των παραληρητικών ιδεών, το άγχος του αυξάνεται.(Fann, 1978, Firth, 1992, Weiner, 1997, Zgantzouri & Nestoros, 1998)

Παρατηρείται επίσης μία διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης (μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης), η οποία εκδηλώνεται μέσα από την χάλαση των συνειρμών και είναι δυνατόν να οδηγήσει μέχρι την ασυναρτησία και τη γλωσσική σαλάτα. (Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Ο λόγος των Σχιζοφρενών ασθενών είναι φτωχός, η σκέψη τους είναι άκαμπτη, επικοινωνούν με ένα δικό τους μοναδικό τρόπο δημιουργώντας ***νεολογισμούς*** δηλ. Νέες ανύπαρκτες ουσιαστικά λέξεις παρμένες από τις κανονικές λέξεις αλλά κάπως τροποποιημένες που τις περισσότερες φορές δεν σημαίνουν τίποτα. Έχουν εμμονές, παρουσιάζουν ηχητικούς συνειρμούς, ανακοπή (ξαφνική παρεμπόδιση ή διακοπή στην αυθόρμητη ροή της σκέψης την οποία ο ασθενής εκλαμβάνει ως απουσία ή αποστέρηση της σκέψης) , ηχολαλία (επανάληψη σαν ηχώ των όσων λεει ο άλλος) κ.λ.π.(Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997)

Στο επίπεδο της ***αντίληψης*** χαρακτηριστικές διαταραχές είναι οι ψευδαισθήσεις περισσότερο οι ακουστικές, μετά οι οπτικές και σπάνια έως και καθόλου οι οσφρητικές, σωματικές, και γευστικές. Αναφέροντας τον όρο ακουστικές ψευδαισθήσεις εννοούμε τους διάφορους ήχους, φωνές τις οποίες ακούει ο ασθενείς και οι οποίες είτε προέρχονται από το εσωτερικό του κεφαλιού του είτε από το εξωτερικό. Πολλές φορές κάνουν διάλογο μεταξύ τους ή και με τον ίδιο τον ασθενή μιλώντας του σε πρώτο ή και δεύτερο και τρίτο πρόσωπο και προσπαθούν κατά τα λεγόμενα του ιδίου του ασθενή να τον παρακινήσουν και να τον ωθήσουν προς ένα φόνο, μία αυτοκτονία, ή άλλοτε τον χλευάζουν και άλλοτε τον επευφημούν.(Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Όσον αφορά τώρα τον ***συναισθηματικό κόσμο*** του Σχιζοφρενούς ασθενούς κυρίαρχο συναίσθημα σε αυτή την περίπτωση είναι το λεγόμενο «απρόσφορο»

συναίσθημα δηλαδή ο ασθενής γελά στην αναφορά του θανάτου ενός συγγενικού του προσώπου και κλαιει αναφερόμενος σε ένα ευχάριστο γεγονός, αυτό διακρίνεται και μέσα από το ανέκφραστο και ακίνητο πρόσωπο του ασθενή το οποίο συχνά αναφέρεται και ως μάσκα.(Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Ο Σχιζοφρενής ασθενής στην ουσία δεν αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, διακατέχεται από μία απώλεια ορίων του εγώ και φανερώνει μία σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κ.λ.π.(Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Το άτομο το οποίο πάσχει από σχιζοφρένεια ***δεν είναι αυτόνομο*** και δεν παίρνει πρωτοβουλίες από μόνο του, δεν έχει μάθει να θέτει στόχους και δεν έχει στόχους με αποτέλεσμα να μην διαθέτει το απαιτούμενο ενδιαφέρον ή να νοιώθει ανίκανος να ακολουθήσει μία πορεία ενεργειών με σκοπό να καταλήξει σε ένα λογικό συμπέρασμα και βιώνει επίσης μία αμφιβουλησία (αμφιθυμία) η οποία τον παρεμποδίζει ως προς το να επιλέξει ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης και είναι δυνατόν να οδηγήσει και μέχρι τη διακοπή μιας δραστηριότητας.(Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Ο Σχιζοφρενής ασθενής δεν αντέχει να είναι μέσα σε κόσμο και σπάνια βγαίνει έξω με σκοπό να πάει σε κάποια εκδήλωση ή να επισκεφθεί ένα φιλικό σπίτι. Όταν μερικές φορές βρίσκεται μέσα σε κόσμο είναι εμφανές το γεγονός ότι νοιώθει άβολα και κάθεται μακριά από τους υπόλοιπους παρευρισκομένους με αποτέλεσμα να ασχολείται με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασιώσεις (αυτισμός). Είναι επίσης εμφανής η συχνή χρήση του τσιγάρου και του καφέ από άτομα τα οποία πάσχουν από Σχιζοφρένεια λόγω υψηλού άγχους.(Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Το άτομο το οποίο πάσχει από Σχιζοφρένεια ανάλογα με τη φάση στην οποία βρίσκεται και ειδικότερα όταν είναι βαριά χρόνιος ασθενής ή βρίσκεται σε έντονα οξεία φάση χαρακτηρίζεται από ***διαταραχές ψυχοκινητικότητας***, δηλαδή αντιστέκεται στις εντολές ή τις προσπάθειες τις οποίες καταβάλλει και αφορούν την μετακίνηση του, είτε διακατέχεται από ένα κατατονικό αρνητισμό, ένα κατατονικό stupor, μία κατατονική διέγερση ή ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων.(Fann, 1972, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Τα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας έχουν καταχωρηθεί και ταξινομηθεί σε θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Οι πρώτοι οι οποίοι είχαν χρησιμοποιήσει αυτούς τους δύο όρους ήταν οι Άγγλοι φυσικοί κατά το δέκατο αιώνα Reynolds and Jackson (Berrios, 1985) χρησιμοποιώντας την επιληψία αρχικά ως μοντέλο ο Jackson έκανε την υπόθεση ότι τα ανθηρά συμπτώματα της «τρέλας» όπως είναι οι παραισθήσεις και οι

ψευδαισθήσεις οφείλονταν σε φυσιολογικές διαδικασίες του εγκεφάλου οι οποίες παρεμποδίζονταν λόγω της προσβολής ενός ανώτερου επιπέδου εγκεφαλικής λειτουργίας και ότι τα αρνητικά συμπτώματα ήταν το αποτέλεσμα μίας ανώτερης φλοιώδους περιοχής. Μερικά χρόνια αργότερα μίλησε για την διαφοροποίηση αυτή και ο Reynolds αλλά δεν αναφέρθηκε καθόλου σε μία ιεραρχική ή λειτουργική σχέση, (Firth, 1992, Kay, 1991, Weiner, 1997).

Κατά τη δεκαετία του 1950 και του 1960 υπήρχε ένα αυξημένο ενδιαφέρον διαφόρων ερευνητών όσον αφορά τα αρνητικά συμπτώματα, το οποίο οφειλόταν σε ποικίλους λόγους. (Firth, 1992, Kay, 1991, Weiner, 1997)

Ο Schneider (1959) υποστήριξε ότι τα θετικά συμπτώματα ήταν συγκεκριμένα και παθογονικά. Το 1974 οι Strauss and Carpenter and Andreasen (1979 a-c) έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον όσον αφορά τα αρνητικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας όπως τη διαταραχή του εύρους και της έντασης του συναισθήματος (συναισθηματική επιπέδωση ή αμβλύτητα), αλογία, αβουλία- έλλειψη κινητοποίησης. (Firth, 1992, Kay, 1991, Weiner, 1997).

Ο Crow (1980) είχε παραθέσει μία νέα τυπολογία για τη Σχιζοφρένεια βασισμένη πάνω στη διχοτόμηση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων (Crow, 1980; Crow et.al., 1981). Τα θετικά συμπτώματα ήταν οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις κατά τον Crow. Υποστήριξε ότι το υπόβαθρο αυτής της διαταραχής οφειλόταν σε μία βιοχημική αστάθεια όπως την υπερβολική συσσώρευση των διαβιβαστών D2 της ντοπαμίνης. Στην περίπτωση των αρνητικών τώρα συμπτωμάτων όπως του απρόσφορου συναισθήματος και του φτωχού λόγου πίστευε ότι αυτά οφείλονταν στην εκδήλωση μιας ανατομικής ανωμαλίας μέσω της κοιλιακής χώρας και της ατροφίας του φλοιού όπως έδειξε και η αξονική τομογραφία (CAT) στις διάφορες μελέτες.(Firth, 1992, Kay, 1991, Weiner, 1997).

Καταχώρηση των συμπτωμάτων έγινε επίσης και στα εγχειρίδια ICD-8 και ICD-9 η οποία απέβηκε όμως άκαρπη και γι`αυτό το λόγο οι νέες καταχωρήσεις των συμπτωμάτων είχαν στηριχθεί πάνω στο συνδυασμό των ιδεών των Kraepelin, Bleuler και Schneider από τους Feighner et al. (1972) (RDC; Spitzer et. Al., 1977) και στο DSM III (APA, 1980) καθώς και στο DSM III R (APA, 1987), όπως και στο DSM IV.

<u>Η καταχώρηση των συμπτωμάτων κατά το DSM IV έχει ως εξής:</u>

Α. «Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, το καθένα παρόν για σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια μίας περιόδου 1 μηνός (ή λιγότερο εάν 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.» (Μάνος, 1997, σελ.133)

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 φθάσει στο αναμενόμενο επίπεδο διαπροσωπικής, σχολικής, ή επαγγελματικής επιτυχίας.) »(Μάνος, 1997, σελ.133).

Γ. «Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής είναι παρόντα τουλάχιστον για 6 μήνες. Η περίοδος αυτή των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον για 1 μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία) συμπτώματα τα οποία πληρούν το Κριτήριο Α (δηλ. Συμπτώματα ενεργούς φάσης) και είναι δυνατόν να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτών των πρόδρομων ή υπολειμματικών περιόδων τα σημεία της διαταραχής είναι δυνατόν να εκδηλώνονται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή δύο ή και περισσότερα συμπτώματα από αυτά που αναφέρονται στο Κριτήριο Α και τα οποία μπορεί να είναι παρόντα με

εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες.)» (Μάνος, 1997, σελ.133).

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 Μανιακό, ή Μεικτό Επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα της ενεργούς φάσης είτε (2) Αν έχουν συμβεί επεισόδια διαταραχής της διάθεσης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων της ενεργούς φάσης, η συνολική τους διάρκεια ήταν βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια των ενεργών και υπολειμματικών περιόδων.» (Μάνος, 1997, σελ.133)

Ε. «Αποκλεισμός ουσίας/γενικής ιατρικής κατάστασης: Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.» (Μάνος, 1997, σελ.133).

ΣΤ. «Σχέση με Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης: Αν υπάρχει ιστορικό Αυτιστικής Διαταραχής ή άλλης Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης, ή επιπρόσθετη διάγνωση της Σχιζοφρένειας μπαίνει μόνον όταν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για ένα τουλάχιστον μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύτηκαν με επιτυχία).» (Μάνος, 1997, σελ.133).

Θεωρίες για την αιτιολογία και την Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας.

Η ακριβής αιτιολογία της Σχιζοφρένειας δεν έχει οριστεί και γι' αυτό το λόγο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως ο "Καρκίνος της Ψυχής " και συνεπώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν είναι ακριβής.

Μία πιθανή αιτιολογία για τη Σχιζοφρένεια στηρίζεται στο γενετικό υπόβαθρο του ασθενούς. Η πρώτη μελέτη για την dementia praecox (πρώιμη άνοια) όπως ονόμαζαν τη Σχιζοφρένεια διεξήχθη από τον Rudin, το 1916 ο οποίος και βρήκε ότι η

παρουσία και η εξέλιξη της Σχιζοφρένειας ήταν εμφανή στα πρωτότοκα παιδιά παρά στο γενικό πληθυσμό. (Fann, 1972, Firth, 1992)

Καθοριστική μελέτη για τη πιθανή αιτιολογία της Σχιζοφρένειας η οποία είναι αυτή του γενετικού υπόβαθρου είναι μία μεγάλη μελέτη η οποία διεξήχθη από τον Kallman to 1938 σε 1000 άτομα με Σχιζοφρενικά συμπτώματα και έδειξε ότι τόσο τα παιδιά των ιδίων των ασθενών όσο και τα παιδιά τους είχαν μεγάλο ποσοστό για να αυξήσουν το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής. (Firth, 1992)

Πάμπολλες μελέτες οι οποίες ασχολήθηκαν με το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής σε μονοζυγωτικά και διζυγωτικά δίδυμα (Fischer,1971; Tienari, 1971; Kringlen, 1976; Gotteshman & Shields, 1972, Pollin et.al.,1969 κ.λ.π.) έδειξαν ότι μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της ασθένειας σε μονοζυγωτικούς διδύμους (46%) απ` ότι στους διζυγώτες (14%). (Firth, 1992).

Μελέτες για την εμφάνιση της Σχιζοφρένειας διεξήχθησαν επίσης και πάνω σε υιοθετημένα παιδιά με χαρακτηριστική τη μελέτη του Rosenthal (1971) με άτομα από την Δανία,όπου και παρατηρήθηκαν παιδιά τα οποία δόθηκαν για υιοθεσία πριν από την εκδήλωση από τους γονείς τους Σχιζοφρενικών συμπτωμάτων και ήταν πατέρες. Αυτό, είχε ως συνέπεια να αναπτυχθούν άμυνες του οργανισμού απέναντι στην ασθένεια ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι δεν είχαν έρθει και σε μεγάλη επαφή με τους Σχιζοφρενείς γονείς τους, ή τη Σχιζοφρενογόνο μητέρα. (Firth, 1992)

Ο Rosenthal (1971) υποστήριξε επίσης ότι η ασθένεια προκαλείται από μία ποικίλη αιτιολογία, ειδικότερα στη Σχιζοφρένεια Παρανοϊκού τύπου, στη Σχιζοδιατυπική διαταραχή και στη λεγόμενη "οριακή Σχιζοφρένεια" και τις κατονόμασε ως SSD, Φάσμα της Σχιζοφρενικής Διαταραχής με σκοπό να περιγράψει το γεγονός ότι η Σχιζοφρένεια δεν αποτελεί μία ασθένεια αλλά μία ομάδα νόσων. Στην αρχική του αναφορά βρήκε ότι τρία από τα παιδιά των Σχιζοφρενών ασθενών ανέπτυξαν την ασθένεια σε σχέση με κανένα από τα 47 παιδιά που βρίσκονταν αντιστοίχως στην ομάδα ελέγχου.(Firth, 1992).

Σε μία εκτενέστερη του αναφορά ο Rosenthal (1971) βρήκε ότι 13 (18.8%) από τα 69 υιοθετημένα παιδιά των Σχιζοφρενών ασθενών είχαν εκδηλώσει την ασθένεια σε σύγκριση με τα οκτώ (10.1%) των 79 ατόμων τα οποία ανήκαν στην ομάδα ελέγχου. (Firth, 1992)

Γενικό συμπέρασμα από τις μελέτες, τις οποίες διεξήχθησαν πάνω στα υιοθετημένα παιδιά βρέθηκε ότι οι Βιολογικοί συγγενείς των υιοθετημένων παιδιών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν την ασθένεια απ`ότι οι Βιολογικοί συγγενείς υγιών υιοθετημένων ατόμων. (Firth, 1992).

Όσον αφορά τώρα την αναζήτηση γονιδίων τα οποία θεωρούνται ως ελλιπή κ.λ.π. και μπορούν να θεωρηθούν ως αίτιο για την ανάπτυξη της ασθένειας, αυτά εμφανίζονται ως λίγα γονίδια και το κάθε ένα από αυτά έχει μόνο μία μέτρια επίδραση ή με τη μορφή πολλών γονιδίων και των οποίων η επίδραση είναι σχεδόν μηδαμινή. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή τη θέση, η Σχιζοφρένεια πιθανώς να έχει μοριακή βάση. (Firth, 1992)

Το περιβάλλον είναι ένας ακόμη παράγοντας ο οποίος είναι πιθανόν να εμπλέκεται στην πρόκληση της διαταραχής γιατί πιθανολογείται ότι άτομα τα οποία έχουν γεννηθεί κατά τους Χειμερινούς μήνες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης και εκδήλωσης της νόσου και γιατί υποστηρίζεται ότι άτομα τα οποία ζουν σε οικογένειες όπου εκφράζουν τα συναισθήματα τους σε ένα πολύ έντονο τόνο υποτροπιάζουν πιο εύκολα απ`ότι σε οικογένειες όπου συμβαίνει το αντίθετο πράγμα. (Μάνος, 1997, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Με παρόμοιο τρόπο, ένα κτύπημα στο κεφάλι μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ζημιά και εμφάνιση κατά συνέπεια της διαταραχής όπου με τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας φαίνεται ότι ο εγκεφαλικός φλοιός είναι φανερά εκφυλισμένος και παρατηρείται διεύρυνση στις κοιλίες του εγκεφάλου.(Delisi & Henn, 1987, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Τέλος, η περισσότερο αποδεκτή πιθανή αιτιολογία για την εμφάνιση της νόσου είναι ίσως αυτή που υποστηρίζει ότι η Σχιζοφρένεια έχει νευροβιολογική βάση και περιλαμβάνει την λεγόμενη ντοπαμινεργική και Gabaεργική υπόθεση και το ζήτημα το οποίο αφορά την επίδραση της Σεροτονίνης (π.χ. υποδοχείς 5HT), η νορεπινεφρίνη, και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) και βρίσκονται υπό διερεύνηση κι`άλλοι υποδοχείς της ντοπαμίνης τους οποίους δεσμεύουν τα αντιψυχωτικά όπως οι D1,D2, D3, D4, D5. (Delisi & Henn, 1987, Μάνος, 1997, Firth, 1992, Weiner, 1997).

Η ντοπαμινεργική υπόθεση υποστηρίζει ότι η Σχιζοφρένεια μπορεί να οφείλεται στη συγκέντρωση υπερβολικής δραστηριότητας της ντοπαμίνης κάτι το οποίο δεν

στηρίχθηκε απόλυτα λόγω των πολλών προβλημάτων τα οποία εμπόδιζαν την στήριξη αυτής της υπόθεσης όπως :

- Το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα ντοπαμίνης στους εγκεφάλους των σχιζοφρενών ασθενών. (Delisi & Henn, 1987, Μάνος, 1997,Firth, 1992, Weiner, 1997).

- Δεν έχει βρεθεί αν ο μηχανισμός ο οποίος περιλαμβάνει το γεγονός της απόκλισης των υποδοχέων της ντοπαμίνης, ο οποίος και συμπίπτει με τα αντιψυχωτικά φάρμακα βελτιώνει τη ψύχωση. (Delisi & Henn, 1987, Μάνος, 1997,Firth, 1992, Weiner, 1997).

- Τα φάρμακα τα οποία χορηγούνται για την αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας και στηρίζονται στην υπόθεση της ντοπαμίνης δεν είναι καθαρά αντιψυχωτικά φάρμακα αλλά χρησιμοποιούνται και στην αντιμετώπιση της μανίας και της κατάθλιψης. (Delisi & Henn, 1987, Μάνος, 1997,Firth, 1992, Weiner, 1997).

- Σύμφωνα με πολλές μελέτες έχει βρεθεί αύξηση των D2 υποδοχέων (δηλ. Των υποδοχέων ντοπαμίνης που κυρίως δεσμεύουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα) δεν έχει ξεκαθαριστεί εάν αυτό αντανακλά μία υποκειμενική διαταραχή ή είναι δευτερογενές αποτέλεσμα της νευροληπτικής θεραπείας. (Delisi & Henn, 1987, Μάνος, 1997,Firth, 1992, Weiner, 1997).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως έχω προαναφέρει, η αιτιολογία της Σχιζοφρένειας δεν είναι ακόμη γνωστή και συνεπώς η θεραπεία στηρίζεται σε υποθέσεις παρά σε μία μορφή θεραπευτικής αγωγής, ευρέως διαδεδομένη γι`αυτό το λόγο είναι αναγκαία η φαρμακευτική αγωγή και ειδικότερα η χρήση νευροληπτικών φαρμάκων αλλά επειδή η εργασία μας στηρίζεται περισσότερο σε Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις εκεί και θα εστιαστούμε.

Οι Σχιζοφρενείς ασθενείς και κυρίως οι Σχιζοφρενείς Παρανοϊκού τύπου είναι άτομα με υψηλό βαθμό άγχους και πολύ ευφυείς και γι` αυτό είναι κάπως άστοχο να

προσπαθήσουμε να μπούμε στο παραλήρημα τους, είναι πολύ εύκολο να μας ξεγελάσουν, επίσης , εμπιστεύονται πολύ δύσκολα άτομα ξένα και γι` αυτό πρέπει να καταβάλουμε μεγάλη προσπάθεια για να κερδίσουμε ως θεραπευτές την εμπιστοσύνη τους και να αναπτυχθεί με επιτυχία η θεραπευτική σχέση και κατά συνέπεια η θεραπευτική συμμαχία. Τέλος, έχει βρεθεί από έρευνες ότι εμπιστεύονται πιο εύκολα θεραπευτές μικρής ηλικίας παρά άτομα μεγάλης ηλικίας λόγω των μεταβιβαστικών συναισθημάτων τα οποία επεμβαίνουν στη θεραπευτική σχέση. (Burrows, 1986,Kennedy, 1983, Haley, 1990).

Ας αρχίσουμε με τις θέσεις της Ψυχανάλυσης για τη Σχιζοφρένεια και μετέπειτα να δούμε τις θεραπευτικές της νύξεις όσον αφορά την αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής μιας και είναι η πρώτη θεωρία και ο Freud θεωρείται για πολλούς ο πατέρας της Ψυχολογίας.(Freud, 1911).

Ο ίδιος ο Freud (Freud, 1911) η μόνη περίπτωση που αναφέρει ως Σχιζοφρένεια είναι αυτή των ψυχαναλυτικών παρατηρήσεων πάνω στην αυτοβιογραφική περίπτωση του προέδρου Σρέμπερ, όπου και αναφέρεται ο όρος ***dementia paranoids*** μιας και πρόκειται για ένα είδος Σχιζοφρένειας Παρανοϊκού τύπου και λεει πως η ψυχαναλυτική έρευνα της παράνοιας θα ήταν αδύνατη εάν οι ίδιοι οι ασθενείς δεν έλεγαν τι ακριβώς τους απασχολεί εφόσον δεν είναι δυνατόν οι ίδιοι οι παρανοϊκοί να υπερπηδήσουν τις εσωτερικές τους αντιστάσεις και εκφράζουν μόνο αυτό που θέλουν οι ίδιοι να εκφράσουν και συμπληρώνει πώς μία αυτοενδοσκόπηση θα τους βοηθούσε.(Τριλίβα, 2000, στο McWilliams, Freud, 1911).

Κάνει τις παρατηρήσεις του πάνω στο κείμενο του Σρέμπερ ερμηνεύοντας τον παρανοϊκό τρόπο σκέψης ως φυσιολογικό, είναι άλλωστε γνωστό ότι η ψυχανάλυση προσπάθησε να ερμηνεύσει την φυσιολογική συμπεριφορά μελετώντας την παθολογική. (Freud, 1911).

Υποστηρίζει ότι η αιτία της ασθένειας (Σχιζοφρένειας Παρανοϊκού τύπου) αποτελεί μία ώθηση της ομοφυλοφιλικής λίμπιντο του ασθενούς (εδώ του Σρέμπερ) και ο αγώνας τον οποίο διεξήγαγε ο ίδιος ο ασθενής εναντίον αυτής της λιβινδινικής ωθήσεως παρήγαγαν την γενετήρια σύγκρουση αυτών των νοσηρών φαινομένων. (Freud, 1911).

Σημασία για την αιτιολογία της Σχιζοφρένειας σύμφωνα με τα λεχθέντα του Freud, 1911, παρατηρήσεις οι οποίες στηρίζονται πάντοτε πάνω στην αυτοβιογραφία του Daniel Paul Shreber, η οικογένεια και οι πρώιμες παιδικές εμπειρίες διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της ασθένειας γιατί ο πατέρας ήταν μία κυρίαρχη πατριαρχική μορφή που υποστήριζε και επέμενε να υιοθετήσει ο γιος του μια κοπιώδη σωματική αγωγή με απώτερο σκοπό τη σκληραγώγηση του (Niederland, 1959). Η άσκηση της κριτικής, η επιβολή ιδιόμορφων τιμωριών και η ύπαρξη ενός ενήλικα, ο οποίος δεν ευχαριστιέται με τίποτα και ταπεινώνει διαρκώς το παιδί είναι μία κλασσική περίπτωση του παρελθόντος ενός παρανοϊκού ατόμου. (Τριλίβα, 2000, στο McWilliams,Freud, 1911,).

Συγκεκριμένα, μιλώντας για τις ιδέες καταδίωξης (διωκτικό παραλήρημα) λεει πώς ο ίδιος ο διώκτης του ατόμου, ο φοβερός αυτός άνθρωπος δεν είναι κάποιος ξένος, αλλά ένα άλλοτε αγαπημένο και τιμώμενο πρόσωπο, που τώρα μέσα στο παραλήρημα το άτομο το μισεί και το φοβάται. Η συγκινησιακή σπουδαιότητα επανέρχεται σε αυτό το άτομο και προβάλλεται προς τα έξω με την μορφή ισχύος η οποία προέρχεται από το εξωτερικό με αποτέλεσμα η ποιότητα της συγκίνησης να μεταβάλλεται προς το αντίθετο. Το ίδιο το παραλήρημα έχει ως σκοπό να δικαιολογήσει την αλλαγή της στάσης του ίδιου του ασθενή απέναντι στο άλλοτε αγαπημένο του πρόσωπο.(Freud, 1911).

.Μέσω του μηχανισμού της ***εκλογίκευσης*** ο ίδιος ο ασθενής ο οποίος ήταν πρωταρχικά το θύμα ενός διώκτη και κατά συνέπεια έβλεπε τον εαυτό του εκτεθειμένο στις πιο επίφοβες δυνάμεις τώρα αισθάνεται την ανάγκη να εξηγήσει αυτή την καταδίωξη και με αυτό τον τρόπο φτάνει στο σημείο να νομίζει ότι ο ίδιος είναι ένα σημαντικό πρόσωπο, άξιο μιας τέτοιας καταδίωξης κι`έτσι αναπτύσσει τις λεγόμενες ***ιδέες μεγαλείου,*** οι οποίες ουσιαστικά έχουν τις ρίζες τους στην παιδική ηλικία και αντιμετωπίζονται μόνο όταν το άτομο συναντήσει ένα βίαιο έρωτα. (Freud, 1911).

Όσον αφορά τις ομοφυλοφιλικές τάσεις του ιδίου του Σρέμπερ και γενικά τις ομοφυλοφιλικές τάσεις, οι οποίες είναι εμφανείς σε πολλούς Σχιζοφρενείς ασθενείς και ειδικότερα σε ασθενείς παρανοϊκού τύπου υποστηρίζει ότι οφείλονται στον ναρκισσισμό τον οποίο έχει αναπτύξει ο ίδιος ο ασθενής κατά την παιδική του ηλικία όπου μέσα στον «εαυτό» τον οποίο το ίδιο το άτομο θεωρεί ως ερωτικό αντικείμενο, τα γεννητικά όργανα αποτελούν το πρωταρχικό θέλγητρο, πράγμα το οποίο οδηγεί στην

εκλογή ενός αντικειμένου προικισμένου με γεννητικά όργανα όμοια με του ατόμου, δηλαδή στην ομοφυλοφιλική εκλογή του αντικειμένου και ύστερα από εκεί στην ετεροσεξουαλικότητα. (Freud, 1911).

Τέλος, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις που ωθούν το άτομο σε διάφορες επιβλαβής κάθε φορά πράξεις στην ουσία δεν είναι τίποτε άλλο από μία αυτοκατηγορία. Μέσω του μηχανισμού της ***προβολής*** το άτομο επειδή θέλει να κάνει κακό στον εαυτό του και δεν νοιώθει άνετα με αυτό κατηγορεί τις υποτιθέμενες φωνές γι` αυτό το λόγο.Ο Freud (1911) αιτιολόγησε την παράνοια μέσω των επιτυχημένων ασυνείδητων λειτουργιών του αντιδραστικού μηχανισμού ("Δεν σ`αγαπώ. Σε μισώ") και της προβολής ("Δεν σε μισώ". "Εσύ με μισείς"). (Freud, 1911).

Η θεραπεία της Σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου κατά Freud, 1911, ο οποίος όπως έχω προαναφέρει είχε στηριχθεί στην αυτοβιογραφία του Σρέμπερ για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων επιτυγχάνεται όταν το άγχος του ευνουχισμού από τον πατέρα δεν είναι πλέον ντροπή, η μεγαλομανία και οι ιδέες καταδίωξης αλληλοικανοποιούνται και έτσι το εγώ αποζημιώνεται από την μεγαλομανία και η φαντασίωση της γυναικείας επιθυμίας φανερώνεται και γίνεται αποδεκτή κι` έτσι λύνονται οι εσωτερικές συγκρούσεις οι οποίες ήταν και η αιτία της διαμόρφωσης και της εκδήλωσης της διαταραχής. Ο Freud, ήθελε να μετονομάσει την παράνοια σε παραφρενία πράγμα το οποίο και δεν έκανε. (Freud, 1911).

Ο Adler (1870-1937) όπως υποστηρίζει ο Freud στην περίπτωση της ερωτικής φαντασίωσης του Σρέμπερ η αρσενική του πλευρά θα διαμαρτύρετο και έτσι θα συμμετείχε στη γένεση του συμπτώματος οπότε θα προσπαθούσε να θεραπεύσει τον ασθενή του με το να κινητοποιήσει μέσω συνειδητών μηχανισμών, την παρακαταθήκη δημιουργικής ενέργειας του ατόμου, ώστε να επιφέρει την αναδιοργάνωση του σχεδίου ζωής μέσω:

Α) της φάσης αποκατάστασης της επικοινωνίας του γιατρού με τον άρρωστο (επαφή ανθρώπου με άνθρωπο).

Β) της προσπάθειας κατανόησης του σχεδίου ζωής του ατόμου και συνεπώς θα προσπαθούσε να κατανοήσει την κυριαρχία του πατέρα πάνω στον Σρέμπερ και συνεπώς τις σωματικές και πνευματικές μειονεξίες του ίδιου του ασθενή.

Γ) θα προσπαθούσε να αποδυναμώσει το συναίσθημα κατωτερότητας το οποίο ένοιωθε ο ίδιος ο ασθενής με το να μην είναι αυτό που θα ήθελε να είναι δηλ.γυναίκα.

Δ) και τέλος, θα προσπαθούσε να αντικαταστήσει το παλιό σχέδιο ζωής με ένα νέο περισσότερο προσαρμοστικό για το άτομο σχέδιο ζωής , στην ουσία θα προσπαθούσε να «καλυτερεύσει» τη σχέση του ιδίου του Σρέμπερ και του κάθε Σχιζοφρενούς ασθενή με την πατριαρχική φιγούρα του πατέρα. (Freud, 1911).

Ο Harry Stack Sullivan, ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τη μελέτη της σχιζοφρένειας, στο σύγγραμμα του με τίτλο: ***«Conceptions of Modern Psychiatry»***, το οποίο και δημοσιεύτηκε το 1939. Μέσα από αυτό το σύγγραμμα, υποστήριξε ότι η ανάπτυξη του χαρακτήρα εξαρτάται κυρίως από την ανάπτυξη των σχέσεων, που αναπτύσσει το παιδί, με τους σημαντικούς άλλους κατά την παιδική του ηλικία. Όταν το παιδί, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του, δεν βιώνει την αποδοχή και την εκτίμηση των άλλων, δημιουργείται ένα εύθραυστο σύστημα εαυτού, το οποίο υπό συνθήκες στρες καταρρέει και παλινδρομεί σε προηγούμενες, παιδικές μορφές επικοινωνίας με τους γύρω του, για αυτό τον λόγο,σκοπός της ψυχοθεραπείας για το Sullivan ήταν να εκπαιδεύσει τους ασθενείς του σε μορφές ενήλικης επικοινωνίας και στην υιοθέτηση της συντακτικής διαδικασίας ανθρώπινης νόησης. (Brush, 1993. Nestoros, 1997a. Sullivan, 1953).

Η Fromm Reichmman, (1939/1943), πίστευε ότι η επιτυχία της ψυχοθεραπείας των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα, εξαρτάται από την στάση που υιοθετεί ο θεραπευτής απέναντι στο άτομο με ψυχωσικά συμπτώματα. Η θέση αυτή, έχει υιοθετηθεί και από τη Συνθετική Ψυχοθεραπεία (Νέστορος, 1993, 2000. Nestoros, 1997a, 2001), η οποία υποστηρίζει ότι τα θετικά αποτελέσματα εξαρτώνται σημαντικά από τη στάση του ίδιου του θεραπευτή απέναντι στη νόσο.

Σύμφωνα με τον John Rosen (1953), ο θεραπευτής προσπαθεί να εισχωρήσει στις νοητικές διεργασίες του ασθενή και να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά του, η οποία χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση σε παιδικά πρότυπα. Όταν ο ασθενής διαπιστώσει ότι ο θεραπευτής του κατανοεί τους ποιο έντονους και κρυφούς φόβους και επιθυμίες του, οδηγείται να πιστέψει ότι ο θεραπευτής του θα τον προστατεύσει από το να πληγωθεί.

Ο Eissler, πρότεινε την έναρξη της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, το συντομότερο δυνατόν,κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της νόσου, ο Federn, εφάρμοσε με επιτυχία τη μεταβίβαση. Περισσότερο σύγχρονες απόψεις, ψυχαναλυτικού τύπου, οι οποίες αφορούν την αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας, είναι αυτές των Arieti, Benedetti, Pao, Feinsilver,Boyer, Giovacchini, Karon & VandenBos, Bologna,

Oskarsson, Furlan, Munich, Sezler, Carsky, κ.λ.π. (βλ. Και Brusch, 1993. Nestoros, 1997a).

Ευρέως διαδεδομένη θεραπεία για την Σχιζοφρένεια είναι και η Θεραπεία συμπεριφοράς όπου μέσα από την εκμάθηση Κοινωνικών δεξιοτήτων βοηθούν τα άτομα αυτά να συνέλθουν από την έκπτωση των δεξιοτήτων που τους προκαλεί η ασθένεια και δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους ή να δουλέψουν. Μέσω της επιβράβευσης και της θετικής ενίσχυσης, οι ασθενείς μαθαίνουν να συνεχίζουν να ασχολούνται με κάτι που τους αρέσει στον επαγγελματικό τομέα εφόσον τώρα η απασχόληση τους αυτή επιβραβεύεται.(Kingdon & Turkington, 1997, Tarrier, 1992).

Η Γνωστική θεραπεία επίσης ασχολείται με τον έλεγχο και την μείωση των παραληρητικών ιδεών όπου οι φωνές μπορεί να αντικαταστήσουν δυσάρεστες ανησυχίες, οι συγκεκριμένες λεπτομέρειες των παραληρητικών ιδεών μπορεί να μην είναι αυθαίρετες και μπορεί ν` αρχίσουν να διαδραματίζουν ψυχολογική αίσθηση για τον ασθενή μόλις εκτιμηθούν στα συμφραζόμενα της ζωής του. (Kingdon & Turkington, 1997, Tarrier, 1992).

Επιπρόσθετα, συνιστάται ότι οι τεχνικές, οι οποίες ενθαρρύνουν αποκλειστικά το άτομο να καταστείλει τις παραισθήσεις συνδέονται με την κακή αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων (Romnce and Escher, 1993) και μπορεί να απορρέουν από χαμηλή αυτοπεποίθηση (Haddock, Bentall and Blade, 1996), αυτό είναι σύμφωνο με το γεγονός ότι η καταστολή των ενοχλητικών σκέψεων αυξάνει την εμφάνιση τους (Salkovski and Campbell, 1994). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι τεχνικές απόσπασης στην διαχείριση των ακουστικών ψευδαισθήσεων δεν γενικεύονται τόσο πολύ ή παράγουν εκτενή αποτελέσματα. (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Έχει σημειωθεί από πολλούς ερευνητές (Kingdon, Turkington and John 1994, Kvipers, Govety, and Fowler in press) ότι οι ψυχωσικοί ασθενείς βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, πράγμα το οποίο μπορεί να οφείλεται σε ποικιλία παραγόντων από το στίγμα των ψυχωσικών συμπτωμάτων, την ύπαρξη φτωχής επικοινωνίας, την επιμονή των ειδικών να ονομάζουν τις εμπειρίες των ασθενών ως “μη πραγματικές” και το φτωχό τους οικονομικό επίπεδο και την κοινωνική τους κατάσταση. (Land). (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Μερικοί μελετητές προτείνουν ότι οι θεραπείες μπορούν να κατευθύνονται όχι μόνο στην μείωση της συχνότητας ή το άγχος που αναστέλλουν τα συμπτώματα αλλά και προς την μειωμένη αυτοεκτίμηση, την οποία έχουν αναπτύξει οι ασθενείς. (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Η χρησιμοποίηση της επικεντρωμένης προσοχής πάνω στις παραισθήσεις φαίνεται να αυξάνει την αντίληψη του ελέγχου πάνω στην εμπειρία η οποία μπορεί να μειώνει το άγχος ή άλλες αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Η επικεντρωμένη προσοχή μαζί με τη χρήση των αυτοπαραινέσεων ήταν μία τεχνική η οποία περιγράφηκε από τον Ruther Bugle (1969). (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Ο Claister θεράπευσε τις μόνιμες παραισθήσεις ενός άνδρα ο οποίος ήταν χρόνια έγκλειστος μέσα στο ψυχιατρείο και ήταν 85 ετών. Η μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε για την θεραπεία των μόνιμων παραισθήσεων περιελάμβανε την απομαγνητοφώνηση του χρόνου διάρκειας της ακουστικής ψευδαίσθησης (δηλ.της φωνής), το περιεχόμενο και την απαιτητικότητα της φωνής, δηλαδή, αν η φωνή η οποία ακούγεται είναι ανδρική ή γυναικεία, αν ο ασθενής την άκουει σε πρώτο, δεύτερο, τρίτο πρόσωπο, αν βγαίνει από μέσα από το κεφάλι του ή από έξω από το κεφάλι του, πώς τον έβαζε να συμπεριφέρεται κ.λ.π. (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Η πιο πάνω έρευνα έδειξε μεγάλη μείωση στη συχνότητα των παραισθήσεων όσον αφορά επίσης τον φόβο, ο οποίος ακολουθούσε το άκουσμα της φωνής και σχετιζόταν με τις υποκειμενικές αναλογίες της απαίτησης της φωνής. Η προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε επίσης για να μειώσει της αναλογία του παραληρήματος. (Wolf 1971). (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Σε μια μελέτη τους οι Liberman, Wallace, Telgen, and Davis (1974) ενθαρρύνουν δύο ασθενείς να επικεντρώσουν την προσοχή τους στις απομαγνητοφωνήσεις των συνεδριών οι οποίες μιμούντο οι φωνές τους με αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης των φωνών. (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Οι Persowd and Morris σε μία πιλοτική τους μελέτη με 5 Σχιζοφρενείς ασθενείς, οι οποίο έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα το οποίο ζητούσαν από τους ασθενείς να κατευθύνουν την προσοχή τους στην φόρμα των παραισθήσεων περισσότερο παρά στο

περιεχόμενο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς είχαν αναπτύξει ένα αντιληπτικό έλεγχο πάνω στις παραισθήσεις και το άγχος τους είχαν μειωθεί και η κοινωνική τους συμπεριφορά είχε βελτιωθεί. (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Τέλος, οι Fowler and Morley (1989) είχαν διεξάγει μία μελέτη όπου 5 ασθενείς με Σχιζοφρενικά συμπτώματα, οι οποίοι είχαν μόνιμα χρόνιες ακουστικές ψευδαισθήσεις ενθαρρύνοντας τους να αναπτύξουν και μετά να απορρίψουν τις ψευδαισθήσεις τους με σκοπό να ελέγξουν την διευκόλυνση των συνεισφορών από εξωτερικές σε εξωτερικές πηγές (π.ψ. να αποδείξουν ότι οι παραισθήσεις ήταν κάτω από τον δικό τους εσωτερικό έλεγχο παρά το ότι η πηγή τους ήταν ανεξέλεγκτη και κυρίως εξωτερική). (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο ένας συμμετέχων έδειξε σημαντική μείωση στην συχνότητα των παραισθήσεων αλλά τέσσερις από τους πέντε ασθενείς ανέφεραν μία αύξηση στην ποσότητα του ελέγχου η οποία αποκτήθηκε μέσα από την εμπειρία τους. (Kingdon & Turkingdon, 1997, Tarrier, 1992).

Οι απόψεις των Ανθρωπιστικών/Υπαρξιστικών προσεγγίσεων, συνέβαλαν καθοριστικά στην αλλαγή της θεώρησης της κοινωνίας απέναντι στα ψυχωσικά συμπτώματα. Οι Ανθρωπιστικές/Υπαρξιστικές προσεγγίσεις, αμφισβήτησαν την υιοθέτηση του ιατρικού μοντέλου στην κατανόηση της ψυχικής διαταραχής, όπως επίσης και την αποτελεσματικότητα των παραδοσιακών θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, ενώ παράλληλα, έδωσαν έμφαση στην εγκυρότητα της υποκειμενικής εμπειρίας του ατόμου που πάσχει. (Bootzin & Accocella, 1988. Nestoros, 1997a).

Ο Ψυχίατρος Laing (1964), θεωρούσε τη σχιζοφρένεια ως μία ασθένεια, η οποία κρύβει μία συγκεκριμένη στρατηγική, την οποία ανακάλυψε το άτομο και επέλεξε να τη χρησιμοποιήσει για να μπορέσει να ζήσει σε με πολύ δύσκολη και επώδυνη κατάσταση ζωής, καθώς και υποστήριζε ότι η έννοια «σχιζοφρένεια» είναι μία μορφή τρέλας, η οποία υποδηλώνει την έννοια «λογική».

Οι Rogers και συν.(1967) υποστήριξαν, ότι η ενσυναίσθηση και η άνευ όρων θετική αποδοχή του ατόμου από ένα θεραπευτή μπορούν να συμβάλουν στην εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης με άτομα, τα οποία αντιμετώπιζαν

ψυχωσικά συμπτώματα, παρόλο που το ίδιο το μοντέλο δεν εφαρμόστηκε ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Σημαντική επίσης θεραπεία θεωρείται και η οικογενειακή θεραπεία όπου οι ψυχοθεραπευτές προσπαθούν να βοηθήσουν ως προς το να εγκαθιδρυθεί ένας καλύτερος τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και τον ασθενή και για το σκοπό αυτό οι ασθενείς εκπαιδεύονται πάνω στη φύση της ασθένειας, τις συνέπειες της, και στο τρόπο αντιμετώπισης του σχιζοφρενούς μέλους τους γιατί η απόρριψη από την ίδια την οικογένεια επιδεινώνει τα συμπτώματα. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος,1999, Hawkins & Nestoros, 1997, Freedheim, 1992, Patterson, 1980).

Η μέθοδος του παράδοξου επίσης χρησιμοποιείται όπου ο θεραπευτής προσπαθεί με κάποιο τρόπο να διεισδύσει μέσα στις σκέψεις του θεραπευόμενου και να τον κάνει να καταλάβει ότι αυτά που σκέφτεται είναι παράλογα και εκτός πραγματικότητας και για το σκοπό αυτό βάζει τον ασθενή να ακούσει την συγκεκριμένη στιγμή τις φωνές που ισχυρίζεται ότι ακούει και συχνά κάνει ερωτήσεις του τύπου: “Γιατί αφού εσύ ακούς την συγκεκριμένη φωνή και συνομιλείς μαζί της εγώ δεν την ακούω;”. Οι αντιδράσεις των ασθενών σε αυτή την παραδοξότητα ποικίλουν ανκαι συχνά είναι τα κλάματα λόγω της συνειδητοποίησης ότι αυτό που ακούνε είναι εξωπραγματικό. (Haley, 1983).

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία αναφέρει ότι χρειάζονται χίλιες και μία προσπάθειες για την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση ειδικά των Σχιζοφρενών Παρανοϊκού τύπου γιατί είναι άτομα ευφυέστατα και με αυξημένο άγχος γι` αυτό χρειάζεται αρχικά η εγκαθίδρυση μίας καλής θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας, να βοηθήσει ο θεραπευτής τον θεραπευόμενο να ελαττώσει το άγχος του και να τον στηρίξει συναισθηματικά με σκοπό να μην νοιώθει πλέον ο ασθενής ότι απειλείται και να δει καθαρά ότι οι παραληρηματικές του ιδέες πάσης φύσεως οφείλονται στα αυξημένα επίπεδα άγχους τα οποία και βιώνει πράγμα το οποίο αντί να του μειώνει το άγχος το αυξάνει. (Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990/1996, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαιτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Η Συνθετική στοχεύει στην αλλαγή του γνωστικού πλαισίου (cognitive context) του θεραπευόμενου μέσα στο οποίο ερμηνεύεται και γίνεται κατανοητή τόσο η

συμπεριφορά του θεραπευόμενου όσο και η συμπεριφορά των σημαντικών άλλων γύρω του και τώρα μαθαίνει να βλέπει τη ζωή με θετικότητα. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαιτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Ο θεραπευτής στο συνθετικό μοντέλο στοχεύει στην ανύψωση του ηθικού του θεραπευόμενου, χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, ζεστασιά, γνησιότητα, και πάνω απ`όλα πιστεύει στο ιάσιμο των ψυχικών διαταραχών και βοηθά και τον ασθενή να πιστέψει σε αυτό με σκοπό τα καλύτερα αποτελέσματα και μέσα από την θεραπεία γίνεται ενδοβολή του υπερεγώ του θεραπευτή, ο θεραπευόμενος ταυτίζεται με το σύστημα αξιών του θεραπευτή και επιτυγχάνεται η απόκτηση του ελέγχου και της αυτονομίας από μέρους του θεραπευόμενου με σκοπό στο τέλος να γίνει έλεγχος της πραγματικότητας, σταδιακή έκθεση στη φοβογόνο κατάσταση και πρόβα και αντιμετώπιση του προβλήματος in vivo. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαιτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Ο Θεραπευτής δεν ενθαρρύνει τη μεταβιβαστική νεύρωση, αλλά προσπαθεί να αυξήσει ο θεραπευόμενος τον έλεγχο της πραγματικότητας και όσον αφορά την αντιμεταβίβαση, ο θεραπευτής απαιτείται να έχει συνείδηση των σκέψεων και των συναισθημάτων του κατά τη διάρκεια της θεραπείας, με σκοπό να προσφέρει στο θεραπευόμενο τη «διορθωτική συναισθηματική εμπειρία» (Alexander, 1963, Alexander & French, 1946), δηλαδή την έκθεση του ατόμου μέσω της σχέσης με το θεραπευτή 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. Η θεραπευτική σχέση συνιστά ένα πλαίσιο όπου οι συναισθηματικές συγκρούσεις επιλύονται και η νέα μάθηση λαμβάνει χώρα. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαιτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Γενικά, οι αρχές του Συνθετικού μοντέλου, οι οποίες φαίνεται να υποστηρίζουν την αντιμετώπιση των ψυχώσεων είναι οι εξής:

1. **Η σχιζοφρένεια μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με ψυχοθεραπεία.**

Η στάση θεραπευτή και θεραπευόμενου, όσο και η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην θετική ή αρνητική έκβαση της ασθένειας. Ο θεραπευτής χρειάζεται να πιστεύει στο ιάσιμο των ψυχικών διαταραχών καθώς η απαισιοδοξία του θεραπευτή και του κοινωνικού περιβάλλοντος μεταβιβάζεται στον θεραπευόμενο τόσο με τη λεκτική όσο και με τη μη λεκτική επικοινωνία. Η εφαρμογή του συνθετικού μοντέλου θα πρέπει να στοχεύει σε διαφορετικές πτυχές θεραπείας σε συνδυασμό με πολλούς θεραπευτικούς παράγοντες, οι οποίοι ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της διαταραχής, όπως π.χ. ο συνθετικός πρέπει να εστιάζει την προσοχή του στη μείωση του άγχους του θεραπευόμενου, στην αύξηση της ελπίδας μέσω της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, στην αύξηση της κοινωνικοποίησης μέσω της εκπαίδευσης του ατόμου κ.τ.λ. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002, υπό έκδοση).

2. **Τα ψυχωσικά συμπτώματα από μόνα τους δεν είναι τόσο άσχημα όσο οι αντιδράσεις των ατόμων και της κοινωνίας σε αυτά.**

Η θεωρία του ρόλου και άλλες κοινωνικές θεωρίες καθώς και η παρούσα αρχή της Συνθετικής δίνουν έμφαση στις αντιδράσεις της Κοινωνίας. Συγκεκριμένα, το μοντέλο υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα είναι πιθανόν να εμπλέκει την τεχνική του role playing καθώς σύμφωνα με έρευνα, η οποία είχε διερευνηθεί σε νοσοκομείο του Καναδά η αλλαγή των εποχών και των καιρικών συνθηκών επηρεάζει την ψυχική κατάσταση των ασθενών. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002, υπό έκδοση).

3. **Τα ψυχωσικά συμπτώματα ανήκουν σε ένα συνεχές στο ένα άκρο του οποίου υπάρχει η φυσιολογική συμπεριφορά.**

Τα φυσιολογικά άτομα είναι δυνατόν να παρουσιάσουν ιδιαίτερα ακραίες συμπεριφορές καθώς και ψυχωσικά συμπτώματα κάτω από συνθήκες υπερβολικού στρες, όπως π.χ. κάτω από συνθήκες αισθητηριακής αποστέρησης, βασανιστήρια και φυλακίσεις καθώς και αυτά να είναι αποτέλεσμα χρόνιας χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών (π.χ. αμφεταμίνης, κοκαίνης, μαριχουάνας κ.λ.π.). Για αυτό το λόγο πρέπει να θεωρείται δεδομένη η ύπαρξη ενός συνεχούς στα δύο άκρα του οποίου εντοπίζεται η

φυσιολογική ή η ψυχοπαθολογική συμπεριφορά, η οποία μας βοηθά να αντιληφθούμε τις εναλλαγές και τη φύση της συγκινησιακής διαταραχής. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002, υπό έκδοση).

4. **Τα παρανοϊκά σχιζοφρενικά συμπτώματα μειώνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα όταν επιτευχθεί μείωση του άγχους μέσω των αγχολυτικών φαρμάκων ή με άλλους τρόπους, όπως για παράδειγμα μέσω της ψυχοθεραπείας.**

Μέσα από τις μελέτες των Nestoros και συν. (1982, 1983), οι οποίες αφορούσαν την χορήγηση πολύ υψηλών δόσεων διαζεπάμης σε άτομα με συμπτώματα παρανοειδούς σχιζοφρένειας επιβεβαιώθηκε η υπόθεση για τον κεντρικό ρόλο του άγχους στην εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Μέσα από έρευνες οι οποίες διενεργήθηκαν στο Εργαστήριο Κλινικής Ψυχολογίας, στο τμήμα Ψυχολογίας στο Ρέθυμνο (Zgantzouri,2000), βρέθηκε ότι τα συμπτώματα μειώνονται δραματικά ή εξαφανίζονται αμέσως μετά την συνεδρία Συνθετικής Ψυχοθεραπείας στην οποία διερευνώνται οι μηχανισμοί γένεσης τους και εφαρμόζονται τεχνικές αγχόλυσης και συναισθηματικής υποστήριξης. (Nestoros, 1997).

5. **Τα άτομα που πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα δεν είναι 100% διαταραγμένα, αλλά έχουν διατηρήσει κάποιο λογικό τμήμα, το οποίο μπορεί να συνεργαστεί με τον ψυχοθεραπευτή.**

Σύμφωνα με το συνθετικό μοντέλο, η αντιμετώπιση των ψυχωσικών συμπτωμάτων επιτυγχάνεται μέσα από την εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης θεραπευτή-θεραπευόμενου. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002, υπό έκδοση).

6. **Η Ψυχοθεραπεία είναι μία περίπλοκη διαδικασία η οποία απαιτεί ειδικές συνθήκες, οι οποίες στην περίπτωση των ατόμων που πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα πρέπει να εφαρμοστεί σταθερά για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα.**

Για την αντιμετώπιση της παρανοειδούς σχιζοφρένειας απαιτούνται από το θεραπευτή 1000 ή έστω 100+1 προσπάθειες. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002, υπό έκδοση).

7. Η Ψυχωσική κατάσταση συνήθως χαρακτηρίζεται από αυξημένη δημιουργικότητα.

Η δημιουργικότητα των ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από το θεραπευτή κατά τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία ώστε να διερευνηθούν τα προβλήματα σύγκρουσης, τα συναισθήματα, και οι σκέψεις του θεραπευόμενου, τα οποία σχετίζονται με τη συμπτωματολογία του. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002, υπό έκδοση).

Εν κατακλείδι, αξίζει να αναφερθούμε στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα των μέσω που χρησιμοποιούνται από αρκετούς ψυχοθεραπευτές για την αξιολόγηση της κατάστασης πριν από τη θεραπεία όπως είναι οι κλίμακες SANS, SAPS, οι οποίες και μετρούν τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα αντιστοίχως καθώς και η χρήση του Πολυδιάστατου Ερωτηματολογίου της Προσωπικότητας της Μινεσότα (MMPI) τα οποία μέσα δεν είναι και τόσο έγκυρα εφόσον στην περίπτωση του MMPI οι ερωτήσεις είναι πάμπολλες και ο ασθενής τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να τις συμπληρώσει όλες. (1996), όπως επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν στο Κ.Θ.Ψ.Π.Α. και είχαν την μορφή συχνών ομαδικών συνεδριών με τη ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων σε χρόνια σχιζοφρενείς ασθενείς και οι οποίες εξέταζαν την αποτελεσματικότητα των ομαδικών θεραπειών (Αναγνώστου, Ανανίδου, Βολίδου, Κορκόκιος & Ματσέλη, 1976) έδειξαν ότι η τεχνική αυτή ήταν θετική και χρήσιμη στους χρόνιους σχιζοφρενείς ασθενείς και η ωφέλεια της θεραπείας φαίνεται και στη μετέπειτα κοινωνικοποίηση των ασθενών αυτών καθώς και το ότι τα βασικά συμπτώματα της χρόνιας σχιζοφρένειας και τα συναισθήματα αυτών των ασθενών παραμένουν αμετάβλητα

Αντίθετα, φαίνεται να είχαν βελτιωθεί οι διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών αυτών, η ίδια η επιμέλεια του εαυτού τους και να γίνονται ολοένα και πιο συνεργάσιμοι και κοινωνικά προσαρμόσιμοι. Η θεραπεία δεν δρα σε βάθος στον τομέα της εργασίας αλλά επιφανειακά και μόνο.(Αναγνώστου, Ανανίδου, Βολίδου, Κορκόκιος, Ματσέλη, 1976).Από τις πιο πάνω έρευνες βρέθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς είχαν ίσως τη μεγαλύτερη ικανότητα να προσαρμόζονται στις συνθήκες του νοσοκομείου απ`ότι οι άνδρες συνασθενείς τους. (Κολλάρου, Ματσέλη, Ρασιδάκι και Σταθάκη,1975).

Τέλος, σύμφωνα με μία στατιστική ανάλυση η οποία διενεργήθηκε και πάλι από το Κ.Θ.Ψ.Π.Α.και αφορούσε ιδιωτικές περιπτώσεις ψυχικών αρρώστων σε 2777 ασθενείς οι οποίοι εξετάσθηκαν κατά τη χρονική περίοδο 1952-1974 και σύμφωνα με μία συγκριτική μελέτη σε ψυχωσικούς ασθενείς άνδρες και γυναίκες φάνηκε η υπεροχή των ανδρών σε αυτή τη μορφή θεραπείας (κατά 85%) και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες καταφεύγουν ευκολότερα σε Κέντρα Ψυχικών Παθήσεων απ`ότι οι άνδρες. (Κολλάρου, Ματσέλη, Ρασιδάκι & Σταθάκη, 1975).

Επίσης φάνηκε μέσα από την ίδια ανάλυση ότι ένας στους δύο ασθενείς απορρίπτει την ατομική ιδιωτική, ψυχοθεραπεία ή αρνείται να την παρακολουθήσει μέσα σε ένα χρονικό διάστημα ενός μηνός και οι κυριότεροι λόγοι φαίνεται να είναι οικονομικά αίτια, η μεγάλη διάρκεια της θεραπείας, το σχετικά χαμηλό τις περισσότερες φορές εκπολιτιστικό επίπεδο και ίσως να παίζει και ρόλο η εξωστρέφεια του εκάστοτε ασθενή.(Κολλάρου, Ματσέλη, Ρασιδάκι & Σταθάκη,1975).

Κοινά σημεία στις διαφορετικές προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας της σχιζοφρένειας

Όλες οι προσεγγίσεις παραδέχονται ότι οι παραληρηματικές ιδέες είναι προϊόντα άγχους και αντί να μειώνουν το άγχος του ατόμου το αυξάνουν και οδηγούν το άτομο στην αποδιοργάνωση. Στόχος όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι η ελάττωση του άγχους μέσα από την εξάλειψη των εκάστοτε παραληρηματικών ιδεών μέσα από διαφορετικές τεχνικές που χρησιμοποιεί η κάθε μία με σκοπό να οδηγηθεί το άτομο στην συνειδητοποίηση της κατάστασης του και να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. (Bentall, 1997,Wanrner, 1943, Weiner, 1997, Zgantzouri, 1999).

Ο ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ (ΕΡΜΗΝΕΙΑ-ΑΝΑΠΛΑΙΣΙΩΣΗ).

Ερμηνεία: ένας θεραπευτικός παράγοντας ο οποίος χρησιμοποιείται με την παρεμβολή την οποία κάνει ο θεραπευτής στα λεχθέντα του θεραπευόμενου με σκοπό να δώσει ένα νέο νόημα, ένα σκοπό, να εξηγήσει τη συμπεριφορά του θεραπευόμενου, τις σκέψεις του ή τα συναισθήματα του με σκοπό να δει ο πελάτης το πρόβλημα του με ένα νέο τρόπο και να βοηθηθεί ο ασθενής να προωθήσει τον αυτοέλεγχο του και να

σταματήσει να ρίχνει τις ευθύνες στους άλλους. (Brammer, 1988,Hill & O` Brien, 1999, Ivey, 1992, Shulman, 1984).

Αναπλαισίωση: στα πλαίσια της ερμηνείας τοποθετούμε τα λεγόμενα του θεραπευόμενου σε ένα πλαίσιο περισσότερο λειτουργικό.(Brammer, 1988, Hill & O` Brien, 1999, Ivey, 1992, Shulman,1984).

Η ερμηνεία είναι δυνατόν να δηλωθεί σε ευθύ λόγο: π.χ. "Ανησυχείς για το αν θα παντρευτείς έτσι διοχετεύεις το άγχος σου με το να κάνεις το γάμο αυτό τέλειο;" ή να γίνει σε πειραματικό στάδιο: "Αναρωτιέμαι εάν ο φόβος σου περί εγκατάλειψης από το σύντροφο σου είναι δυνατόν να σχετίζεται με το συναίσθημα ότι δεν είσαι σίγουρος εάν της αρέσεις ή και μέσω ερώτησης: "Πιστεύεις ότι δεν εμπιστεύεσαι τις γυναίκες εξαιτίας της κακής σχέσης που είχες με τη μητέρα σου;" (Brammer, 1988, Hill & O` Brien, 1999, Ivey, 1992, Shulman, 1984).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ:

Η ερμηνεία πήρε το όνομα της από τον Rumplestinskin μέσα από το παραμύθι στο οποίο η Βασίλισσα είναι ικανή να σπάσει τη δύναμη του πονηρού κύκνου πάνω της με το να μαντέψει το όνομα της (Torrey, 1986). (Hill & O` Brien, 1999).

Ο Freud (1911) ήταν ο πρώτος ο οποίος έδωσε άμεση ερμηνεία στο περιστατικό με το Hans και το φόβο του για τα άλογα, ότι στην ουσία ο Hans φοβόταν τον πατέρα του και τον διακατείχε το λεγόμενο άγχος ευνουχισμού και όχι τα άλογα, η ερμηνεία κατά την ψυχανάλυση στην ουσία βρίσκεται στην αντίσταση την οποία προβάλλει ο ίδιος ο θεραπευόμενος. (Freedheim, 1992, Hill & O'Brien, 1999).

Η Melanie Klein στη συνέχεια (1955) έδινε ερμηνεία στα λεγόμενα των πελατών της μέσα από την παιγνιοθεραπεία όπου το παιδί, έβγαζε τις συγκρούσεις και τα συναισθήματα του και το είδος αυτό ερμηνείας, οι λεγόμενες «μεταφορικές ερμηνείες» (Ekstein,1983) είχαν ως σκοπό την ελάττωση του άγχους στο παιδί.(Freedheim, 1992).

Οι ερμηνείες αποτελούσαν ένα σημαντικό στοιχείο στην συχνότητα της «αποκάλυψης » του παιδιού, και ήταν παρόμοιες με αυτές τις οποίες χρησιμοποιούσαν οι ψυχαναλυτές και στη θεραπεία των ενηλίκων.(Freedheim, 1992).

Ένας αριθμός από μελέτες οι οποίες διεξήχθησαν πάνω στο ρόλο της ερμηνείας δείχνει ότι οι θεραπευτές δεν χρησιμοποιούν και τόσο τις ερμηνείες σε σύγκριση με άλλες θεραπευτικές ικανότητες (κυμαίνονται από 6% σε 8% Barkhman & Shapiro 1986; Hill, Helms, Tichenor et.al. 1988) λιγότερη χρήση της ερμηνείας γίνεται από τους Συμπεριφοριστές (Stiles & Shapiro, 1995).

Σύμφωνα με μία ψυχαναλυτική άποψη (π.χ. Birbing, 1954 Blanck, 1966; Freud, 1914/1953; Fromm Reichmann, 1950) οι ερμηνείες αποτελούν το γνήσιο χρυσό της θεραπείας, είναι η τεχνική η οποία χρησιμοποιείται από τους ψυχαναλυτές για την παραγωγή της αυτοαντίληψης και της αλλαγής στους πελάτες και δημιουργείται από το υλικό του πελάτη το οποίο και παραμένει στο υποσυνείδητο και τις θεωρούν δραστικές γιατί δίνουν το ερέθισμα στον εσωτερικό κόσμο ο οποίος μπορεί να οδηγήσει περισσότερο στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων του ατόμου και στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Ερμηνεία επίσης κατά την ψυχανάλυση είναι οι σκέψεις σε δράση οι οποίες αντικαθιστούν τις διαδικασίες του υποσυνειδήτου με συνειδητές διαδικασίες και με αυτό τον τρόπο διευκολύνουν τους πελάτες τους να λύσουν τις υποσυνείδητες τους συγκρούσεις.(Hill & O` Brien,1999).

Η ερμηνεία κατά την ψυχανάλυση επικεντρώνεται στην αντίσταση του θεραπευόμενου όπου και μπορεί να καθορισθεί σύμφωνα με τον Gill (1982) ως «μία άμυνα η οποία εκφράζεται μέσω της μεταβίβασης τόσο με τη μορφή της αντίστασης στην ίδια την διαδικασία της μεταβίβασης όσο και στην λύση της μεταβίβασης βοηθώντας έτσι τον θεραπευτή να κατανοήσει τις επιλογές που χρειάζεται να κάνει ο θεραπευόμενος ή να τον πιέσει για αλλαγή.» Ο Levy (1963) προτείνει ότι η χρήση της ερμηνείας κρύβει την διαφορά των απόψεων μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου.(Freedheim, 1992, Hill & O` Brien, 1999).

Από την πλευρά της θεωρίας η οποία υποστηρίζει την επεξεργασία των πληροφοριών, η ακριβής ερμηνεία δεν είναι και τόσο σημαντική και αυτό το οποίο είναι σημαντικό είναι η προσπάθεια μείωσης της διαφορετικότητας των απόψεων μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου.(Hill & O` Brien, 1999).

Οι Γνωστικοί Ψυχολόγοι (π.χ., Glass & Holyoak, 1986; Medin & Ross, 1992) θεωρούν ότι όλες οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι ορμές, οι αναμνήσεις, οι δράσεις και οι εικόνες αποτελούν υλικό για ερμηνεία και μέσα από την ερμηνεία οι θεραπευτές

στοχεύουν στην αλλαγή της δημιουργίας αυτών των σχημάτων, επαναφέροντας τις αναμνήσεις και προσπαθώντας να τις κατανοήσουν με ένα νέο τρόπο στη βάση μιας περισσότερο συνεχούς και ολοκληρωμένης πληροφορίας. Γενικά, με αυτό τον τρόπο αλλάζει το γνωστικό πλαίσιο του θεραπευόμενου το οποίο και πρέπει να ενισχυθεί.(Hill & O` Brien, 1999).

Σύμφωνα με τη θεραπεία Gestalt, οι θεραπευτές πιστεύουν ότι μόνο οι ανακαλύψεις τις οποίες κάνει ο θεραπευόμενος ,μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης που έχει ο θεραπευόμενος για τον εαυτό του και τους άλλους. (Freedheim, 1992, Hill & O` Brien, 1999).

Στην Πελατοκεντρική θεραπεία του Rogers ο θεραπευτής είναι ειλικρινής, γνήσιος και χαρακτηρίζεται από εμπάθεια ως προς τον θεραπευόμενο και μέσα από πειράματα βοηθά τον θεραπευόμενο να ανακαλύψει τις πλευρές της εμπειρίας του και να μοιραστεί τις διαισθήσεις του με το θεραπευόμενο όσον αφορά την πορεία της θεραπείας και να τον διδάξει για συγκεκριμένες διαδικασίες.(Freedheim, 1992, Hill & O` Brien, 1999).

Οι Frank (1974) and Antze (1979) έδωσαν εξήγηση για τις ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες και τόνισαν πώς η χρήση της ερμηνείας σε όλες τις θεωρίες είναι να τροποποιήσει την αντίληψη του θεραπευόμενου για την πραγματικότητα και τις προσωπικές του προσδοκίες και να το πώς ερμηνεύει τις πράξεις των άλλων.(Freedheim, 1992).

Σύμφωνα με τη Συνθετική Ψυχοθεραπεία, τα συμπτώματα της Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας ερμηνεύονται ως εξής: για όλα τα άτομα ισχύει η παροιμία ότι «ο φοβισμένος φοβάται τη σκιά του», οπότε όταν είμαστε ήρεμοι δε φοβόμαστε τη σκιά μας, γιατί την αντιλαμβανόμαστε όπως πραγματικά είναι, δηλαδή ως κάτι που δεν μπορεί να μας βλάψει. Όταν όμως είμαστε φοβισμένοι, φοβόμαστε τη σκιά μας γιατί την παρερμηνεύουμε νομίζοντας ότι είναι κάτι άλλο, ανάλογα με τις συνθήκες. Η παρερμηνεία αυξάνει το φόβο, δημιουργούνται φαύλοι κύκλοι και η υπερδιέγερση που ακολουθεί φροντίζει τα υπόλοιπα συμπτώματα. (Hawkins &Nestoros, 1997, Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαϊτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999).

Η μορφή που παίρνει ο παράγοντας της ερμηνείας/αναπλαισίωσης στις διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ο Freud όπως έχω προαναφέρει ήταν ο πρώτος ο οποίος έδωσε άμεση ερμηνεία στο περιστατικό με το Hans και το σχετικό φόβο που είχε ο Hans για τα άλογα και το ερμήνευσε ως άγχος ευνουχισμού, εφόσον σύμφωνα με τον Freud (1911), ο Hans στην ουσία φοβόταν τον πατέρα του και συγκεκριμένα φοβόταν ότι ο πατέρας του θα τον ευνουχίσει. (Freedheim, 1992, Hill & O` Brien,1999)

Σύμφωνα με την Ψυχανάλυση, (Birbing, 1954, Blanck, 1966; Freud, 1914/1953; Fromm- Reichmann, 1950) η τεχνική της ερμηνείας χρησιμοποιείται για την παραγωγή αυτοαντίληψης και αλλαγής στους πελάτες και δημιουργείται από το υλικό του πελάτη το οποίο βρίσκεται στο υποσυνείδητο όπου και παραμένει. Σύμφωνα με τους Ψυχαναλυτές, οι ερμηνείες είναι δραστικές γιατί δίνουν το έναυσμα στο άτομο να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα του και να αλλάξει τη συμπεριφορά του και επικεντρώνεται στην αντίσταση του θεραπευόμενου. (Hill & O` Brien, 1999).

Σύμφωνα με τον Adler (1870-1937) το σύμπλεγμα κατωτερότητας σχηματίζεται λόγω της υπερπροστασίας, της παραμέλησης και της σύγχυσης που δημιουργείται σε αυτό κατά την πρώτη παιδική ηλικία και ότι οι νευρώσεις οφείλονταν στην υπεραντιστάθμιση, η οποία δημιουργείτο όταν το άτομο δεν είχε πετύχει να ελευθερώσει τον εαυτό του από το αίσθημα κατωτερότητας. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Σύμφωνα με τον Jung (1875-1961) πηγή της ψυχοπαθολογίας είναι το ασυνείδητο και υποστηρίζει ότι όταν τα αρχέτυπα δεν βρουν τρόπο να εξελιχθούν, παραμένουν πρωτόγονα και αδιαφοροποίητα και με αυτό τον τρόπο ασκούν βλαπτική επίδραση στην προσωπικότητα και αυτό έχει ως συνέπεια την εμφάνιση των συμπτωμάτων, τα οποία εμποδίζουν την προσωπικότητα ν` αναπτύξει μηχανισμούς προσαρμογής στη πραγματικότητα και έτσι εμφανίζεται η νεύρωση. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Από την πλευρά του Otto Rank (1884-1939) ερμηνεύει την παθολογική προσωπικότητα ως αποτέλεσμα του τραύματος της γέννησης και το άγχος ως πρωταρχικό άγχος το οποίο προκαλείται από την αποσύνδεση του εμβρύου από την μήτρα, όπου και ζούσε την ιδανική ζωή.

Η Horney (1885-1952) ερμηνεύει την νεύρωση σαν ένα αγώνα, τον οποίο καταβάλλει το άτομο με σκοπό να ξεφύγει από το βασικό άγχος το οποίο και

δημιουργείται από την απομόνωση και την απελπισία του πραγματικού του εαυτού και με αυτό τον τρόπο οδηγείται στην δημιουργία μιας εξιδανικευμένης αυτοεικόνας όπου για να την επιτύχει πρέπει να βρει την επίγεια δόξα και να δημιουργήσει έτσι νευρωτικές σχέσεις με τους άλλους. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Η ερμηνεία που έδωσε ο Fromm (1900-1980) για την ψυχοπαθολογία είναι ότι μέσα στην ικανότητα του ατόμου να βρίσκει δημιουργικές λύσεις στα προβλήματα του και να προσαρμόζεται στο περιβάλλον βρίσκεται η βιολογική οπισθοδρομική κληρονομιά του, η οποία του δημιουργεί διάφορες παθολογικές καταστάσεις. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Η ερμηνεία, την οποία και δίνει ο Sullivan (1892-1949) για την ψυχοπαθολογία είναι ότι η βάση της νεύρωσης βρίσκεται στην βρεφική ηλικία και το άτομο το οποίο φροντίζει το βρέφος μεταβιβάζει τα συναισθήματα του σε αυτό και αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι ότι το βρέφος οδηγείται στην παρατακτική διαστρέβλωση εάν και εφόσον τα συναισθήματα αυτά είναι δυσάρεστα και αρνητικά. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Ο Erikson (1933), ερμηνεύει την ψυχοπαθολογία ως την ίδια την αποτυχία του ατόμου, η οποία αφορά την αδυναμία λύσης της κρίσης κατά τα διάφορα ηλικιακά στάδια και τονίζει ότι σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας διαδραματίζει ***η αρχή της αμοιβαιότητας,*** η οποία αφορά την αναγκαστική αλληλεπίδραση του ατόμου με τα άλλα άτομα, τα οποία και έρχεται σε επαφή, από την πρώτη μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

«Οι Συμπεριφοριστές ερμηνεύουν την προσωπικότητα του ατόμου σύμφωνα με τις εξωτερικές παρατηρήσεις και προσπαθούν να ερμηνεύσουν κάθε αντίληψη ανιχνεύοντας τις πρακτικές τις συνέπειες.» (James, 1907 p,208)

Οι Skinner, 1953, Dinsmoor, 1960; Ferster, 1972; Sidman, 1989) ερμηνεύουν την αντίσταση, την μεταβίβαση και το συμβολισμό τον οποίο παρέχουν οι ίδιοι οι ασθενείς σε συνάρτηση με τα φυσικά γεγονότα. (Mellon,1999).

Ο Γνωστικός Συμπεριφορισμός (π.χ.Glass & Holyoak, 1986; Medin & Ross, 1992) θεωρούν ότι όλες οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι ορμές, οι αναμνήσεις, οι δράσεις και οι εικόνες αποτελούν υλικό για ερμηνεία και ότι μέσα από την ερμηνεία οι θεραπευτές στοχεύουν στην αλλαγή της δημιουργίας αυτών των σχημάτων, επαναφέροντας με αυτό τον τρόπο τη βάση μιας συνεχούς και ολοκληρωμένης πληροφορίας με σκοπό πάντοτε την αλλαγή του γνωστικού πλαισίου του

θεραπευόμενου καθώς και την ενίσχυση του γνωστικού αυτού πλαισίου.(Hill & O` Brien, 1999).

Όσον αφορά τη Πελατοκεντρική θεραπεία του Rogers, ο θεραπευτής είναι ειλικρινής, γνήσιος και χαρακτηρίζεται από εμπάθεια ως προς τον θεραπευόμενου και μέσα από πειράματα βοηθά τον θεραπευόμενο να ανακαλύψει τις πλευρές της εμπειρίας του και να μοιραστεί τις διαισθήσεις του με το θεραπευόμενο όσον αφορά την πορεία της θεραπείας και να τον διδάξει συγκεκριμένες διαδικασίες.(Freedheim, 1992, Rogers, 1996).

Το Υπαρξιστικό μοντέλο (Sartre, 1980) ερμηνεύει το άγχος σαν μία διαρκή πάλη του ατόμου με τον εαυτό του και ότι το άτομο λόγω λανθασμένων επιλογών και χειρισμών του εμφανίζει την εκάστοτε διαταραχή. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Σύμφωνα με τον Berne, οπαδό της Συνδιαλεκτικής –Συναλλακτικής Ανάλυσης (1950) οι διαπροσωπικές σχέσεις ερμηνεύονται μέσα από διάφορες μορφές συνδιαλέξεων-συναλλαγών, οι οποίες τους προκαλούν σύγχυση, ψυχική ταραχή δυσκολίες.(Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Σύμφωνα με τη θεραπεία Gestalt, μόνο οι αυτοαποκαλύψεις του θεραπευτή μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης που έχει ο θεραπευόμενος για τον εαυτό του και τους άλλους και πώς η αιτία για τη διαμόρφωση της ψυχικής διαταραχής είναι το γεγονός ότι λείπει κάποιο στοιχείο από την αντίληψη του ατόμου και έτσι το άτομο αδυνατεί να φτάσει στην απόλυτη επίγνωση του εαυτού του και διακατέχεται από άγχος και υπαρξιακές ανησυχίες. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996, Hill & O` Brien, 1999).

Η ερμηνεία την οποία δίνει το μοντέλο συμβατότητας αφορά τα προσωπικά δομήματα του ατόμου κατά τον Kelly, την γνωστική ασυμφωνία κατά τον Festinger και την τροποποίηση της συμπεριφοράς κατά τον McClelland. (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Το Βιολογικό μοντέλο ερμηνεύει τις ψυχολογικές διαταραχές, τόσο τις φυσιολογικές όσο και τις παθολογικές σαν αποτέλεσμα βλάβης στο νευρικό σύστημα του ατόμου.(Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Σύμφωνα με το δομικό μοντέλο, η ερμηνεία των ψυχικών διαταραχών εστιάζεται στη σχέση του παιδιού με τη μητέρα του τους Σημαντικούς άλλους κατά την παιδική ηλικία και κυρίως στη σχέση με τη μητέρα γιατί ο φόβος εγκατάλειψης από

αυτήν και οι τυχών δυσμενείς σχέσεις με τους Σημαντικούς Άλλους.(Ahern & Malerstein, 1989).

Τέλος, το Συνθετικό μοντέλο, ερμηνεύει τη ψυχική διαταραχή ως αποτέλεσμα ενός φαύλου κύκλου αρνητικών αυτοεκπληρούμενων προφητειών που αναπαραγάγουν δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές του ατόμου, των εμπειριών του παρελθόντος του, ιδιαίτερα της πρώιμης παιδικής ηλικίας και των σημαντικών σχέσεων με τους άλλους και στόχος του θεραπευτή είναι μετά τη διερεύνηση των εμπειριών του ατόμου, να το βοηθήσει, ώστε να αντικαταστήσει τα παλιά δυσπροσαρμοστικά σχήματα, με άλλα, τα οποία θα είναι περισσότερο προσαρμοστικά. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαϊτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Οι παραληρηματικές ιδέες σύμφωνα με τη Συνθετική Ψυχοθεραπεία είναι αποτέλεσμα του υψηλού άγχους το οποίο βιώνει το άτομο και στην προσπάθεια του να απαλλαγεί από αυτό παραμορφώνει την πραγματικότητα αλλά αυτό που καταφέρνει είναι να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, το ήδη προϋπάρχον άγχος, αντί να μειώνεται. (Νέστορος, Ζγαντζούρη & Λαμπρόπουλος, 1999, Νέστορος, Καλαϊτζάκη & Ζγαντζούρη, 1999, Hawkins & Nestoros, 1997).

Υπόθεση: Οι παρεμβάσεις του θεραπευτή με τη χρήση του παράγοντα της ερμηνείας/αναπλαισίωσης , αναμένεται να είναι λιγοστές στην αρχή να αυξάνονται κατά το μέσο και να μειώνονται στο τέλος εφόσον το άτομο θα έχει λάβει καθ`όλη την υπόλοιπη συνεδρία τις κατάλληλες ερμηνείες για τη συμπεριφορά του. Στην αρχή δεν πρέπει να γίνονται και πολλές ερμηνείες γιατί υπάρχει ο κίνδυνος να λειτουργήσουν ως υποβολή, εφόσον ο θεραπευτής με αυτόν τον τρόπο θα καθοδηγεί τις σκέψεις και τα λεγόμενα του θεραπευόμενου!

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα: **M.W.**

Ηλικία: 21

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος

Φύλο: άρρεν

Επάγγελμα: δεν αναφέρεται

Αριθμός παιδιών: κανένα

Τόπος διαμονής: Αθήνα

ΠΗΓΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

Ο θεραπευόμενος παρακολούθησε ψυχοθεραπεία με τον ένα συνθετικό ψυχοθεραπευτή, ιδρυτή του μοντέλου, "οικεία βουλήσει" και μετά από παρότρυνση από την ίδια του τη μητέρα**.**

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ

Ο ασθενής φαίνεται να διακατέχεται από έντονες παραληρηματικές ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου όπου θεωρούσε τον εαυτό του ως τον ίδιο τον Ιησού Χριστό. Οι ιδέες του είχαν επηρεαστεί από τον Μυστικισμό της Ανατολής (ειδικά τον Βουδισμό), τον Χριστιανικό Μυστικισμό, τις αντιλήψεις των Μασόνων και ιδέες του Νέου Χρόνου.

Πίστευε στη μετεμψύχωση και ειδικότερα στη μετεμψύχωση η οποία εμπεριέκλειε τις ψυχές, οι οποίες είχαν την προκαθορισμένη πορεία μετά το θάνατο να γίνουν δασκάλες για την πνευματική πρόοδο της ανθρωπότητας. Πίστευε σε βαθμίδες του Μυστικισμού και θεωρούσε ως μεγάλους δασκάλους το Χριστό και τον Βούδα. Πίστευε ότι η "διαίσθηση", του μετατράπηκε σε ψυχωσική φαντασίωση και γι` αυτό το λόγο πίστεψε ότι προορίζεται να γίνει ο πνευματικός γιος του Ιησού Χριστού.

Κατά το πρώτο ψυχωσικό του επεισόδιο, φαίνεται να έχει χάσει την ιδέα και την αίσθηση του χρόνου, μιλά για "νιρβάνα καταστάσεις" απ`όπου και θα ξυπνούσε την μέρα των Χρισουγέννων και τα πάντα θα ήταν τέλεια, εφόσον θα πετύχαινε να γίνει ο "μεσσίας", ένας Σωτήρας.

Κατά τα συνεχόμενα ψυχωσικά του επεισόδια, συνέχιζε να αναμασά τις ίδιες παραληρηματικές ιδέες, οι οποίες βέβαια τώρα έπαιρναν μία νέα μορφή, όπου και πάλι

πίστευε ότι ήταν ο Ιησούς Χριστός, μόνο που κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων πίστευε πως θα απαρνιόταν τα εγκάρσια πρωτού μεταμορφωθεί σε Ιησού Χριστό.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Έναρξη προβλημάτων:

1. σε ηλικία 21 ετών από τα μέσα του Οκτώμβρη- αρχές του Γενάρη του 1989 (σχεδόν 3μήνες) ***(ήταν και το ποιο σοβαρό)***
2. σε ηλικία 23 ετών, από τα μέσα του Μάρτη του 1990- αρχές του Ιούνη του 1990 (σχεδόν 3 μήνες).
3. σε ηλικία 24 ετών, από τα μέσα του Σεπτέμβρη του 1991-τα τέλη του Γενάρη του 1992 (σχεδόν 4 μήνες).
4. σε ηλικία 29 ετών, το Σεπτέμβρη του 1996.
5. σε ηλικία 30 ετών, το Δεκέμβρη του 1997 (το οποίο διήρκεσε για 2 βδομάδες και κανένας δεν το γνώριζε και το ξεπέρασε μόνος του, ***ήταν το ποιο ελαφρύ*.)**
6. σε ηλικία 31 ετών, από τον Ιούλιο του 1998-το Σεπτέμβριο του 1998 (σχεδόν 1μήνα)
7. σε ηλικία 32 ετών, από τα μέσα του Σεπτέμβρη του 1999- τα τέλη του Νοέμβρη του 1999 (σχεδόν 2 μήνες).

Ψυχικά συμπτώματα: Τα ψυχωσικά επεισόδια διαρκούσαν από 2 βδομάδες μέχρι 4 μήνες και ο ασθενής φαίνεται να πέρασε σχεδόν ένα χρόνο κάτω από ψυχωσικά επεισόδια μεταξύ της ηλικίας των 21-32 ετών, κατά τη διάρκεια των οποίων 2 εβδομάδων σε ψυχιατρικές κλινικές. Τα επεισόδια συνοδεύονταν από υψηλό άγχος και μερική κατάθλιψη, η οποία ακολουθούσε μερικές περιόδους με βαριά κατάθλιψη, η οποία συνοδευόταν από αυτοκτονικό ιδεασμό.

Κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων, υπήρξαν και περιόδοι μετάλλαξης σε μανία και παράξενη συμπεριφορά. Η νεύρωση του, περιελάμβανε επίσης και χαμηλή αυτοεκτίμηση/χαμηλή αυτοαντίληψη, αγοραφοβία, ιδέες μεγαλείου και παραληρηματικές ιδέες πάσης φύσεως.Οι περιόδοι κατάθλιψης, από τις οποίες είχε περάσει, περιελάμβαναν χαμηλή αυτοεκτίμηση και παράλογο πεσσιμισμό.

Σωματικά συμπτώματα: μέσα από τις συνεδρίες αναφέρονται περίοδοι αϋπνίας και μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας καθώς και του ενδιαφέροντος (6η συνεδρία σύμφωνα με την SANS).

Βαρύτητα των προβλημάτων: Τα προβλήματα του έχουν επηρεάσει τον ασθενή σε σημαντικό βαθμό εφόσον δεν έχει και πολύ όρεξη για εργασία, και μερικές φορές δεν έχει ούτε όρεξη για συζήτηση (όπως αναφέρεται και μέσα από τις συνεδρίες και σύμφωνα με τη SANS σημειώνεται μία βραδύτητα όσον αφορά την ομιλία του, η οποία είναι και ένδειξη κατάθλιψης.

Πιθανά εκλυτικά αίτια: η επιβλαβής σχέση με τον πατέρα, ο οποίος ήταν αλκοολικός και κατά τη διάρκεια που έπινε μείωνε τον Mark.

Ο ασθενής έκανε προηγούμενες προσπάθειες να το ξεπεράσει μέσα από τον εγκλεισμό του σε ψυχιατρικές κλινικές για δύο βδομάδες κατά τη διάρκεια των ψυχωσικών επεισοδίων τα οποία και σημειώθηκαν κατά την ηλικία των 21 και των 32 ετών, όπως επίσης και κατέβαλε μία προσπάθεια από μόνος του να ξεπεράσει το ψυχωσικό επεισόδιο το οποίο σημειώθηκε το Δεκέμβριο του 1997 και για το οποίο κανένας δεν γνώριζε και ο ασθενής το χαρακτηρίζει ως ελαφρύ και το οποίο και κατάφερε να ξεπεράσει.

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ (ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ) ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σχέσεις με γονείς, αδέλφια και άλλα σημαντικά πρόσωπα κατά την παιδική ηλικία.

Μέσα από τις συνεδρίες φαίνεται ότι υπάρχουν παιδικά τραύματα λόγω της κακής σχέσης με τον αλκοολικό πατέρα, ο οποίος όταν πίνει βρίζει και υποτιμά το γιο, πράγμα το οποίο φαίνεται να έχει προκαλέσει μεγάλη ανασφάλεια στο M.W., ο οποίος διακρίνεται από έλλειψη εμπιστοσύνης ως προς τον εαυτό του.

Η σχέση του με τη μητέρα διακρίνεται να είναι πολύ καλή και φοβάται υπερβολικά μην πάθει τίποτα και μείνει μόνος του, αντίθετα διακρίνονται διαφωνίες με την αδερφή του.

Μείζονα γεγονότα "σταθμοί"κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης.

Από ότι φαίνεται μέσα στις συνεδρίες φαίνεται ότι έχει καλές αναμνήσεις από την παιδική του ηλικία, εφόσον ήταν καλός μαθητής και έξυπνος, θυμάται τον αλκοολικό πατέρα του, άνκαι λεει πως δεν μεγάλωσε με ψυχολογικές ανωμαλίες λόγω αυτού του συμβάντος, άνκαι στις μετέπειτα συνεδρίες φαίνεται να παραδέχεται μέσα από υποδείξεις του θεραπευτή ότι αυτό είναι η πηγή της ανασφάλειας του.

Οικογένεια:

Πάλι μέσα από τις συνεδρίες βλέπουμε την καλή σχέση με τη μητέρα, την αυστηρότητα και του αλκοολικού πατέρα και την όχι και ιδιαίτερα καλή σχέση με την αδερφή του άνκαι αυτό δεν φαίνεται και πολύ καθαρά.

Βρεφονηπιακή ηλικία:

Μέσα από τις συνεδρίες φαίνεται ότι ήταν το πρώτο παιδί.

Ιστορικό τοκετού:

Δεν φαίνεται καμία ένδειξη για μη φυσιολογικό τοκετό μέσα από τις συνεδρίες.

Αναπτυξιακοί σταθμοί:

Καμία αναφορά.

Σχολική ηλικία:

Σημειώθηκε μία μετακίνηση του M.W. από τη Νέα Υόρκη στην Αθήνα και είχε δυσκολίες με τη γλώσσα πράγμα το οποίο τον έκανε να νοιώθει κατώτερος.

Εφηβεία:

Δεν αναφέρεται κάτι σχετικά με την εφηβεία του, παρά μόνο η πρώτη σεξουαλική του επαφή, η οποία έγινε στα 17 του χρόνια. ($6^{η}$ συνεδρία, 11/6/89).

Ενήλικη Ζωή:

Δεν αναφέρεται τίποτα μέσα στις συνεδρίες που να αφορά την εκπαίδευση που είχε παρά μόνο αδρές αναμνήσεις από τα παιδικά χρόνια, όπως ακριβώς δεν αναφέρεται τίποτα που να αφορά την στρατιωτική εμπειρία του ασθενή, την επαγγελματική του σταδιοδρομία,την κοινωνική του ζωή/φιλικές σχέσεις, αλλά μόνο μερικές νύξεις που αφορούν την ερωτική του ζωή, οι οποίες περιορίζονται σε σεξουαλικές επαφές και κυρίως στη σεξουαλική του ζωή, και γίνεται μία απλή αναφορά από τον ίδιο για τις 14 κοπέλες που πέρασαν από τη ζωή του και για την πρώτη του σεξουαλική επαφή, την οποία και είχε στα 17 του χρόνια και αναφέρεται επίσης μία μειωμένη σεξουαλική διάθεση. ($6^{η}$ συνεδρία,216 etc.)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το μόνο που αναφέρεται είναι ο Χρόνιος αλκοολισμός του πατέρα ο οποίος και φαίνεται να είναι η πηγή των προβλημάτων της ανασφάλειας του θεραπευόμενου λόγω της συνεχούς αρνητικής ενίσχυσης που έπαιρνε σαν παιδί από αυτόν καθώς φαίνεται να είναι και η αιτία που ο ασθενής εκδηλώνει αρνητικά μεταβιβαστικά συναισθήματα απέναντι στο θεραπευτή του.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Έχω προαναφέρει τις περιόδους των ψυχωσικών επεισοδίων του Mark και τους τρόπους αντιμετώπισης τους γι` αυτό και θα ήταν άστοχο μία επανάληψη των ίδιων στοιχείων.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ/ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

Αναφέρεται, χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων καθώς και χορήγηση φαρμάκων για την καλύτερη αντιμετώπιση της μανίας, πιθανώς αγχολυτικών αλλά και χρήση αλκοόλ, η οποία όμως δεν φαίνεται να είναι ανησυχητική, εφόσον ο ασθενής φαίνεται να πίνει στα club και μόνο με σκοπό να πλησιάσει μία κοπέλα. (5η συνεδρία, 5/6/89, 212).

ΣΧΟΛΙΑ/ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Η Ψυχοθεραπεία, όπως λεει ο ίδιος ο M.W. ήταν πολύ σημαντική για την βελτίωση του ίδιου του θεραπευόμενου, εντούτοις δεν ήταν δυνατή κατά τη διάρκεια των ψυχωσικών επεισοδίων εφόσον, φαίνεται ο ίδιος ο θεραπευόμενος να παρερμηνεύει τα λεγόμενα του θεραπευτή του, εφόσον μέσα στο παραλήρημα του, χαρακτηριστικά νόμιζε ότι ο Κος Νέστορος ήταν ένας "Ιεραπόστολος", όπως ακριβώς και ο Mark, ο οποίος θα βοηθούσε τον Mark στον πόλεμο τον οποίο είχε χαράξει μέσα στο μυαλό του, ενάντια στο κακό καθώς και στην εκτέλεση της αποστολής του, καθώς και διακρίνονται αρνητικά μεταβιβαστικά συναισθήματα απέναντι στο θεραπευτή από το θεραπευόμενο λόγω του ότι του θυμίζει τον αλκοολικό πατέρα του.

Γενικά, ο ασθενής φαίνεται να έχει ενσυναίσθηση και επίγνωση για ότι του συμβαίνει και φαίνεται πώς ο συνδυασμός της φαρμακοθεραπείας με τη ψυχοθεραπεία έχει τα κατάλληλα θεραπευτικά αποτελέσματα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η Ερμηνεία είναι ένας παράγοντας ο οποίος χρησιμοποιείται στη ψυχοθεραπεία και στοχεύει στο να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να κατανοήσει το τι του συμβαίνει κάθε φορά και να προσπαθήσει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του άφοβα.

Στα χέρια μας είχαμε 8 απομαγνητοφωνημένες συνεδρίες ενός ατόμου με σχιζοφρενικά συμπτώματα, του M. W. γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα και τις αντίστοιχες κασέτες των συνεδριών, καθώς και 8 ερευνητικά πρωτόκολλα όσες ήταν ακριβώς και οι συνεδρίες.

Η Ερευνητική ομάδα, συναντούνταν σε συγκεκριμένο τόπο και χρόνο και οι οδηγίες που έλαβε ήταν αφού οι ερευνητές διαβάσουν και ταυτόχρονα ακούσουν το απομαγνητοφωνημένο κείμενο να αξιολογήσουν τους δύο ψυχοθεραπευτικούς παράγοντες του θεραπευτή κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Ο ένας ψυχοθεραπευτικός παράγοντας λειτουργούσε ως ο παράγοντας μελέτης για τον εκάστοτε φοιτητή/ερευνητή και ο δεύτερος ως μέτρηση ελέγχου (control) για κάποιον άλλο φοιτητή/ερευνητή.

Ο παράγοντας της παρούσας εργασίας ήταν η ερμηνεία/αναπλαισίωση και ο παράγοντας ελέγχου, η αυτοαποκάλυψη. Η δεύτερη μέτρηση έγινε από άλλο ερευνητή, ο οποίος είχε ως παράγοντα μελέτης την αντανάκλαση συναισθήματος και ως παράγοντα ελέγχου, την ερμηνεία-αναπλαισίωση. Οι μετρήσεις των συνεδριών ήταν τυχαίες για να αποφευχθούν τυχόν σφάλματα στις μετρήσεις.

Το ερευνητικό μας έργο περιελάμβανε το να αποφασίσουμε, αφού πρώτα ακούγαμε ή διαβάζαμε τις συνεδρίες είτε και κάναμε και τα δύο ταυτόχρονα, εάν ο υπό εξέταση ψυχοθεραπευτικός παράγοντας είναι παρών ή απών στην εκάστοτε συνεδρία στη συγκεκριμένη παρέμβαση/ατάκα του θεραπευτή.

Κάθε φορά διαβάζαμε την απομαγνητοφωνημένη συνεδρία, ή την ακούγαμε και μετά αξιολογούσαμε όλες τις παρεμβάσεις για τον ένα παράγοντα και μετά επαναλαμβάναμε την ίδια διαδικασία για το δεύτερο παράγοντα (τον control).

Για την αξιολόγηση του κάθε παράγοντα δημιουργούσαμε ένα πίνακα όπου γράφαμε το ονοματεπώνυμο μας, το όνομα του ψυχοθεραπευόμενου, την ημερομηνία

Κκκαι τον κωδικό αριθμό της συνεδρίας που αξιολογούσαμε και τον εκάστοτε ψυχοθεραπευτικό παράγοντα τον οποίο αξιολογούσαμε, είτε τον παράγοντα μελέτης ,μας είτε τον παράγοντα Control.

Στο πρωτόκολλο, υπήρχαν επίσης τρεις στήλες όπου στην πρώτη στήλη ήταν ο αύξων αριθμός παρέμβασης, δηλαδή βάζαμε τον αριθμό παρέμβασης του θεραπευτή, πράγμα το οποίο ήταν ήδη έτοιμο στο κείμενο (π.χ. 1T, 3T etc) και σημειώναμε με ένα Χ εάν κρίναμε ότι ο παράγοντας ήταν ***παρών*** και ένα Χ αντίστοιχα, εάν κρίναμε ότι ο παράγοντας ήταν ***απών.***

Ο πίνακας αυτός είχε αυτή τη μορφή:

Όνομα φοιτητή/ερευνητή : Καϊτέ Χάρις		
Όνομα Ψυχοθεραπευτού : Κος Ιωάννης Νέστορος		
Ημερομηνία & Κωδικός Αριθμός Συνεδρίας που αξιολογείται : 3/1/89 No.8		
Ψυχοθεραπευτικός Παράγοντας που αξιολογείται : Ερμηνεία/Αναπλαισίωση		
Παράγοντας υπό διερεύνηση : Ερμηνεία/Αναπλαισίωση **Παράγοντας Control : Αυτοαποκάλυψη**		
ΑΥΞΩΝ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	**ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ (Π.Χ. ΕΡΜΗΝΕΙΑ)**	
	ΠΑΡΩΝ	**ΑΠΩΝ**
1		Χ
2		Χ
3		Χ
4		Χ
5		Χ

Όταν πραγματοποιήθηκαν όλες οι μετρήσεις, πραγματοποιήσαμε την ανάλυση αξιοπιστίας με σκοπό να συγκρίνουμε τις δικές μας μετρήσεις με τις μετρήσεις του φοιτητή ο οποίος είχε τον παράγοντα μελέτης μας ως παράγοντα control. Στην επόμενη σελίδα παρατίθενται οι μετρήσεις.

Αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας

Ποσοστά εμφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας σε κάθε συνεδρία

3/1/89 Session No.8: 5÷145= 0,034

10/1/89 Session No.10: 17÷208= 0,081

5/3/89 Session No.16: 15÷291= 0,051

19/3/89 Session No.18: 4÷274= 0,014

5/6/89 Session No.00: 27÷239= 0,11

11/6/89 Session No.31: 16÷277= 0,057

26/5/90 Session No.38A: 5÷170= 0,029

6/6/90 Session No.40: 5÷150=0,033

Ποσοστά εμφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας ανά ημίωρα σε κάθε συνεδρία.

No.8: first half. 1÷72= 0,01

Second half. 4÷72= 0,055

No.10: first half 4÷104= 0,038

Second half: 13÷104= 0,125

No.16: first half. 7÷145= 0,049

Second half. 8÷145= 0,055

No.18 first half.0÷137= 0

Second half.4÷137=0,029

No.00 first half. 5÷119= 0,04

Second half. 22÷119= 0,18

No 31: first half.13÷139=0,094

Second half. 3÷139=0,021

No 38A: first half. 0÷85= 0

Second half. 5÷85= 0,059

No 40: first half.1÷75=0,013

second half: 4÷175=0,023

Session No.8. 3/1/89. Παρατηρητής 2

Α **4**	**Β** **1**
Γ **130**	**Δ** **10**

Session No.10 10/1/89 Παρατηρητής 2

Α **8**	**Β** **8**
Γ **184**	**Δ** **8**

Session No.16 5/3/89 Παρατηρητής 2

Α **5**	**Β** **10**
Γ **274**	**Δ** **2**

Session No.18 19/3/89 Παρατηρητής 2

Α **3**	**Β** **1**
Γ **265**	**Δ** **5**

Session No.00 5/6/89 Παρατηρητής 2

A **18**	**B** **8**
Γ **209**	**Δ** **4**

Session No. 38A 26/5/90 Παρατηρητής 2

A **4**	**B** **1**
Γ **159**	**Δ** **6**

Session No.40 6/6/90 Παρατηρητής 2

A **2**	**B** **O**
Γ **145**	**Δ** **3**

ΕΡΜΗΝΕΙΑ / ΑΝΑΠΛΑΙΣΙΩΣΗ: Ανάλυση Αξιοπιστίας

Session No.8. 3/1/89

$$\frac{B+\Gamma}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{1+130}{4+1+130+10} = \frac{131}{145} = 0.90$$

Session No.10. 10/1/89

$$\frac{B+\Gamma}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{8+184}{8+8+184+8} = \frac{192}{208} = 0.92$$

Session No.16. 5/3/89

$$\frac{B+\Gamma}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{10+274}{5+10+274+2} = \frac{284}{291} = 0.97$$

Session No.18. 19/3/89

$$\frac{B+\Gamma}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{1+265}{3+1+265+5} = \frac{266}{274} = 0.97$$

Session No.00 5/6/89

$$\frac{B+\Gamma}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{8+209}{18+8+209+4} = \frac{217}{239} = 0.90$$

Session No.31 11/6/89

$$\frac{B+\Gamma}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{6+264}{10+6+264+1} = \frac{270}{281} = 0.96$$

Session No.38A 26/5/90

$$\frac{B+\Gamma}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{1+159}{4+1+159+6} = \frac{160}{170} = 0.94$$

Session No.40 6/6/90

$$\frac{A+B}{A+B+\Gamma+\Delta} = \frac{0+145}{2+0+145+3} = \frac{145}{150} = 0.97$$

No.8 A=4
No.10 A=8
No.16 A=5
No.18 A=3
No.00 A=18
No.31 A=10
No.38^{A} A=4
No 40 A=2

A=54

No.8 B=1
No.10 B=8
No. 16 B=10
Nα. 18 B=1
Nα. 00 B=8
No.31 B=6
No.38^{A} B=1
No.40 B=0
B=35

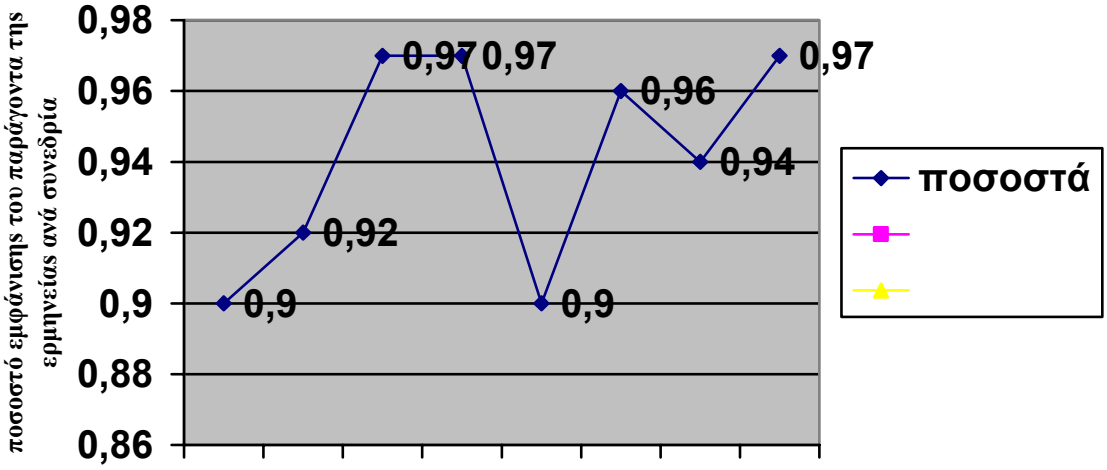
No.8 Γ=130
No.10 Γ=184
No.16 Γ=274
No.18 Γ=265
No.00 Γ=209
No.31 Γ=264
No.38^{A} Γ=159
No.40 Γ=145
Γ=1630

No.8 Δ=10
No.10 Δ=8
No.16 Δ=2
No.18 Δ=5
No.00 Δ=4
No.31 Δ=1
No.38^{A} Δ=6
No.40 Δ=3
Δ=39

Α **54**	**Β** **35**
Γ **1630**	**Δ** **39**

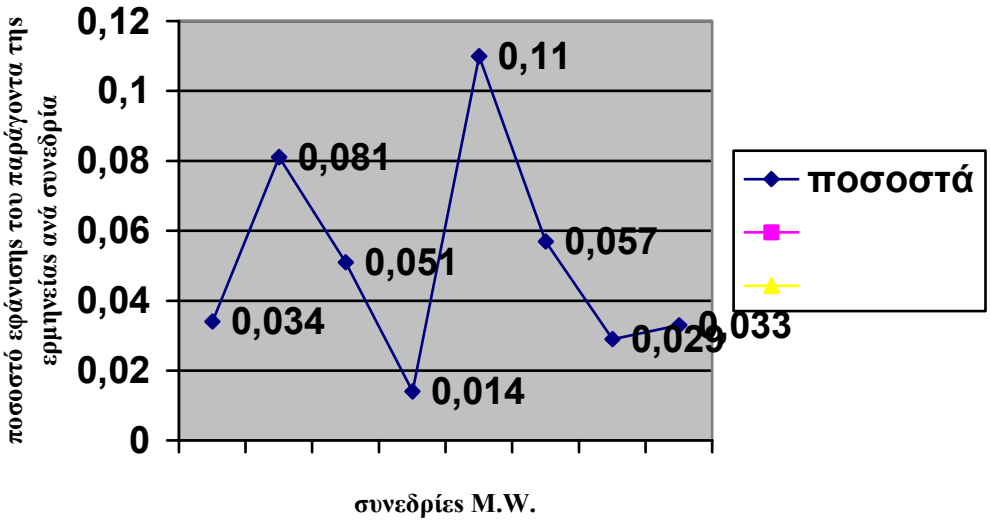
$$\frac{\text{Β+Γ}}{\text{Α+Β+Γ+Δ}} = \frac{35+1630}{54+35+1630+39} = \frac{1665}{1758} = 0.95$$

ανάλυση αξιοπιστίας

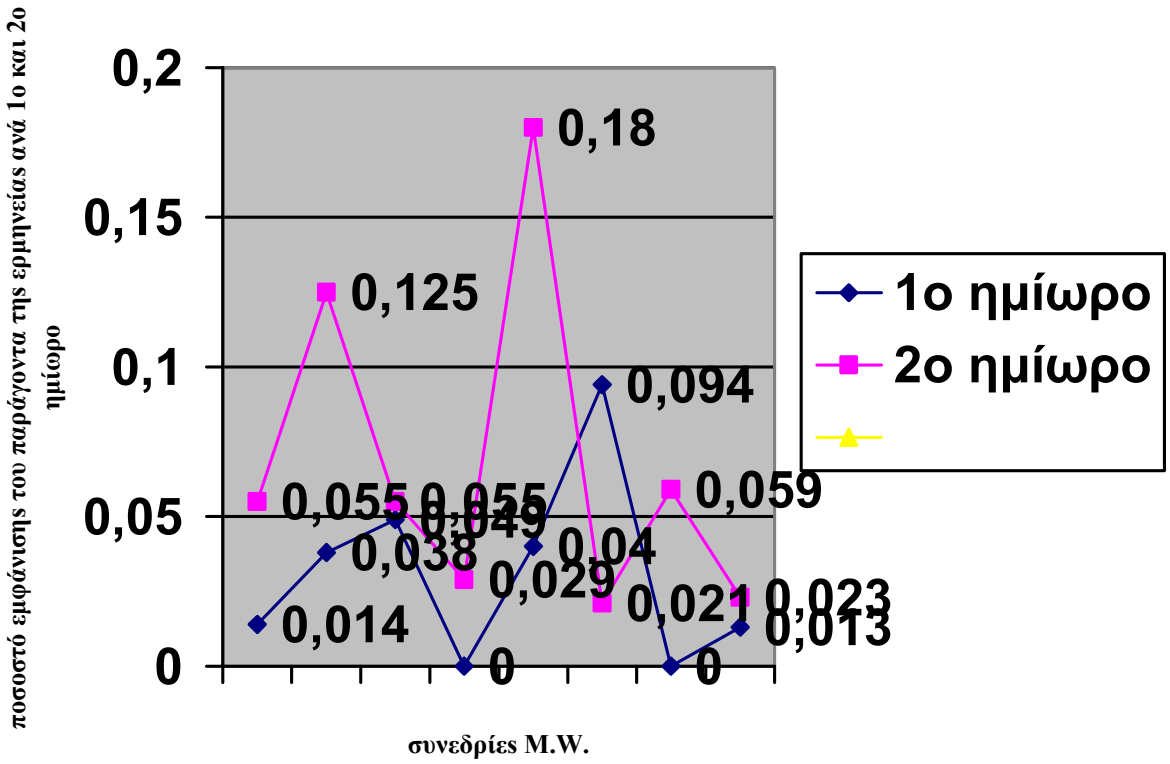


συνεδρίες M.W.

ποσοστά εφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας σε όλες τις συνεδρίες



ποσοστό συχνότητας εμφάνισης ερμηνείας κατά 1ο και 2ο ημίωρο ανά συνεδρία



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Γενικά, τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας τεκμηριώνουν την αρχική μας υπόθεση σύμφωνα με το ποσοστό εμφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας στηριζόμενα πάντοτε στις Γραφικές μας παραστάσεις, οι οποίες δείχνουν ότι:

1. Οι μετρήσεις μας είναι αξιόπιστες, εφόσον και ο πίνακας αξιοπιστίας δεν δείχνει καμία συστηματική αλλαγή στην αξιοπιστία σε σχέση με τις συνεδρίες, με απλά λόγια δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις μετρήσεις του ερευνητή που είχε ως παράγοντα μελέτης την ερμηνεία και των μετρήσεων του ερευνητή που είχε ως παράγοντα ελέγχου, την ερμηνεία-αναπλαισίωση.
2. Το ποσοστό εμφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας δεν αλλάζει σε συχνότητα, παραμένει σταθερό και φαίνεται να εμφανίζεται σπάνια.
3. Σύμφωνα με την καταμέτρηση του ποσοστού εμφάνισης του παράγοντα ανά συνεδρία, παρουσιάζεται μεγάλη μεταβλητότητα ανάμεσα στις συνεδρίες και ο λόγος είναι ότι τα ποσοστά διακυμαίνονται μεταξύ του 0,1-0,8.

Ειδικότερα, σύμφωνα με την πρώτη Γραφική παράσταση, δεν υπάρχει συστηματική σχέση μεταξύ των συνεδριών με το πέρασμα των συνεδριών γιατί όπως βλέπουμε υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας και σχετικά νωρίς και σχετικά αργά, δηλαδή και στις αρχικές συνεδρίες και στις τελευταίες συνεδρίες.Υπάρχει ένα ενδεχόμενο να υπάρχει μία αυξημένη τάση για ερμηνεία (εφόσον βλέπουμε ερμηνεία) κατά την $4^{η}$ και $5^{η}$ συνεδρια αλλά αυτό παραμένει μία ένδειξη και μόνο.

1. Σύμφωνα με τον πίνακα ο οποίος συσχετίζει το $1^{ο}$ και $2^{ο}$ ημίωρο δείχνει ότι εντός συνεδριών δεν υπάρχει καμία συστηματική σχέση μεταξύ του $1^{ου}$ και $2^{ου}$ ημιώρου και γι`αυτό το λόγο ο χρόνος δεν παίζει κανένα ρόλο.
2. Στις αρχικές συνεδρίες φαίνεται μία περιορισμένη τάση για ερμηνεία, ο θεραπευτής φαίνεται να ερμηνεύει αλλά όχι σε βάθος καθώς και διαφαίνεται μία ασταθής σχέση μεταξύ των δύο ημιώρων σε όλες τις συνεδρίες και της συχνότητας εμφάνισης του παράγοντα.

Για ποιο αναλυτική ερμηνεία των αποτελεσμάτων καλό θα ήταν να αναλύσουμε τις συνεδρίες στις οποίες παρατηρήθηκε αυξημένη εμφάνιση του παράγοντα της ερμηνείας κατά την $4^{η}$ και $5^{η}$ συνεδρία ανκαι ο παράγοντας φαίνεται να εμφανίζεται και

κατά τη 2η συνεδρία, όπου ο θεραπευτής φαίνεται να ερμηνεύει αλλά όχι σε βάθος, όπως ακριβώς συμβαίνει και κατά την 6η συνεδρία, λίγο πρίν από την περάτωση δηλαδή της ψυχοθεραπείας όπου έχουμε και πάλι ερμηνεία αλλά όχι σε βάθος, εφόσον τα θέματα τα οποία συζητιούνται κατά την 6η συνεδρία έχουν συζητηθεί και στο παρελθόν.

Κατά τη 2η συνεδρία, η οποία διενεργήθηκε στις 10/1/89 ο θεραπευόμενος M.W. φαίνεται αρκετά ανήσυχος, άλλωστε και σύμφωνα με το Ιστορικό ήταν από τα πρώτα ψυχωσικά επεισόδια και ήταν και βαρύ ψυχωσικό το οποίο και άρχισε στα μέσα του Οκτώμβρη του 1988 και διήρκεσε μέχρι τις αρχές Ιανουαρίου του 1989 (τουλάχιστον 3 μήνες) .

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη συνεδρία η οποία διενεργήθηκε στις 10/1/89 ο θεραπευόμενος M.W. εμφανίζεται πολύ αγχωμένος και φοβισμένος, φοβάται να κοιμηθεί με το φως κλειστό και εμφανίζει εμμονές σύμφωνα με τη θρησκεία καθώς επίσης και έντονα μεταβιβαστικά συναισθήματα απέναντι στο θεραπευτή του.

Ο θεραπευτής ***(42T)*** προσπαθεί να κάνει τον θεραπευόμενο να κατανοήσει ότι ο φόβος του για το σκοτάδι είναι φυσιολογικός και αν ήταν του λεει σε ένα δάσος και ήταν κυνηγός θα ήταν φυσιολογικό να φοβόταν εάν ένα λιοντάρι ή ένα φίδι ή όποιοδήποτε άλλο ζώο τον κυνηγούσε για να τον βλάψει αλλά σύμφωνα με τα παρόντα δεδομένα εφόσον ζει σε διαμέρισμα στον τέταρτο όροφο είναι λίγο απίθανο να του συμβεί κάτι τέτοιο.”

Ο θεραπευόμενος τότε ρωτά εάν ο φόβος του είναι ανοησία και ο θεραπευτής τον καθησυχάζει λέγοντας του ότι είναι φυσικό να φοβάται το σκοτάδι γιατί όλοι οι άνθρωποι έχουν φοβηθεί το σκοτάδι κάποτε στη ζωή τους και ότι είναι ένα στοιχείο καθορισμένο από την ηλικία.

Ο θεραπευτής (***75T)*** δίνει μία άλλη ερμηνεία και πάλι στο φόβο του θεραπευόμενου για το σκοτάδι λέγοντας του ότι στην ουσία ίσως να μην φοβάται το σκοτάδι αλλά κάτι άλλο, ίσως φοβάται ότι δεν θα γίνει ποτέ καλά και με αυτό τον τρόπο βοηθά τον Mark W. να κατανοήσει ότι στην ουσία δεν φοβάται το σκοτάδι αλλά ακριβώς το ότι δεν θα γίνει ποτέ καλά και στο να κατανοήσει επίσης πως οι παραληρηματικές του ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου,οι οποίες συγκεκριμένα αφορούν την απόκτηση νιρβάνας από τον ίδιο τον M.W. είναι αποτέλεσμα αυξημένου άγχους γιατί σύμφωνα και με την λαϊκή ρύση “ο φοβισμένος, φοβάται την σκιά του”, όπως ακριβώς συμβαίνει και στις ατάκες ***(165T,166T),***όπου ο θεραπευτής προσπαθεί να ερμηνεύσει τους φόβους του θεραπευόμενου και μέσα από λογικά επιχειρήματα να τον

κάνει να κατανοήσει ότι οι φόβοι του αυτοί είναι αδικαιολόγητοι και πώς είναι αποτέλεσμα άγχους πράγμα που φαίνεται ότι καταφέρνει εφόσον ο θεραπευόμενος αντιδρά θετικά στις παρεμβάσεις του θεραπευτή.

Σε κάποιο σημείο της συνεδρίας ο θεραπευόμενος, σύμφωνα με την ερμηνεία του θεραπευτή φαίνεται να αναπτύσσει αρνητικά μεταβιβαστικά συναισθήματα απέναντι στο θεραπευτή του ***(58T,117T,118T,122T,128T,129T)*** εφόσον ο Mark φαίνεται να παραδέχεται ότι ενοχλείται από την φιγούρα του θεραπευτή γιατί αρνείται να αλληλεπιδράσει μαζί του εφόσον του θυμίζει τον πατέρα του.

Στο τέλος της 2^{ης} συνεδρίας, ο θεραπευόμενος, με τη βοήθεια των ερμηνειών του θεραπευτή φαίνεται να κατανοεί ότι πρέπει να στηριχτεί στον εαυτό του για να επιτύχει τα καλύτερα αποτελέσματα γιατί τόσο καιρό στηριζόταν μόνο στη βοήθεια των άλλων και λόγω παρατεταμένου άγχους είχε διαμορφώσει την παραληρηματική ιδέα ότι ήταν ο Ιησούς Χριστός.

Σύμφωνα με την 6^{η} συνεδρία, η οποία και διενεργήθηκε στις 11/6/89 όπου δικαιολογημένα παρατηρείται μία δικαιολογημένη τάση του θεραπευτή για ερμηνεία επειδή ο M.W. φαίνεται πολύ αγχωμένος και διακρίνονται ακόμα οι παραληρητικές ιδέες ότι είναι ο Ιησούς Χριστός και ο θεραπευτής ***(78T)*** φαίνεται να το ερμηνεύει ως παρατεταμένη έλλειψη ύπνου. Ο θεραπευόμενος σ`αυτή της συνεδρία εμφανίζεται επίσης και φοβισμένος και ανασφαλής και φταίει το παρελθόν του και τον πατέρα του γι` αυτό και ο θεραπευτής από την πλευρά του ερμηνεύει αυτή του την ανασφάλεια ***(86T)*** χρησιμοποιώντας την ψυχαναλυτική θέση η οποία στηρίζεται στα τραύματα της παιδικής ηλικίας και προσπαθεί να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να κατανοήσει ότι η ανασφάλεια του συνδέεται με το γεγονός ότι ο πατέρας του τον φώναζε ανόητο και ανίκανο, τότε εάν βρει κατά κάποιο τρόπο την πηγή της ανασφάλειας του, τότε με τη βοήθεια του θεραπευτή θα το ξεπεράσει και θα πιστέψει περισσότερο στον εαυτό του και τέλος να αλλάξει το γνωστικό πλαίσιο (8^{η} αρχή της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας), τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο σκέφτεται και να κατανοήσει ότι η ανασφάλεια που νοιώθει είναι αδικαιολόγητη ***(171T)*** και να ξεπεράσει μέσα από λογικά επιχειρήματα, τα οποία προβάλλει ο θεραπευτής στον θεραπευόμενο όλες τις ανασφάλειες του και να νοιώσει ωραία με τον εαυτό του και να καταφέρει επιτέλους να βρει μία κοπέλλα, να νοιώσει ότι μπορεί να αρέσει (πράγμα το οποίο φαίνεται να είναι το επίκεντρο της συνεδρίας).

Σύμφωνα με τις Γραφικές μας παραστάσεις, κατά την 4^{η} και 5^{η} συνεδρία, διακρίνεται μία τάση του θεραπευτή για ερμηνεία (είναι το μέσο όλων των συνεδριών)

και κατά τη διάρκεια των οποίων έρχονται στο προσκήνιο προβλήματα, τα οποία άνκαι είχαν ξανασυζητηθεί και κατά το παρελθόν εντούτοις εμμένουν, όπως το γεγονός ότι λόγω κατάθλιψης γυρνά πάντα στα γεγονότα του παρελθόντος, η κατάθλιψη του εμφανίζεται στο μέσο της βδομάδας και φαίνεται να του προκαλεί μία αδυναμία και η ερμηνεία που δίνει ο θεραπευτής στο γεγονός ότι ο θεραπευόμενος πιστεύει πως αν δεν γίνονταν όλα αυτά τότε όλα θα ήταν μια χαρά είναι πώς (204T) όλα αυτά που έγιναν, ήταν μία ευκαιρία για τον θεραπευόμενο να αναδιοργανώσει τη ζωή του και να μάθει τον εαυτό του καλύτερα.

Τέλος, στην 5η συνεδρία επίσης εμφανίζεται μία τάση για ερμηνεία η οποία σχετίζεται με τον πατέρα και τα αρνητικά μεταβιβαστικά συναισθήματα τα οποίαεκδηλώνει ο θεραπευόμενος στο θεραπευτή του λόγω του πατέρα.(54,56, 64etc.) όπου ο θεραπευτής του λεει πως έχει συνδέσει τον πατέρα του με τον θάνατο και την ανυπαρξία, γι` αυτό και τα σχέδια του εστιάζονται σε αυτό, γι` αυτό και πρέπει να το κατανοήσει αυτό και να σταματήσει να μπερδεύει τον εαυτό του μέσα από αυτές τις παράξενες ιδέες.

Συζήτηση και Συμπεράσματα.

Σύμφωνα με την υπόθεση που κάναμε ο θεραπευτής δεν θα έχει την τάση να ερμηνεύει και τόσο στην αρχή, θα ερμηνεύει αλλά όχι σε βάθος και το ίδιο θα γίνεται και στο τέλος και ο λόγος θα είναι ότι αν αρχίσει να ερμηνεύει σε βάθος από την αρχή τότε ίσως αυτό λειτουργήσει ως υποβολή και ο θεραπευόμενος αντί να βοηθάται, θα καθοδηγείται κατά κάποιο τρόπο από τον θεραπευτή και τότε θα έχουμε τα αντίθετα αποτελέσματα.

Αρχικά, κατά τη γνώμη μου ο ασθενής χρειάζεται την ερμηνεία, αλλά όχι την ερμηνεία σε βάθος για να βοηθηθεί και να κατανοήσει ότι ο θεραπευτής του είναι εκεί τώρα που τον χρειάζεται και στο τέλος δεν χρειάζεται και τόσο την ερμηνεία εφόσον τα περισσότερα προβλήματα έχουν και προηγμένως συζητηθεί και πλέον ο θεραπευόμενος έχει μάθει τον τρόπο.

Ίσως να εμφανίζεται μία τάση προς ερμηνεία κατά το μέσο των συνεδριών όπου ο θεραπευόμενος έχει ήδη αποκτήσει μία οικειότητα προς τον θεραπευτή του και έχει ήδη εξωτερικεύσει τα προβλήματα του και εκεί ακριβώς χρειάζεται την ερμηνεία του θεραπευτή για να βοηθηθεί να βγάλει στην επιφάνεια τα πραγματικά του συναισθήματα.

Όπως φάνηκε και από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που μας έδωσαν οι γραφικές παραστάσεις και η ανάλυση αξιοπιστίας, η μελέτη μας ήταν έγκυρη και αξιόπιστη και ο παράγοντας μελέτης έδειξε να εμφανίζεται σπάνια, όπως ακριβώς και είχαμε προβλέψει.

Επίσης φαίνεται, μέσα από τις συνεδρίες ότι οι ερμηνείες είναι πολύ βοηθητικές για το θεραπευόμενο γιατί τον βοηθούν στην αλλαγή του γνωστικού πλαισίου του θεραπευόμενου, τον κάνουν να σκέφτεται ποιο θετικά για τον εαυτό του, να εμφανίζει τα πραγματικά του συναισθήματα και να κάνει τις κατάλληλες κάθε φορά συνδέσεις ουτως ώστε να βρίσκει την πηγή του προβλήματος και να το αντιμετωπίζει.

Ο θεραπευτής, μέσα από τις συνεδρίες, φαίνεται να χρησιμοποιεί ψυχαναλυτικού τύπου ερμηνείες, ερμηνείες μεταβίβασης (5η συνεδρία 52,53,54 etc) όπου και φαίνεται να λειτουργούν θετικά στο M.W. όπως υποστηρίζουν και άλλες έρευνες ότι είναι δραστικές (Freud, 1914/1953; Malan, 1963,1976a, 1976b,Stratchey,1934) άνκαι κάποιες άλλες έρευνες φαίνεται να υποστηρίζουν ότι αυτού του είδους οι ερμηνείες δεν είναι και τόσο δραστικές (Hoglend, 1996; Marziali, 1984; Marziali & Sullivan, 1980; Piper, Azim, Joyce, & McCallum, 1991; Piper,

Debbane, Bienvenu, de Carufel, & Garant, 1986) και οι McCullough et al. (1991) φαίνεται να υποστηρίζουν ότι η θετική αντίδραση όπως είχε και ο M.W. στη δικιά μας περίπτωση σε αυτού του είδους τις ερμηνείες φέρνει πολύ θετικά αποτελέσματα. (Hill & O` Brien,1999,).

Ο M.W. φαίνεται να αντιδρά θετικά στις ερμηνείες του θεραπευτή εφόσον φαίνεται να κατανοεί την πηγή των προβλημάτων του και να κατανοεί ότι το παραλήρημα του είναι απόρροια της παρατεταμένης αϋπνίας του και του αυξημένου άγχους το οποίο και βιώνει και το οποίο αυξάνεται μέσα από τις παραληρηματικές ιδέες του. Αυτό χαρακτηριστικά φαίνεται στις εξής συνεδρίες και ατάκες: (11/6/89, 78, 85,etc.)

Το ποιο πάνω συμπέρασμα, φαίνεται να τεκμηριώνεται και μέσα από τα ευρήματα της μελέτης των Hill, Helms, Tichenor et.al., 1988, όπου τόσο οι θεραπευόμενοι, όσο και οι θεραπευτές αξιολόγησαν τις ερμηνείες ως πολύ βοηθητικές και οι θεραπευόμενοι φάνηκε να έχουν θετική ανταπόκριση απέναντι στη χρήση της ερμηνείας, πράγμα το οποίο και τους βοήθησε να εκδηλώσουν τα πραγματικά τους συναισθήματα. (Hill & O` Brien, 1999).

Επίσης, όπως φαίνεται και από την δική μας μελέτη, αλλά όπως υποστήριξαν και τεκμηρίωσαν μέσα από τη δική τους μελέτη οι Claiborn & Dowd, 1985; Claiborn, Ward, & Strong, 1981; Forsyth & Forsyth, 1982; Speisman, 1959) οι ερμηνείες οι οποίες έχουν ένα μέτριο βάθος είναι καλύτερες από αυτές που είτε είναι πολύ επιφανειακές, είτε γίνονται σε πολύ βάθος, όσες ερμηνείες έχουν σημειωθεί κατά τη διάρκεια των 8 συνεδριών δεν έχει γίνει καμία σε βάθος.

Σύμφωνα με τους Hill, Thompson, Mahalik (1989) οι ερμηνείες οι οποίες είχαν ένα μέτριο βάθος παρουσιάστηκαν μόνο στο δεύτερο ημίωρο της θεραπείας, επαναλήφθηκαν πολλές φορές και φαίνεται να ήταν ακριβής γι` αυτό και βοήθησαν την θεραπευόμενη στη συγκεκριμένη μελέτη να αποκαλύψει σημαντικά μυστικά από τη ζωή της και να αλλάξει τον τρόπο ζωής της και να τον κάνει περισσότερο λειτουργικό. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, όπως διαπιστώθηκε και αργότερα έδειξαν ότι ο θεραπευτής σπάνια ερμήνευε τα λεγόμενα του θεραπευόμενου, ότι η συχνότητα εμφάνισης της ερμηνείας εξαρτάτο από τη σχέση και την ετοιμότητα του πελάτη, από το timing μεταξύ των συνεδριών, την επανάληψη και το ζευγάρωμα με άλλες θεραπευτικές ικανότητες όπως την αποδοχή, την ανατροφοδότηση, την αντανάκλαση, την παράφραση και την άμεση καθοδήγηση.

Αντίθετα, σύμφωνα με τα δικά μας αποτελέσματα, η ερμηνεία άνκαι εμφανίζεται επίσης σπάνια, δεν φάνηκε συστηματική σχέση ανάμεσα στις συνεδρίες με το πέρασμα των συνεδριών επειδή υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης του παράγοντα και σχετικά νωρίς και σχετικά αργά και επίσης δεν υπάρχει καμία συστηματική συσχέτιση μεταξύ του 1^{ου} και του 2^{ου} ημιώρου και δεν παίζει κανένα ρόλο το timing, απλά ίσως στο μέσο των συνεδριών να χρειάστηκε περισσότερο η χρήση της ερμηνείας γιατί ο ασθενής φαίνεται λίγο περισσότερο φοβισμένος και αγχωμένος κατά την 4^{η} και 5^{η} συνεδρία.

Γενικά, από μελέτες των Barckham & Shapiro, 1986; Hill, Helms, Tichenor, et.al., 1988 φάνηκε ότι σπανίως γίνεται χρήση της ερμηνείας σε σχέση με τη χρήση άλλων παραγόντων (ποσοστό το οποίο διακυμαίνεται από 6%-8%) και ότι οι ψυχαναλυτές τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο την ερμηνεία απ`ότι οι Συμπεριφοριστές.( Hill & O` Brien, 1999). Μέσα από τη δική μας μελέτη φάνηκε η σπάνια χρήση της ερμηνείας αλλά τον μόνο παράγοντα τον οποίο μπορώ να συγκρίνω με την ερμηνεία ως προς το ποσοστό εμφάνισης είναι τον παράγοντα control, ο οποίος και ήταν η αυτοαποκάλυψη και ο οποίος εμφανιζόταν ακόμα ποιο σπάνια και από την ερμηνεία. Τώρα, όσον αφορά την θέση της Ψυχοθεραπείας, η οποία χρησιμοποιείται, της συνθετικής το αποτέλεσμα συμβαδίζει γιατί οι Συνθετικοί Ψυχοθεραπευτές δεν χρησιμοποιούν και τόσο την ερμηνεία, ως παράγοντα παρέμβασης.

Τέλος, σύμφωνα με την άποψη του Hans Strupp (1989): «οι θεραπευτές πρέπει να χρησιμοποιούν τις ερμηνείες με φειδωλότητα γιατί με αυτό τον τρόπο μειώνουν τις αντιστάσεις του θεραπευόμενου. Επίσης, η γλώσσα που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές πρέπει να εμπερικλείεται από επιχειρήματα και να είναι κοντά στη γλώσσα που χρησιμοποιεί ο θεραπευόμενος καθώς και οφείλει να μειώσει τα συμπεράσματα και τις εικασίες. Η έμφαση πρέπει να γίνεται πάνω στην ενσυναισθητική κατανόηση, η οποία και θα ενισχύσει τη θεραπευτική συμμαχία και παραφράζοντας το ρητό της Friedda Fromm Reichmann (1950) διατυπώνει ότι αυτό το οποίο είναι δραστικό στη ψυχοθεραπεία είναι: οι εμπειρίες του θεραπευόμενου μέσα από την ψυχοθεραπεία εάν την εκλαμβάνει σαν μία βοηθητική και εποικοδομητική ανθρώπινη σχέση, η οποία ενισχύει τις προσπάθειες, τις οποίες καταβάλλουν οι θεραπευόμενοι για να ξεπεράσουν το προβληματικό τους παρελθόν και όχι σαν μία ερμηνεία για το πώς και το γιατί κατέληξαν να είναι ψυχοπαθολογικές προσωπικότητες ή όχι.» (Strupp, 1989).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα εργασία, είχε ως στόχο την μελέτη των παρεμβάσεων του θεραπευτή σε άτομα με Σχιζοφρενικά συμπτώματα και αποτελείτο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος στηρίχθηκε καθαρά σε βιβλιογραφικές πηγές, ήταν δηλαδή καθαρά ένα θεωρητικό κομμάτι και το δεύτερο ήταν ένα ερευνητικό κομμάτι εφόσον περιελάμβανε, μετρήσεις, γραφικές παραστάσεις και ανάλυση αξιοπιστίας του παράγοντα μελέτης ο οποίος για μένα ήταν το ποσοστό εμφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας/αναπλαισίωσης.

Στο θεωρητικό κομμάτι της διπλωματικής μου εργασίας, έχω ασχοληθεί με τον ορισμό της έννοιας της ψυχοθεραπείας, έχω αναφέρει τα μοντέλα ψυχοθεραπείας και τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων, τα στάδια της ψυχοθεραπείας καθώς επίσης και στο τι είναι η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, έχω παραθέσει ένα Ιστορικό του Κινήματος για τη σύνθεση των μοντέλων ψυχοθεραπείας, των παραγόντων που διευκόλυναν τη σύνθεση, των κοινών θεραπευτικών παραγόντων όπως είναι α) η θεραπευτική σχέση, β) η μείωση του άγχους και η συναισθηματική υποστήριξη, γ) η φροντίδα και ο ορθολογισμός, η πειθώ και η υποβολή, δ) η ταύτιση του θεραπευτή με το θεραπευόμενο, ε) ο αυτοέλεγχος και η αυτονομία και στ) η πρόβα και η αντιμετώπιση του προβλήματος in vivo.

Στη συνέχεια έχω παραθέσει τα εμπόδια που υπάρχουν όσον αφορά τη σύνθεση των διαφόρων μοντέλων και είναι: α) το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα μοντέλο το οποίο να είναι ιδανικό για να υπερισχύσει των υπολοίπων, β) υπάρχουν διάφορες θεωρίες, οι οποίες έχουν τις δικές τους αρχές η κάθε μία, γ)δεν υπάρχει ένας κοινός κώδικας επικοινωνίας μεταξύ των θεραπευτών, δ) δεν υπάρχει κοινή αποτελεσματικότητα όσον αφορά την αντιμετώπιση των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, ε) το ότι χρειάζεται εκπαίδευση των νέων θεραπευτών στη συνθετική προσέγγιση και τέλος στ) χρειάζεται να αποσαφηνιστεί η σύγχυση που δημιουργείται στο πεδίο των Συνθετικών μοντέλων.

Αμέσως έπειτα έχω κάνει αναφορά στις 14 βασικές αρχές του μοντέλου οι οποίες είναι:

1. Η σύνθεση των διαφορετικών θεωριών προσωπικότητας, ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπείας είναι εφικτή επειδή αυτές οι θεωρίες δεν είναι αντικρουόμενες μεταξύ τους, ιδιαίτερα αν οι συγκεκριμένες πλευρές τους απαρτιωθούν με ένα συγκεκριμένο τρόπο.

2. Αισιοδοξία του θεραπευτή για το αποτέλεσμα και επικοινωνία του μηνύματος στο θεραπευόμενο ώστε να αυξηθούν οι προσδοκίες επιτυχίας της θεραπείας.
3. Η θεραπευτική σχέση είναι πολύ σημαντική.
4. Σημασία στη μείωση του άγχους του θεραπευόμενου και στην προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης.
5. Σημασία στις παρελθούσες εμπειρίες.
6. Η αντίσταση του θεραπευόμενου και ο φόβος της αλλαγής, καθώς και οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί του ανθρώπινου οργανισμού αποτελούν φυσικά φαινόμενα.
7. Εκπαίδευση του θεραπευόμενου στον εντοπισμό των συναισθημάτων και σκέψεων του και στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης τους στον καθορισμό της συμπεριφοράς του.
8. Αλλαγή του γνωστικού πλαισίου και παροχή στο θεραπευόμενο αισιόδοξης λογικής εξήγησης/επιχειρηματολογίας.
9. Τελικός στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η απόκτηση θετικής διάθεσης και νοητικής ισορροπίας.
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.
11. Διατήρηση των κοινωνικών παραμέτρων (του περιβάλλοντος του θεραπευόμενου) υπό έλεγχο στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.
12. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε υγιή και ψυχικά διαταραγμένα άτομα.
13. Η ψυχοθεραπεία είναι μία περίπλοκη διαδικασία, που απαιτεί συγκεκριμένες συνθήκες και προσεκτικό σχεδιασμό του θεραπευτικού πλαισίου ώστε να είναι επιτυχής.
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.

Στη συνέχεια της εργασίας έγινε αναφορά και στην σοβαρή ψυχική διαταραχή την Σχιζοφρένεια, εφόσον και οι μετέπειτα μετρήσεις που ακολούθησαν κατά το δεύτερο μέρος της εργασίας αφορούσαν τις παρεμβάσεις του θεραπευτή σε άτομα με

Σχιζοφρενικά συμπτώματα. Έγινε αναφορά στα θετικά και αρνητικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας, αναφέρθηκαν θεωρίες, οι οποίες αφορούσαν την αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής , με κυρίαρχες την Ντοπαμινεργική και Gabaεργική υπόθεση, όπως ακριβώς και στον παράγοντα της κληρονομικότητας και μέσα από μία αναφορά που αφορούσε τη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής κρίθηκε ως κατάλληλη αντιμετώπιση η χρήση του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπεία και όσον αφορά τις ψυχοθεραπευτικές θεωρίες ως καταλληλότερη κρίθηκε ο Γνωστικός Συμπεριφορισμός καθώς και φάνηκε μέσα από έρευνες που είχαν διενεργηθεί στο Κ.Θ.Ψ.Π.Α. ως καταλληλότερη θεραπεία για Χρόνιους ψυχωσικούς ασθενείς όπως είναι οι Σχιζοφρενείς, η χρήση της ομαδικής ψυχοθεραπείας. (Αναγνώστου, Ανανίδου, Βολίδου, Κορκόκιος & Ματσέλη, 1976)

Στη συνέχεια, έγινε ανάλυση του υπό μελέτη ψυχοθεραπευτικού παράγοντα της ερμηνείας/αναπλαισίωσης και ιστορική αναδρομή και μελετήθηκε η μορφή που παίρνει ο παράγοντας στις διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις καθώς και η σχέση του με το Συνθετικό μοντέλο όπου και αναφερθήκαμε στο ποσοστό συχνότητας εμφάνισης, το οποίο κατά τη Συνθετική είναι σπάνιο καθώς και τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιεί η Συνθετική την ερμηνεία και τέλος κάναμε την υπόθεση ότι στο δεύτερο μέρος της εργασίας, το οποίο είναι και το ερευνητικό κομμάτι, μέσα από τις μετρήσεις μας θα βρίσκαμε σπάνια την εμφάνιση της ερμηνείας και πώς η ερμηνεία δεν θα ήταν και τόσο εμφανής στην αρχή εφόσον κάτι τέτοιο ίσως να λειτουργούσε και ως υποβολή.

Τέλος, στο δεύτερο κομμάτι της εργασίας μας, το οποίο και αφορούσε όπως έχω προαναφέρει την έρευνα, είχαμε κάνει ένα λειτουργικό προσδιορισμό της ερμηνείας, περιγράψαμε το υλικό μελέτης, καθώς και την ερευνητική διαδικασία, το πρωτόκολλο καταγραφής, αξιολόγησης και ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων και τέλος παραθέσαμε τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας τα οποία ανάμεσα σε άλλα ήταν και τα εξής:

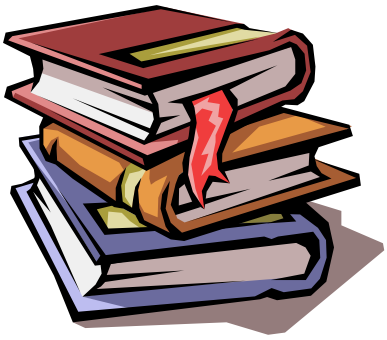
1. Η παρούσα έρευνα είναι καθ`όλα αξιόπιστη, εφόσον, σύμφωνα με τον πίνακα αξιοπιστίας, δεν υπάρχει συστηματική αλλαγή στην αξιοπιστία σε σχέση με τις συνεδρίες.
2. Το ποσοστί εμφάνισης του παράγοντα της ερμηνείας δεν αλλάζει σε συχνότητα, παραμένει σταθερό και φαίνεται να εμφανίζεται σπάνια.

Γενικά, αξίζει να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας ήταν έγκυρα και αξιόπιστα, σύμφωνα με την ανάλυση αξιοπιστίας, την οποία και είχαμε διενεργήσει και συμφωνούν αλλά και διαφωνούν με πολλές έρευνες οι οποίες

είχαν διενεργηθεί κατά καιρούς από διάφορους ερευνητές και αφορούσαν τον παράγοντα της ερμηνείας. (Hill & O` Brien, 1999).

Κλείνοντας την σύντομη αυτή περίληψη της εργασίας μου, θα ήθελα να πω ότι καλό θα ήταν οι ψυχοθεραπευτές και οι ερευνητές να αλληλοβοηθούνται για την επίτευξη ενός καλύτερου αποτελέσματος για τον ασθενή καθώς και να βρεθούν άλλοι τρόποι ανάλυσης των θεραπευτικών παραγόντων και να μην ξεχνούν ποτέ οι θεραπευτές ότι το κάθε άτομο το οποίο προσπαθούν να βοηθήσουν είναι διαφορετικό, με τις δικές του ιδιαιτερότητες και καλό θα ήταν να επέλθει τελικά μία σύνθεση των μοντέλων γιατί αυτή θα βοηθούσε το κάθε άτομο και τέλος, να μην ξεχνάμε ποτέ να κάνουμε το καλύτερο για το άτομο το οποίο εξετάζουμε εφόσον πιστεύουμε στο ιάσιμο των ψυχικών διαταραχών. (Strupp, 1989).

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους με στήριξαν αυτά τα τέσσερα χρόνια της εκπαίδευσης μου στο Ρέθυμνο και με τις γνώσεις που μου παρείχαν και ιδιαίτερα στον Κο Νέστορος, στην Κα Ζγαντζούρη και στον Κο Mellon που με βοήθησαν πρώτα να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου και τις δυνατότητες μου και μου έδωσαν τις βάσεις για να γίνω μία ψυχολόγος, ένα όνειρο το οποίο και πραγματοποιήθηκε αλλά ακόμη βρίσκεται στα σπάργανα, εφόσον δεν έχω αναλάβει ακόμα δικούς μου ασθενείς. Υπόσχομαι να μην σας απογοητεύσω ποτέ!!!!



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Αναγνώστου, Ι., Ανανίδου Ε., Βολίδου., Μ, Κορκόκιος, Θ., Ματσέλη, Β., (1971) Στο Ρασιδάκις, Ν.Κ. ***Κλινική και ψυχολογική εκτίμηση στην εφαρμογή της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε χρόνιους σχιζοφρενείς ασθενείς.*** Αθήνα: Ιατρικά Χρονικά.
2. Γαλανός, Γ.Γ. (1972). ***Μετά τον Freud, "Κριτική της Ψυχαναλυτικής θεωρίας",*** Θεσσαλλονίκη.
3. Γαλανός, Γ.Γ. (1965). ***Οι διάφορες σχολές της Ψυχιατρικής,*** Θεσσαλονίκη.
4. Κολλάρου, Τ., Ματσέλη, Β. Ρασιδάκι, Ν.Κ. και Σταθάκη, Α. (1975). ***Στατιστική ανάλυση σε ιδιωτικές περιπτώσεις ψυχικών αρρώστων.*** Αθήνα: Ιατρικά Χρονικά.
5. Μάνος, Ν. (1997). ***Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής.*** Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
6. Νέστορος, Ι.Ν. & Βαλλιανάτου, Ν.Γ. (1990/1996). ***Συνθετική Ψυχοθεραπεία.*** Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
7. Νέστορος, Ι.Ν., Ζγαντζούρη, Κ.Α. και Λαμπρόπουλος, Γ.Κ. (1991). ***Συνθετική Ψυχοθεραπεία: Από τη θεωρία στην εφαρμογή.*** Στο Π. Ασημάκης (επιμέλεια). ***Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα:*** Από τη θεωρία στην εφαρμογή. Αθήνα: Ινστιτούτο, Προσωπικής Ανάπτυξης και University of Indianapolis Athens Press (σελ. 352-378).
8. Νέστορος, Ι.Ν. & Ζγαντζούρη, Κ.Α. (2002, υπό έκδοση). Περί Ψυχωσικών Εκδηλώσεων. Στο Μ. Καϊλά (επιμέλεια), ***Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία.*** Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.
9. Νέστορος, Ι. Ν., Καλαϊτζάκη, Α. Ε. Και Ζγαντζούρη Κ. Α. (1999). ***Αντιμετώπιση ατόμων με σχιζοφρενικά συμπτώματα με το συνθετικό μοντέλο***

Ψυχοθεραπείας. Ερευνητική Προσέγγιση. Στο Γ. Σ. Παπαστάμου, Σ. Κανελλάκη, Α. Μαντόγλου, Σ. Καστανιώτης: Αθήνα (σελ.357-371).

10. Νέστορος, Ι.Ν. & Πολεμικός, Ν. (1995). ***Η Θεραπεία Gestalt.*** Στο Ο` Leary, Ε. (επιμέλεια). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
11. Τριλίβα, Σ. (2000). ***Ψυχαναλυτική διάγνωση.*** Στο McWilliams, Ν. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

12. Ahern, M & Malerstein, A.J. (1989). ***Psychotherapy and character structure: how to recognize and treat particular character types.*** New York: Human Science Press.
13. Alvarez, A. (1936). ***Live company: psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children.*** London; New York: Tavistock, Routledge.
14. Barondes, S. "Molecules and mental Illness" (1993) μετάφραση από την Αγγλική: Καστελλάκης, Α. Α. & Παναγής, Γ. Θ. ***"Στοιχεία Μοριακής Νευροβιολογίας & Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών".*** Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
15. Basch, M. F. (1995). ***Doing Brief Psychotherapy,*** New York: Basic Books.
16. Beitman, G., Bernard, D. & Klerman, L. (Eds) (1991), ***Intergrating pharmacotherapy and psychotherapy.*** 1st Ed., Washington DC: American Psychiatric Press.
17. Bentall, P. R., (1997). ***Reconstructing Schizophrenia,*** New York: Routledge.
18. Bergin, A. & Strupp, H. H. (1972). ***Changing frontiers in the science of*** psychotherapy**.** Chicago: Aldine, Atherton.
19. Brammer, L.M. (1988). ***The helping relationship: process and skills.*** Engelwood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
20. Burrows, G. Norman, R. & Rubinstein, G. (Eds.), (1986), ***Handbook of studies on schizophrenia.*** New York, USA, soledistributors for the USA & Canada: Elsevier Science Publishers.
21. Dryden, W. (1996). ***Research in counselling and psychotherapy: practical applications.*** London: Thousand Oaks Sage Publications.

22. Danualbo, H. (Eds), (1994). ***Basic principles in short term dynamic psychotherapy***. N.Y: SP. Medical & Scientific Books.
23. Delisi, L.E. & Henn, A. F. (Eds), (1987). ***The Neurochemistry and neuropharmacology of schizophrenia.*** Amsterdam. New York: Elsevier, N.Y. Sole distributors for the USA and Canada, Elsevier Science publications.
24. Ellis, A. (1962). ***Reason and Emotion in psychotherapy.***
25. Fann, E. W. (Eds) (1978). ***Phenomenology and treatment of schizophrenia.*** Jamaica, N.Y: Spectrum Publications.
26. Farber, B. L. & Brink, C. D., Raskin, P.M. & Bowen Boas, M. (Eds.), (1996). ***The psychotherapy of Carl Rogers: cases and commentary***. New York: Guilford Press.
27. Firth, C. D. (1992). ***The cognitive neuropsychology of schizophrenia.*** Have, UK, Hillsdale, USA: L. Erlbaum Ass.
28. Freedheim, D. K. & Freudenberger, H.J. (Eds.),. (1992). ***History of psychotherapy: a century of change,*** 1st ed. Washington D.C: APA
29. . Freud, S. (1856-1939). ***Άπαντα.*** Μετάφραση Παύλου, Κ. Σύρρου, Αθήνα: Πανεκδοτική.
30. Fromm- Reichmann, F. (1960). ***Principles of intensive psychotherapy.*** Chicago: The University of Chicago press.
31. Garfield, S. L. (1980). ***Psychotherapy, an eclectic approach.*** New York: Willey.
32. Gedlin, E. T. (1926). ***Focusing oriented psychotherapy: a manual of the experiential method.*** New York: Guilford Press, 1996.
33. Giovacchini, P. L. (1997). ***Schizophrenia and primitive mental states: structural collapse & creativity.*** Northvale, N.J. Jason Aronson.
34. Haley, J. (1990). ***Strategies of psychotherapy.*** New York: Triangle press.
35. Hawkins, P. J. & Nestoros, J. N. (1997). (Eds.). ***Psychotherapy: new perspectives on theory, practice and research.*** Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
36. Ivey, A. E. Gluckstrn, N. B. & Bradford, M. (Eds.). (1992). ***Basic attending skills*** Greek. Μετάφραση- επιμέλεια. Μαλακιώση, Λ. Μ. Αθήνα: Ελληνικά Γραμματά.
37. Karon, B. P. & WandenBos, G. R. (1981). ***Psychotherapy of schizophrenia: the treatment of choice.*** New York: Jason Aronson.
38. Kay, S. R. (1991). ***Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research.*** New York: Brunner, Mazel.

39. Kennedy, E. C. (1983)***. On becoming a counsellor.*** Dublin: Gill and MacMillan.

40. Kingdon, D.G., & Turkington, D. (1994). ***Cognitive Behaviral Therapy for Schizophrenia.*** New York, The Guilford Press.

41. Marshall, E. K. & Kurtz, D. (Eds.) (1982). ***Interpersonal helping skills,*** 1st ed. San Fransisco: Jossey-Bass.

42. McLeod, J. (1994). ***Doing Counselling Research.*** London: Thousand oaks, Galif Sage Publications.

43. Meier, S. T. & Dawis, S. R. (Eds.) (1992). ***The elements of counselling.*** Pacific Grove, Galif: Brooks/ Cole Publication company.

44. Meissner, W. (1931). ***Psychoterapy and the paranoid process.*** Northvale: N. J. Aronson. E. (1995).

45. Mellon, R. (1999). ***Outsight: Radical Behaviorism and Psychotherapy. Journal of psychotherapy Intergration,*** Vol.8, No.3.

46. Nestoros, J.N., Zgantzouri, K.A. & Kalaitzaki, A.E. (1999). ***A Greek approach to integrative psychotherapy of individuals with schizophrenic symptoms: Outcome data.*** 15th Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Miami, Florida, USA.

47. Nestoros, J.N. (1997 a, b, c.) ***Integrative psychotherapy of individuals with schizophrenic symptoms.*** In PJ. Hawkins, & J.N. Nestoros (Eds)., Psychotherapy: New perspectives on theory, practice, and research. Athens: Ellinika Grammata.

48. Patterson, C. H. (1912). ***Theories of counselling and Psychotherapy.*** New York: Harper & Row.

49. Richards, P. S. & Bergin, A. (1997). ***A spiritual strategy for counselling and psychotherapy.*** Washington DC: APA.

50. Rogers, C. R. (1961). ***On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy.*** London: Constable.

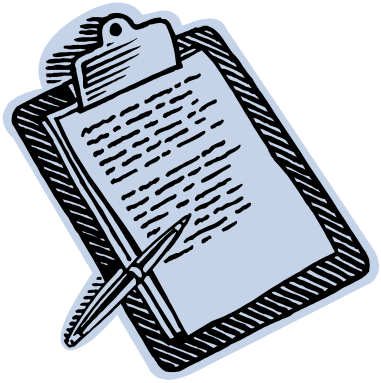
51. Roth, A., Fogany, P., Parry, G., Target, M, & Woods, R. Kardzin, A & Shapiro, A. (Eds.). (1996). ***What works from whom? A critical review of psychotherapy. Research.*** New York: Guilford Press.

52. Shulman, L. (1984). ***The skills of helping. Individuals and Groups.*** Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

53. Strupp, H. (1989). ***Psychotherapy. Can the Practitioner learn from the Researcher?*** Vanderbilt University: American Psychologist.

54. Tarrier, N., Lewis, S. & Wykes, T. (Eds.) (1998). ***Outcome and Innovation in the psychological treatment of schizophrenia.*** New York: John Wiley.
55. Warner, R. (1943). ***Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and political economy.*** London: Boston: Routledge & Kegan Paul.
56. Weiner, I. B. (1997). ***Psychodiagonosis in schizophrenia.*** Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlabaum Associates.
57. Zgantzouri, K.A. (1999). ***An Integrative to the delusion formation in schizophrenia paranoid type and schizoaffective disorder:*** A proposal. 15th Annual Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Intergration, Miami, Florida, USA.
58. Zgantzouri, K. A., & Nestoros, J.N. (1998). ***Psychotherapeutic processes in schizophrenia paranoid type: The role of anxiety in the development of thought disorders.*** 1st European Conference on Psychotherapy. Athens, p.95

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Πίνακας Περιεχομένων

1. Πρόλογος σελ.3

2. Εισαγωγή στη Ψυχοθεραπευτική διαδικασία.....σελ.5

3. Σχιζοφρένεια.....σελ.39

4. Ανάλυση του υπό μελέτη θεραπευτικού παράγοντα.....σελ.61

5. Μεθοδολογία.....σελ.74

6. Αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας.....σελ.75

7. Συζήτηση και συμπεράσματα.....σελ.86

8. Περίληψη της εργασίας σελ.89

9. Βιβλιογραφία.....σελ.93

10. Παράρτημα.....σελ.98