



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2013-2014**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ : « ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ . ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ »**



*(ΔΑΝΕΙΣΜΕΝΟ ΑΠΟ:ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΑΜΦΙΑΡΑΕΙΑ)*

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΒΕΡΓΩΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ-ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ**

**A.M: 2552**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Ι.Ν ΝΕΣΤΟΡΟΣ**

*ΡΕΘΥΜΝΟ , ΙΟΥΝΙΟΣ 2014*

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Εξώφυλλο ..... σελ. 1
2. Κατάλογος περιεχομένων ..... σελ 2-3
3. Εισαγωγή ..... σελ 4-5
4. Από τα Ασκληπιεία στα Σύγχρονα Θεραπευτικά Εργαστήρια..... σελ 6-8
5. Ο Μύθος της Σχιζοφρένειας..... σελ 9-  
10
6. Τι είναι Σχιζοφρένεια..... σελ 11-  
17
7. Προ-νοσηρή Περίοδος ..... σελ 18-21
8. Επιδημιολογία της Σχιζοφρένειας..... σελ 22-23
9. Τι είναι Ψυχοθεραπεία..... σελ 24-25
10. Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας.....σελ 26-27
11. Θεραπευτική Σχέση .....σελ 28-29
12. Ψυχοθεραπευτές .....σελ 30-32
13. Το Ψυχοδυναμικό Μοντέλο..... σελ 33-34
14. Το Συμπεριφορικό Μοντέλο ..... σελ 35

15. Το Υπαρξιακό – Ανθρωπιστικό Μοντέλο.....σελ	36
16. Το Βιολογικό Μοντέλο .....	σελ 37
17. Το Μεταγνωστικό Μοντέλο.....	σελ.
	38
18. Το Εκλεκτικό Μοντέλο.....	σελ
	39
19. Το Συνθετικό Μοντέλο .....	σελ 40-
	47
20. Κανόνες Ψυχοθεραπείας σύμφωνα με την Συνθετική-Ψυχοθεραπεία.....σελ	48
21. Στόχος της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας.....σελ	49
22. Ψυχοθεραπεία – Φαρμακολογία .....	σελ 50-
	51
23. Είναι αποτελεσματικά τα φάρμακα στη Σχιζοφρένεια; .....	σελ 52-
	56
24. Αιτιολογία για την εκδήλωση Σχιζοφρένειας.....σελ	57-60
25. Ντοπαμινεργική Υπόθεση Σχιζοφρένειας .....	σελ 61-62
26. Επίλογος .....	σελ 63

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρακάτω διπλωματική εργασία καθίσταται σαφές το γεγονός ότι η διαταραχή της σχιζοφρένειας είναι εφικτό να αντιμετωπιστεί με την ψυχοθεραπευτική μέθοδο . Θετικά αποτελέσματα στην ψυχοθεραπεία των ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρενικά συμπτώματα , είναι δυνατό να επιφέρουν κλινικοί , οι οποίοι είναι ανοιχτοί στην πιθανότητα, η σχιζοφρένεια και οι εκδηλώσεις της , να καταπραΰνονται μέσω της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας .Η εργασία αυτή γράφτηκε σταχυολογώντας τα όσα έχουν γραφτεί γύρω απ'το ζήτημα «σχιζοφρένεια-ψυχοθεραπεία» , διερευνώντας το , τόσο έχοντας ως πηγή , άρθρα δημοσιευμένα σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά , όσο και αντλώντας πληροφορίες από σπάνια επιστημονικά ντοκιμαντέρ και μελετώντας βιβλία γραμμένα από έμπειρους ψυχιάτρους και ψυχοθεραπευτές . Ευχής έργον , αποτελεί το γεγονός ότι το παρακάτω εγχείρημα συγγραφής βασίζεται, επίσης, σε απόψεις και ιδέες που μεταλαμπαδεύτηκαν χωρίς κανένα ψήγμα κατευθυντικού τόνου και επιβολής , μέσω διαλέξεων και αρκετών «ακαδημαϊκών τριώρων», απ'τον ψυχίατρο , ψυχοθεραπευτή , ακαδημαϊκό, ερευνητή και δημιουργό του μοντέλου Συνθετικής Ψυχοθεραπείας στην Ελλάδα, κ. Ι.Ν Νέστορος. Στην παρούσα εργασία θα αποδείξουμε , πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν βαθιά πιστέψει στις δυνατότητες της ψυχοθεραπείας , προσεγγίζουν ορθά το ζήτημα της σχιζοφρένειας και των άλλων διαταραχών , έχοντας τα επιθυμητά αποτελέσματα , μέσω της μακρόχρονης αυτής διαδικασίας .Κι αυτό γιατί τα

συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι περισσότερο κατανοητά ως το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων , όπως βιολογικών , ψυχολογικών , οικογενειακών και βεβαίως κοινωνικο-πολιτισμικών . Επιπροσθέτως , τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας , όπως αποδεικνύεται και σε επόμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας , δεν έχουν από μόνα τους τόσο αρνητική χροιά , όση του προσδίδουν οι αντιδράσεις , είτε του ίδιου του ατόμου , είτε της κοινωνίας. Τα συμπτώματα της διαταραχής , για την οποία γίνεται λόγος , φαίνεται να κινούνται σ'ένα συνεχές , στο οποίο εμπεριέχεται και μια λογική-φυσιολογική συμπεριφορά. Εμμένει η παρακάτω εργασία στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας γιατί είναι αποδεδειγμένο πως τα σχιζοφρενικά συμπτώματα εξαλείφονται , με τη διευθέτηση και μείωση του άγχους , όχι απαραίτητα μέσω φαρμακευτικής αγωγής , αλλά μέσω ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών που πολλές φορές επιτυγχάνουν να επιφέρουν την απόλυτη ηρεμία. Πριν προχωρήσουμε στις ενότητες ανάλυσης της διπλωματικής εργασίας , οφείλουμε να τονίσουμε ότι τα άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα δεν είναι στην ολότητα τους διαταραγμένα , ένα κομμάτι τους παραμένει πάντα υγιές , και ο ψυχοθεραπευτής έχει ως στόχο να το αναδείξει , να το διαχειριστεί και να συνεργαστεί μαζί του . Η ψυχοθεραπεία είναι, σαφώς μια πολύπλοκη και πολυπαραγοντική διαδικασία , που απαιτεί συγκεκριμένες συνθήκες , οι οποίες στην περίπτωση της σχιζοφρένειας ,ειδικότερα , είναι ακόμη πιο απαιτητικές .

## ΑΠΟ ΤΑ ΑΣΚΛΗΠΕΙΑ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

Η Αναβίωση του Ασκληπιού

Στη βάση του βράχου όπου ορθώνεται ο Παρθενώνας, βρίσκεται το Ασκληπιείο Αθηνών. Μπορεί κανείς να φτάσει ως εκεί εύκολα, ανεβαίνοντας ανατολικά από το θέατρο του Διονύσου ένα ανηφορικό μονοπάτι που οδηγεί από το λογείο του θεάτρου απευθείας στον ιερό χώρο του ναού. Παλαιότερα, το ίδιο μονοπάτι συνέχιζε κυκλικά γύρω από την βάση της Ακρόπολης. Ο ασθενής, ο ικέτης, μπορούσε να προσεγγίσει τον ναό είτε από τα δυτικά, κάτω από το άγρυπνο βλέμμα της Αθηνάς, είτε από τα ανατολικά, όπως και σήμερα, περνώντας μέσα από τον χώρο της αναγέννησης και της έκστασης που διαφέντευε ο Διόνυσος.

Με τις εργασίες αναστήλωσης της αρχαιολογικής υπηρεσίας που έγιναν εκεί τα τελευταία χρόνια, ο σημερινός επισκέπτης μπορεί να δει θαλάμους εγκοίμησης πίσω από το άβατο, το ιερό του ναού, καθώς και μια τεράστια κυκλική πέτρα που αποτελούσε την βάση ενός βωμού για τον θεό. Μετά από αιώνες, ο Ασκληπιός φανερώνει ξανά το πρόσωπό του στην Αθήνα.

Η αναστήλωση του Ασκληπιείου Αθηνών στην εποχή μας αποκτά ιδιαίτερα συμβολικές προεκτάσεις. Σηματοδοτεί όχι μόνο μια χρονική συγκυρία κατά την οποία το ενδιαφέρον για την εγκοίμηση και την θεραπευτική χρήση του ονείρου

αναβιώνει μέσα από ορισμένες προωθημένες τάσεις της σύγχρονης ψυχοθεραπείας, αλλά και την αναγνώριση από την ιατρική και θεραπευτική σκέψη της ανάγκης για την σημασία της αντιμετώπισης των ασθενειών μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο πνευματικότητας και αναζήτησης του νοήματος της ζωής. Αν και δεν ήταν το πιο φημισμένο από τα 300 περίπου Ασκληπιεία – τα πρώτα θεραπευτικά συγκροτήματα ή νοσοκομεία της ανθρωπότητας- που λειτούργησαν για μια περίπου χιλιετία μέχρι τα μισά του 5ου μ.Χ. αιώνα στην Ελλάδα, στην Νότια Ιταλία, στα παράλια της Μικράς Ασίας και ευρύτερα στον μεσογειακό χώρο, είναι ένα θεραπευτικό συγκρότημα που χαρακτηριστικά η αρχιτεκτονική του λειτουργεί ως μια ιερή αλληγορία. Αντανακλά την αντίληψη και την προσέγγιση της αρχαιοελληνικής σκέψης για την υγεία και την ασθένεια. Καταδεικνύει τον δρόμο για την ίαση, που λειτουργεί σαν ένας άξονας. Στα ανατολικά η ίαση περνά μέσα από το θέατρο, τον χώρο του δράματος, του χορού, του εκστατικού πάθους και της αναγέννησης μέσα από τον θάνατο. Στα δυτικά, για να φτάσεις στην ίαση περνάς κάτω από την Αθηνά, από τον χώρο της λογικής, της σοφίας, της επιβεβαίωσης, της υπεροχής και της εκφρασμένης τελειότητας. Η χωροθέτηση και η αρχιτεκτονική του λοιπόν συμπυκνώνουν την έννοια της ίασης μέσα από την αρχαιοελληνική θεώρηση και σκέψη. Η θεσμοθετημένη πρακτική που αντανακλούσε αυτή την θεώρηση είχε σαν κέντρο της την διαδικασία της εγκοίμησης, που δεν ήταν απλώς μια αναζήτηση για ένα θεραπευτικό όνειρο, αλλά μια πορεία κάθαρσης και εξαγνισμού ώστε ο ασθενής να έρθει σε επαφή με το Θείο. ( site Τεχνοβλαστού Πανεπιστημίου Κρήτης: Σύγχρονα Αμφιαράεια)

Ο άνθρωπος από πολύ νωρίς διαπίστωσε την ύπαρξη ψυχικών ασθενειών, οι οποίες επηρεάζουν την συμπεριφορά και τα συναισθήματα του πάσχοντα. Όπως ήταν αναμενόμενο, ταυτόχρονα άρχισαν και οι προσπάθειες στήριξης και θεραπείας των ασθενών. Στην παρούσα εργασία θα δούμε τρεις από τις πιο περίεργες μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν ποτέ στον τομέα αυτό.

Ο τρυπανισμός είναι η πρώτη μορφή ψυχοχειρουργικής που επινοήθηκε ποτέ από τον άνθρωπο. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα αρχαιολογικά δεδομένα η μέθοδος αυτή άρχισε να χρησιμοποιείται ήδη από το 7500 πΧ. Ο τρυπανισμός αναφέρεται στην καταστροφή μέρους του κρανίου ώστε “να απελευθερωθεί το κακό από το κεφάλι κάποιου”. Πιστεύεται πως ο τρυπανισμός χρησιμοποιήθηκε για την θεραπεία πολλών και διαφορετικών νευρολογικών αλλά και συμπεριφορικών προβλημάτων όπως η

επιληψία, ημικρανίες, σχιζοφρένεια κτλ. Η τεχνική ήταν βασισμένη σε ένα καθαρά μη επιστημονικό υπόβαθρο. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Όταν άρχισε να αναπτύσσεται η ιατρική, αφήνοντας πίσω υπερφυσικές εξηγήσεις για την παθολογία, έκανε την εμφάνισή της μια νέα μέθοδος θεραπείας: η εξισορρόπηση υγρών. Πατέρας αυτής της μεθόδου ήταν ο πατέρας της Ιατρικής επιστήμης, Ιπποκράτης, ο οποίος πίστευε πως η ψυχοπαθολογία οφείλεται σε ανισορροπία μεταξύ των βασικών υγρών του σώματος: αίμα, φλέγμα, η “κίτρινη χολή” και η “μέλανα χολή”. Κάθε έλλειψη ή υπερβολική ποσότητα κάποιου υγρού προκαλούσε συγκεκριμένα προβλήματα. Ως αποτέλεσμα αυτής της θεωρίας ήρθε η ανάπτυξη τεχνικών όπως το ρούφηγμα αίματος με βδέλλες, η πρόκληση εμετού αλλά και η τεχνητή αιμορραγία. Είναι αξιοσημείωτο πως ακόμη και σήμερα χρησιμοποιούμε λέξεις όπως “μελαγχολία” ή “φλεγματικός” για να περιγράψουμε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και συμπεριφορές. (Γρίβας, 1985)

Στα μέσα του 18ου αιώνα κάνει την εμφάνισή της μια νέα θεωρία για την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών η οποία βασίζεται στην ιδέα πως το ανθρώπινο σώμα είναι πηγή μαγνητισμού. Εκφραστής αυτής της θεωρίας ήταν ο Μέσμερ. Οι μέθοδοι του Μέσμερ, όπως ήταν αναμενόμενο, προκάλεσαν την έντονη αντίδραση των ιατρών της εποχής, οι οποίοι πίεσαν προς την δημιουργία μιας διεθνούς επιτροπής έρευνας με θέμα τον μεσμερισμό. Η επιτροπή αυτή μάλιστα, στην οποία συμμετείχε και ο ίδιος ο Βενιαμίν Φρανγκλίνος, έφτασε στο συμπέρασμα πως οι θεωρίες του Μέσμερ δεν είχαν απολύτως καμία λογική βάση και πως δεν υπάρχει καμία πειραματική επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων του. Ο Μέσμερ ανέπτυξε φυσικά μια σειρά μεθόδων για την επαναφορά της κανονικής μαγνητικής ροής στο ανθρώπινο σώμα, οι οποίες περιελάμβαναν την ακινησία του ατόμου εν μέσω κάποιων σιδερένιων ράβδων, το άγγιγμα του ατόμου από τον θεραπευτή (με τα χέρια ή με τις μεταλλικές ράβδους), το “κύκλωμα” του ατόμου από ανθρώπινη αλυσίδα αποτελούμενη από υγιείς ανθρώπους, την καταβύθιση του σώματος σε “μαγνητισμένο νερό” και πολλά άλλα.

Παρόλο που ο μεσμερισμός φυσικά δεν χρησιμοποιείται από καμία σύγχρονη επιστήμη, γίνεται ακόμη αποδεκτός -με ιδιαίτερο πάθος μάλιστα- στους κύκλους ατόμων φιλικών προς την “εναλλακτική ιατρική” ανατολικού τύπου. (Χαρτοκόλλης, 1991)



## Ο ΜΥΘΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Κατά την αρχαιότητα οι ψυχωσικές εκδηλώσεις εθεωρούντο να προκαλούνται από την κατάληψη του ψυχικού κόσμου του ατόμου από κακά πνεύματα. Αυτό ισχύει ακόμη και σήμερα σε κάποιους πρωτόγονους πολιτισμούς (στον Αμαζόνιο, κ.λπ.) καθώς επίσης και σε ορισμένες μειονότητες στην σύγχρονη Δυτική Ευρώπη και Βόρειο Αμερική. Παραδείγματος χάριν, εν έτει 2012 στην Ελληνική Επικράτεια, κάποιοι Ορθόδοξοι ιερείς (που αποτελούν βέβαια μία μικρή μειοψηφία) εφαρμόζουν σε ψυχωσικές εκδηλώσεις ειδική τελετουργία για τον «εξορκισμό των δαιμόνων» (βλέπε και κεφάλαιο «ΕΞΟΡΚΙΣΜΟΙ: Ήτοι Ευχαί προς πάσχοντα υπό δαιμόνων», σελ. 171-189, ΕΥΧΟΛΟΓΙΟΝ Α' ΑΓΙΑΣΜΑΤΑΡΙΟΝ, Έκδοσις Ιεράς Μονής Σίμωνος Πέτρας, Άγιον Όρος, 2001) .

Ίσως τα προαναφερθέντα να αποτελούν κατάλοιπο των αρχαίων πολιτισμών. Στα καθ' ημάς, ο Ηρόδοτος (484-426 π.Χ.), παραδείγματος χάριν, αποδίδει τις ψυχωσικές εκδηλώσεις στην κατάληψη από τα κακά πνεύματα των θεαινών Μανίας και Λύσσας. Τέτοιες απόψεις ίσως δίνουν εξήγηση για την ανακάλυψη κρανίων τρυπημένων επιμελώς με οστεοτρύπανο σε αρχαιολογικές ανασκαφές που έχουν γίνει σε ποικίλα μέρη του κόσμου. Οι αρχαιολόγοι σήμερα έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν

πότε μία οπή στο κρανίο είναι αποτέλεσμα τραυματισμού που επέφερε και τον θάνατο και πότε ο «υποτιθέμενος ασθενής» υπέστη μία «χειρουργική επέμβαση». Στην δεύτερη περίπτωση υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία επούλωσης του τραύματος της επέμβασης στο κρανίο, η οπή είναι στρογγυλή και συχνά κλεινόταν από τους αρχαίους χειρουργούς με πολύτιμα μέταλλα (όπως ο χρυσός και το ασήμι).

Ο Πλάτωνας (428 – 384 π.Χ.) διέκρινε τέσσερις τύπους τρέλας : την Προφητική, την Τελεστική, την Ποιητική και την Ερωτική. Ο Ιπποκράτης (460-355 π.Χ.) ήταν ο πρώτος ιατρός, αν και παράλληλα ιερέας του Ασκληπιού, ο οποίος απέδωσε τις ψυχωσικές εκδηλώσεις όχι σε υπερφυσικά αίτια, αλλά στην εγκεφαλική δυσλειτουργία που προκαλούσε η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ των τεσσάρων χυμών του σώματος (βλέπε και. Δαφέρμος, 2010). Στον Δυτικό κόσμο όμως, τα άτομα με ψυχωσικές εκδηλώσεις διώχτηκαν τόσο από την Ιερά Εξέταση στην Ευρώπη μέχρι τις γνωστές Δίκες στο Salem της Βορείου Αμερικής το 1692 με την κατηγορία της μαγείας (βλέπε και Reed, 2007, Collins, 2010, Gerlach, 2011 και de Ward, 2011). Το περιβόητο «σύγγραμμα» Malleus Maleficarum, δηλαδή «Σφυρί κατά των Μαγισσών», συνέταξαν οι ιερομόναχοι Heinrich Kramer και Jacob Sprenger το 1484 κατ' εντολή του Πάπα Ιννοκεντίου του VIII. Είχε όμως προηγηθεί η «Σταυροφορία» εναντίον των «Καθαρών» Αλβιγηνών στην περιοχή Λάνγκντοκ με έναρξη το 1208 από τον Πάπα Ιννοκέντιο τον III με παρόμοιες κατηγορίες (μαγεία, σεξουαλικές επαφές με δαίμονες κ.λπ.), η οποία διήρκεσε 35 χρόνια και είχε θύματα σχεδόν ένα εκατομμύριο ανθρώπους (Βούρτση, 2011). Με άλλα λόγια η διαφορετικότητα εύκολα μπορεί να στοχοποιηθεί. Σήμερα τα ψυχωσικά άτομα δεν καίγονται πλέον στην πυρά, αλλά οι προκαταλήψεις εναντίον τους καλά κρατούν, όπως απέδειξε το πείραμα του Rosenhan (1973) “On being sane in insane places” και – μεταξύ πολλών άλλων - η επανάληψή του από την Slater (2009).

Η σχιζοφρένεια είναι μια από τις πρώτες επίσημα καταγεγραμμένες ψυχικές διαταραχές και ανήκει στην κατηγορία των ψυχώσεων. Ο πρώτος που περιέγραψε τα συμπτώματα και ονόμασε την διαταραχή αυτή ήταν ο Μπλόιερ (Eugen Bleuler) στις αρχές του 20ου αιώνα. Έκτοτε η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας σε γενικές γραμμές παρέμεινε η ίδια, αν και οι γνώσεις μας γύρω από τα αίτια της εμπλουτίστηκαν σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες χάρη στην ταχεία πρόοδο της

επιστήμης. Σήμερα όμως, 100 χρόνια μετά την περιγραφή της από τον Μπλόιερ, ένα πολύ βασικό ερώτημα διχάζει την επιστημονική κοινότητα: υπάρχει όντως η σχιζοφρένεια; Απάντηση στο ερώτημα δίνει το παρακάτω κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας .

*Πριν ήμασταν τρελοί*

*Τώρα είμαστε ασθενείς*

*Πότε θα μας θεωρήσουν ανθρώπους ...*

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Προκειμένου να απαντηθεί το παραπάνω ερώτημα θα ήταν χρήσιμο να παραθέσουμε τα βασικά συμπτώματα/χαρακτηριστικά της σχιζοφρενούς συμπεριφοράς, όπως περιγράφονται από τα επίσημα ψυχιατρικά εγχειρίδια που είναι διαθέσιμα αυτή τη στιγμή .

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, για να χαρακτηριστεί κάποιος ως σχιζοφρενής πρέπει να έχει τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Παραισθήσεις (οπτικές/ακουστικές κ.α.)
- Ψευδαισθήσεις (οπτικές/ακουστικές κ.α.)
- Αποδιοργανωμένη ομιλία (ασύντακτες προτάσεις/ιδέες, φυγή ιδεών κ.α.)
- Αποδιοργανωμένη και κατωτονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα (έλλειψη αναμενόμενων βασικών συμπεριφορών π.χ. αλαλία, ακινησία, συναισθηματική απάθεια κ.α.)

Μάλιστα στην περίπτωση που ο ασθενής έχει μονάχα παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις σε πολύ έντονο βαθμό (π.χ. ακούει φωνές που τον διατάζουν να κάνει κάτι), αυτό κατά πολλούς αρκεί για να χαρακτηριστεί ως σχιζοφρενής.

Το ICD-10 περιγράφει την σχιζοφρένεια ως εξής:

*Οι σχιζοφρενικές διαταραχές (σ.σ. Η σχιζοφρένεια δεν είναι μια ενιαία διαταραχή, αλλά διαιρείται σε υποκατηγορίες, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζει ο ασθενής) χαρακτηρίζονται από θεμελιώδη και χαρακτηριστική αποδιοργάνωση της σκέψης και της αντίληψης, και συναισθήματα που δεν συνάδουν με τις περιστάσεις στις οποίες εμφανίζονται. Η συνείδηση αλλά και οι διανοητικές ικανότητες συνήθως μένουν ανέπαφες, αν και γνωστικές ικανότητες δύναται να μειωθούν κατά την πάροδο του χρόνου. Τα πιο συνήθη ψυχοπαθολογικά συμπτώματα είναι η αντίληψη μιας εσωτερικής ανεξάρτητης φωνής που σχολιάζει τις πράξεις του ασθενή, η αίσθηση ότι κάποιος βάζει ή κλέβει σκέψεις από τον ασθενή, παραισθήσεις, παθητικότητα και αρνητικά συμπτώματα.*

Τα παραπάνω κριτήρια χρησιμοποιούνται από τους περισσότερους λειτουργούς ψυχικής υγείας παγκόσμιως και βάσει αυτών έχει υπολογιστεί πως ένα ποσοστό της τάξης 0,80%-1,5% του πληθυσμού θα παρουσιάσει σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή του. Το ποσοστό αυτό αλλάζει ανάλογα με την χώρα στην οποία γίνεται η έρευνα (η πρόσβαση σε τέτοιου είδους αρχεία δεν είναι πάντα εύκολη) ή ακόμη και από την εθνοτική καταγωγή του ατόμου. Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως οι άνδρες παρουσιάζουν πιο συχνά σχιζοφρένεια σε σχέση με τις γυναίκες (η αναλογία είναι 1,4 άνδρες για κάθε 1 γυναίκα). (Glynn, 2003)

Η σχιζοφρένεια είναι ένα ψυχοπαθολογικό σύνδρομο με ποικίλες εκδηλώσεις που αφορούν τη σκέψη, το συναίσθημα, την αντίληψη και τη συμπεριφορά. (Νέστορος,2012) Αν και οι κλινικές εικόνες ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή και στην πορεία του χρόνου, οι επιπτώσεις είναι πάντοτε σοβαρές και ασκούν την καταστρεπτική τους επίδραση σε

όλη τη διάρκεια της ζωής (Buchanan & Carpenter 2005). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στην 4<sup>η</sup> θέση αιτιών αναπηρίας και πρώιμης θνητότητας από όλες τις ιατρικές αιτίες παγκοσμίως. Λεπτές διαταραχές στην επεξεργασία των πληροφοριών, υποσκάπτοντας την επαγγελματική και

ακαδημαϊκή επίδοση και την κοινωνική προσαρμογή, επί πολλά έτη πριν τα συμπτώματα της ενεργού νόσου θέσουν στο άτομο την αλλόκοτη σφραγίδα τους και καταστήσουν εμφανή την ανάγκη για θεραπεία (Carpenter 2003). Τα πολλαπλά αναπάντητα ερωτήματα γύρω από την αιτιολογία, την φαινομενολογία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας καθιστούν επιτακτική την έρευνα γύρω από αυτήν τη νόσο.

Ο όρος «σχιζοφρένεια» εμφανίζεται απ'το 1911 από τον Bleuler , ο οποίος θεωρούσε ότι τα τέσσερα χαρακτηριστικά φαινόμενα ή σημεία αναφοράς της νόσου ήταν τα λεγόμενα τέσσερα άλφα : Η Αποσύνδεση (ή χάλαση συνειρμών) (Association) , το απρόσφορο συναίσθημα (Affect) , η Αμφιθυμία (Ambivalence) , και ο Αυτισμός (Autism) .Παλαιότερα είχαν προταθεί διαφορετικοί τύποι σχιζοφρένειας , οι οποίοι σήμερα, όπως είναι γνωστό , δεν ισχύουν . Η ηβιφρενική σχιζοφρένεια , η απλή σχιζοφρένεια , η ονειρώδης σχιζοφρένεια , η παραφρένεια , η άτυπη σχιζοφρένεια , η σχιζοσυναίσθηματική σχιζοφρένεια , η ψευδονευρωτική σχιζοφρένεια , ο παιδικός τύπος σχιζοφρένειας , το οξύ σχιζοφρενικό επεισόδιο , η χρόνια αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια και η λανθάνουσα σχιζοφρένεια . Γιατί όμως αυτός ο διαχωρισμός δεν υφίσταται πλέον ; Σύμφωνα με διαλέξεις και σημειώσεις παραδόσεων σε μαθήματα του κ. I.N.Νέστορος καθηγητή στο τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης διαμορφώθηκαν οι ακόλουθες θέσεις και κατανοήθηκε με τον παρακάτω τρόπο η συμπτωματολογία καθώς και η ίδια η φύση της ασθένειας.

Ο αποδιοργανωμένος λόγος , η αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά και το επίπεδο ή ανάρμοστο συναίσθημα συνυπάρχουν συχνά με την καχυποψία , τις παραληρητικές ιδέες αναφοράς και διώξεως καθώς και τις συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Επιπλέον, οι ασθενείς με κατατονική σχιζοφρένεια συνήθως αποκαλύπτουν ότι είχαν παρανοειδή συμπτώματα κατά τη διάρκεια του κατατονικού τους επεισοδίου. Παρά το γεγονός ότι η ταξινόμηση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων σε θετικά και αρνητικά βοηθά να ξεκαθαριστούν ορισμένα θέματα , στην κλινική πράξη , σχεδόν πάντα το ίδιο άτομο παρουσιάζει διαφορετικά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων της ασθένειας του . Τα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα παρατηρούνται κατά κύριο λόγο σε πρώτη φάση , τότε όπου η διαταραχή έχει οξεία μορφή , ενώ τα αρνητικά συμπτώματα

χαρακτηρίζουν περισσότερο τη χρόνια φάση της διαταραχής (Nestoros , 2006) . Το DSM-V χρησιμοποιεί τον όρο «σχιζοφρένεια» χωρίς καμία αναφορά σε υπότυπους της . Ένα άλλο θέμα που περιπλέκει την ερμηνεία του όρου «σχιζοφρένεια» είναι το γεγονός ότι όλα τα θετικά και αρνητικά συμπτώματα που συναντώνται στους ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζονται και σε ένα μεγάλο εύρος άλλων ψυχικών διαταραχών .

Η θετική συμπτωματολογία αφορά τον έλεγχο της πραγματικότητας και περιλαμβάνει τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις και άλλες διαστρεβλώσεις της πραγματικότητας. Οι παραληρητικές ιδέες θα μπορούσε να ορισθούν ως σκέψεις του ατόμου στις οποίες αυτό συγκατατίθεται και τις ενστερνίζεται επί μακρό χρονικό διάστημα, σκέψεις που αναπαριστούν όψεις της εσωτερικής ή/και της εξωτερικής πραγματικότητάς του, με το ίδιο το άτομο στο επίκεντρό τους, και τις οποίες αυτό αδυνατεί να δικαιολογήσει έλλογα, θεωρητικά ή/και εμπειρικά (Ουλής 2006). Τα παραληρήματα μπορεί να διαφέρουν ως προς την ένταση, τη συστηματοποίηση και το βαθμό που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Έχει προταθεί η έννοια της 27 πρωτοπαθούς παραληρητικής εμπειρίας ως η υποκείμενη δομή που συνιστά τη βάση των παραληρημάτων στη σχιζοφρένεια (Fish ,1984). Παραδείγματα του φαινομένου είναι η παραληρητική διάθεση, αιφνίδιες παραληρητικές ιδέες, και η παραληρητική αντίληψη. Κατά την παραληρητική αντίληψη, μια ανώμαλη ερμηνεία,συνήθως με την έννοια της αυτοαναφοράς, αποδίδεται σε μια φυσιολογική αντίληψη. Όλοι έχουμε παράλογα πιστεύω εν πολλοίς , δεν τα βαφτίζουμε όμως ως παραληρηματικές ιδέες και η ειδοποιός διαφορά έγκειται στο ότι οι συμπεριφορές των «μη σχιζοφρενών» συγκαταλέγονται απλά και μόνο σ'αυτές που χρήζουν περεταίρω κατανόηση και διερεύνηση.

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανό να υποστούν βία , παρά να ασκήσουν. Παρά τη διαδεδομένη άποψη ότι τα άτομα με ψυχική διαταραχή είναι πιο επικίνδυνα από το γενικό πληθυσμό, οι περισσότερες μελέτες για την επιθετική συμπεριφορά επισημαίνουν ότι τα άτομα με ψυχική διαταραχή που δεν έχουν επιδείξει εγκληματική δραστηριότητα πριν τη νοσηλεία τους, είναι μάλλον επιρρεπείς για λιγότερο βίαιη συμπεριφορά απ' ότι ο γενικός πληθυσμός. Έχει, όμως, παρατηρηθεί περισσότερη βία και επιθετικότητα σε εσωτερικούς ασθενείς με ψυχική διαταραχή σε σύγκριση με τους εξωτερικούς,

πιθανόν λόγω της μεγαλύτερης ψυχολογικής τους αποδιοργάνωσης. Γενικά τις περισσότερες φορές, η επιθετική συμπεριφορά δεν οφείλεται σε κάποια ψυχοπαθολογία.

Οι πρωτοπαθείς παραληρητικές εμπειρίες μπορεί να επεκταθούν και να εξελιχθούν σε ομάδα δευτερογενών παραληρημάτων. Είδη παραληρητικών ιδεών είναι οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, αναφοράς, μεγαλείου, σωματικού τύπου, θρησκευτικού περιεχομένου, εξωτερικής επίδρασης, υποκλοπής, τοποθέτησης και αναμετάδοσης σκέψης, ενοχής. Ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας έχουν οι αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, δηλαδή αυτές που αφορούν φαινόμενα εντελώς αδύνατα, στα πλαίσια της κουλτούρας του ασθενούς. Σ' αυτό το σημείο οφείλουμε να τονίσουμε ότι οι ειδοποιός διαφορά με των ψυχωσικών με τους φυσιολογικούς-τυπικούς είναι ότι οι τελευταίοι έχουν εμμονές, ενώ οι ψυχωσικοί παραληρηματικές ιδέες. Οι ψευδαισθήσεις συνίστανται σε ανώμαλες αντιλήψεις από οποιαδήποτε από τις αισθήσεις. Στη σχιζοφρένεια απαντώνται ψευδαισθήσεις από όλες τις αισθήσεις, αλλά οι ακουστικές είναι οι συχνότερες και αναφέρονται από το 50-70% των ασθενών (Hoffman και συν. 2003, Lindenmayer & Khan 2006). Φωνές που συζητούν μεταξύ τους ή που σχολιάζουν τη σκέψη ή τη συμπεριφορά του ασθενούς θεωρούνται χαρακτηριστικές, ωστόσο φωνές με επικριτικό ή απειλητικό περιεχόμενο είναι συχνότερες.

Τα αρνητικά συμπτώματα συνίστανται σε άμβλυνση και μείωση του εύρους του συναισθήματος και των κινήτρων. Περιλαμβάνονται η άμβλυνση ή επιπέδωση του συναισθήματος, η αβουλία, η αλογία, η ανεργία, η ανηδονία, η απάθεια και η κοινωνική απόσυρση. Έχει προταθεί ότι αρνητικά συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν και στις τρεις φάσεις της νόσου, προνοσηρή, ενεργό και εκπτώτικη, πιθανόν με διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι δεν είναι επαρκώς κατανοητοί (Tandon και συν. 2000, 2009). Η αποδιοργάνωση της σκέψης, δηλαδή η διαταραχή της δομής της, αναφέρεται στη διάσπαση της έλλογης, προοδευτικής, και στοχοκατευθυνόμενης φύσης της φυσιολογικής λειτουργίας της σκέψης. Μπορεί να ποικίλλει σε βαρύτητα από ήπια περιφερικότητα έως ασυναρτησία και σαλάτα λέξεων (Andreasen 1979). Περιλαμβάνονται επίσης ο εκτροχιασμός, οι νεολογισμοί και η πενία του περιεχομένου του λόγου. Συχνά μπορεί

να συνυπάρχουν αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και απροσφορότητα του συναισθήματος (Tandon και συν. 2009). Μελέτες που έχουν γίνει για την επεξεργασία συναισθημάτων του προσώπου, η οποία είναι μια πτυχή της κοινωνικής νόησης, έχουν δείξει ότι άτομα με συμπτώματα σχιζοφρένειας παρουσιάζουν ελαττώματα στην ερμηνεία των συναισθημάτων τους ( Bhugra, 2005 και Saha, 2008 ).

Μια ιδιότυπη εσωστρέφια χαρακτηρίζει επίσης αυτά τα άτομα, τα οποία ακολουθώντας το μοναχικό μονοπάτι (εκούσια ή ακούσια), οδηγούνται στην απουσία διαλόγου και συνεκδοχικά διόγκωση της φαντασίας, σε σημείο που να καταλαμβάνει περισσότερο χώρο από τη πραγματικότητα –δεν υπάρχει διαχωρισμός πραγματικότητας και φαντασίας. Τα γνωσιακά συμπτώματα συνίστανται σε ήπιες ή βαρύτερες διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών, κυρίως της προσοχής, λεκτικής μνήμης, χάλασης συνειρμών, εκτελεστικής λειτουργίας και μνήμης εργασίας (Tandon και συν. 2009). Ο βαθμός της γνωστικής έκπτωσης είναι ισχυρός προβλεπτικός παράγων για την λειτουργική έκπτωση, ισχυρότερος από τη βαρύτητα της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (Penn και συν. 2008).

Καταθλιπτική συμπτωματολογία ανευρίσκεται πολύ συχνά σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μπορεί να αναπτυχθεί σε κάθε φάση της νόσου, πρόδρομη, ενεργό, ή μετά την ενεργό φάση, και αυξάνει σημαντικά τη δυσφορία. Αρκετοί μηχανισμοί μπορεί να συμμετέχουν στην ανάπτυξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων: Μπορεί να είναι τμήμα των πρωτοπαθών εκδηλώσεων της νόσου, μπορεί να εμφανίζονται κατόπιν της εμφάνισης εναισθησίας, μπορεί να οφείλονται σε άλλη διαταραχή, όπως μείζονα κατάθλιψη, που μπορεί να συνυπάρχει με τη σχιζοφρένεια, ή να αποτελούν παρενέργεια της αντιψυχωτικής αγωγής (Tandon και συν. 2009). Αγχώδεις διαταραχές,

όπως η κοινωνική φοβία, η διαταραχή πανικού και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, συχνά συνυπάρχουν με τη σχιζοφρένεια και επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση (Müller και συν. 2004).

Η ψυχοκινητική επιβράδυνση παρατηρείται συχνά στη σχιζοφρένεια, και σχετίζεται με την αρνητική ή/και καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ η ψυχοκινητική ανησυχία ή διέγερση συχνά συνοδεύει της εξάρσεις της θετικής συμπτωματολογίας (Morrens και συν. 2007). Παθολογικές κινήσεις όπως ανώμαλες



στάσεις, μανιερισμοί ή στερεοτυπίες(επαναλαμβανόμενες κινήσεις) μπορεί να παρουσιάζονται μεμονωμένα ή να εντάσσονται σε μια ευρύτερη, κατατονική συμπτωματολογία (Ungvari και συν. 2007). Τέλος, ανώμαλες ακούσιες κινήσεις όπως δυσκινήσιες έχουν παρατηρηθεί μέχρι και στο 25% των ασθενών που δεν έχουν λάβει νευροληπτικά (Cortese και συν.2005).

Η έλλειψη εναισθησίας, δηλαδή η έλλειψη επίγνωσης ότι κάποιος είναι ασθενής είναι χαρακτηριστική στους πάσχοντες από σχιζοφρένεια. Μπορεί να αφορά διάφορες όψεις της νόσου, όπως διάφορα συμπτώματα, πλευρές της λειτουργικότητας, την ανάγκη ή τα αποτελέσματα της θεραπείας, την αιτία των συμπτωμάτων. Επίσης μπορεί να ποικίλλει ως προς το βαθμό και στην πορεία του χρόνου. Συνδέεται με την έκβαση και το βαθμό της έκπτωσης. Ανάλογα προς τη νοσοαγνωσία, θεωρείται ότι αυτό το σύμπτωμα έχει νευροβιολογική βάση και πιθανόν συνδέεται με κάποιες όψεις των γνωστικών ελλειμμάτων αυτών των ασθενών(Tandon και συν. 2009). Ίσως και να σχετίζεται κατά ένα βαθμό με την άρνηση που παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία ως ο κλασικός αμυντικός μηχανισμός ενός σχιζοφρενή.

Έχουν ανευρεθεί διαταραχές στην ταυτοποίηση, αναγνώριση και διαχωρισμό των οσμών (Atasanova και συν. 2008). Ενώ η βαρύτητα των οσφρητικών ελλειμμάτων φαίνεται να σχετίζεται με τη βαρύτητα των αρνητικών συμπτωμάτων (Malaspina και συν. 2003)

*« Στη λαϊκή φαντασία ο σχιζοφρενής είναι το πρότυπο του τρελού , αυτού που κάνει πράξεις τρελές , πράξεις απόλυτα παράλογες , με μιαν απόχρωση βίας ενάντια στους άλλους. Ο σχιζοφρενικός είναι εκείνος που κοροϊδεύει τους υγιείς , αλλά ταυτόχρονα τους προσφέρει και αιτίες για την ίδια του την απαξίωση. Είναι ο μη έλλογος άνθρωπος , ο άνθρωπος με την αρρωστημένη λογική . Ή τουλάχιστον έτσι λένε». (Cooper .D , 1967 ,σελ.48)*

## ΠΡΟΝΟΣΗΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Ένα ψυχωσικό επεισόδιο δεν εμφανίζεται ξαφνικά . Ο κάθε ασθενείς δείχνει κάποια ψήγματα αλλόκοτης συμπεριφοράς που αν τα προσέξει κανείς καταλαβαίνει πως δεν πρόκειται για φυσιολογικές συμπεριφορές. Καμιά φορά , τα άτομα που εν τέλει εκδηλώνουν ψύχωση δίνουν σημάδια ήδη απ' την παιδική τους ηλικία , ότι πρόκειται ενδεχομένων να εκδηλώσουν κάποια ψυχική διαταραχή.

Η προνοσηρή περίοδος της νόσου ορίζεται ως η περίοδος που προηγείται της εμφάνισης του πρώτου συμπτώματος της νόσου. Θεωρείται ότι πρόκειται για μια σταθερή κατάσταση, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι ελεύθερη προβλημάτων, και ακολουθείται συνήθως από την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας, η οποία συνιστά

μια πορεία βαθμιαίας και επιταχυνόμενης επιδείνωσης, μέχρι την εμφάνιση του πρώτου συμπτώματος της ενεργού φάσης.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον για αυτές τις φάσεις της νόσου είναι τεράστιο, αφ' ενός αναμένεται να διασαφηνιστεί περαιτέρω η αιτιολογία και παθοφυσιολογία τη νόσου, αφ' ετέρου διότι μπορεί να παρασχεθούν ευκαιρίες για πρωιμότερη θεραπεία ή ακόμα και πρόληψη της διαταραχής. Αυτός ο τελευταίος στόχος προς το παρόν αφορά περισσότερο την πρόδρομη φάση. Έχει τεκμηριωθεί η ύπαρξη ανωμαλιών σε άτομα που πρόκειται να αναπτύξουν σχιζοφρένεια, πριν από την εκδήλωση του πρώτου συμπτώματος της νόσου, οι οποίες αφορούν τις γνωστικές λειτουργίες, τη συμπεριφορά, το συναίσθημα, και την κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα (Ellison και συν. 1998) Silverstein και συν. 2002, Tandon και συν. 2009). Σε αυτές περιλαμβάνονται καθυστέρηση της κινητικής ανάπτυξης, διαταραχή της προσοχής, χαμηλότερος δείκτης νοημοσύνης, διαταραχές στην πρόσληψη του λόγου, χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, κοινωνική απομόνωση και συναισθηματική αποστασιοποίηση (Cornblatt και συν. 1999, Keshavan και συν. 2006). Από τα στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας, η τάση για αποφυγή βλάβης, που παρατηρείται ως φόβος για την αβεβαιότητα, συστολή, κοινωνική αναστολή και γρήγορη κόπωση (Cloninger & Svrakic 2009), έχει βρεθεί ότι είναι ισχυρότερη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και έχει υποστηριχθεί ότι αντιπροσωπεύει μια υποκλινική εκδήλωση αρνητικών συμπτωμάτων σε δείγματα ασθενών με σχιζοφρένεια αλλά και στους συγγενείς τους (Ritsner & Susser 2004, Bora & Veznedaroglou 2007, Smith και συν. 2008). Ακόμη, έχουν ανευρεθεί υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού σε ασθενείς από ότι σε υγιείς μάρτυρες (Camisa και συν. 2005).

Έχουν διατυπωθεί κάποιες υποθέσεις για τον τρόπο με τον οποίο τα στοιχεία της προσωπικότητας μπορεί να συνδέονται με την εμφάνιση μιας ψυχικής νόσου. Ενδέχεται ορισμένα στοιχεία ή διαταραχές προσωπικότητας να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μιας ορισμένης ψυχικής νόσου, ή ενδέχεται τα στοιχεία της προσωπικότητας να επηρεάζουν την έκφραση των συμπτωμάτων της νόσου, χωρίς ωστόσο να συνδέονται αιτιολογικά με αυτά (Fanous & Kendler 2004). Επίσης, υποστηρίζεται η πιθανότητα η ψυχική νόσος να έχει εν μέρει κοινή αιτιολογική βάση με τα στοιχεία της προσωπικότητας, ώστε τα ανωτέρω να αποτελούν μέρη ενός κοινού φάσματος, ίσως τα δύο του άκρα, ηπιότερο- βαρύτερο, με γενετική σχέση μεταξύ τους (Hare και συν. 2011, Yasouda και συν. 2011). Έτσι

συχνά άτομα με το βασικό φαινότυπο μιας ασθένειας έχουν συγγενείς με ηπιότερες εκδηλώσεις, ενώ ορισμένα στοιχεία ή διαστάσεις προσωπικότητας μπορεί να συνιστούν ενδοφαινότυπο της νόσου χωρίς αυτό να είναι ευρευνητικά αποδεδειγμένο.(Erche και συν. 2010, Reichborn-Kjennerud και συν. 2010). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η προσωπικότητα και η νόσος μπορεί να συνιστούν κοινούς, κατά ένα μέρος, θεραπευτικούς στόχους, ενώ η θεραπεία της ηπιότερης διαταραχής μπορεί να έχει αξία για την πρόληψη της βαρύτερης διαταραχής (Fanous & Kendler 2004, Tsuang και συν. 2005).

Ειδικά για τη σχιζοφρένεια, εκφράζεται η άποψη ότι πιθανόν συνιστά το βαρύτερο άκρο ενός φάσματος διαταραχών σχετιζομένων με τη σχιζοφρένεια. Βάσει κλινικών ομοιοτήτων αλλά και δεδομένων από μελέτες οικογενειών, στο ίδιο φάσμα περιλαμβάνονται ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας, συγκεκριμένα η σχιζότυπη, η σχιζοειδής, η παρανοειδής αλλά και η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας, όπως επίσης και η κλινική οντότητα που καλείται σχιζοταξία (Tsuang και συν. 2005). Ο όρος σχιζοταξία εισήχθη για πρώτη φορά για να υποδηλώσει μια κλινική κατάσταση που αντιστοιχεί στη γενετική προδιάθεση για τη σχιζοφρένεια (Meehl 1962). Πρόκειται για μία οντότητα που δεν περιλαμβάνεται στην ταξινόμηση του DSM-IV-TR, εντούτοις πιθανόν είναι σημαντική για την πλήρη κατανόηση του σχιζοφρενικού φάσματος. Θεωρείται ότι μπορεί να συναντάται στο 20-50% των συγγενών των σχιζοφρενών ασθενών, ενώ η σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας μόλις στο 10%. Κλινικά μπορεί να παραμένει ως μια σταθερή κατάσταση αρνητικών συμπτωμάτων και νευροψυχολογικών ελλειμμάτων, παρόμοια προς την αρνητική διάσταση της συμπτωματολογίας της σχιζότυπης διαταραχής (Faraone και συν. 2001). Η σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας παραμένει προς το παρόν η διαταραχή με την ισχυρότερη τεκμηρίωση ως διαταραχή του σχιζοφρενικού φάσματος. Η συχνότητα της διαταραχής στους συγγενείς των σχιζοφρενών είναι 1,5-5 φορές μεγαλύτερη από ότι στους συγγενείς των υγιών (Kendler και συν. 1993, Battaglia & Torgersen 1996). Εξάλλου, και από κλινική άποψη, έχει τις περισσότερες ομοιότητες με την ίδια τη σχιζοφρένεια, καθώς τα διαγνωστικά κριτήρια αντικατοπτρίζουν, σε ηπιότερο βαθμό, τα συμπτώματα της νόσου. Μελέτες παραγοντικής ανάλυσης έχουν δείξει ότι τα συμπτώματα της σχιζότυπης διαταραχής κατανέμονται σε διαστάσεις ψυχοπαθολογίας: θετική, αρνητική, αποκλίνουσας συμπεριφοράς, και πιθανόν γνωστική-αποδιοργανωτική (Vollema & Van den Bosch

1995). Φαίνεται επίσης ότι αρκετές από τις δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου που συναντώνται στη σχιζοφρένεια παρατηρούνται επίσης στη σχιζότυπη διαταραχή, όχι όμως όλες, καθώς οι ανωμαλίες στο μέσο κροταφικό λοβό και η διεύρυνση των κοιλιών εκφράζεται από πολλούς ότι χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρένεια (Dickey και συν. 2002). Τέλος, γονίδια που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια ενέχονται και στην αιτιολογία της 32 σχιζότυπης διαταραχής, όπως έχει φανεί για το αλληλίο Val της κατεχολο-Ο-μεθυλοτρανσφεράσης (COMT), το οποίο ανευρίσκεται με αυξημένη συχνότητα σε σχιζότυπα άτομα (Avramopoulos και συν. 2002, Fanous & Kendler 2004).

Στο φάσμα της σχιζοφρένειας περιλαμβάνονται επίσης η παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας, η οποία προσομοιάζει τον παρανοειδή τύπο της σχιζοφρένειας, καθώς και η σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας, η οποία εμφανίζει χαρακτηριστικά παρόμοια με την αρνητική συμπτωματολογία της νόσου. Ωστόσο τα δεδομένα από τις μελέτες οικογενειών δεν είναι ακόμα ισχυρά, ενώ η γενετική βάση και τα απεικονιστικά ευρήματα που σχετίζονται με αυτές τις διαταραχές δεν έχουν προς το παρόν μελετηθεί επαρκώς (Tsuang και συν. 2005).

Τελευταίες μελέτες έχουν συνδέσει και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας με το σχιζοφρενικό φάσμα. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από υπέρμετρο κοινωνικό άγχος, το οποίο επίσης αποτελεί τμήμα της σχιζοφρενικής συμπτωματολογίας, ανεξάρτητο από τη θετική ή την αρνητική διάσταση της ψυχοπαθολογίας (Pallanti 2004, Fogelson και συν. 2007). Η διαταραχή ανευρίσκεται συχνότερα μεταξύ των συγγενών των σχιζοφρενών από ότι στους συγγενείς των υγιών, και σε αυτήν την ομάδα, το συχνότερο σύμπτωμα ήταν η αποφυγή κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων, αν είχαν να κάνουν με εμπλοκή με άλλους ανθρώπους, και το αίσθημα υπέρμετρης δυσκολίας σε καινούριες δραστηριότητες (Asarnow και συν. 2001, Fogelson και συν. 2007).

Λιγότερα είναι γνωστά σε σχέση με τις υπόλοιπες διαταραχές προσωπικότητας στον πληθυσμό των ασθενών. Στη μελέτη των McMillan και συν. (2009) διερευνήθηκε η συννοσηρότητα ορισμένων διαταραχών προσωπικότητας, δηλαδή της αποφευκτικής, εξαρτητικής, ιδεοψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής, παρανοειδούς, σχιζοειδούς, και ιστριονικής και αντικοινωνικής, με τη σχιζοφρένεια. Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς έπασχαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα από κάθε μια από τις

ανωτέρω διαταραχές σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, με συχνότερες την παρανοειδή και την αποφευκτική. Η ακριβής φύση της σχέσης των συμπτωμάτων των διαταραχών προσωπικότητας με την ψυχοπαθολογία της σχιζοφρένειας δεν έχει προς το παρόν μελετηθεί επαρκώς και μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικής έρευνας.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Στις περισσότερες διεθνείς έρευνες, ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας ποικίλει από 0,05-2,38 περιπτώσεις ανά εκατό κατοίκους. Από τη μεγάλη έγκυρη επιδημιολογική έρευνα των τομεοποιημένων περιοχών στις ΗΠΑ τα ποσοστά της σχιζοφρένειας που προέκυψαν κυμάνθηκαν μεταξύ 0,6- 1,9. Στη χώρα μας τη δεκαετία του 1980 μελέτη σε τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού ενηλίκων ανέδειξε επιπολασμό της σχιζοφρένειας που κυμαινόταν στο 1,2 τοις εκατό, ενώ η έρευνα σε δείγμα μεταναστών έδωσε μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού. Συμβατικά η μέση τιμή της

σχιζοφρένειας ορίζεται στο 1% . Είναι ενδεικτικό πως στην έρευνα αυτή όσο πιο περιοριστικά είναι τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας , τόσο μειώνονται οι διαφορές στην επίπτωση της νόσου μεταξύ των κρατών ,εύρημα που αποτελεί ένδειξη για την οικουμενικότητα της συγκεκριμένης ασθένειας . Στη χώρα μας ο υπολογιζόμενος αριθμός ασθενών 15-65 ετών ανέρχεται στις 100.000.

#### Οικουμενικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διεξήγαγε μια έρευνα, μόλις το 1973, για τη σχιζοφρένεια, στην οποία συμπεριλαμβάνονταν εννέα χώρες, δυτικές και μη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε ομοιότητα στις ομάδες των συμπτωμάτων. Οι Carpenter, Strauss και Bartko, την ίδια χρονιά, επέκτειναν αυτά τα αποτελέσματα, και κατέληξαν σε εννέα θετικά και τρία αρνητικά συμπτώματα, που φαίνεται να είναι κοινά. Τα κοινά συμπτώματα καταγράφονται ως εξής: επίπεδο συναίσθημα, φτωχή εναισθησία, το να σκέφτεται ηχηρά, φτωχή θεραπευτική σχέση, ασυνάρτητος λόγος, μη ρεαλιστικές σκέψεις, ψευδαισθήσεις, διαταραχές στον ύπνο, καταθλιπτικό προσωπείο και έκφραση αγαλλίασης. Αυτές οι έρευνες, όμως, παρουσιάζουν αρκετά λανθασμένα σημεία, με αγίλλειο πτέρνα το ότι δεν έγινε προσπάθεια συσχέτισης αυτών των συμπτωμάτων με το εκάστοτε νοηματικό πολιτισμικό πλαίσιο (Draguns, 1980). Και οι Murphy, πάντως, το 1976, και ο Edgerton, το 1966, υποστήριξαν μέσω των έρευνών τους ότι η ομοιότητα στην έκφραση των ψυχωσικών συμπτωμάτων είναι μεγάλη και αυξάνεται ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής (White, 1982).

#### Οι διαφορές της σχιζοφρένειας μεταξύ πολιτισμών.

Οι Opler και Singer, το 1959, συνέκριναν Ιταλούς και Ιρλανδούς που έπασχαν από σχιζοφρένεια και βρήκαν ότι οι Ιρλανδοί παρουσίαζαν μεγαλύτερα επίπεδα ενοχής, πιο συστηματικές παραληρητικές ιδέες, περισσότερο ποσοστό αλκοολισμού και λιγότερα συναισθηματικά προβλήματα από τους Ιταλούς. Οι Enright και Jaeckle, το 1963, συνέκριναν Φιλιπινέζους και Ιάπωνες παρανοϊκούς σχιζοφρενείς και παρατήρησαν ότι οι Φιλιπινέζοι ήταν πιο εχθρικοί, δραστήριοι και αναστατωμένοι από τους Ιάπωνες, οι οποίοι παρουσιάζονταν πιο αποσυρμένοι, παθητικοί και

συνεργάσιμοι (Marsella, 1979). Όσον αφορά την Ιαπωνία, έρευνα που διεξήχθη από τους Nakane et al. (1992), σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, δεν βρήκε στατιστικά σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της σχιζοφρένειας, σε σύγκριση με άλλες δέκα χώρες- ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες- που μελετήθηκαν. Ωστόσο μία σημαντική διαφορά ήταν ότι το 50% των κλινικών περιπτώσεων που μελετήθηκαν στην Ιαπωνία είχαν τη διάγνωση του ηβηφρενικού τύπου σχιζοφρένειας, ποσοστό αρκετά μεγάλο που δεν παρατηρήθηκε στις άλλες χώρες. Ο Sunshine, το 1971, σύγκρινε μαύρους και Πορτορικανούς σχιζοφρενείς, στη Νέα Υόρκη, και βρήκε ότι οι τελευταίοι ήταν πιο δραστήριοι και παρουσίαζαν πιο έντονα σωματικά συμπτώματα από την πρώτη ομάδα ασθενών. Κάποιες άλλες έρευνες των German, το 1972, και των Murphy, Wittkower, Fried και Ellenberger, το 1963, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παρανοϊκή σχιζοφρένεια δεν είναι τόσο συχνή σε μη δυτικές, παραδοσιακές και αγροτικές κοινωνίες (Dragyns, 1980). Ο Piedmont, το 1966, σύγκρινε Γερμανούς και Πολωνούς σχιζοφρενείς και διαπίστωσε ότι οι Γερμανοί ήταν πιο εχθρικοί και παρουσίαζαν περισσότερες παραληρηματικές ιδέες παρανοϊκού περιεχομένου. Οι Πολωνοί ήταν πιο αγχώδεις, και εμφάνιζαν σωματικά και υποχονδριακά συμπτώματα με κατατονικά στοιχεία (Sanua, 1980). Σε πιο πρόσφατη έρευνα των Marsella et al. (1988), συγκρίθηκαν σχιζοφρενείς από την Ινδία και τη Νιγηρία και, επίσης, βρέθηκαν διαφορές. Οι Ινδοί παρουσίαζαν πιο έντονα προβλήματα συναισθηματικής υφής, ενώ οι Νιγηριανοί παρατηρήθηκε ότι ήταν πιο καχύποπτοι, περισσότερο αγχώδεις και εμφάνιζαν πιο αλλόκοτη συμπεριφορά.

## ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των προβλημάτων συναισθηματικής φύσης κατά την οποία ένα εκπαιδευόμενο άτομο δημιουργεί σκόπιμα μια επαγγελματική σχέση με τον ασθενή με σκοπό: την αφαίρεση , μετατροπή ή επιβάρυνση της εξέλιξης υπαρχόντων συμπτωμάτων , τη μεταβολή



διαταραγμένων διαδικασιών συμπεριφοράς και την προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας (Wolberg,1998)

Εάν αλλάξουμε την λέξη ασθενή με την λέξη άτομο. αφού πιστεύουμε ότι "όσο πιο υγιής είσαι, τόσο πιο πολύ ωφελείσαι από την ψυχοθεραπεία", τότε μας εκφράζει πλήρως ο πιο πάνω ορισμός, στον οποίο καταλήγει ο Wolberg (1988), αφού αναλύσει διεξοδικά 39 διαφορετικούς ορισμούς για το τι είναι ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί μια διαδικασία που υφίσταται με σκοπό τη μείωση των «δύσκολων» καταστάσεων ζωής αλλά συνάμα και για να προάγει καλύτερη ποιότητα ζωής στο θεραπευόμενο . Όπως άλλωστε θα έλεγε και ο Επίκουρος , για την επίτευξη του ηδέως ζην. Η πεμπτουσία στην ψυχοθεραπεία ενός ψυχωσικού είναι η ηρεμία και η τόνωση της αυτοπεποίθησης του. Αυτό μπορούμε εύκολα να το συμπεράνουμε καθώς στο χρονικό διάστημα προ ψυχοθεραπείας , ο ασθενής συνήθως νιώθει αποδιοργανωμένος και φοβισμένος , γι αυτό και το πρώτο μέλημα του θεραπευτεί είναι να τον καθησυχάσει και να επιφέρει την ηρεμία στην ψυχή και στην καθημερινότητα του.

Η ψυχοθεραπεία είναι μια πολύ πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί ειδικές συνθήκες , οι οποίες στην περίπτωση της σχιζοφρένειας πρέπει να τηρούνται με συνέπεια για μεγάλο χρονικό διάστημα . Τα σύνθετα νευροφυσιολογικά πειράματα προϋποθέτουν την ύπαρξη μιας μεγάλης ποικιλίας παραγόντων και συνθηκών για την επιτυχία τους. Η αποτυχία εξαγωγής των επιθυμητών ψυχοθεραπευτικών αποτελεσμάτων δεν πρέπει να θεωρείται απόδειξη ότι τα αποτελέσματα είναι ανέφικτα , αφού αρκεί ακόμη και η απουσία μιας συνιστώσας για τη μη επίτευξή τους .

Η ψυχοθεραπεία στις μέρες μας παρά τις προκαταλήψεις είναι αρκετά «της μόδας» . Στην Αμερική , μάλιστα, αποτελεί υπόθεση ενός δισεκατομμυρίου δολαρίων το χρόνο και απασχολεί 25.000 ψυχιάτρους , 50.000 ψυχολόγους και αναρίθμητες χιλιάδες κοινωνικούς λειτουργούς και ειδικούς συμβούλους. Τις παραπάνω ειδικότητες συμβουλευεται σε κάποια φάση της ζωής του το 10% του πληθυσμού των ΗΠΑ. Τα δεδομένα αυτά ίσχυαν πριν από μια τριακονταετία κατά προσέγγιση . Στην Ελλάδα τη δεκαετία που διανύουμε , έχοντας πάντα ως κριτήριο τα εργαστήρια που αφορούν κατ' αποκλειστικότητα τον ιδιωτικό τομέα (τα οποία έχουν τρομερή ανέλιξη τα τελευταία χρόνια) ,καθώς και διαδικτυακές πληροφορίες, είμαστε σε θέση να

συμπεράνουμε ότι η ψυχοθεραπεία αρχίζει και γίνεται πλέον απαραίτητη και στη δική μας κοινωνία.

Οι τάσεις που διαμορφώθηκαν στην ψυχοθεραπεία πριν από το κίνημα της συνθετικής προσέγγισης ήταν τρεις: Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία , οι ατομικές ψυχοθεραπείες καθώς και οι ομαδικές. Οι ατομικές θα μας απασχολήσουν στην παρούσα διατριβή . Οι ατομικές εμπεριέχουν αρχικά τις γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις (λογικοθυμική θεραπεία, επιστημονική ψυχοθεραπεία , γνωστική ψυχοθεραπεία και πολύτροπη προσέγγιση) , κατά δεύτερον τις ανθρωπιστικές-υπαρξιακές προσεγγίσεις (πελατοκεντρική ψυχοθεραπεία , υπαρξιακή φαινομενολογική ψυχοθεραπεία και ανθρωπιστική ψυχοθεραπεία) και τέλος την ψυχολογικού τύπου ψυχοθεραπεία (ψυχανάλυση , ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής προσέγγισης και βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία) .

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

«Είναι ευκολότερο να διασπασθεί ένα άτομο από το να αλλάξει μια πεποίθηση» έλεγε ο Αϊνστάιν. Πράγματι, όλοι οι άνθρωποι έχουν την τάση να αντιστέκονται στις αλλαγές και στις καινοτομίες καταναλώνοντας για αυτό ένα μέρος από την ενέργειά τους.

Αυτό είναι γνωστό από παλιά. Ισχύει για όλους και ακόμη περισσότερο για τους επιστήμονες, που δεν θα μπορέσουν ποτέ να αποδεχθούν τις νέες θεωρίες, επειδή αυτές θα αντιπροσωπεύουν πάντα απώλεια ισχύος, χρήματος και γοήτρου για εκείνους

που αποτελούν το επιστημονικό κατεστημένο.

Το 1952 ο Eysenck αμφισβήτησε την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας , λόγω του ότι η βελτίωση που παρουσιάστηκε στα 2/3 των ασθενών ήταν κατά προσέγγιση ταυτόσημη με τη συχνότητα της αυτόματης ίασης . Πιο συγκεκριμένα , στην περίπτωση ψυχαναλυτικού τύπου , η βελτίωση ήταν της τάξεως του 44% , δηλαδή χαμηλότερη της αναμενόμενης στην ομάδα ελέγχου. Σε μετέπειτα δημοσιεύσεις του υποστήριξε ότι μόνο οι ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείες δεν είχαν αποτέλεσμα.

Όπως είναι λογικό υπήρξε όχι απλά ο αντίποδας , αλλά αυστηρότατες κριτικές όσον αφορά τις απόψεις του Eysenck που αντέτειναν ότι μέχρι το 1965 υπήρχαν έστω 70 δημοσιευμένες ελεγχόμενες μελέτες της ψυχοθεραπείας , την πλειονότητα των οποίων δε συμπεριέλαβε ο Eysenck στην ανάλυση του.

Παραδόξως ο ρόλος του Eysenck στην προαγωγή της διαδικασίας της ψυχοθεραπείας υπήρξε καταλυτικός . Οι τοποθετήσεις του κατάφεραν να λειτουργήσουν ως αρωγός στους υποστηρικτές τους , προκειμένου να εκτελέσουν περισσότερο προσεγμένες μεθοδολογικά έρευνες , βέβαια μετά τη δεκαετία του 1970. Σήμερα όμως είναι κοινώς παραδεκτή αλήθεια ότι η ψυχοθεραπεία είναι μια άκρως αποτελεσματική διαδικασία , το συμπέρασμα αυτό έχει εξαχθεί από σχετικές ,ορθά σχεδιασμένες , από μεθοδολογική άποψη , έρευνες.

Όσον αφορά τη ψυχοθεραπεία που απευθύνεται σε σχιζοφρενείς ασθενείς , διαπιστώθηκε ότι οι μακροχρόνιες ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείες , που είχαν ως αυτοσκοπό την αποκάλυψη ασυνείδητων συγκρούσεων , είτε ήταν ατελέσφορες , σε σύγκριση πάντα με τη λήψη νευροληπτικών φαρμάκων που υπερτερούσε

θεραπευτικά . Αυτό συμβαίνει διότι σε βαριά ψυχωσικούς ασθενείς είναι απαραίτητο ο ψυχοθεραπευτής να έχει έναν πιο ενεργητικό ρόλο απ'αυτόν που χρήζει η κλασσική ψυχοθεραπεία , όπως έδειξε η έρευνα του Glass και των συνεργατών (1989) σε ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια. Τελευταίες έρευνες έδειξαν μάλιστα ότι τα επίπεδα ενεργητικότητας του θεραπευτή σχετίζονταν σε μεγάλο βαθμό με την καταστολή των συμπτωμάτων των σχιζοφρενών .

Εν αντιθέσει με τις ψυχοθεραπείες που είχαν ως βάση ασυνείδητες συγκρούσεις, οι ατομικές ψυχοθεραπείες συμπεριφορικού τύπου επιδείκνυαν ικανοποιητικά αποτελέσματα . Ακόμη και μια επιτυχής ψυχοθεραπευτική συνεδρία κατάλληλης προσέγγισης προκαλεί μετρήσιμες στατιστικά σημαντικές αλλαγές στην ψυχοπαθολογία του θεραπευόμενου σύμφωνα με το βιβλίο «Ο Κόσμος της Ψύχωσης» του I.N.Νέστορος.

Ο ψυχοθεραπευτής είναι πολύ σημαντικό πρόσωπο για τον θεραπευόμενο . Άλλωστε η ψυχοθεραπεία δεν είναι κάτι το στεγνό , δεν είναι μια διαδικασία απομακρυσμένη απ'το συναίσθημα . Αντίθετα , πρόκειται για θεραπευτική διαδικασία που βασικό της συστατικό αποτελεί το θεραπευτικό «νοιιάξιμο» , το οποίο θεωρείται και το πιο δυνατό όπλο της ψυχοθεραπείας . Γενικά , ο θεραπευόμενος έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο πολλά ψυχωσικά συμπτώματα παρουσιάζει , τόσο πιο μεγάλη είναι η ευαισθησία του και η ανάγκη του για προσοχή . Ο ασθενής έχει τόσο μεγάλη προσμονή για ενδιαφέρον που έχει την ικανότητα να το διαβάσει στο πρόσωπο του θεραπευτή του .Μπορεί να συγχωρέσει ένα θεραπευτικό λάθος , αλλά σε καμία περίπτωση δε συγχωρεί την έλλειψη ενδιαφέροντος.

Η πραγματικότητα με την οποία δεν έχουν επαφή όσοι γίνονται εν τέλει ψυχωσικοί , τους καθιστά να μην αισθάνονται κομμάτι της ανθρώπινης κοινωνίας και σε αρκετές των περιπτώσεων μοιάζει απ'τα λεγόμενα τους να μην αισθάνονται ούτε καν σύνδεση με το ανθρώπινο είδος. Μαρτυρίες από συνεδρίες ή ακόμη και από συνεντεύξεις , καταδεικνύουν την προσπάθεια των σχιζοφρενών να μοιάσουν στους υπόλοιπους τυπικούς ανθρώπους , και οι προσπάθειες τους να πέφτουν στο κενό. Έχει ειπωθεί μάλιστα πως η σχιζοφρένεια σε βοηθά να απαλλαγείς από την σκληρή πραγματικότητα της ζωής καθώς και τα τραυματικά γεγονότα ζωής. Συχνά οι άνθρωποι νιώθουν αβοήθητοι και τις περισσότερες φορές αυτό είναι το θεμελιώδες πρόβλημα τους και καθώς η ζωή γίνεται ανυπόφορη , το άτομο αναβιώνει το αίσθημα του αβοήθητου.

Για την πλήρη συναισθηματική αποκατάσταση των ασθενών φροντίζει η ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία αποτελεί μια μέθοδο συναισθηματικής επαναμάθησης για τον σχιζοφρενή , ένα είδος συναισθηματικού φροντιστηρίου. Ο νευροψυχολόγος LeDoux (1986, 1989, 1993, 1996), ο οποίος μελέτησε το ρόλο που παίζει η αμυγδαλή στα συγκινησιακά ξεσπάσματα, διατυπώνει υπόθεση ότι από τη στιγμή που το συγκινησιακό σύστημα του ατόμου μαθαίνει κάτι, φαίνεται πως στη συνέχεια δεν το ξεχνάει. Η ψυχοθεραπεία, λοιπόν, αποτελεί μια διαδικασία που έχει τη δυναμική να διδάξει στο άτομο πως να διαχειρίζεται αυτό που ήδη έχει μάθει, δηλαδή προχωράει σε μια διαδικασία πλοήγησης του νεοφλοιού ώστε να ελέγχει τη

λειτουργία της αμυγδαλής. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, αυτό που παρουσιάζει αλλαγή στο άτομο είναι η απόκριση του στην εμφανιζόμενη αντίδραση, χωρίς εντούτοις να εξαφανίζεται πλήρως η αρχική του ροπή προς την αντίδραση. Έτσι, παρόλο που το άτομο δεν είναι κατασταλαγμένο στο πότε θα εκδηλώσει αντίδραση, με συναισθηματικό ξέσπασμα, κατορθώνει να έχει περισσότερο έλεγχο στη διάρκεια και στην ένταση του συναισθήματος που θα βιώσει. Αν προβεί κάποιος στην εκτενή παρατήρηση μιας μακροχρόνια ψυχοθεραπείας ενός ψυχωσικού ασθενή, είναι εύκολο να διαπιστώσει, σε ό,τι αφορά τη συναισθηματική αντίδραση του απέναντι στα στρεσογόνα ερεθίσματα, που άλλοτε τον τάραζαν, ακριβώς το ότι σε βάθος χρόνο και κατόπιν πολλών συνεδριών ο ασθενής αντιμετωπίζει ολοένα και ηπιότερα τα γεγονότα αυτά, ώσπου πολλές φορές φτάνει στο σημείο η σχετική του αντίδραση να είναι ήρεμη.

## ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ

Αρκετοί ψυχίατροι όταν καλούνται να ανακοινώσουν τη διάγνωση τους στους σχιζοφρενείς ασθενείς τους χρησιμοποιούν εκφράσεις όπως οι παρακάτω: Πρόκειται για μια οργανική διαταραχή γενετικής φύσεως που δε θεραπεύεται ,αλλά με κατάλληλη αγωγή σύγχρονων φαρμάκων θα μπορείς να είσαι οριακά αποδεκτός από μεγάλη μερίδα ανθρώπων τον περισσότερο καιρό. Όμως , στην πραγματικότητα είναι απαραίτητη μόνο μια αγωγή φαρμάκων για να είσαι αποδεκτός και μέτοχος της κοινωνίας; Μπορεί άραγε ένα χάπι να αποτελέσει το χρυσό χάπι ; Η αγωγή για σχιζοφρενείς είναι ότι η ινσουλίνη για τους διαβητικούς; Πρόκειται για μια μη θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή , στην οποία μπορούν να βοηθήσουν η κατάλληλη αγωγή φαρμάκων συνδυασμένη με σωστή ψυχοθεραπεία. Όμως η τελευταία παράμετρος δε φαίνεται να είναι γνωστή σε όλο τον κόσμο , πιο εύκολα θα σου απαντήσει ένα άτομο που δεν εμπλέκεται με τις ψυχικές διαταραχές ότι στη σχιζοφρένεια χρειάζονται φάρμακα , παρά το ότι χρειάζεται ψυχοθεραπεία. Αυτό συμβαίνει διότι σχεδόν όλα τα μεταπτυχιακά προγράμματα ψυχιατρικής είναι χορηγούμενα από φαρμακοβιομηχανίες . Υφίσταται ένας τεράστιος κατάλογος από αντιψυχωσικά , παρ'όλα αυτά το κλειδί της υπόθεσης φαίνεται να βρίσκεται στο να κατορθώσεις να διώξεις το αίσθημα του αβοήθητου από αυτούς τους ασθενείς , να τους βοηθήσεις να ανακαλύψουν το ότι μπορούν να διαπιστώσουν τι συμβαίνει και να πάρουν αποφάσεις , να κάνουν επιλογές και δεν μπορείς να το πετύχεις συνταγογραφώντας τους φάρμακα διότι έμμεσα τους λες «δε μπορείς να το κάνεις , πρέπει να πάρεις φάρμακα».

Όσες έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχοθεραπεία δεν είναι αποτελεσματική στη σχιζοφρένεια φαίνεται να έγιναν από ερευνητές που δεν ήξεραν να κάνουν ψυχοθεραπεία , ή που δεν ήθελαν να διεκπεραιώνουν αυτού του είδους τη θεραπεία. Η ψυχοθεραπεία από τη σκοπιά του ψυχοθεραπευτή αποτελεί δύσκολη υπόθεση και μια πρόκληση για τον ίδιο . Είναι πολύ πιο εύκολο να χορηγήσεις ένα χάπι χωρίς να έχεις το βάρος να παίζεις το δύσκολο ρόλο του συντονιστή της ψυχοθεραπείας. Ένας απ'τους πρωταρχικούς λόγους για τους οποίους ο ψυχοθεραπευτής δυσκολεύεται είναι διότι οι θεραπευόμενοι δύσκολα εξωτερικεύουν σκέψεις και πόσο μάλλον συναισθήματα . Σε αρκετές των περιπτώσεων , μάλιστα, έχουν την πεποίθηση ότι η εμπιστοσύνη σε κάποιον μοιάζει με θανατική ποινή , καθώς τα ψυχοτραυματικά γεγονότα που τους οδήγησαν στο μονοπάτι της ψύχωσης σχετίζονται με την

κατάχρηση της εμπιστοσύνης από τους σημαντικούς άλλους. Σημαντικό είναι να τονίσουν οι ψυχοθεραπευτές ότι δε θα αναγκάσουν τον θεραπευόμενο να λάβει φαρμακευτική αγωγή ό,τι κι αν πουν , ό,τι κι αν κάνουν , αυτό δε θα έχει συνέπειες και δε θα υποστούν καμία τιμωρία. Οφείλει ένας ψυχοθεραπευτής να κρατάει ζωντανή την ελπίδα για τους ασθενείς του , γιατί οι ίδιοι δεν την έχουν .Τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας θα μπορούσαμε να τη χαρακτηρίσουμε και ως ένα είδος συνεργασίας μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου , άλλωστε υπάρχει αστείρευτη ανάγκη εκ μέρους του δεύτερου να νιώσει ότι η διαδικασία ενέχει ένα είδος ψυχολογικής υιοθεσίας του .Ο θεραπευτής λειτουργεί ως ένας έμπειρος οδηγός , ένας οδηγός στα μονοπάτια του νου , χωρίς ο ίδιος να τα έχει περπατήσει –και να έχει νοσήσει- προσπαθεί να κατευθύνει το συνομιλητή του , λειτουργεί επίσης ως συνοδοιπόρος προς την πραγματικότητα και την «αλήθεια» του κόσμου. Το έργο του γίνεται ακόμη πιο δυσπρόσιτο όταν είναι χρέος του να αντιμετωπίζει τον κάθε του ασθενή ξεχωριστά σαν ένα ξεχωριστό κόσμο που έχει μια δική του ξεχωριστή κουλτούρα , ο καθένας έχει τη δική του γλώσσα και τις δικές του εμπειρίες . Ο θεραπευτής εισέρχεται και ανακαλύπτει αυτό το νέο κόσμο του κάθε σχιζοφρενικού ασθενή και μαθαίνει τη νέα γλώσσα , προκειμένου να επικοινωνήσει και να καταλάβει βαθιά ανησυχίες και σκέψεις του ασθενούς . Μπορείς να διαβάσεις και να μάθεις για τη σχιζοφρένεια , υπάρχουν πολλές θεωρίες και προσεγγίσεις επί του συγκεκριμένου θέματος , όταν όμως βρίσκεσαι σε ένα δωμάτιο με κάποιον, αυτό δε μπορεί να ταιριάζει με καμία απολύτως θεωρία και περιγραφή εγχειριδίου. Οπότε χρειάζεται να αντέχεις και να αποδέχεσαι τις αποκλίσεις και να βασίζεσαι κατά κύριο λόγο στη δική σου δημιουργικότητα . Το να προσεγγίσεις το υγιές κομμάτι ενός ασθενή με βαριά διαταραχή δε θέλει απλά μια απλή προσπάθεια και γνώση . Οι σχιζοφρενείς φέρνουν τη ζωή στα άκρα , ζουν τη ζωή στα άκρα με διάφορους τρόπους , αυτό καθαυτό έγκειται στις δυσκολίες , με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι ψυχοθεραπευτές . Το έργο τους συναρπαστικό και συνάμα δύσκολο . Όταν το πλησίασμα και η τρυφερή συμπεριφορά πολλές φορές καταντούν μαρτύριο στο μυαλό των βαριά ψυχωσικών και νιώθουν μικροί και εξαρτημένοι και ίσως εκεί που γεννιέται η οικειότητα ξεκινούν και τα συμπτώματα της ψύχωσης , εκεί δηλαδή ξεκινά ο προσωπικός τους Γολγοθάς .

Οι άνθρωποι δε χρειάζονται τέλειους θεραπευτές , διότι αν είσαι σωστός συνέχεια, δε μπορείς να θεραπεύσεις . Αν προσπαθήσεις ,όμως να κατανοήσεις και να



ακούσεις όσο το δυνατόν περισσότερο τον ασθενή , τότε σίγουρα θα είσαι ένας καλός ψυχοθεραπευτής , αυτό άλλωστε είναι και το ζητούμενο . Ο θεραπευτής οφείλει να σέβεται και να ακούει υπομονετικά τον ασθενή του , ακόμη να του δίνει χρόνο να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του. Είναι τόσο δυναμική η διαδικασία της ψυχοθεραπείας που εφόσον ακολουθήσουν οι θεραπευτές απλούς κανόνες, γίνονται τα αδύνατα δυνατά . Ακόμη και με λίγες γνώσεις μπορεί κάποιος να καταφέρει πολλά στο συγκεκριμένο επάγγελμα . Ο θεραπευτής πρέπει να ναι ο εκπαιδευμένος , έξυπνος , δεκτικός συνομιλητής που βάζει τα δυνατά του για να καταλάβει τον ασθενή .Ποτέ δεν εισβάλλει στα ενδότερα του μυαλού του ασθενούς , χωρίς τη συγκατάθεσή του, πάντα με σεβασμό προσεγγίζει τα προβλήματα και τις ανησυχίες του θεραπευόμενου του .Ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να παίρνει ως δεδομένο ότι πίσω απ'το σχιζοφρενή υπάρχει ο άνθρωπος και χρέος του ως ειδικός είναι να προτάξει μπροστά τον άνθρωπο και να φροντίσει να αφήσει πίσω την ασθένεια. Ο Harry Stack Sullivan είπε ότι πάνω απ'όλα είμαστε άνθρωποι. Καθένας από εμάς μπορεί να καταρρεύσει και κάθε ένας που έχει καταρρεύσει έχει τη δυνατότητα να θεραπευτεί. Άλλωστε όλοι είμαστε εν δυνάμει ψυχωσικοί.

Το να είσαι ψυχοθεραπευτής έχει εκτός από τις δυσκολίες , και μια σειρά από απίστευτα προνόμια , όπως το να σου δίνεται η ευκαιρία να γνωρίζεις ανθρώπους εις βάθος , να σου ανοίγονται , όσο δεν έχουν επιχειρήσει να ανοιχτούν σε κανέναν άλλο. Ο θεραπευόμενος μιλάει στο θεραπευτή του ανοιχτά για τη ζωή , τις εμπειρίες τις δυσκολίες και τις σκέψεις του, για τις ελπίδες τους φόβους και τις προσδοκίες του .Είναι τεράστιο προνόμιο να σου δίνεται η ευκαιρία να γνωρίζεις κατ'αυτόν τον τρόπο τους ανθρώπους , δεν υπάρχει άλλος τρόπος να το κάνεις παρά να είσαι θεραπευτής . Είναι συναρπαστικό , ακόμη , το γεγονός ότι μαθαίνεις να είσαι θεραπευτής μέρα με την ημέρα περισσότερο , εμπειρία με την εμπειρία .

## ΤΟ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το ψυχοδυναμικό μοντέλο περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Sigmund Freud τη δεκαετία του 1900. Σύμφωνα με αυτό, το ασυνείδητο ασκεί σημαντική επιρροή στην ψυχική ζωή και την προσαρμογή του ατόμου. Ο Freud υποστήριξε ότι υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα στάδια ανάπτυξης της προσωπικότητας και της ψυχοσεξουαλικότητας, μέσω των οποίων περνάει το άτομο από την παιδική του ηλικία μέχρι την ενηλικίωση. Κάθε ένα από αυτά τα διαφορετικά στάδια αφορά μία συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του ατόμου και συνδέεται με μία ερωτογενή ζώνη του σώματος. Ακόμη, έγινε ένας σημαντικός διαχωρισμός της προσωπικότητας σε τρία μέρη: το Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ, τα οποία είναι αλληλένδετα και αλληλοεξαρτώμενα, και έτσι το ένα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το άλλο. Το ψυχοδυναμικό μοντέλο προτείνει δέκα μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι έχουν ως στόχο να προστατεύσουν το άτομο από το άγχος και τις ενοχές, και δρουν ασυνείδητα και όχι συνειδητά. Επίσης, η ψυχαναλυτική θεραπεία στοχεύει στην ανασυγκρότηση της προσωπικότητας του ατόμου μέσα από την ανακάλυψη και την αποκάλυψη των εσωτερικών κινήτρων και συγκρούσεων, των ασυνείδητων σκέψεων και συναισθημάτων και των διαταραχών της αντίληψης με σκοπό την ανάκτηση του ελέγχου της συναισθηματικής ζωής του ατόμου. Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί η ψυχαναλυτική θεραπεία είναι τέσσερις: οι ελεύθεροι συνειρμοί, η μεταβίβαση, οι αντιστάσεις και η ανάλυση των ονείρων.

Σύμφωνα με το ψυχοδυναμικό μοντέλο η διαμόρφωση του χαρακτήρα εξαρτάται από την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων και πιο συγκεκριμένα αυτές που αναφέρονται στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού. Έτσι όταν ένα παιδί κατά την διάρκεια της ανάπτυξης του, δεν βιώνει την αποδοχή και 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. (Bruch, 1993. Nestoros, 1997a. Sullivan, 1953). Ένα παράδειγμα ψυχοδυναμικής θεωρίας είναι η ψυχανάλυση. Η συμπεριφορά, σύμφωνα με τη θεωρία, είναι αποτέλεσμα έντονης πάλης και συμβιβασμών ανάμεσα στα κίνητρα, τις ορμές, τις ανάγκες και τις συγκρούσεις. Τα κίνητρα εκφράζονται μέσα από τη συμπεριφορά είτε άμεσα είτε έμμεσα. Με την ίδια συμπεριφορά εκδηλώνονται ποικιλία κινήτρων σε διαφορετικά άτομα. Τέλος, η συμπεριφορά εκδηλώνεται σε διαφορετικά επίπεδα συνείδησης, με άτομα που έχουν λίγο ή πολύ επίγνωση των

δυνάμεων που κινητοποιούν τη συμπεριφορά τους. Στόχος όλης της συμπεριφοράς είναι η ηδονή, δηλαδή η μείωση της έντασης ή η απελευθέρωση ενέργειας. Σύμφωνα με τον Freud, τα πέντε πρώτα χρόνια στην ζωή του παιδιού έχουν αποφασιστική σημασία για την νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του. Το σημαντικότερο μέρος της ψυχαναλυτικής θεωρίας της ανάπτυξης είναι η ανάπτυξη των ενστίκτων. Πηγή των ενστίκτων είναι οι καταστάσεις σωματικής έντασης που τείνουν να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, τις λεγόμενες ερωτογενείς ζώνες. Η πρώτη ερωτογενής ζώνη είναι το στόμα, η δεύτερη ο πρωκτός και η τρίτη τα γεννητικά όργανα. Με το πέρασμα των τριών αυτών σταδίων, είναι πιθανόν να συμβούν κάποιες βλάβες στην ανάπτυξη των ενστίκτων. (Pervin & John,2001) Αν τα άτομα ικανοποιούνται ελάχιστα στη διάρκεια κάποιου σταδίου ανάπτυξης με αποτέλεσμα να φοβούνται να περάσουν στο επόμενο στάδιο, ή αν ικανοποιούνται σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα να μην έχουν κανένα κίνητρο για να συνεχίσουν θα προκύψει κάποια καθήλωση. Αν συμβεί αυτό, το άτομο θα προσπαθήσει να αποκτήσει το ίδιο είδος ικανοποίησης, που ήταν κατάλληλο για ένα από τα προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, στα μετέπειτα στάδια ανάπτυξης. Για παράδειγμα ένα άτομο μερικώς καθηλωμένο στο στοματικό στάδιο μπορεί να εξακολουθήσει να αναζητά στοματική ικανοποίηση στο φαγητό, στο κάπνισμα ή στο ποτό. Ένα αναπτυξιακό φαινόμενο που σχετίζεται με την καθήλωση είναι η παλινδρόμηση. Στην παλινδρόμηση το άτομο αναζητά να επιστρέψει σε έναν προηγούμενο τρόπο ικανοποίησης, σε μια προηγούμενη καθήλωση. Η παλινδρόμηση συμβαίνει συχνά κάτω από συνθήκες πίεσης, ώστε μερικοί άνθρωποι να τρώνε υπερβολικά, να καπνίζουν ή να πίνουν μόνο σε περιόδους ματαίωσης και άγχους.(Kring,Davison,Neale & Johnson,2007)

## **ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το συμπεριφοριστικό μοντέλο κατά τη συμβουλευτική διαδικασία χρησιμοποιεί τεχνικές που βασίζονται στη θεωρία της μάθησης, στοχεύοντας στην τροποποίηση κάποιων συγκεκριμένων μη προσαρμοστικών συμπεριφορών. Ιστορικά, η συμπεριφοριστική θεωρία ξεκίνησε από τον Ραβλόν, ο οποίος εισήγαγε την κλασική εξαρτημένη αντίδραση, και τον Watson, ο οποίος πειραματικά επέκτεινε αυτή τη θεωρία. Λίγο αργότερα εμφανίστηκαν δύο ακόμα θεωρίες που εμπίπτουν στο συμπεριφοριστικό μοντέλο, η θεωρία της συντελεστικής μάθησης του Skinner και η θεωρία της μιμητικής μάθησης του Bandura. Για όλες αυτές τις θεωρίες υπάρχει ένα κοινό πλαίσιο, το οποίο πρεσβεύει ότι η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μάθησης και η συμπεριφορά και η προσωπικότητα του ατόμου διαμορφώνεται καθώς το ίδιο το άτομο μαθαίνει να αντιδρά στο περιβάλλον του. Επιπλέον, στη συμπεριφοριστική θεωρία δεν υπάρχει η έννοια της ψυχικής ασθένειας ή διαταραχής, αλλά η αποκλίνουσα συμπεριφορά οφείλεται σε αναποτελεσματικούς τρόπους εκμάθησης μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Στη συμπεριφοριστική συμβουλευτική διαδικασία υπάρχουν τρεις βασικοί στόχοι: η αλλαγή της μη προσαρμοστικής συμπεριφοράς, η εκμάθηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και η πρόληψη των προβλημάτων. Επίσης, η συμβουλευτική θεραπεία μπορεί να χωριστεί σε έξι μέρη, τα οποία καλύπτουν ουσιαστικά έναν κύκλο ψυχοθεραπευτικών συνεδριών. Ωστόσο, για την επίτευξη της τροποποίησης της συμπεριφοράς του ατόμου, το συμπεριφοριστικό μοντέλο προτείνει πέντε τεχνικές, οι οποίες επιλέγονται ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του ατόμου. Οι πέντε αυτές τεχνικές είναι: η ενίσχυση, η οποία χωρίζεται σε θετική και αρνητική ενίσχυση και τιμωρία, η συστηματική απευαισθητοποίηση, η παρρησιαστική ή διεκδικητική εκπαίδευση, η ψυχοκατακλυσμική θεραπεία και η αποστροφική θεραπεία.

## **ΤΟ ΥΠΑΡΞΙΑΚΟ/ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το υπαρξιακό/ανθρωπιστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας προσπαθεί να συνενώσει τις αρχές της υπαρξιακής φιλοσοφίας με τις μεθόδους της φαινομενολογικής ανάλυσης στοχεύοντας στην καλύτερη κατανόηση και θεραπεία του ατόμου. Η υπαρξιακή ψυχολογία είναι δυνατόν να οριστεί ως η εμπειρική επιστήμη της ανθρωπίνης ύπαρξης. Το υπαρξιακό/ανθρωπιστικό μοντέλο έχει ως βάση του το γεγονός ότι το άτομο είναι ελεύθερο να επιλέξει την κατεύθυνση που επιθυμεί να ακολουθήσει στη ζωή του και υπεύθυνο για τις επιλογές του, γνωρίζοντας ότι ζει σε ένα περιβάλλον που το επηρεάζει καθημερινά και έχει άμεση σχέση με αυτό. Ωστόσο, το άτομο είναι επιθυμητό να ζει μέσα στον κόσμο, ο οποίος, σύμφωνα με τους υπαρξιστές χωρίζεται σε τρία μέρη: τον φυσικό κόσμο, τον κόσμο της συνύπαρξης και τον προσωπικό κόσμο. Ο φυσικός κόσμος (Umwelt) είναι ο βιολογικός κόσμος που περιβάλλει το άτομο, είναι κοινός για όλους και προϋποθέτει προσαρμογή, ο κόσμος της συνύπαρξης (Mitwelt) είναι ο κοινωνικός κόσμος, ο κόσμος των διαπροσωπικών σχέσεων και ο προσωπικός κόσμος (Eigenwelt) είναι ο κόσμος της εσωτερικής συνείδησης, με τον οποίο το άτομο σχετίζεται με τον εαυτό του και προϋποθέτει αυτογνωσία. Η πραγματική ύπαρξη του ατόμου βρίσκεται στη συνεχή προσπάθειά του να εξελιχθεί, δηλαδή δεν είναι μία στατική οντότητα, αλλά μία οντότητα η οποία καταβάλλει συνεχώς μία εσωτερική προσπάθεια να αναδυθεί προκειμένου να νιώσει ότι υπάρχει. Όταν το άτομο είναι αποξενωμένο από τον εαυτό του και νιώθει ότι δεν υπάρχει καταλαμβάνεται από μια υπαρξιακή ενοχή, δηλαδή μία ενοχή για τη μη αυτοπραγμάτωση. Αυτή η υπαρξιακή ενοχή προκαλεί το υπαρξιακό άγχος, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στην υπαρξιακή νεύρωση. Η υπαρξιακή συμβουλευτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στο να γνωρίσει το άτομο καλύτερα τον εαυτό του, να αναγνωρίσει τις δυνατότητές του και να τις χρησιμοποιήσει προκειμένου να οδηγηθεί στην αυτοπραγμάτωση. Όλη αυτή η διαδικασία προϋποθέτει από πλευράς του ατόμου ενεργή συμμετοχή στον φυσικό κόσμο και στον κόσμο της συνύπαρξης. Το υπαρξιακό/ανθρωπιστικό μοντέλο δεν χρησιμοποιεί τεχνικές ψυχοθεραπείας, διότι δίνει έμφαση στην αυθεντική εμπειρία προκειμένου να μπορέσει το άτομο να νιώσει υποκειμενικά και ειλικρινά την ύπαρξή του.

## **ΤΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το βιολογικό μοντέλο υποστηρίζει πως όλες οι ψυχολογικές λειτουργίες, φυσιολογικές ή μη, έχουν βιολογική βάση και ταυτίζονται με τις ανώτερες λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Με αυτόν τον τρόπο όσο καλύτερα γνωρίζουμε τη βιολογία και τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες του νευρικού συστήματος, τόσο καλύτερα κατανοούμε και την ψυχολογία. Προκειμένου να αποδειχθεί ότι αλλαγές στη φυσιολογία του ανθρώπου οδηγούν σε αλλαγές στη συμπεριφορά, το βιολογικό μοντέλο ανέπτυξε κάποιες τεχνικές που συσχετίζουν τις βιολογικές αλλαγές με τις διαφορετικές ψυχολογικές λειτουργίες. Μέσω της λειτουργικής νευροαπεικόνισης και της μέτρησης της κατανάλωσης ραδιενεργού γλυκόζης από τον εγκέφαλο φάνηκε ότι σε κάποιες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπως η μελαγχολία και η σχιζοφρένεια, υπάρχουν χαρακτηριστικές εικόνες λειτουργίας του εγκεφάλου που αντιπροσωπεύουν την κάθε διαταραχή. Επίσης, με τη μέθοδο Kirlian, όπου φωτογραφίζονται αντικείμενα μέσα σε ηλεκτρικό πεδίο υψηλής τάσεως και συχνότητας, τα δάχτυλα φυσιολογικών ατόμων και ατόμων με ψυχοπαθολογικές διαταραχές εμφανίζουν κάποια χαρακτηριστικά πρότυπα εικόνων. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι η χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο, όπως η φυσοστιγμίνη, έχει άμεση επίδραση σε ασθενείς με συμπτώματα μανίας.

## ΤΟ ΜΕΤΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Τα τελευταία χρόνια έχουμε μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για το τι είναι σχιζοφρένεια , αλλά και για τους πιθανούς τρόπους , με τους οποίους μπορεί να διαχειριστεί. Ποτέ πιο πριν δεν είχαμε διαπιστώσει την ουσία της σχιζοφρενικής και ψυχωσικής εμπειρίας , όσο σήμερα. Μέχρι πρόσφατα, ψυχολογική θεραπεία για τη σχιζοφρένεια θεωρήθηκε επιβλαβής ή αναποτελεσματική από πολλούς κλινικούς γιατρούς. Η επιφύλαξη κατά της ψυχοθεραπείας έχει εν μέρει τις ρίζες της στην υπόθεση ότι οι αυταπάτες της σχιζοφρένειας σε γενικές γραμμές δεν είναι υφίστανται στην ψυχολογική κατανόηση αλλά αντίθετα αντιπροσωπεύουν την «απόλυτη τρέλα». Ωστόσο, μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι η γνωστική παρέμβαση είναι αποτελεσματική στη βελτίωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Επιπλέον, έχουν συσσωρευθεί ενδείξεις ότι οι γνωστικές προκαταλήψεις, όπως άλματα σε συμπεράσματα, που εμπλέκονται στην παθογένεια της σχιζοφρένειας (θετικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις). Αναπτύχθηκε πρόσφατα ένα πρόγραμμα που ονομάζεται μεταγνωστικής εκπαίδευση (MCT), παρουσιάζεται στοχεύοντας αυτές τις προκαταλήψεις. Το MCT είναι ένα υβρίδιο του ψυχοεκπαίδευση, γνωστικής αποκατάστασης και γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Σύμφωνα με πρόσφατα ευρήματα η αναθεώρηση εισάγει νέα στοιχεία σχετικά με γνωστικές προκαταλήψεις που εμπλέκονται στην παθογένεια της σχιζοφρένειας και δείχνει πως η MCT θέτει τους ασθενείς »(μεταγνωστική), η ευαισθητοποίηση για την ανίχνευση και να εκτονώσει όπως« γνωστικές παγίδες ». Στο τέλος, μια νέα εξατομικευμένη παραλλαγή με τίτλο MCT + παρουσιάζεται στόχευση μεμονωμένων παραληρητικές ιδέες. Τέλος, τα εμπειρικά αποτελέσματα συνοψίζονται τα οποία συνηγορούν υπέρ της σκοπιμότητας και της αποτελεσματικότητας των MCT.

## ΤΟ ΕΚΛΕΚΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το εκλεκτικό μοντέλο επιλέγει από διάφορες προσεγγίσεις τις θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιεί για την θεραπεία και η επιλογή γίνεται βάση των προυπαρχουσών μοντέλων. Έτσι χρησιμοποιεί αυτούσιες της τεχνικές και τις εφαρμόζει. Στη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας ο ψυχοθεραπευτής χρησιμοποιεί διάφορες θεραπευτικές στρατηγικές για να κατανοήσει και να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά του (ενίσχυση, αναμνήσεις). Αυτό το κάνει για να μπορέσει να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά και να την κατανοήσει όσο πιο σφαιρικά γίνεται. Ο ψυχοθεραπευτής που ακολουθεί το εκλεκτικό μοντέλο έχει ως στοχο την ψυχική ευεξία του ατόμου, την τροποποίηση των δυσλειτουργικών τρόπων σκέψης και συμπεριφοράς. Επιπλέον προσπαθεί να αλλάξει το γνωστικό σχήμα του και να διαμορφώσει ένα πιο προσαρμοστικό βάσει του οποίου θα μπορεί να ερμηνεύει τη δική του συμπεριφορά, την συμπεριφορά των άλλων και να ξεχωρίζει τα συναισθήματά του από τις σκέψεις του. Σύμφωνα με το εκλεκτικό μοντέλο κανένα από τα μοντέλα ψυχοθεραπείας δεν είναι απόλυτα σωστό. Συνεπώς στην περίπτωση της κυρίας Σωκράτους για την ορθή και ουσιαστική ερμηνεία της συνεδρίας κρίνεται απαραίτητη με τη χρήση όλων των προαναφερθέντων μοντέλων. Έτσι ώστε να ερμηνευτούν τα τεκταινόμενα με ακρίβεια κάνοντας χρήση της οπτικής γωνίας του κάθε μοντέλου όχι για να συγκριθούν αλλά για να συμπληρώσει η ερμηνεία του ενός μοντέλου τα κενά που αφήνει η άλλη.



## ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το τελευταίο μοντέλο που θα παρουσιαστεί στην παρούσα διπλωματική εργασία είναι το Συνθετικό Μοντέλο ψυχοθεραπείας. Είναι γνωστό ότι υπάρχουν πάρα πολλές προσεγγίσεις ψυχοθεραπείας. Είναι γενικώς αποδεκτή αλήθεια , επίσης, ότι καμία ατομική προσέγγιση δε μπορεί να προσδιορίσει στην ολότητα της , την ανθρώπινη υπόσταση και κανένας τύπος μεμονομένης θεραπείας δεν είναι τόσο επαρκής για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των πολλών περιπτώσεων. Ο εμπνευστής , λοιπόν του ελληνικού συνθετικού μοντέλου είναι ο ερευνητής , ακαδημαϊκός , ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής Ι.Ν.Νέστορος , ο οποίος προσέφερε στην Ελληνική επιστημονική κοινότητα της Ψυχικής Υγείας το ακόλουθο θεραπευτικό μοντέλο .

Το συνθετικό μοντέλο είναι μια νέα πρόταση για την προσέγγιση των ψυχολογικών προβλημάτων. Οι ιδιότητες που προκύπτουν από το συγκεκριμένο μοντέλο είναι εντελώς νέες, και σε καμία περίπτωση δε συσχετίζονται με αυτές του εκλεκτικού μοντέλου, που απλά επιλέγει ποια κομμάτια είναι «βολικά» από κάθε θεωρία. Στην περίπτωση του συνθετικού μοντέλου έχουμε ένα συνδυασμό θεωριών που μας δίνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Πρόκειται δηλαδή για το πλέον ισχυρό μοντέλο, που καταφέρνει να ερμηνεύσει πληρέστερα την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η εισαγωγή της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας στο χώρο της ψυχοθεραπείας αποτελεί την θεωρία που προσφέρει πιο ουσιαστικά αποτελέσματα αναφορικά με την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας και της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς ερμηνεύει την εκάστοτε διαταραχή εξετάζοντας όλες τις παραμέτρους, από κάθε πρίσμα.

Κατανοώντας το γεγονός ότι η ανθρώπινη φύση είναι σύνθετη με διάφορες πτυχές, το μοντέλο της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας αντικατοπτρίζει πλήρως τις διαστάσεις της ανθρώπινης ψυχοσύνθεσης, τονίζοντας την αλληλεπίδραση διάφορων γεγονότων, συμπεριφορών και καταστάσεων στη ζωή. Με τη σύνθετη ψυχοθεραπεία λοιπόν, ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να εφαρμόσει το δικό του μοναδικό και ψυχοθεραπευτικό σχήμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις προσωπικές του αρχές και ιδεολογίες . Έτσι μπορεί με βάση τα παραπάνω κριτήρια να ερμηνεύσει τους κανόνες των μηχανισμών εξέλιξης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, και να συμβάλλει στην

αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση, υπερβαίνοντας τα ήδη θεωρητικά μοντέλα στο χώρο της ψυχοθεραπείας.

Η συνθετική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στην ικανότητα του ψυχοθεραπευτή για να αναπτυχθεί προσωπικά και επαγγελματικά. Δηλαδή να μπορεί όχι μόνο να γνωρίζει όλες τις θεωρίες αλλά να αντλεί από αυτές εκείνα τα στοιχεία που τον χαρακτηρίζουν και να τα ενσωματώνει στη θεραπευτική πράξη με τρόπο ενεργητικό. Επίσης σύμφωνα με την Συνθετική Ψυχοθεραπεία, κάθε μεμονωμένη σχολή ψυχοθεραπευτικής πρακτικής δεν μπορεί να είναι απολύτως αποτελεσματική ούτε να ανταποκρίνεται επαρκώς στα αιτήματα των ατόμων ή των συστημάτων που ζητούν βοήθεια από τον θεραπευτή. Έτσι με την σύνθετη ψυχοθεραπεία ανάλογα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά, τις προσωπικές ανάγκες, τις αρχές του καθενός που κάνει ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται και η θεραπευτική πρακτική. Ο ψυχοθεραπευτής θέτει ως στόχο την διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος το οποίο να χαρακτηρίζεται από την ενσυναίσθηση, την γνησιότητα και τη ζεστασιά. Έτσι ανταποκρίνεται στις ανάγκες του θεραπευόμενου και τον αποδέχεται ειλικρινά. Ο στόχος της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι η εκπαίδευση και η εξοικείωση του ψυχοθεραπευτή με όλες τις θεωρίες και πρακτικές ώστε να μπορεί ανάλογα με τη μορφή του περιστατικού να εφαρμόζει εκείνες τις τεχνικές που είναι αποτελεσματικές για την συγκεκριμένη περίπτωση. Ωστόσο για να γίνει πράξη αυτό απαιτείται πολλή εμπειρία και κατάρτιση από την πλευρά του ψυχοθεραπευτή για να μπορέσει να προσαρμόσει τις κατάλληλες τεχνικές στην κατάλληλη περίπτωση και να γίνει αποτελεσματικός.

Ο πρώτος κανόνας είναι ότι δεν υπάρχουν κανόνες στην συνθετική ψυχοθεραπεία. Κάθε συνεδρία είναι διαφορετική και απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση από τον θεραπευτή ο οποίος οφείλει να είναι ευέλικτος και καλό είναι «να ξαφνιάζει» (όχι να εντυπωσιάζει) τον θεραπευόμενο με τα λόγια του και τις πράξεις του. Ένα από τα κύρια στοιχεία που θα βοηθήσουν τον θεραπευόμενο να εμπλακεί στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι και το γεγονός ότι ο θεραπευόμενος αδυνατεί να προβλέψει την αντίδραση του θεραπευτή του σε κάτι που φέρνει στην ψυχοθεραπεία προς συζήτηση. Εάν ο ψυχοθεραπευτής σκεφτόταν και συμπεριφερόταν όπως συμπεριφέρονται οι φίλοι και συγγενείς του θεραπευομένου δεν θα αναδύοταν η ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

2. Ορισμένες σωματικές ασθένειες εκδηλώνονται με συμπτώματα ψυχολογικά. Παραδείγματος χάριν, ο καρκίνος της κεφαλής παρουσιάζεται αρχικά με συμπτώματα

και κλινικά σημεία κατάθλιψης. Καλό λοιπόν είναι πριν ο ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος αναλάβουν την ψυχοθεραπεία ενός περιστατικού να έχει αποκλεισθεί οποιαδήποτε σωματική νόσος. Εάν υπάρχει σωματική νόσος η ψυχοθεραπεία πρέπει να γίνεται σε στενή συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και οφείλει ο ψυχοθεραπευτής να εντυπώσει σε όλες τις σωματοψυχικές και ψυχοσωματικές παραμέτρους της σωματικής νόσου του θεραπευομένου του.

3. Η πρώτη και ίσως και η δεύτερη συνεδρία γίνεται για διαγνωστικούς σκοπούς με την λήψη λεπτομερούς ιστορικού και την χορήγηση ψυχομετρικών τεστ.

4. Στην πρώτη ψυχοθεραπευτική συνεδρία εξηγείται στον θεραπευόμενο τι είναι η ψυχοθεραπεία. Πρέπει να τον ενημερώσετε ότι όσο γλαφυρά και εάν του περιγράψετε την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, ο μόνος τρόπος να αντιληφθεί (και αυτό μερικώς) τι είναι ψυχοθεραπεία είναι να βιώσει τουλάχιστον δώδεκα συνεδρίες.

5. Υπάρχουν τρεις διαφορετικές μέθοδοι που εξηγείται στον πελάτη σας για το πώς θα ομιλεί κατά την διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας: Α. Μπορεί να λέει οτιδήποτε του έρχεται στο κεφάλι, ανεξάρτητα από εάν αυτό είναι σχετικό ή άσχετο, λογικό ή παράλογο, ευχάριστο ή δυσάρεστο και ούτω καθεξής Β. Μπορεί να φτιάξει μεταξύ των συνεδριών μία ατζέντα με τα θέματα που θέλει να συζητήσει και Γ. μπορεί να συζητήσει πως πέρασε τις προηγούμενες μέρες ή ώρες. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ο θεραπευτής θα πιαστεί από κάπου για να οδηγήσει την συνεδρία στα μεγάλα θέματα τα οποία απασχολούν τους ανθρώπους.

6. Μην φοβάστε τις σιωπές. Ρωτήστε τον θεραπευόμενο να σας πει τι σκέφτεται.

7. Εάν σας πει τίποτα, ρωτήστε τον ποια είναι η πρώτη σκέψη που του έρχεται στο μυαλό και αρχίστε από εκεί.

8. Είναι σημαντικό ευθύς εξαρχής να ενημερώσετε τον ψυχοθεραπευόμενο ότι κάθε συνεδρία διαρκεί 45 λεπτά και μόνο 45 λεπτά. Οι σπάνιες εξαιρέσεις επιβεβαιώνουν τον κανόνα.

9. Ο ψυχοθεραπευτής χρειάζεται τα 15 λεπτά μεταξύ των ψυχοθεραπειών για να

κρατήσει σημειώσεις, αλλά περισσότερο για να αδειάσει το μυαλό του από την προηγούμενη συνεδρία και να ετοιμαστεί για την επόμενη. Καλό είναι στο μικρό αυτό διάλειμμα αυτό να ανοιγοκλείνει τα μάτια του (γεγονός που του υγραίνει τα μάτια και δεν τα αφήνει να στεγνώσουν) καθώς και να κοιτάζει για λίγο μακριά έξω από το παράθυρο (κάτι που επίσης ξεκουράζει τα μάτια).

10. Η βλεμματική επαφή θεραπευτή – θεραπευόμενου είναι ίσως η πιο σημαντική μη λεκτική επικοινωνία η οποία καθορίζει την εξέλιξη της συνεδρίας.

11. Γενικά η μη λεκτική επικοινωνία στην ψυχοθεραπεία είναι πολύ περισσότερο σημαντική από την λεκτική. Γι' αυτό ο ψυχοθεραπευτής παρομοιάζεται με κάποιον πρωταθλητή που πρέπει να φροντίζει να κοιμάται καλά, να τρέφεται σωστά, να γυμνάζει το σώμα του και να κάνει ορθή επιλογή με ποιού είδους πνευματική τροφή έρχεται σε επαφή το μυαλό του.

12. Το γραφείο του ψυχοθεραπευτή αντανακλά την προσωπικότητά του. Πρέπει να το οργανώσετε με τέτοιο τρόπο που να αντανακλά τον τρόπο που εργάζεστε και τον τρόπο που αντιλαμβάνεστε τον κόσμο.

13. Πάντα να έχετε χαρτομάντιλα, όχι απαραίτητα πάνω στο γραφείο σας, αλλά εύκολα προσβάσιμα εάν ο θεραπευόμενος/η αρχίσει να κλαίει.

14. Αρχίζουμε με επιφανειακά θέματα τα οποία ο θεραπευόμενος μπορεί να συζητήσει άνετα, και όσο προχωρά η ψυχοθεραπεία επανερχόμαστε στο ίδιο θέμα εξετάζοντάς το βαθύτερα. Αυτός που θα μας δείξει πόσο έτοιμος είναι να συζητήσει ένα θέμα σε βαθύτερο επίπεδο είναι ο ίδιος ο θεραπευόμενος.

15. Ο θεραπευόμενος πρέπει να μάθει να αποδέχεται και να αγαπά τον εαυτό του όπως είναι τώρα, όχι όπως θα ήθελε τον εαυτό του να είναι. Όσο περισσότερο αγαπά τον εαυτό του, τόσο πιο περισσότερο ο εαυτός του θα του αποκαλύπτεται και όσο περισσότερο του αποκαλύπτεται, τόσο περισσότερο θα τον αγαπά. Αυτός είναι ο χρυσός κανόνας της ψυχοθεραπείας, ο οποίος καλό είναι να ανακοινώνεται από τον θεραπευτή στην πρώτη συνεδρία. Σχεδόν κανένας θεραπευόμενος δεν μπορεί αρχικά να κατανοήσει πως είναι δυνατόν να υιοθετήσει αυτή την στάση απέναντι στον εαυτό

του. Σιγά-σιγά όμως από τις «ασκήσεις κατ' οίκον» και άλλες συνεδρίες θα κατανοήσει σε διανοητικό επίπεδο αρχικά, σε συναισθηματικό επίπεδο στην συνέχεια την αξία αυτής της στάσης απέναντι στον εαυτό του. Μέχρι να το χωνέψουν, επειδή θέτω στους θεραπευομένους μου τα πάρα πάνω ως αναγκαία προϋπόθεση για να μπορεί η ψυχοθεραπεία να προχωρήσει, τους λέω το αρχαίο ρυτό «Ανάγκας και Θεοί πείθονται!»

16. Δεν είμαι από αυτούς που πιστεύουν ότι η ψυχοθεραπεία είναι μία επώδυνη διαδικασία. Υπάρχουν βέβαια οι εξεραίσεις που επιβεβαιώνουν τον κανόνα. Αντίθετα η ψυχοθεραπεία είναι ανακουφιστική. Οι άνθρωποι συζητώντας τα προβλήματά τους τα απομυθοποιούν. Τα δυσάρεστα συναισθήματα που συνδέουν στο μυαλό τους να συνοδεύουν τα ψυχολογικά προβλήματα είναι τεράστια στην φαντασία τους, αλλά πολύ μικρότερα στην πραγματικότητα. Γι' αυτό ακριβώς τον λόγο η ψυχοθεραπεία λυτρώνει τους ανθρώπους από τους φόβους τους και τα άλλα δυσάρεστα συναισθήματά τους. Υπάρχει μία διαδεδομένη «μυθολογία» ότι δήθεν η καλή ψυχοθεραπεία «πονάει». Αυτό εάν γίνει σημαίνει ότι ο ψυχοθεραπευτής σας επέτρεψε να συζητηθεί ένα θέμα για το οποίο δεν ήσασταν έτοιμοι. Όταν είναι κανείς έτοιμος να συζητήσει οτιδήποτε το συναίσθημα που ακολουθεί είναι η ανακούφιση.

17. Σε κάθε συνεδρία ασχολούμαστε διεξοδικά με ένα ή το πολύ δύο θέματα. Η συζήτηση περισσότερων θεμάτων αποπροσανατολίζει τον θεραπευόμενο, ενώ αυτό που απαιτείται για την ομαλή εξέλιξη της ψυχοθεραπείας είναι να εξαντληθεί το θέμα, πάντοτε βέβαια στο επίπεδο που μπορεί να το αντιμετωπίσει ο θεραπευόμενος χωρίς να ταραχθεί υπερβολικά.

18. Ο θεραπευτής έχει τον απόλυτο έλεγχο της συνεδρίας. Βέβαια ένα από τα θέματα που φροντίζει είναι να δίνει την ελευθερία στον θεραπευόμενο να επιλέξει το θέμα της συνεδρίας, το οποίο όμως θα συζητηθεί μέσα στα πλαίσια που θα θέσει ο θεραπευτής. Δηλαδή το με πόση ταχύτητα θα ρέει η συνεδρία και πόσα θέματα ή προεκτάσεις αυτών θα συζητηθούν, είναι δουλειά του θεραπευτή.

19. Υπάρχουν Κλίμακες που αξιολογούν την συνεδρία, τόσο από πλευράς θεραπευομένου, όσο και από πλευράς θεραπευτή. Τις βρίσκω ιδιαίτερα χρήσιμες.

20. Υπάρχουν επίσης κλίμακες που αξιολογούν την σχέση θεραπευτή - θεραπευομένου· και αυτές τις βρίσκω ιδιαίτερα χρήσιμες.

21. Οι στόχοι της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι συγκεκριμένοι και αφορούν στον τρόπο που αντιμετωπίζει κανείς τον εαυτό του, το περιβάλλον του με την στενή (σύντροφος, γονείς, παιδιά κ.λπ.), όσο και με την ευρεία έννοια του όρου (συνάδελφοι, κοινωνικοί θεσμοί κ.λπ.) καθώς και την σχέση του με τον Θεό.

22. Όσον αφορά στην σχέση του με τους γονείς του, κάθε θεραπευόμενος πληροφορείται ότι είναι θύμα της ανατροφής που δέχθηκε από τους γονείς του ή σημαντικούς άλλους οι οποίοι λειτούργησαν ως υποκατάστατα αυτών. Όπως και οι γονείς του υπήρξαν θύματα των δικών τους γονέων και ούτω καθεξής. Γι' αυτό τον λόγο δεν δικαιολογείται επιθετικότητα προς τους γονείς. Ειδικά όταν ο θεραπευόμενος είναι ενήλικας, εξαρτάται από αυτόν και μόνο αυτόν τι θα κάνει με το υπόλοιπο της ζωής του.

23. Η συνθετική ψυχοθεραπεία ενισχύει την υπευθυνότητα του θεραπευομένου απέναντι στον εαυτό του, απέναντι στους άλλους συνανθρώπους του και απέναντι στο φυσικό περιβάλλον. Υιοθετεί δηλαδή αυτά που γράφει στο έργο του «Ασκητική» ο Νίκος Καζαντζάκης: «Ν' αγαπάς την ευθύνη. Να λες, εγώ μονάχος έχω χρέος να σώσω τον κόσμο.»

24. Πολλές φορές στην αρχή της ψυχοθεραπείας τους οι θεραπευόμενοι «θεοποιούν» τον θεραπευτή τους. Δεν χρειάζεται να κάνετε κάτι γι' αυτό, γιατί ο θεραπευόμενος, ειδικά ο ψυχωσικός έχει την ανάγκη να τον έχει αναλάβει κάποιος που δεν είναι ένας απλός άνθρωπος. Κάποια στιγμή ο θεραπευόμενος θα πει «Τελικά είστε κι' εσείς άνθρωπος» στο οποίο μπορείτε να απαντήσετε: «Ουδέποτε ισχυρίστηκα το αντίθετο!»

25. Στην συνθετική ψυχοθεραπεία δεν διστάζουμε να δηλώσουμε ευθαρσώς και κοιτώντας τον άλλο στα μάτια (χωρίς την παραμικρή αμφιβολία) ότι , οποιαδήποτε ψυχολογικά προβλήματα και να έχει, είμαστε βέβαιοι ότι θα τα ξεπεράσει, υπό τον όρο όντως να θέλει να γίνει καλά και να είναι διατεθειμένος να επενδύσει χρόνο και ενέργεια για τον σκοπό αυτόν, τόσο εντός, όσο και εκτός των συνεδριών.

26. Σε αυτούς που αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας δεν διστάζουμε να δηλώσουμε ότι οι έρευνες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας είναι κατά πολύ περισσότερες από αυτές που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των χειρουργικών επεμβάσεων (παραδείγματος χάριν σκωληκοειδεκτομή για οξεία σκωληκοειδίτιδα).

27. Το τι θα πει ή δεν θα πει ο ψυχοθεραπευτής εξαρτάται από το σε ποιο στάδιο της ψυχοθεραπείας βρισκόμαστε, δηλαδή ουσιαστικά από το εάν είναι έτοιμος ο θεραπευόμενος να συζητήσει το θέμα και από το εάν ο ψυχοθεραπευτής έχει κατασταλάξει στη στρατηγική που θα ακολουθήσει. Πολλές φορές η σιωπή είναι χρυσός.

28. Δυστυχώς οι άπειροι ψυχοθεραπευτές έχουν την τάση να ομιλούν περισσότερο από ότι χρειάζεται επειδή πιστεύουν ότι ο θεραπευόμενος θα αποκτήσει κακή γνώμη γι' αυτούς εάν δεν «κάνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις». Προφανώς δεν αποδίδουν (λόγω απειρίας) την πρέπουσα αξία στην θεραπευτική «κάθαρση» που συμβαίνει όταν ένας άνθρωπος μοιράζεται τον πόνο του με ένα άλλον άνθρωπο που συμβαίνει να είναι και ο ψυχοθεραπευτής του. Πολλές φορές τα λόγια είναι φτωγά και αντενδείκνυνται όταν ο άλλος διηγείται κάτι φρικτό που του συνέβη. Η σοβαρή παρουσία σας, η έκφραση του προσώπου σας ότι αντιλαμβάνεστε την δυστυχία του άλλου και ένα βλέμμα που δείχνει ότι κατανοείτε το πόσο υπέφερε και υποφέρει είναι υπεραρκετά.

29. Οι άπειροι ψυχοθεραπευτές επίσης κάνουν το λάθος να επισημαίνουν στον θεραπευόμενο κάθε τι «ψυχοπαθολογικό» αναβλύζει στην συνεδρία. ΜΕΓΑ ΛΑΘΟΣ! Στην συνθετική ψυχοθεραπεία δεν σχολιάζουμε και οπωσδήποτε δεν ερμηνεύουμε την συμπεριφορά ή τα λόγια του θεραπευομένου, σε πλήρη αντίθεση με την ψυχανάλυση. Περιμένουμε ο ψυχοθεραπευόμενος να αρχίσει να ομιλεί για κάποιο θέμα που τον απασχολεί και με την μαιευτική μέθοδο τον βοηθούμε να αποκτήσει πλήρη επίγνωση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των πράξεων που συνοδεύουν ή προκαλούν το ψυχολογικό πρόβλημα. Επίσης του ζητούμε να μας υποδείξει τις μεθόδους που σκοπεύει να ακολουθήσει προκειμένου να αλλάξει. Η διαφορά εδώ από τον Rogers είναι ότι με κατάλληλες ερωτήσεις εκμαιεύουμε την

ορθή απάντηση. Ορθή υπό την έννοια της ανακούφισης του προβλήματος. Η άνευ όρων αποδοχή του θεραπευομένου υπάρχει στον βαθμό που ο συνομιλητής μας αντιλαμβάνεται ότι οι απόψεις του είναι σεβαστές και τυγχάνουν απεριόριστης προσοχής και εκτίμησης. Οι μαιευτικές ερωτήσεις συχνά οδηγούν τον θεραπευόμενο σε αμηχανία, η οποία οδηγεί σε απεριόριστη ευχαρίστηση και ανακούφιση, όταν ο άλλος φθάσει στην «Αλήθεια».

30. Στην καλή συνεδρία ο θεραπευόμενος ομιλεί πολύ περισσότερο από τον ψυχοθεραπευτή.

31. Η ύπαρξη του Θεού αποτελεί ένα από τα θέματα που δεν αποφεύγει να πάρει θέση η Συνθετική Ψυχοθεραπεία. Πιστεύω μάλιστα ότι και να μην υπήρχε Θεός θα έπρεπε να τον επινοήσουμε. Είναι καταπληκτικά θεραπευτικό να πιστεύει κανείς ότι υπάρχει μία Υπερφυσική Δύναμη, η οποία είναι πανταχού παρούσα, δεν έχει όρια η φιλανθρωπία της σε βαθμό που να μας συγχωρεί οποιαδήποτε σκέψη ή πράξη μας, είτε αυτή έγινε με πρόθεσή μας και γνώση ότι διαπράττουμε κάτι κακό, είτε έγινε χωρίς εμείς να γνωρίζουμε ότι αυτό ήταν κακό. Πιστεύω στην ψυχοθεραπευτική δύναμη της ελπίδας και ο Θεός πολύ συχνά είναι πηγή ελπίδας. Το «συν Αθηνά και χείρα κίνει» εννοείται.

32. Πάντοτε μπορείτε να βοηθήσετε κάποιον που αισθάνεται χειρότερα από εσάς. Για να είστε καλά και να γίνετε καλοί ψυχοθεραπευτές ένας και μόνο ένας δρόμος υπάρχει: «Η ατομική σας ψυχοθεραπεία!»

33. Πώς να διαλέξετε ψυχοθεραπευτή; Επειδή αυτή ίσως είναι η καθοριστική απόφαση που θα σφραγίσει την ζωή σας ψάξετέ το. Κάντε μερικές δοκιμαστικές συνεδρίες με διάφορους ψυχοθεραπευτές. Τελικά διαλέξτε με το δεξί σας ημισφαίριο τον ψυχοθεραπευτή που σας κάνει να φεύγετε από την συνεδρία αισθανόμενος/η καλύτερα για τον εαυτό σας.



## ΚΑΝΟΝΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Ο θεραπευόμενος δεν πρέπει να αμφιβάλει στιγμή για την επιτυχία της θεραπείας. Η πίστη του θεραπευτή θεραπεύει.
2. Όλα έχουν να κάνουν με το άγχος, την ανασφάλεια και τις λάθος πεποιθήσεις της παιδικής ηλικίας.
3. Ότι και να έχει ο ασθενής, εάν έχει την θέληση και όρεξη να δουλέψει επάνω στο πρόβλημα του, αποκλείεται να μην τα καταφέρει.
4. Χρειάζεται ο σωστός τρόπος προσπάθειας με την σωστή ένταση και προς την σωστή κατεύθυνση, πχ. Αν ένα ποτήρι το κρατήσουμε πολύ σφιχτά θα σπάσει και εάν το κρατήσουμε πολύ χαλαρά θα πέσει και αν θέλουμε να πάμε από Αθήνα Θεσσαλονίκη και κατευθυνθούμε Νότια δεν θα φτάσουμε ποτέ.
5. Πολλές φορές δεν υπάρχει πρόοδος από το άγχος του ασθενή να τα καταφέρει γρήγορα.
6. Δεν έχουμε γνωρίσει άνθρωπο που να ήθελε να γίνει καλά και να μην τα καταφέρει.
7. Πρέπει να δείξεις στον ασθενή ότι αυτός σε έχει ανάγκη και όχι εσύ αυτόν.
8. Το βασικότερο θεραπευτικό στοιχείο είναι να βλέπει ο ασθενής ότι νοιάζεσαι γι' αυτόν και ότι τον βλέπεις σαν άνθρωπο, όπως είσαι εσύ.
9. Κανένας δεν ξέρει τα όρια του ανθρώπινου μυαλού. Δεν υπάρχουν ασθενείς με καλή και κακή πρόγνωση. Οιοσδήποτε μπορεί να γίνει καλά.
10. Η επιστήμη δεν έχει προοδεύσει τόσο, ώστε να μπορούμε να καταδικάσουμε κάποιον ότι δεν πρόκειται να γίνει καλά.

**11.** Ακόμα και τα πιο δυσάρεστα πράγματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους, μακροπρόθεσμα τους βγαίνουν σε καλό.

(Ο άνθρωπος είναι ελεύθερος όχι όταν ο άλλος του δίνει την ελευθερία, αλλά όταν ο ίδιος βάζει νόμους μέσα του και τους τηρεί χωρίς κανέναν να του το επιβάλλει.-Δημήτρης Λιαντίνης)

*«Η σωστή χρήση της σιωπής είναι μια απ' τις μεγαλύτερες τέχνες της συνομιλίας»*  
(Marcus Tullius Cicero)

#### ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Βασικός στόχος της θεωρίας είναι η απόκτηση από το θεραπευόμενο άτομο θετικής συναισθηματικής διάθεσης , νοητικής ευεξίας και ισορροπίας. Για την επίτευξη του στόχου αυτού η Συνθετική Ψυχοθεραπεία εστιάζεται στη μείωση του άγχους , του φόβου του θυμού και γενικά όλων των αρνητικών συμπτωμάτων , τα οποία φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία καθώς και στη διατήρηση και εξέλιξη της ψυχολογικής διαταραχής. (Hawkins & Nestoros 1997). Έχει βρεθεί ότι όταν μειώνονται αισθητά τα επίπεδα άγχους , διευκολύνονται σημαντικές γνωστικές λειτουργίες ( μνήμη, κρίση , προσοχή, συγκέντρωση , αντίληψη κ.α).

Επιπλέον με διάφορες τεχνικές ενθαρρύνονται η λογική σκέψη και η υιοθέτηση προσαρμοστικών για το άτομο στρατηγικών προκειμένου να επιλύσει προβλήματα . Ακρογωνιαίο λίθο για την επίτευξη των παραπάνω αποτελεί η αύξηση της αυτοπεποίθησης , η υιοθέτηση φιλοσοφικής διάθεσης

και η θέσπιση ρεαλιστικών στόχων και αξιών , που ποικίλλουν ανάλογα με την περίπτωση και προπάντων σέβονται την ελευθερία και τη διαφορετικότητα του κάθε ατόμου.

## Ψυχοθεραπεία –φαρμακολογία

Η ψυχοφαρμακολογική επέμβαση για την καταπολέμηση των ψυχικών διαταραχών είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία που έχουμε αυτή τη στιγμή στα χέρια μας για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Η φαρμακολογική προσέγγιση χρησιμοποιείται σε ψυχικές διαταραχές με έντονο βιολογικό υπόβαθρο ή με έντονα σωματικά συμπτώματα, όπως η κατάθλιψη, η μανία και η σχιζοφρένεια, το μετατραυματικό στρες και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Δεν είναι λίγες οι φορές που δημιουργήθηκαν διαμάχες μεταξύ ψυχοθεραπευτών και ψυχιάτρων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων τους στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών, ακόμη και αν οι περισσότερες επιστημονικές έρευνες προτείνουν τον συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας ως τον ιδανικό για τις περισσότερες περιπτώσεις.

Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση της λεγόμενης “νέας μάστιγας του αιώνα”, της κατάθλιψης. Έως σήμερα οι περισσότεροι ψυχοθεραπευτές δούλευαν υπό στενή συνεργασία με ψυχιάτρους για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την καταπολέμηση των αιτιών της κατάθλιψης στους ασθενείς τους. Μια νέα έρευνα των Fournier et al. (2010)<sup>[1][2]</sup> του Πανεπιστημίου της Πενσυλβανίας έδειξε πως θα πρέπει να υπάρξει ένας σαφής διαχωρισμός των περιπτώσεων κατάθλιψης ανάλογα με την σοβαρότητά της, καθώς άτομα με ήπιας και

μέτριας μορφής κατάθλιψης δεν βοηθούνται καθόλου από την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή.

Οι ερευνητές μελέτησαν τα δεδομένα τρίτων ερευνών από το 1980 έως το 2009 πάνω στο θέμα της αντικαταθλιπτικής αγωγής (με φάρμακα τύπου TCA και SSRI) στις οποίες έγινε σύγκριση μεταξύ ασθενών στους οποίους δόθηκε κανονική αγωγή και ασθενών που ήταν υπό αγωγή ψεύτικων φαρμάκων τύπου placebo. Αυτό που πρόσεξαν οι ερευνητές ήταν πως όσο πιο σοβαρή ήταν η κατάθλιψη των ασθενών τόσο πιο αποτελεσματικά ήταν τα φάρμακα (και φυσικά vice versa). Αυτό με άλλα λόγια σημαίνει πως ασθενείς με ήπιας και μέσης σοβαρότητας κατάθλιψης δεν φάνηκε πως βοηθήθηκαν ιδιαίτερα από τα φάρμακα. Για την ακρίβεια, το placebo είχε παρόμοια επίδραση με τα πραγματικά φάρμακα.

Αυτό το εύρημα -μακρόχρονα- μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η θεραπεία των ασθενών με νευρώσεις και ψυχώσεις, καθώς εάν ένα φάρμακο δεν βοηθάει ενεργά στην λύση του προβλήματος, τότε ποιος ο λόγος να το πάρει κανείς; Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως -όπως υπενθυμίζουμε κάθε φορά- τα ψυχοφάρμακα έχουν τις παρενέργειές τους, οι οποίες μπορεί να κυμαίνονται από σωματικά συμπτώματα, όπως ξηρότητα του δέρματος και μείωση σεξουαλικής διέγερσης έως και τον εθισμό. Γιατί λοιπόν κάποιος να διακινδυνεύει να αντιμετωπίσει αυτές τις παρενέργειες χωρίς ουσιαστικό λόγο;

Η καλύτερη λύση λοιπόν είναι η κλασική ψυχοθεραπεία η οποία φαίνεται πως μπορεί να βοηθήσει το άτομο. Φυσικά αυτή η έρευνα από μόνη της δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως απόδειξη για ριζική αλλαγή του τρόπου χρήσης ψυχοφαρμάκων στον καθένα, καθώς πρέπει να ακολουθήσουν και άλλες έρευνες με παρόμοια αποτελέσματα για να μπορούμε να μιλήσουμε με σιγουριά για τη σημαντικότητα των ευρημάτων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως κάθε άτομο και κάθε οργανισμός είναι ξεχωριστά και η ανταπόκρισή τους στην φαρμακοθεραπεία μπορεί να διαφέρει ριζικά από την μέση αντίδραση των ατόμων της έρευνας. Σε κάθε περίπτωση οι πιο κατάλληλοι για να αποφασίσουν εάν και για πόσο διάστημα κάποιος πρέπει να ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή είναι ο ψυχοθεραπευτής και ο ψυχίατρος που τον παρακολουθούν.

Σε κάθε περίπτωση όμως η έρευνα αυτή υπογραμμίζει το γεγονός πως πρέπει να υπάρξει κάποια πρόνοια για κατηγοριοποίηση των ψυχικών ασθενειών βάσει της

σοβαρότητας και του τύπου των συμπτωμάτων, ώστε να μπορέσουν να αναπτυχθούν καλύτερες και πιο στοχευμένες θεραπείες (ή συνδυασμός θεραπειών) που θα μπορέσουν να προσφέρουν στους ασθενείς μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματός τους.

#### ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ;

Πολλές θεραπείες ως τώρα έχουν απορριφθεί με το πέρασμα του χρόνου . Κοιτάζοντας πίσω αναγνωρίζουμε και συνειδητοποιούμε πόσο μεγάλα λάθη έχουν γίνει για παράδειγμα με τη λοβοτομή ή ακόμη με το ηλεκτροσόκ . Οι πρώτοι γιατροί που χρησιμοποίησαν αντιψυχωσικά φάρμακα παρατήρησαν την επίδραση τους στον εγκέφαλο και τα χαρακτήρισαν «χημικούς λοβοτόμους» .Ίσως σε κάποια χρόνια από τώρα να συνειδητοποιήσουμε ότι τα φάρμακα που χορηγούνται σήμερα αποτελούν ολέθρια βαρβαρότητα. Οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν έχουν διακρίνει ιδιαίτερη βελτίωση σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές βαριάς μορφής , διότι τα φάρμακα χορηγούνται με σκοπό να καθιστούν τους ασθενείς με συμπτώματα λιγότερο «ενοχλητικά». Η διαφορά στην εποχή πριν ανακαλυφθεί το πρώτο ψυχοφάρμακο με την εποχή που ξεκίνησε η θεραπεία με χορήγηση ψυχοφαρμάκων , ήταν πως όταν ένας ασθενής ήταν σε θέση να σκεφτεί με διαύγεια ανέπτυξε εμπιστοσύνη στις δικές του δυνατότητες και αργά ή γρήγορα εμπιστευόταν το θεραπευτή του χωρίς άλλα δεκανίκια. Ήξερε ότι οιαδήποτε πρόοδο στην εξέλιξη της υγείας του την κατάφερνε ο ίδιος και όχι η επίδραση κάποιου φαρμάκου.

Η Courtenay Harding παρακολούθησε την εξέλιξη ατόμων που τη δεκαετία του 1950 διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια και είχαν εγκαταλειφθεί ως υποθέσεις που δεν επιδέχονταν βελτίωση στην πτέρυγα των χρόνιων ασθενών σε ψυχιατρείο της Πολιτείας του Βερμόντ. Κατά τύχη τη δεκαετία του 1960 το Βερμόντ ακολούθησε ένα πολύ πρωτοποριακό μοντέλο κοινωνικής επανένταξης γι' αυτή τη μερίδα ασθενών

στη συγκεκριμένη πτέρυγα . Η ερευνήτρια παρακολούθησε τους ασθενείς αυτούς ως και τη δεκαετία του 1980 και βρήκε ότι το ένα τρίτο των σχιζοφρενών είχαν θεραπευτεί πλήρως , δηλαδή με ολοκληρωτική εξάλειψη συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα , το 34% του πληθυσμού αυτού βρισκόταν σε πολύ καλή κατάσταση , δηλαδή όντας κοινωνικά λειτουργικοί. Όλοι όσοι θεραπεύτηκαν πλήρως είχαν ένα κοινό χαρακτηριστικό και αυτό ήταν το ότι όλοι τους είχαν σταματήσει τα φάρμακα . Κανένας απ'αυτούς που ακολούθησαν τη φαρμακευτική αγωγή δια βίου δε θεραπεύτηκε.

Σε μια δεύτερη έρευνά παρακολουθήθηκαν για δεκαπέντε χρόνια , άτομα που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια στο Σικάγο και βρήκαν ότι το 40% όσων διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια και σταμάτησαν τη φαρμακευτική αγωγή που τους χορηγούνταν , θεραπεύτηκαν , δεν παρουσίαζαν συμπτωματολογία. Μόνο το 5% όσων συνέχιζαν τη λήψη φαρμάκων επανήλθαν . Αυτή είναι η καλύτερη μακροχρόνια μελέτη που διατίθεται ως τώρα και δείχνει ξεκάθαρα ότι αν θέλουν οι άνθρωποι να θεραπευτούν απ'τη σχιζοφρένεια η καλύτερη δυνατή ευκαιρία γι'αυτούς είναι η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι η συγκεκριμένη έρευνα χρηματοδοτήθηκε από απλούς φορολογούμενους και όχι από φαρμακευτικές εταιρίες με συγκεκριμένο σκοπό.

Τα στοιχεία από διαπολιτισμικές έρευνες δείχνουν ότι σε χώρες οικονομικά ανίσχυρες που δε μπορούν να προσφέρουν φάρμακα η μακροχρόνια αποθεραπεία ανέρχεται σε διπλάσιο ποσοστό , σε σχέση με τις χώρες όπου σχεδόν όλοι λαμβάνουν φάρμακα. Επίσης το ποσοστό χρόνιας ανικανότητας είναι διπλάσιο στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες του αναπτυγμένου κόσμου που υπόκεινται σε καθημερινή λήψη φαρμάκων ,πρόκειται για έρευνες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας . Επίσης οι ΗΠΑ και άλλες έξι Ευρωπαϊκές ή εύπορες χώρες και από φτωχές χώρες συμπεριλήφθηκε η Ινδία , η Κολομβία και η Νιγηρία. Καλύτερη αποθεραπεία σχιζοφρενών υπήρξε στην ύπαιθρο της Ινδίας όπου μόνο το 4% των ασθενών έπαιρναν αντιψυχωσικά φάρμακα .

Παραδόξως οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο δε γνωρίζουν για τις συγκεκριμένες έρευνες και τα αποτελέσματά τους , παρά το γεγονός ότι διεκπεραιώθηκαν από έγκυρες ερευνητικές ομάδες ανά τον κόσμο . Αξιόλογοι ερευνητές ξεκίνησαν να κάνουν τις έρευνες με αρχική υπόθεση πως η νέα

φαρμακευτική αγωγή επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα σχετικά με τη συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας . Στην αρχή οι ερευνητές ήταν δύσπιστοι για τα αντίθετα απ'τα αναμενόμενα αποτελέσματα και υπέθεταν ότι στις χώρες που δεν υπήρχε η δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων διεξήχθησαν οι έρευνες με άλλα διαγνωστικά κριτήρια , αλλά παρόλα αυτά δηλώνοντας πως δεν πιστεύουν σ'αυτά τα αποτελέσματα , τα δημοσίευσαν, όντας ειλικρινείς. Εν συνεχεία , έπραξαν το καθήκον τους επαναλαμβάνοντας την έρευνα εξ αρχής και πολύ προσεκτικά , χρησιμοποιώντας τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια σ'όλες τις χώρες και κατέληξαν ακριβώς στα ίδια συμπεράσματα . Μάλιστα , οι μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το να ζεις σε ανεπτυγμένη χώρα μπορεί να αποτελέσει δυνητικά ισχυρό παράγοντα στο ότι ποτέ δε θα επέλθει αποθεραπεία. Ο Harry Stack Sullivan

Ίσως ήλθε η ώρα να αλλάξει ο τρόπος που οι άνθρωποι, ειδικοί και μη, αντιμετωπίζουν τη σχιζοφρένεια και τη θεραπεία της, σύμφωνα με μια νέα βρετανική επιστημονική έρευνα, η οποία διαπίστωσε ότι σε πολλούς ασθενείς η ψυχοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με τα ψυχοφάρμακα.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον καθηγητή Άντονι Μόρισον του πανεπιστημίου του Μάντσεστερ, ειδικό σε θέματα ψύχωσης, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο διεθνούς κύρους ιατρικό περιοδικό “The Lancet”, σύμφωνα με το BBC και το “Science”, αφού επί ενάμιση χρόνο έκαναν κλινικές δοκιμές σε σχιζοφρενείς με ψυχοθεραπεία (συγκεκριμένα με γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτή η μέθοδος αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας είναι λίγο πολύ το ίδιο αποτελεσματική με τα αντιψυχωτικά φάρμακα.

Η ψυχοθεραπεία είχε θετικό αποτέλεσμα σχεδόν στους μισούς ασθενείς (46%), σχεδόν το ίδιο ποσοστό που εμφανίζουν θετική αντίδραση στα ψυχοφάρμακα. Οι ερευνητές επεσήμαναν ότι μέχρι σήμερα μόνο ένα μικρό ποσοστό ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια (ή κάποια παρεμφερή πάθηση) αντιμετωπίζονται με ψυχοθεραπεία, καθώς οι γιατροί συνιστούν στην μεγάλη πλειονότητα των ασθενών την χρήση φαρμάκων.

Όμως τα ψυχοφάρμακα δεν έχουν αποτέλεσμα σε πολλούς ασθενείς, ενώ μακροπρόθεσμα μπορούν να επιφέρουν και παρενέργειες, όπως εμφάνιση διαβήτη τύπου 2, μυϊκούς σπασμούς, κίνδυνο εμφράγματος και αύξηση βάρους. Τουλάχιστον

οι μισοί ασθενείς με σχιζοφρένεια, σύμφωνα με την έρευνα, καταλήγουν να μην παίρνουν τα φάρμακά τους, επειδή δεν είναι αποτελεσματικά. Σύμφωνα με τους βρετανούς επιστήμονες, η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία θα μπορούσε να βοηθήσει κυρίως αυτούς τους ασθενείς που δεν αντιδρούν στα φάρμακα.

Η εν λόγω θεραπευτική τεχνική απομονώνει επιμέρους προβλήματα του ασθενούς, όπως το άκουσμα ανύπαρκτων φωνών, τις παρανοϊκές σκέψεις και την ακραία αντικοινωνικότητα, προσπαθώντας να τα εξαλείψει με το να ωθήσει στον ασθενή να υιοθετήσει νέες νοητικές στάσεις και συμπεριφορές.

«Βρήκαμε ότι η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία όντως μειώνει τα συμπτώματα και επίσης βελτιώνει την προσωπική και κοινωνική λειτουργία (του ασθενούς). Δείξαμε πολύ πειστικά ότι είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία», δήλωσε ο Άντονι Μόρισον. Υπογράμμισε όμως πως, παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, «αυτό δεν σημαίνει ότι όλοι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν ή θα έπρεπε να σταματήσουν τα φάρμακά τους».

Ένας από τους ερευνητές, ο καθηγητής ψυχιατρικής του πανεπιστημίου Νιούκασλ Ντάγκλας Τέρκινγκτον, πρόσθεσε: «Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα ευρήματά μας ήταν ότι όταν τους δίνεται η δυνατότητα επιλογής, οι περισσότεροι ασθενείς συμφωνούν να δοκιμάσουν τη γνωσιακή θεραπεία». Όπως είπε, η καλύτερη θεραπεία για ένα σχιζοφρενή είναι τελικά ο συνδυασμός φαρμάκων και γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Όμως, τόνισε ότι, ενώ σχεδόν σε κάθε ασθενή προσφέρονται φάρμακα, σε ελάχιστους δίνεται η επιλογή της ψυχοθεραπείας.

Ο καθηγητής Ρόμπιν Μάρει του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής του King's College του Λονδίνου δήλωσε: «Σε πολλούς ασθενείς δεν αρέσει να παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα σε βάθος χρόνου, πράγμα όχι παράξενο, καθώς αυτά έχουν σημαντικές παρενέργειες. Οπότε τι γίνεται με τους ασθενείς που συνεχίζουν να έχουν ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά δεν θέλουν να πάρουν αντιψυχωτικά φάρμακα; Μέχρι τώρα, αυτό που συνήθως γινόταν, ήταν να τους λέμε πόσο ανόητη είναι αυτή η άρνησή τους. Όμως η νέα μελέτη δείχνει ότι μπορεί να υπάρχει μια καλύτερη επιλογή και ότι η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία είναι καλύτερη από το να αφήνει κανείς τους ασθενείς στην τύχη τους».

Από σχιζοφρένεια πάσχει περίπου το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού, που εμφανίζει συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, παράνοια, συναισθηματικές διαταραχές, αδυναμία κοινωνικών σχέσεων και σοβαρή δυσκολία εκτέλεσης των αναγκαίων καθημερινών καθηκόντων. Στην αγορά κυκλοφορούν



περίπου 20 αντιψυχωτικά φάρμακα (όπως ρισπεριδόνη, αλοπεριδόλη, κλοζαπίνη κ.α.), που συχνά είναι αποτελεσματικά στην πρόσκαιρη μείωση των συμπτωμάτων.

Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία μέχρι σήμερα χρησιμοποιείται με αρκετά αποτελεσματικό τρόπο κατά της κατάθλιψης, της αγχώδους διαταραχής και άλλων ψυχικών – νοητικών προβλημάτων. Πιο πρόσφατα, ορισμένοι ψυχίατροι και ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να αξιοποιηθεί και στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, κάτι που έρχεται να επιβεβαιώσει η νέα βρετανική έρευνα, που έγινε σε 74 ασθενείς.

Όμως, δεν δείχνουν όλοι οι ψυχίατροι έτοιμοι να αποδεχτούν ότι μια ψυχοθεραπευτική τεχνική μπορεί να έχει συγκρίσιμα αποτελέσματα με τα φάρμακα για τη σχιζοφρένεια. Η επιστημονική διαδικασία, δυστυχώς, δε βασίζεται πάντα σε αντικειμενικά γεγονότα και οι επιστήμονες δεν επιδιώκουν πάντα να φτάσουν στη σχέση αιτίου – αιτιατού που παρατηρούνται ανάμεσα σε διάφορους παράγοντες. Πολλοί απ'τους επιστημονικούς ερευνητές, δεν είναι ανοιχτόμυαλοι, ούτε ανοιχτοί σε διάλογο και την αντιπαραβολή απόψεων. Η αδιαλλαξία, η άρνηση για το νεοφερμένο και η καχυποψία για καινοτόμες απόψεις είναι απ'τους βασικότερους λόγους που εν έτη 2014 υπάρχουν επιστήμονες που είναι δύσπιστοι για τα αποτελέσματα που επιφέρει η ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη διεθνή επιστημονική κοινότητα , η αιτιολογία της σχιζοφρένειας φαίνεται πως δεν έχει προσδιοριστεί ακόμη ομόφωνα. Μέχρι πρόσφατα οι έρευνες έψαχναν το γενεσιουργό αίτιο για τη συγκεκριμένη διαταραχή μόνο στις παθολογο-ανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο , στις μεταβολικές διαταραχές , στις νευροχημικές ανωμαλίες και στην ενδοκρινή δυσλειτουργία χωρίς καμία επιτυχία. Έτσι πλέον έχουν στραφεί στη διερεύνηση της συσχέτισης της εκδήλωσης της ασθένειας με ποικίλους παράγοντες , όπως είναι το περιβάλλον και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής .Εντούτοις τείνει να ερευνάται , χωρίς ακόμα να έχουμε στα χέρια μας τεκμηριωμένη σχέση αιτίου-αιτιατού και θεωρία της γενετικής προδιάθεσης .

Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του ένα ον του οποίου η συμπεριφορά (τυπική ή και αποκλίνουσα) έχει ως καθοριστικούς παράγοντες βιολογικούς , ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς. Τα ανθρώπινα γονίδια που καταγράφηκαν ήδη απ' το 2003 ενεργοποιούνται και αναστέλλονται σύμφωνα με ερεθίσματα προερχόμενα απ' το εσωτερικό –εξωτερικό περιβάλλον του ίδιου του οργανισμού . Η διατροφή , το στρες και η ψυχοθεραπεία αποτελούν παραδείγματα των περιβαλλοντικών παραγόντων , τα οποία επηρεάζουν τη γονιδιακή έκφραση . Τις περισσότερες φορές το περιβάλλον είναι καθοριστικό για το εάν η παρουσία ενός συγκεκριμένου γονιδίου θα προκαλέσει ή όχι ψυχοπαθολογία . Επιπρόσθετα η δομή του νεοφλοιού του ανθρώπου ,αν και

γονιδιακά προκαθορισμένη , έχει τη δυνατότητα να απελευθερώσει , πλήρως , τον άνθρωπο απ' τις γονιδιακές του καταβολές . Οι πληροφορίες που φέρει ο νεοφλοιός , μπορούν εύκολα να τροποποιηθούν ανά πάσα στιγμή της ζωής του ατόμου , ενώ η πληροφορίες που φέρουν τα γονίδια , είναι καθόλα μόνιμες . Εδώ οφείλουμε να καταστήσουμε σαφές ότι ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να συμπεριφέρεται ανεξάρτητα από βιολογικούς , κοινωνικοπολιτισμικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που τον επηρεάζουν .

Η συγκεκριμένη θεωρία διατυπώνεται ως εξής : Η αιτιολογία της δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη, όμως κάποιοι παράγοντες φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερο ρόλο για την εκδήλωσή της, όπως η κληρονομικότητα και διαταραχές στη χημεία του εγκεφάλου. Το στρες και ψυχοπνευματικοί παράγοντες δεν ευθύνονται άμεσα για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας, φαίνεται όμως να επηρεάζουν την εκδήλωση και την πορεία της και μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Η οικογένεια, δεν ευθύνεται για τη γένεση της σχιζοφρένειας, μπορεί όμως να παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπισή της.

Λέγεται ,επίσης ότι τα αίτια για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας είναι η πιθανή απώλεια φαιάς ουσίας , διάταση κοιλιών σε περιοχές του υποκάμπτου και του κροταφικού λοβού, διαταραχές στην αρχιτεκτονική οργάνωση της παρά- υποκάμπιας περιοχής , απώλειες και αλλαγές στην αρχιτεκτονική νευρώνων στον υποκάμπτου , ανωμαλίες στην οργάνωση και την κύτταρο-αρχιτεκτονική των νευρώνων , ανωμαλίες στη δομή και τη λειτουργία του θαλάμου (φίλτρο των αισθητικών πληροφοριών) και τέλος πιθανότητα μειωμένης δραστηριότητας / ατροφία στον προμετωπιαίο φλοιό (σχεδιασμός συμπεριφοράς , έλεγχος αναστολής ).

Γενικά , η αύξηση ορμονών του στρες , αυξάνει την πιθανότητα πρόκλησης εγκεφαλικών βλαβών . Στρεσογόνα επεισόδια ζωής σχετίζονται άμεσα με τη σχιζοφρένεια και αυτό εν μέρει μπορεί να στηριχθεί στο ότι η συγκεκριμένη διαταραχή σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζει συνοσηρότητα με την κατάθλιψη , η οποία είναι στρεσογόνα διαταραχή κατά κύριο λόγο. Και οι δύο διαταραχές

μοιράζονται σημαντικές επικαλύψεις των βασικών βιολογικών διεργασιών , οι οποίες είναι σχετικές με την πορεία και τη θεραπεία και των δύο καταστάσεων . Κοινές διαδικασίες περιλαμβάνουν αλλαγές στην κυτταρική ανοσολογική και φλεγμονώδη μονοπάτια , π.χ. αυξημένα επίπεδα προφλεγμονωδών κυτοκινών και ενεργοποίηση της οξειδωτικής και nitrosative στρες ( O & NS ) οδού , π.χ. αυξημένη υπεροξειδωση λιπιδίων, βλάβη σε πρωτεΐνες και DNA μειωμένα επίπεδα αντιοξειδωτικών , π.χ. μείωση του συνένζυμου Q10 , βιταμίνη E , η γλουταθειόνη και η μελατονίνη επίπεδα ,αυτοάνοσες αποκρίσεις και ενεργοποίηση της τρυπτοφάνης καταβολίτη ( TRYCAT ) οδού μέσω της επαγωγής της ινδολοαμίνης - 2 ,3- διοξυγενάση . Και οι δύο δείχνουν γνωστική και neurostructural ενδείξεις neuroprogressive διαδικασίας. Καθοριστικοί παράγοντες όσον αναφορά την εμφάνιση συμπτωμάτων είναι : η συχνότητα εμφάνισης των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, η ποιότητα τους, υποκειμενικές κρίσεις και εκτιμήσεις του ατόμου που αντιμετωπίζει το συμβάν.

Απαραίτητο σ' αυτό το σημείο είναι να τονίσουμε ότι οι εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας και οι σημαντικές σχέσεις του ατόμου , θεωρείται , ότι είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στην εξέλιξη οιασδήποτε ψυχοπαθολογίας , παράλληλα σχετίζεται και με τις ψυχοθεραπείες και τη στάση του ατόμου κατά τη διάρκειά τους ,πράγμα που υποστηρίζουν οι ψυχοδυναμικές σχολές αλλά και τα συνθετικά μοντέλα .

Για κάποιον που έχει μελετήσει εις βάθος τη σχιζοφρενική διαταραχή μπορεί να κατανοήσει ότι η παραπάνω θεωρία όχι μόνο δεν έχει ιδιαίτερες επιστημονικές βάσεις, αλλά και πολλές φορές προωθεί την όξυνση των ψυχικών επεισοδίων . Υποστηρίζει πως τα φάρμακα είναι πανάκεια , δίνοντας οδηγίες σε ασθενή και σημαντικούς άλλους για χορήγηση φαρμάκων με πλήρη επιμέλεια. Μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να καταλήξει η μέθοδος αυτή ως και γενεσιουργό αίτιο ψυχωσικών επεισοδίων , συγκεκριμένα λόγω υπερευαισθησίας των υποδοχέων ντοπαμίνης στα φάρμακα , έτσι πλέον ο οργανισμός για να επιβιώσει ξεκινά μια διαδικασία υπερπαραγωγής ντοπαμινεργικών υποδοχέων και έτσι εμφανίζονται επιπρόσθετα ψυχωσικά συμπτώματα . Παρουσιάζεται , δηλαδή, υποτροπή της ασθένειας με τη

στέρηση ψυχωσικού φαρμάκου. Η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας σε ψυχωσικούς ασθενείς είναι και ο δυνατότερος αντίλογος , ικανός να καταρρίψει τις παραπάνω επιφανειακές θεωρήσεις. Δεν είναι τεκμηριωμένο , αλλά ούτε καν αληθοφανές το γεγονός ότι η παραπάνω θεωρία δεν συμερίζεται την ανάγκη ενός ψυχωσικού και πόσο μάλλον ενός σχιζοφρενή για ενδιαφέρον και εντατική παρακολούθηση , μέσω τις οποίας θα ξεφύγει απ'το ψυχικό του αδιέξοδο . Μια διαταραχή που καθιστά ψυχολογικό παράγοντα αντιμετωπίζεται μόνο με ψυχολογικά εργαλεία .

Έχουν διατυπωθεί μια σειρά από θεωρήσεις που άλλες πρεσβεύουν ,πως η διαταραχή που ακούει στο όνομα σχιζοφρένεια ,οφείλεται στην ύπαρξη ενός ελαττωματικού γονιδίου (μονογονιδιακή θεώρηση) και άλλες στην ύπαρξη πολλών ελαττωματικών γονιδίων (πολυγονιδιακή θεώρηση). Επίσης στρατευμένα επικρατές είναι το μοντέλο του ουδού .Σύμφωνα με αυτό , η νόσος εκδηλώνεται εφόσον η συνολική επίδραση των επιμέρους γενετικών συνιστωσών υπερβαίνει τον ουδό (κατώφλι) , ή εφόσον συντρέχουν γενετικές προϋποθέσεις και συμβάλλουν επιπρόσθετα διάφοροι ψυχολογικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ ιοί κατά την εμβρυική περίοδο της ανάπτυξης , θρεπτικοί παράγοντες , επιπλοκές στον τοκετό , έκθεση σε έντονα στρεσογόνες συνθήκες κτλ) .Θεωρίες για την εμπλοκή πολλών γονιδίων διάσπαρτων σε μια σειρά χρωμοσωμάτων (υποδοχείς NMDA , GABA, Ach, συναπτική πλαστικότητα , μεταβολισμός DA, ρύθμιση ντοπαμινεργικής δραστηριότητας , μυελινοποίηση και λειτουργία της γλοίας). Η γενικευμένη υπόθεση της υπολειτουργίας των μετωπιαίων λοβών υποστηρίζει ότι από διζυγωτικά δίδυμα , μόνο τα πάσχοντα από σχιζοφρένεια εμφανίζουν μειωμένη αιματική ροή στους μετωπιαίους λοβούς . Τέλος το έργο επιλογής καρτών κατά Wisconsin υποστηρίζει ότι οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια ,στο συγκεκριμένο έργο έχουν λειτουργική –μετά από θεραπευτική αγωγή , αύξηση της δραστηριότητας των μετωπιαίων λοβών. Όμως , δεν είμαστε σίγουροι αν τα γονίδια που εμπλέκονται στη σχιζοφρένεια είναι τα ίδια που εμπλέκονται σε άλλες ψυχώσεις .

## ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η υπόθεση αυτή υποστηρίζει ότι τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας οφείλονται στα αυξημένα επίπεδα ντοπαμίνης που προκύπτουν από αυξημένη διέγερση των ντοπαμινεργικών συνάψεων . Οι υποστηρικτές της βασίζονται σε γενικεύσεις όπως αρχικά ότι η χρόνια χορήγηση κοκαΐνης ή αμφεταμίνης αντίστοιχα (σε μεγάλες δόσεις) προκαλεί κοκαινική ή αμφεταμινική ψύχωση (παρόμοια συμπτωματολογία με αυτήν της σχιζοφρένειας) .Έπειτα ισχυρίζονται ότι ενδέχεται να προκαλεί αντίστοιχη εικόνα και η χορήγηση L-dopa αλλά και η χορήγηση χλωροπρομαζίνης και άλλων νευροληπτικών της οικογένειας των φαινοθειαζινών (που αποκλείουν τους D2 υποδοχείς ντοπαμίνης ) φαίνεται να υποστηρίζουν ότι αμβλύνουν τα θετικά συμπτώματα. Τέλος ως τελευταία παράμετρο της επιχειρηματολογίας τους μας τονίζουν πως παρόμοια εικόνα μ'αυτή της σχιζοφρένειας παρουσιάζεται εκτός των άλλων και με τη χορήγηση αλοπεριδόλης αλλά και άλλων νευροληπτικών της οικογένειας των βουτυροφαινόλων (άμβλυνση θετικών συμπτωμάτων) . Η ντοπαμινεργική υπόθεση γενικά ισχυρίζεται , δηλαδή, ότι οι αγωνιστές της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας δύνανται να επιδεινώσουν τη θετική συμπτωματολογία , ενώ οι ανταγωνιστές της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας δύνανται να την αμβλύνουν .

Παρόλα αυτά δεν έχουν μετρηθεί αυξήσεις επιπέδων ντοπαμίνης και μεταβολιτών της σε εγκεφάλους σχιζοφρενών . Έπειτα , δεν είναι υψηλά τα ποσοστά των διαγνωσμένων με σχιζοφρένεια που να ανταποκρίνονται θετικά σε θεραπευτική αγωγή με φαινοθειαζίνες ή βουτυροφαινόνες . Εν συνεχεία , τα άτυπα αντιψυχωσικά (π.χ κλοζαπίνη) επιφέρουν παρόμοια αποτελέσματα ως προς τη θετική συμπτωματολογία , αλλά δεν επιφέρουν τη δράση τους μέσω του ντοπαμινεργικού συστήματος , αλλά κυρίως μέσω του σεροτονινεργικού συστήματος.

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, αρχικά η φαρμακευτική αγωγή, η οποία οδηγεί στη βελτίωση ή την υποχώρηση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη των υποτροπών. Έπειτα οι ψυχοεκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες παρέχουν ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη στον άρρωστο και την οικογένεια, έτσι ώστε όλοι να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το στρες, τα προβλήματα της καθημερινής ζωής και τα προβλήματα που δημιουργεί η ασθένεια. Τέλος ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η οποία βοηθά τον άρρωστο να ενισχύσει τις κοινωνικές και επαγγελματικές του δεξιότητες έτσι ώστε να ενταχθεί πλήρως στην κοινωνία. Η απλουστευμένη αυτή άποψη θεωρεί ότι η σχιζοφρένεια σήμερα αντιμετωπίζεται, αρκεί να αναγνωρίζεται έγκαιρα, ο ασθενής να παίρνει τα φάρμακά του, να έχει ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη, η οικογένεια να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον να αποδεχθεί τον ασθενή ως άνθρωπο που έχει ανάγκη από συμπαράσταση και βοήθεια.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ως τώρα, σπουδές μου με δίδαξαν να μη δέχομαι τίποτα ως δεδομένο , εάν δεν έχω βεβαιωθεί πως πρόκειται για ερευνητικά τεκμηριωμένο αποτέλεσμα. Βάσει αυτής της γραμμής πλεύσης προσπάθησα να χτίσω την παραπάνω εργασία . Παραθέτοντας όχι απλώς απόψεις , αλλά τεκμηριωμένα στοιχεία που οδηγούν στην αλήθεια της σημαντικότητας της ψυχοθεραπείας για διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια .

Η παραπάνω διατριβή τονίζει κατ'εξακολούθηση ,πως υπάρχει μεγάλο χάσμα ανάμεσα στην «καλή» και «κακή» ψυχοθεραπεία . Η διαδικασία της ψυχοθεραπείας είναι ένα δυνατό ψυχολογικό όπλο , με το οποίο μπορείς να αναδείξεις και να παγιώσεις το φυσιολογικό κομμάτι του ασθενούς , μπορείς όμως και να οξύνεις την κατάσταση της ψυχικής του υγείας.

Με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή , η ψυχοθεραπεία , με έναν έμπειρο και κατάλληλο ψυχοθεραπευτή , είναι ίσως ο μοναδικός δρόμος προς την επούλωση των πληγών ενός σχιζοφρενή , και προς την επανένταξή του και την αναπροσαρμογή του στις συνήθειες που είχε προτού εκδηλωθεί το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο.



Η συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας είναι τόσο δύσκολα διαχειρίσιμη, που στις μέρες μας , και με τα ευρήματα που έχουμε , είναι , θα τολμούσα να πω, ως και παρωχημένο να πιστεύει κανείς πως με συγκεκριμένη χορήγηση φαρμάκων , θα μπορέσει ένας διαγνωσμένος με σχιζοφρένεια να αποβάλλει και να αναμορφώσει παραληρηματικές ιδέες , ψευδαισθήσεις , απρόσφορο συναίσθημα , ανηδονία και τόσα άλλα , τόσο θετικά , όσο και αρνητικά συμπτώματα.

Ίσως τα μελλοντικά ευρήματα να μας οδηγήσουν σε κάτι γρηγορότερο από ένα μακροχρόνιο κύκλο συνεδριών ψυχοθεραπείας , προκειμένου να αποθεραπευτεί ο σχιζοφρενείς . Γι'αυτόν ακριβώς το λόγο συνεχίζονται αδιάληπτα οι προσπάθειες ερευνητών τόσο γύρω απ'τη σχιζοφρένεια , όσο και γύρω απ'την ψυχοθεραπεία ( αλλά και συνδυαστικά ) .

«Εάν μη έλπεται ,

Ανέλπηστον ουκ εξευρήσει ,Ανεξερεύνητον εόν και άπορον» (Ηράκλειτος)

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ασημάκης, Π. (1999). *Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα. Από την θεωρία στην εφαρμογή*. Αθήνα. University of Indianapolis Athens Press. Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης.

Ayduk,O., Gyurak,A. & Luerksen,A.(2009). Rejection Sensitivity Moderates the Impact of Rejection on Self-Concept Clarity.*Personality and Social Psychology Bulletin*,35(1),1467.

Barsaglini,A., Sartori,G., Benetti,S.&Pettersson,W.(2014).The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in Neurobiology*.114,1-14.

Beck,A.T.(1976).Cognitive therapy and emotional disorders.New York:International Universities Press.

- Beck,A.T.(1993), Cognitive therapy:Past,present, and future.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*,61,194-198.
- Beck A. J. (2003). Εισαγωγή στη γνωστική θεραπεία. Αθήνα. Πατάκη.
- Bowlby,J.(1980).*Attachment and loss:Vol 3. Loss, sadness,and depression*.New York:Basic Books.
- Braga,R.J.,Reynolds,G.P.& Siris,S.G.(2013).Anxiety comorbidity in schizophrenia.*Psychiatry Research* .Vol 210 ,1-7.
- Butler,J.D.(2012).Playing with madness :Developmental Transformations and Treatment of schizophrenia .*The Arts in Psychotherapy*.39,87-94.
- Chan,K.S.& Mak,W.S.(2012).Shared decision making in the recovery of people with schizophrenia.The role of metacognitive capacities in insight and pragmatic language use.*Clinical Psychology Review* .32, 535-544.
- Cole M.& Cole S. R.(2002).Η ανάπτυξη των παιδιών.Η αρχή της ζωής:εγκυμοσύνη,τοκετός,βρεφική ηλικία. (α΄ τόμος).Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδάνος.
- Davis,L.W., Eicher,A.C. & Lysaker,P.H.(2011).Metacognitive as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 129, 85-90.
- Dickerson, F.B.(2000).Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia :A reviewof recent empirical studies.*Schizophrenia Research*.43,71-90.
- Edelstein,R.S. & Gilla.th,O.(2008) Avoiding Interference: Adult Attachment and Emotional Processing Biases.*Personality and Social Psychology Bulletin*,34(2),171.
- Edelstein, R.S., Stanton, S.J., Henderson, M.M. & Sanders,M.R.(2010). Endogenous estradiol levels are associated with attachment avoidance and implicit intimacy motivation. *Hormones and Behavior*,57,230-236.
- Eells, T.D.(2000).Psychotherapy of schizophrenia . *Research Abstracts*.26, 47-72.

- Elis,O.,Caponigro,J.M. &Kring,A.M.(2013).Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia :Current practices and futures directions. *Clinical Psychology Review*. 35,914-928.
- Ellis,Albert. (1973 a).*Humanistic psychotherapy*:The rational-emotive approach.New York:Julian Press.
- Erikson, E.H.(1963).Childhood and society .(2end ed.).New York:Norton.
- Eysenck,H.J.(1991).Personality, stress, and disease:An interactionist perspective.*Psychological Inquiry*,2,221-232.
- Fisher,H.E., Brown,L.L.,Aron,A.,Strong,G. et all.(2010). Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated With Rejection in Love. *Journal of Neurophysiology*,104,51-60.
- Fenton,W.S.(2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia.*Schizophrenia Bulletin*.Vol 26, 1.
- Fournier,J.C.,DeRubeis,R.J.,Hollon,S.D.,Amsterdam,J.D.,Shelton,R.C.&Fawcett,J. (2010).Antidepressant drugs effects and depression severity a patient level meta-analysis. *Jama*.Vol 1, 47-53.
- Freud,S.(1919).Beyond the pleasure principle.In Stachey,J.(ed.) Standard edition.Vol.18.London:Hogarth Press,1955.
- Friedrich,M.J.(2014).Community based Care and Treatment of Schizophrenia.*Global Health*. Vol 311,15.
- Gallagher, B.J., Jonew,B.J.& Pisa, A.M. (2007). Schizophrenic subtype ,seasonality of birth and social class:A preliminary analysis. *European Psychiatry*.22, 123-128.
- GelderM.G.,Lopez-IbolJ.J. & AndreasenN.(2008). *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική(α' τόμος)*.Αθήνα.Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Glynn, S.M.(2003).Psychiatric rehabilitation in schizophrenia:Advances and challenges.*Clinical Neuroscience Research*. 3, 23-33.

- Harding,C.M.& Zahniser,J.H.(1994).Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.384, 140-146.
- Harrow,M. & Jobe,T.H.(2007).Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medication :An 15year multi-folow-up study.*The Journal of Nervous and Mental Disease*.Vol.195.
- Harrow,M. & Jobe,T.H. (2013).Does Long-Term treatment of Schizophrenia with Antipsychotic Medications facilitate Recovery? *Schizophrenia Bulletin*.195 ,406-414.
- Hasson,I.,Mashiach-Eizenberg,M.,Elhasid,N. &Roe,D.(2014).Between self-clarity and recovery in schizophrenia :Reducing the self-stigma and finding meaning.*Comprehensive Psychiatry* .55, 675-680.
- Hawkins P.J. & Nestoros J.N. (Eds) (1997). *Psychotherapy: New perspectives on Theory, Practice and Research*. Athens: Ellinika Grammata.
- Hawkins P.J., Nestoros J.N. (1997). Beyond the Dogmas of Conventional Psychotherapy: The Integration Movement.In P.J. Hawkins & J.N. Nestoros (Eds), *Psychotherapy: New perspectives on Theory, Practice and Research*. Athens: Ellinika Grammata Publishers (pp.23-95).
- Horney, Karen.(1939).*New ways in psychoanalysis*.New York:Norton
- Hornet,K.(1945).*Our inner conflicts*.New York:Norton.
- Jones, M.C (1924). A laboratory study of fear. The case of Peter. Pedagogical seminar. 31, 308-315. Στο Pervin A. L. & John O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα. Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδάνος.
- Κακούρος Ε. & Μανιαδάκης Κ (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα. Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδάνος.
- Καλαντζή-Αζίζι,Α.:*Εφαρμοσμένη ψυχολογία στο χώρο της υγείας*.Αθήνα.1985.
- Kalat J. (2003), *Βιολογική Ψυχολογία (β'τόμος)*, Αθήνα, Έλλην

- Kandel,E.R.(1983).From metapsychology to molecular biology:explorations into the nature of anxiety.*American Journal of Psychiatry*,140,1277-93.
- Kendler,K.S.,Kessler,R.C., Walters,E.E.,(1995).Stressful life events,genetic liability,and onset of an episode of major depression in women.*American Journal of Psychology*,152,833-42.
- Kennervey H. (1999). *Ξεπερνώντας το άγχος*. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York. Norton. Στο Pervin A. L. & John O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα. Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδάνος.
- Ki,J.,Choi,W.,Kim,G.& Park,J.(2012).Landscape Montage Technique as an assessment tool for schizophrenia patients.*The Arts in Psychotherapy*. 39,279-286.
- Κίρναν Τ. (1977). *Ψυχοθεραπεία Θεωρίες και πρακτικές από τον Φρόντ μέρη σήμερα*. Αθήνα. Επίκουρος.
- Kluwe-Schiavon,B.,Sanvicente-Vieirg,B.,Kristensen,C.H. &Grassi-Oliviera,R.(2013). Executive functions rehabilitation for schizophrenia:A critical systematic review.*Journal of Psychiatric Research*. 47, 91-104.
- KringA.M.,DavisonG.C,NealeJ.M. & JohnsonS.L.(2007).*Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα.Gutenberg.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α. (1999). *Ψυχολογία κινήτρων*. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.
- Lalova, M. ,Bayle,F., Grillion,M.L.,Houet,L. &Piolino ,P.(2013).Mechanisms of insight in schizophrenia and impact of cognitive remediation therapy.*Comprehensive Psychiatry*.55,675-680.
- Lilienfeld,S.O, Ritschel,L.A.,Lynn,S.J.,Cautin,R.L.& Lutzman,R.D.(2013).Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice:Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*. 33, 883-900.
- Loewald,H.W.(1960).On the therapeutic action of psycho-analysis.*International Journal of Psycho-Analysis*,41,16-33.
- Lysaker, P.H. , Buck, K.D. , Carcione,A. , Michalle,P. ,Salvatore,G. ,Nicolo,G.& Dimaggio, G.(2001).Addressing metacognitive capacity for self-reflection in the

psychotherapy for schizophrenia .A conceptual model of the key tasks and processes.*The British Psychological Society* .Vol.84, 58-69.

Kraft,M.R. Jr. & Zuckerman,M.(1999). Parental behavior and attitudes of their parents reported by young adults from intact and stepparent families and relationships between perceived parenting and personality. *Personality and Individual Differences*,27,453-476.

Lanz,M. & Tagliabue,S.(2007). Do I Really Need Someone in Order to Become an Adult?Romantic Relationships During Emerging Adulthood in Italy. *Journal of Adolescent Research*,22(5),531-549.

Μαλικιώση- Λοΐζου Μ. (1998), *Συμβουλευτική Ψυχολογία*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

McGill, V.J.(1947). The Bearing of Phenomenology on Psychology. *International Phenomenological Society*,7(3),357-363.

Μέλλον Ρόμπερτ. (1998). *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.

Μέλλον Ρόμπερτ. (2005). *Η ανάλυση της Συμπεριφοράς*. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An interactive approach*. New York. Plenum Press. Στο Beck A. J. (2003). *Εισαγωγή στην γνωστική θεραπεία*.

Αθήνα. Πατάκη.McGill, V.J.(1947). The Bearing of Phenomenology on Psychology. *International Phenomenological Society*,7(3),357-363.Mowrer, O.H. & Mower W.A.

(1928). Enuresis: A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*. 8, 436-447. Στο Pervin A. L. & John O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα. Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδάνος

Νέστορος Ν. Ι. & Βαλλιανάτου Γ. Ν. (1996). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.

Νέστορος Ν.Ι (2012). *Στον κόσμο της Ψύχωσης*. Αθήνα .Πεδίο.

Νέστορος Ν.Ι (2012). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα. Πεδίο.

Nestoros, J.N. (2006). Recent developments in an integrative approach of the psychotherapy of individuals suffering from schizophrenic symptoms. In E. O'Leary

& M. Murphy (Eds.), *New Approaches to Integrative Psychotherapy*. (pp. 136-162). London: Brunner-Routledge.

Nestoros .J.N .(2001). Synthetiki Psychotherapy: An integrative Psychotherapy for individuals with schizophrenic symptoms.*Journal of Contemporary Psychotherapy*. 31, 51-59.

Νέστορος, Ι.Ν., Ζγαντζούρη, Κ.Α., & Λαμπρόπουλος, Γ.Κ. (1999). Συνθετική Ψυχοθεραπεία. Από τη θεωρία στην εφαρμογή. Στο Π. Ασημάκης (επιμέλεια), *Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα. Από τη θεωρία στην εφαρμογή*. Αθήνα: Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης-University of Indianapolis Athens Press. (σελ. 325-378).

Νέστορος Ι.Ν. (1994). Η Σχιζοφρένεια: Σύγχρονες επιστημονικές απόψεις για την αιτιολογία και την θεραπεία. Στο Μ. Καίλα, Ν. Πολεμικός & Γ. Φιλίππου (Επιμέλεια), *Άτομα με Ειδικές Ανάγκες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (Α΄ τόμος, σελ. 235-252).

Niemeyer, H.N. , Musch, J.M. & Pietrowsky, R. (2012). Publication bias in meta-analyses of efficacy of psychotherapeutic interventions for schizophrenia .*Schizophrenia Research* . 138, 103-110.

Παπαδόπουλος Ν. (2003). *Ψυχολογία (8<sup>η</sup> εκδ)*. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.

Παπαδόπουλος Ν. (2005), *Λεξικό της ψυχολογίας*, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική.

Pervin,L.A.(1988).Affect and addiction. *International Journal of Addictive Behaviors*,13,83-86.

Petterson,T.L.& Leuwenkamp,O.R.(2008).Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia .*Schizophrenia Research*.(100), 108-119.

Ritsner, M.S. & Blumenkrantz,H.(2007). Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions and personality related traits. *Psychiatry Research*.149, 59-69.

Rogers Carl(1970). *Ομάδες Συνάντησης*, Αθήνα, Δίοδος.

Rohner R. P.(2008). Parental Acceptance-Rejection Theory Studies of Intimate Adult Relationships. *Cross-Cultural Research*,42(1),5-12.

Rohricht,F., Papadopoulos,N., Holden,S., Clarket,T.& Priebe,S.(2011).Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia: *An open clinical trial.The Arts in Psychotherapy*.38,196-203.

Rus-Calafell,M.,Gutierrez-Maldonado,J.& Ribas-Sabate,J.(2014).A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia.A pilot study.*Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.45, 81-89.

Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. London. Cape. Στο Μέλλον Ρόμπερτ (2005). *Η ανάλυση της Συμπεριφοράς*. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.

Skinner B.F.(1985).Cognitive science and behaviourism. *British Journal of Psychology*,76,291-301.

Simonoff,E.(2001). Genetic influences on conduct disorder.In J.Hill and B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence*(pp.202-234).Cambridge, England: Cambridge University Press.

Simons,A.D.,Murphy, G.E.,Levine, J.L.,Levine,J.L. and Wetzal,R.D.(1986):Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression.*Arch.Gen.Psychiatry*,43:43-48.

Steel,R.,Brothen,T. & Wambach,C.(2001) .Procrastination and personality, performance, and mood. *Personality and Individual Differences*,30,95-106.

Swerdlow,N.R.(2011).Are we studying and treating schizophrenia correctly?*Schizophrenia Research*.130, 1-10.

Τσιάννης Γ., Μανωλόπουλος Σ. (1989). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής-θεραπευτικές προσεγγίσεις( γ' τόμος)*. Αθήνα. Καστανιώτη.

Wittorf , A., Jakobi, U. , Bachdolf, A., Muller,B. , Sartory,G., Wagner,M., Wiedmann, G. , Herrlich, J., Buchkremer, G. & Klingberg, S.(2009). The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia. *European Psychiatry*.24,259-267.



Wolberg, L.R. (1988). The technique of psychotherapy. Grune & Stratton. Philadelphia. Στο Νέστορος Ν. Ι. & Βαλλιανάτου Γ. Ν. (1996). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.