ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

''Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ J. YOUNG ΓΙΑ ΤΑ ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΥΖΩΙΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ''

ΤΣΟΤΡΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ, ΑΜ: 2159

ΕΞΑΜΗΝΟ: Η'

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κος Ε. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2010

Περιεχόμενα

Εισαγωγή ..... σελ. 3
Η ερμηνεία του Young για τα σχήματα- Τι είναι τα σχήματα
και ποια τα χαρακτηριστικά τους..... σελ. 7
«Περιοχές» σχημάτων..... σελ. 8
Τα σχήματα σε χρόνιους ασθενείς..... σελ.14
Η ανάπτυξη της θεραπείας των σχημάτων ..... σελ. 22
Εμπειρίες ζωής στην παιδική ηλικία που δημιουργούν σχήματα..... σελ. 25
Συναισθηματικό ταμπεραμέντο/ιδιοσυγκρασία..... σελ. 26
Η σταθερότητα των σχημάτων του Young..... σελ. 27
Τι είναι υγεία;..... σελ. 31
Τι είναι χρόνια ασθένεια;..... σελ. 31
Πώς επηρεάζει η ασθένεια την οικογένεια του ασθενούς και
πώς αλλάζει τον τρόπο ζωής..... σελ. 34
Διαταραγμένη ψυχική υγεία σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια
& ο ρόλος των αρνητικών και θετικών σχημάτων ..... σελ. 36
Ψυχολογική ευεξία και χρόνια ασθένεια ..... σελ. 39
Έρευνα ..... σελ. 50
Ερευνητικοί στόχοι ..... σελ. 50
Μέσα συλλογής δεδομένων- κλίμακες ..... σελ. 51
Δείγμα-δημογραφικά στοιχεία..... σελ. 52
Στατιστική ανάλυση..... σελ. 54
Δείκτης αξιοπιστίας ..... σελ. 54
Συσχετίσεις ..... σελ. 54
Συζήτηση/Αποτελέσματα ..... σελ. 61
Περιορισμοί ..... σελ. 65
Βιβλιογραφία ..... σελ. 67
Παράρτημα (ερωτηματολόγιο) ..... σελ. 72

Εισαγωγή

Στις σύγχρονες κοινωνίες, **οι χρόνιοι ασθενείς** έχουν μία αρκετά παρατεταμένη διάρκεια ζωής στο πεδίο των χρόνιων παθήσεων. Στο βαθμό που η αρρώστια επιφέρει δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις σε ό,τι αφορά στη σωματική και την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς, η αβεβαιότητα εγκαθίσταται στο επίκεντρο της υποκειμενικής εμπειρίας πολλών χρόνιων παθήσεων. Ο χρόνιος ασθενής διάγει συνθήκες και όρους ύπαρξης και διαβίωσης που **επιδρούν** δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου **ποιότητα ζωής.** Η κατάσταση της ασθένειας οφείλει να ερευνάται και να αναλύεται σε όλες τις όψεις της κοινωνικής ζωής και ιδιαίτερα της καθημερινής ζωής των ανθρώπων που ζουν μαζί και υπό το βάρος της αρρώστιας. Για την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων, οι υπηρεσίες υγείας παρέχουν σήμερα υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε σταθερή βάση προς τους χρόνιους ασθενείς, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι η αναπτυσσόμενη θεραπευτική σχέση μεταξύ του προσωπικού υγείας και των ασθενών. Βασικές παράμετροι της θεραπευτικής σχέσης αποτελούν αφενός η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού έργου και αφετέρου η ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και συνακόλουθα η συμβολή της στη βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ασθενούς. Σε αυτή την περίπτωση, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται τόσο στην ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση όσο και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η ποιότητα της φροντίδας υγείας επιδέχεται σήμερα ποικιλία εννοιολογικών προσδιορισμών. Πρόκειται για μια έννοια που διαρκώς διαφοροποιείται, μεταβάλλεται και προσαρμόζεται σε νέες επιθυμίες, προσδοκίες και ανάγκες. Ένας γενικός προσδιορισμός φαίνεται να συνδέει την ποιότητα της φροντίδας υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών, εφόσον η παρεχόμενη φροντίδα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών για το αγαθό που ονομάζεται υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες τους. Η ικανοποίηση του ασθενούς από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιείται, επομένως, ως ένα επιπλέον κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Heurtin - Roberts. 1993).

Ως **χρόνια ασθένεια ορίζεται** μια οργανική ασθένεια με διάρκεια άνω των τριών μηνών, η οποία συνοδεύεται από ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη και διαρκή ιατρική φροντίδα και κρίνεται σοβαρή δεδομένου ότι περιορίζει σε σημαντικό βαθμό τη φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου. Μερικές χρόνιες ασθένειες είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η μεσογειακή αναιμία, η δρεπανοκυτταρική αναιμία, οι καρδιακές παθήσεις, η επιληψία, ο καρκίνος κ.ά. Μια χρόνια ασθένεια μπορεί να **διαταράξει** σε σημαντικό βαθμό **τη φυσιολογική λειτουργικότητα** ενός ατόμου και μπορεί να αποτελέσει μία πηγή χρόνιου στρες. Ο φυσιολογικός ρυθμός της ζωής των χρόνιων ασθενών διαταράσσεται εξαιτίας των συνεχών ιατρικών και συχνά επίπονων εξετάσεων, της παρατεταμένης νοσηλείας και των αρνητικών συνεπειών της θεραπείας – για παράδειγμα, τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Όπως καταδεικνύεται από έρευνες, πολλοί ασθενείς (κυρίως τα παιδιά) εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικά συμπτώματα, μαθησιακές δυσκολίες (στις περιπτώσεις παιδιών), ενώ διαταράσσεται και η αυτοεικόνα τους. Στην περίπτωση μιας χρόνιας ασθένειας φαίνεται ότι επιβαρύνεται ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα: το άγχος για την τελική έκβαση της κατάστασης, η πιθανή αδυναμία χειρισμού των υποτροπών προκαλούν πολύ συχνά ψυχική αναστάτωση και πίεση στην οικογένεια του ασθενούς. Επιπρόσθετα, σε μια οικογένεια παρουσιάζονται περαιτέρω δυσκολίες οικονομικής φύσεως (εκτενή απουσία από εργασία, αυξημένο οικονομικό κόστος των ιατρικών εξετάσεων, θεραπειών και παρεμβάσεων, μετακινήσεις) που επιδεινώνουν επιπρόσθετα την κατάσταση. Σε κάποιες περιπτώσεις, παρατηρείται κοινωνική απομόνωση και στιγματισμός της οικογένειας με αποτέλεσμα τον κοινωνικό της αποκλεισμό.

Οι χρόνιες ασθένειες και η αντιμετώπιση τους αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες, καθώς οι χρόνιοι ασθενείς λόγω των αυξημένων αναγκών τους επιβαρύνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Οι χρόνιες ασθένειες **αποτελούν μία δοκιμασία** για τα άτομα που πάσχουν, αλλά και για τις οικογένειές τους, εξαιτίας ακριβώς της χρονιότητάς τους και λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργούν όσον αφορά την πορεία και την έκβασή τους. Ενώ κάθε ασθένεια έχει διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων και κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά τη νόσο του, υπάρχει μία **πλειάδα κοινών προβλημάτων** που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι ασθενείς ανεξάρτητα από τη νόσο από την οποία πάσχουν. Οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα και οι οικογένειές τους περνούν διάφορα στάδια, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με την ασθένεια. Η χρόνια ασθένεια

μπορεί να επιδράσει καταλυτικά στην ικανότητα του ατόμου για βασικές λειτουργίες όπως η επικοινωνία, η κοινωνικότητα και η αυτό-φροντίδα, ενώ μπορεί να οδηγήσει σταδιακά και στην αναπηρία (Heurtin - Roberts. 1993).

Για πολλές δεκαετίες οι ερευνητές εξετάζουν τον ρόλο των **γνωστικών και συμπεριφορικών παραγόντων** στην εμπειρία των χρόνιων ασθενειών. Οι επιδράσεις των μεταβλητών, όπως πεποιθήσεις αβοηθησίας, δραστικών/ παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου και καταστροφικών πεποιθήσεων στην κατάσταση της υγείας και της ασθένειας, επαληθεύονται.

Η έννοια του **σχήματος** έχει παίξει ρόλο σε γνωστικές θεωρίες της ψυχοπαθολογίας. Στην γνωστική θεωρία του **Beck** για την κατάθλιψη, το σχήμα έχει οριστεί ως ένα σταθερό γνωστικό σχέδιο που εξηγεί πώς ένα άτομο αντιλαμβάνεται κάθε ερέθισμα. Ο **Wells** (1997) περιγράφει τη θεωρία του Beck για το άγχος ως θεωρία σχημάτων διότι π.χ. οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις και οι γνωστικές διαδικασίες (π.χ. η προσοχή) αντανακλούν τη λειτουργία των γνωστικών δομών, τα λεγόμενα σχήματα. Τα σχήματα, σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, αποτελούν και εσωτερικές πεποιθήσεις, οι οποίες είναι απόλυτες, για παράδειγμα ‘’είμαι ευπαθής’’ και δυσλειτουργικές υποθέσεις ή υποθετικές πεποιθήσεις, για παράδειγμα ‘’εάν στρέψω την προσοχή μου στον εαυτό μου, οι άνθρωποι θα με μισήσουν’’.

Οι άνθρωποι με διαταραχές προσωπικότητας έχουν αναπτύξει σχήματα που είναι δυσλειτουργικά, άκαμπτα και δύσκολο στο να αλλάξουν. Γι’ αυτό τέτοιοι ασθενείς δεν απαντούν καλά σε βραχυπρόθεσμη γνωστική θεραπεία. Τα σχήματα αναπτύσσονται στην παιδική ηλικία αλλά αποτυγχάνουν να προσαρμοστούν και να εξελιχθούν όταν αλλάζουν οι συνθήκες. Μπορούν να εμποδίσουν την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει και να δημιουργήσει υγιείς σχέσεις στην ενήλικη ζωή. Η γνωστική θεραπεία απαιτεί τη συγκέντρωση στην αναγνώριση και τροποποίηση των γνωστικών σχημάτων (Stopa. Waters. 2005).

Η έρευνα του Ample έχει καταλήξει στις καταστρεπτικές συνέπειες των αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας, όπως βία, κακοποίηση και ανεπαρκής φροντίδα για την συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Για παράδειγμα, τα κακοποιημένα παιδιά υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξασθενημένη αντίληψη της επάρκειάς τους, ευπαθή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που παραμένουν σταθερά στα χρόνια και έλλειψη κινήτρων, ενώ βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης ελλειμμάτων για την ρύθμιση του συναισθήματος. Η ανεπαρκής φροντίδα σχετίζεται με αρνητικά αντιπροσωπευτικά μοντέλα προσκόλλησης και αρνητική

αυτοεικόνα, ενώ η γονεϊκή απόρριψη οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και χρήση ουσιών στην εφηβεία.

Τα **σχήματα του Young** χρησιμεύουν ως οδηγός για την ερμηνεία των πληροφοριών και λύση προβλημάτων, τα οποία επηρεάζουν τις εμπειρίες του ατόμου με έναν προκατειλημμένο τρόπο, οδηγώντας στην αύξηση της αυστηρότητας των σχημάτων. Τα σχήματα αυτά στους ενήλικες **συνδέονται με διαταραχές προσωπικότητας και ψυχιατρικά συμπτώματα.** Τα σχήματα αυτά, επίσης, είναι δυσλειτουργικά στα τελευταία χρόνια της εφηβείας και στην ενηλικίωση, όταν για παράδειγμα, κάποιος βαθμός αυτονομίας είναι απαραίτητος για να προσαρμόσει το άτομο τις απαιτήσεις της ζωής (Rijkeboer. De Boo. 2010).

Η σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα των ασθενών με χρόνια ασθένεια διαφέρει πολύ, ανάμεσα βέβαια σε ασθενείς που βρίσκονται στην ίδια ιατρική κατάσταση. Οι γνωστικές απεικονίσεις είναι σημαντικοί και καθοριστικοί παράγοντες για την προσαρμογή τους στις χρόνιες συνθήκες. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στις γνωστικές αναπαραστάσεις και στην προσαρμογή ερευνάται σε ασθένειες όπως, ο διαβήτης, άσθμα και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται μία **παρουσίαση** της θεωρίας του J. Young για τα σχήματα, τις βαθύτερες πεποιθήσεις που επηρεάζουν τις μετέπειτα εμπειρίες μας και τη γνωστική μας επεξεργασία, καθώς και μία σύνδεση της θεωρίας αυτής με τις χρόνιες ασθένειες και την υποκειμενική υγεία και ευεξία των χρόνιων ασθενών. Γίνεται μία προσπάθεια, δηλαδή, απάντησης στο ερώτημα του πώς τα σχήματα συνδέονται με την εμπειρία των χρόνιων ασθενών. Το μοντέλο για τα γνωστικά σχήματα του Young για την ψυχοπαθολογία, υιοθετεί μία κατασκευαστική προοπτική, μέσω της οποίας τα άτομα μέσα από τις ζωές τους δομούν και ξαναδομούν εμπειρίες, κατασκευάζουν τις προσωπικές τους πραγματικότητες και δημιουργούν τα δικά τους αντιπροσωπευτικά μοντέλα για τον εαυτό τους, τους άλλους και τον κόσμο. Τα σχήματα είναι γνωστικές δομές και περισσότερο εσωτερικές πεποιθήσεις για τον εαυτό σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και υπάρχουν για όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι καταστρεπτικές εμπειρίες με τους φροντιστές και τους σημαντικούς άλλους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, σε αλληλεπίδραση με τους εσωτερικούς παράγοντες της ψυχοσύνθεσής μας θα μπορούσαν να δημιουργήσουν αυτοπροστατευτικούς, αλλά δυσλειτουργικούς

τρόπους σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς (Petrocelli. Glaser. Calhoun. Campbell. 2001).

Η ερμηνεία του Young για τα σχήματα

Τι είναι τα σχήματα και ποια τα χαρακτηριστικά τους

Οι ελαττωματικές, δυσπροσαρμοστικές γνωστικές λειτουργίες οδηγούν σε προβληματικά συναισθήματα και συμπεριφορές, οι οποίες με την σειρά τους ευθύνονται για την δημιουργία προβληματικών γνωστικών λειτουργιών. Έτσι δημιουργείται ένας κύκλος αυτοεκπλήρωσης όπου τα άτομα ενεργούν με στόχο να επιβεβαιώνουν και να διατηρούν τις διαστρεβλωμένες τους πεποιθήσεις.

Ο Young υπέθεσε ότι κάποια σχήματα - ειδικά αυτά που δημιουργήθηκαν πρώιμα ως αποτέλεσμα τραυματικών παιδικών εμπειριών - μπορεί να είναι στον πυρήνα των διαταραχών προσωπικότητας, των ηπιότερων χαρακτηριολογικών προβλημάτων και κάποιων χρόνιων διαταραχών του άξονα Ι. Η συνδετικότητα, η αυτονομία, η αξία, οι λογικές προσδοκίες και τα ρεαλιστικά όρια είναι πέντε (5) αντικειμενικοί φακοί που το παιδί πρέπει να εκπληρώσει για να επιδιώκει μία υγιή ανάπτυξη. Όταν οι γονείς δεν βοηθούν το παιδί να το καταφέρει αυτό, αναπτύσσονται τα δυσλειτουργικά σχήματα (Wang. Halvorsen. Eisemann. Waterloo. 2010). Για να ελέγξει αυτή την υπόθεση καθόρισε μία υποδιαίρεση των σχημάτων και τα ονόμασε **πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα**. Ένας αναθεωρημένος και πιο κατανοητός προσδιορισμός που δίνει ο Young είναι ότι **ένα πρώιμο δυσλειτουργικό σχήμα έχει τα ακόλουθα στοιχεία:**

- Είναι ένα ευρύ θέμα ή πρότυπο
- Περιλαμβάνει αναμνήσεις, συναισθήματα, γνώσεις και σωματικές αισθήσεις
- Αφορά τον εαυτό και τις διαπροσωπικές σχέσεις
- Αναπτύχθηκε κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία
- Έγινε η επεξεργασία του κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου
- Είναι δυσλειτουργικό σε σημαντικό βαθμό

Είναι ένα αυτό- αναιρούμενο συναισθηματικό και γνωσιακό πρότυπο που αναπτύσσεται νωρίς στην παιδική ηλικία και επαναλαμβάνεται στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η συμπεριφορά του ατόμου δεν είναι μέρος ενός σχήματος, αλλά η αντίδραση/απάντηση σ' ένα σχήμα. Οι απροσάρμοστες συμπεριφορές αναπτύσσονται ως αποκρίσεις σε ένα σχήμα. Αυτές οι συμπεριφορές οδηγούνται από τα σχήματα, αλλά δεν είναι μέρος αυτών. Ο Young αναφέρει πως **τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα "παλεύουν" να επιβιώσουν** και αυτό είναι αποτέλεσμα της ανάγκης του ατόμου για σταθερότητα. Το σχήμα είναι όλα όσα ξέρει και παρόλο που του προκαλεί πόνο είναι οικείο, γνωστό, το νιώθει ‘’σωστό’’. Αυτός είναι ένας λόγος που το κάνει δύσκολο ν' αλλάξει. Παίζει σημαντικό ρόλο στο πως κάποιος σκέφτεται, νιώθει, ενεργεί και σχετίζεται με τους άλλους και παραδόξως τον οδηγεί στο να αναπαράγει εκείνες τις συνθήκες που στην παιδική ηλικία ήταν οι πιο επιβλαβείς. Τα σχήματα είναι σε σημαντικό βαθμό **αποτέλεσμα μη- ικανοποιημένων συναισθηματικών αναγκών** κατά την παιδική ηλικία. Έχουν γίνει αποδεκτές 5 βασικές/πυρηνικές **συναισθηματικές ανάγκες** που ισχύουν για όλους τους ανθρώπους:

- Ασφαλείς συνδέσεις με τους άλλους (περιλαμβάνει ασφάλεια, σταθερότητα, ζεστασιά και αποδοχή)
- Αυτονομία, επάρκεια και αίσθηση ταυτότητας
- Ελευθερία για έκφραση αναγκών και συναισθημάτων
- Αυθορμητισμός και παιχνίδι
- Ρεαλιστικά όρια και αυτοέλεγχος

Ένα ψυχολογικά υγιές άτομο μπορεί και ικανοποιεί αυτές τις ανάγκες.

«Περιοχές» σχημάτων (Schema domains)

Κατηγορία Ι: Αποσύνδεση και απόρριψη

Οι ασθενείς με σχήματα σε αυτή την κατηγορία είναι ανίκανοι να δημιουργήσουν ασφαλείς και ικανοποιητικές σχέσεις με τους άλλους. Πιστεύουν πως οι ανάγκες τους για σταθερότητα, φροντίδα, αγάπη και να ανήκουν κάπου δε θα ικανοποιηθούν. Οι οικογένειες τους είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά της αστάθειας, της κακομεταχείρισης, της ψυχρότητας, της απόρριψης και της απομόνωσης από τον κόσμο. Αυτά τα άτομα έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Εγκατάλειψη /αστάθεια
- Δυσπιστία /κακοποίηση
- Συναισθηματική αποστέρηση
- Μειονεξία /ντροπή
- Κοινωνική απομόνωση/αποξένωση

(Thimm. 2010)

Κατηγορία ΙΙ Μειωμένη αυτονομία και απόδοση

Αυτονομία είναι η ικανότητα του ατόμου να διαχωρίζεται από την οικογένειά του και να λειτουργεί ανεξάρτητα σε σχέση με τους συνομηλίκους του. Οι ασθενείς με σχήματα σε αυτή την κατηγορία έχουν προσδοκίες από τον εαυτό τους και τον κόσμο, οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα τους να διαχωρίσουν τον εαυτό τους από τους γονείς και να λειτουργήσουν ανεξάρτητα και επιτυχημένα. Οι οικογένειες τους εμπλέκονταν υπερβολικά στη ζωή τους, υπονόμευαν την αυτοπεποίθηση τους, ήταν υπερπροστατευτικοί και απέτυχαν να ωθήσουν το παιδί να λειτουργήσει αυτόνομα εκτός οικογένειας. Αυτά τα άτομα έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Εξάρτηση/ανικανότητα
- Ευαλωτότητα στον κίνδυνο (τυχαία γεγονότα)
- Υπερεμπλοκή / ελλειμματικός εαυτός
- Αποτυχία

Κατηγορία ΙΙΙ Εξασθενημένα όρια

Οι ασθενείς σε αυτή την κατηγορία δεν έχουν αναπτύξει κατάλληλα εσωτερικά όρια για αμοιβαιότητα και υπευθυνότητα προς τους άλλους, για αυτοπειθαρχία και για μακροπρόθεσμους στόχους. Έχουν δυσκολία να σέβονται τα δικαιώματα των άλλων, να συνεργάζονται μαζί τους, να κάνουν δεσμεύσεις και να βάζουν ή να πραγματοποιούν ρεαλιστικούς στόχους. Η πατρική οικογένεια χαρακτηρίζεται από ανεκτικότητα, έλλειψη κατεύθυνσης, αίσθηση ανωτερότητας αντί για κατάλληλη αντιμετώπιση, πειθαρχεία και όρια. Το άτομο θεωρεί ότι υπερέχει σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους, ότι έχει αυξημένα δικαιώματα και ότι πρέπει να απολαμβάνει περισσότερα προνόμια (υπεροχή/ανωτερότητα). Σχετίζεται με την επίμονη δυσκολία του ατόμου να ασκήσει αυτοέλεγχο, με τη μειωμένη ανοχή του

στη ματαίωση και με την αδυναμία του να περιορίσει την υπερβολική έκφραση των ορμών και των συναισθημάτων του (ανεπαρκής αυτοέλεγχος) (Thimm. 2010).

Κατηγορία IV: Προσανατολισμός στους άλλους

Οι ασθενείς με σχήματα εδώ έχουν υπερβολικό ενδιαφέρον για τις επιθυμίες, τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των άλλων προκειμένου να κερδίσουν την αγάπη, την αποδοχή και την διατήρηση των άλλων κοντά τους. Συνήθως νιώθουν καταπιεσμένοι. Στην οικογένεια τους έπρεπε να καταπιέσουν τα συναισθήματα τους και τις απόψεις τους για να κερδίσουν αποδοχή και αγάπη. Συνήθως οι γονείς τους θεωρούσαν πιο σημαντικές τις δικές τους επιθυμίες και ανάγκες από αυτές των παιδιών και έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική αποδοχή.

- Υποταγή: Το άτομο παραχωρεί τον έλεγχο στους άλλους, συνήθως για να αποφύγει το θυμό, την εγκατάλειψη ή την εκδίκηση τους. Η υποταγή μπορεί να εκδηλωθεί ως καταπίεση των προσωπικών αναγκών ή συναισθημάτων.
- Αυτοθυσία: Το άτομο εκδηλώνει υπερβολική επιθυμία να υπηρετήσει τις ανάγκες των άλλων εις βάρος της κάλυψης των δικών του αναγκών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι θέλει να αποφύγει να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα και συναισθήματα ενοχής στους άλλους και συνήθως συνοδεύεται από υπερευαισθησία του ατόμου στα συναισθήματα των άλλων.

Αναζήτηση επιβεβαίωσης/αναγνώρισης: Η αυτοεκτίμηση του ατόμου εξαρτάται από τη γνώμη των άλλων γι' αυτό. Αναζητά την επιβεβαίωση, την αναγνώριση και την προσοχή τους (Thimm. 2010).

Κατηγορία V: Υπέρ-επαγρύπνηση και αναστολή

Εδώ δίνεται υπερβολική έμφαση στην καταπίεση των αυθόρμητων συναισθημάτων, παρορμήσεων και επιλογών του ατόμου και στην ικανοποίηση/συμμόρφωση άκαμπτων εσωτερικευμένων ρόλων και προσδοκιών για ηθική συμπεριφορά συχνά εις βάρος της χαράς, της έκφρασης, της χαλάρωσης, των στενών σχέσεων και της υγείας. Η οικογένεια εδώ είναι αυστηρή, απαιτητική και μερικές φορές τιμωρητική. Η απόδοση, το καθήκον, η τελειότητα και η συμμόρφωση με τους κανόνες, η μη- έκφραση συναισθημάτων και η αποφυγή λαθών υπερισχύουν της διασκέδασης, της χαράς και της χαλάρωσης. Υπάρχει συνήθως ένα κλίμα

πεσιμισμού και ανησυχίας ότι τα πράγματα μπορεί να διαλυθούν εάν κάποιος δεν είναι προσεκτικός και σε ετοιμότητα συνεχώς. Αυτά τα άτομα έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Αρνητισμός / ευαλωτότητα στα σφάλματα
- Υπερβολικός έλεγχος / συναισθηματική αναστολή
- Άκαμπτα πρότυπα / υπερβολική επικριτικότητα
- Τιμωρητικότητα

(Thimm. 2010)

Η **γνωστική θεραπεία** έχει σχέση με ένα ευρύ φάσμα από ψυχολογικά προβλήματα συμπεριλαμβανομένου της κατάθλιψης, του άγχους, των διατροφικών διαταραχών και περισσότερο, των διαταραχών προσωπικότητας. Η γνωστική θεραπεία φέρνει ανακούφιση των συμπτωμάτων μέσα από την τροποποίηση των απροσάρμοστων γνωστικών δομών. Αυτές οι **δομές ή σχήματα** δημιουργούν άγχος μέσα από γνωστικές βάσεις, οι οποίες καταλήγουν σε δυσλειτουργική σύνθεση των περιβαλλοντικών και ενδοπροσωπικών δεδομένων. Γι' αυτό το λόγο, η αναγνώριση αυτών των σχημάτων είναι ένα κρίσιμο στοιχείο στη γνωστική θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας (Thimm. 2010).

Παρά τον κεντρικό ρόλο που παίζουν τα σχήματα στην γνωστική αντίληψη και θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας, λίγες ενδείξεις υπάρχουν αναφορικά με την αναγνώριση και την αξιολόγηση του σχήματος. Μία εξαίρεση είναι η εργασία του **Young (1990),** του οποίου η θεραπεία, που επικεντρώνεται στο σχήμα, περιλαμβάνει την αξιολόγηση των σχημάτων μέσα από το πρωτόκολλο θεραπείας. Η θεραπεία αυτή βασίζεται στο θεμελιώδες πλαίσιο εργασίας, το οποίο καθορίζει: α) την ανάπτυξη του σχήματος και την διατήρησή του, β) τα γενικά χαρακτηριστικά του σχήματος και γ) τα ειδικά σχήματα και τις ιεραρχικές σχέσεις τους (Young. 1990).

Ο Young πρότεινε ότι **τα σχήματα-δομές**, ή τα πρώιμα απροσάρμοστα σχήματα (early maladaptive schemas-**EMS**) όπως τα ονόμασε, αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας μέσα από τον σχεδιασμό γενετικής διάταξης, βιολογικών παραγόντων και περιβαλλοντικών εμπειριών, μαζί με τις σχέσεις δηλαδή με τους σημαντικούς άλλους που φροντίζουν και μεγαλώνουν τα παιδιά. Κατά τη διάρκεια της **παιδικής ηλικίας** τα σχήματα αυτά είναι ένα μέσο για το παιδί να καταλάβει το περιβάλλον του. Στην **ενήλικη ζωή** τα γνωστικά αυτά σχήματα χρησιμεύουν και δημιουργούν άγχος και/ή κατάθλιψη όταν ενεργοποιούνται από

καταστάσεις που σχετίζονται με αυτά τα συγκεκριμένα σχήματα (για παράδειγμα, το σχήμα της εγκατάλειψης ενεργοποιείται κατά τη διάρκεια αληθινών ή παρατηρούμενων αποχωρισμών).

Γενικά, ένα σχήμα μπορεί να περιγραφεί ως πρωτότυπη αφηρημένη έννοια της πολύπλοκης σκέψης που επηρεάζεται από παλαιότερες εμπειρίες και οδηγεί σε οργάνωση των εισερχόμενων πληροφοριών. Ένα EMS είναι ορισμένο ως *''ένα σύνορο, διεισδυτικό θέμα ή σχέδιο, αποτελούμενο από μνήμες, συναισθήματα, γνώσεις και σωματικές αισθήσεις, όσον αφορά τον εαυτό και τις σχέσεις κάποιου με τους άλλους, που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της ενηλικίωσης, επεξεργαζόμενες μέσα από την καθημερινότητα και δυσλειτουργικές σε έναν σημαντικό βαθμό''*. Η ψυχοπαθολογία υπάρχει εξαιτίας του σχηματισμού και της ανάπτυξης των EMSs. Ένα σχήμα μπορεί να διατηρείται από συμπεριφορικές διαδικασίες, μέσα από τις οποίες το άτομο αποφεύγει τις δράσεις που θα υποβάλλουν το σχήμα σε εμπειρικό τεστάρισμα και συμπεριφέρεται με τρόπους που εμφανίζουν να δυναμώνουν την αξιοπιστία του σχήματος (Young. 1990).

Σύμφωνα με τον Young και τους συνεργάτες του (2003) τα γνωστικά αυτά σχήματα ανέρχονται από την απογοήτευση των ψυχολογικών εσωτερικών αναγκών στην παιδική ηλικία (π.χ. ασφαλή προσκόλληση, έκφραση των θεμελιωμένων αναγκών, ρεαλιστικά όρια) μέσα από αυξανόμενες αρνητικές εμπειρίες με μέλη της οικογένειας ή συντρόφους, τραυματισμό ή ακατάλληλα όρια. Ένα κακό ταίριασμα της γονεϊκής συμπεριφοράς και του έμφυτου ταμπεραμέντου του παιδιού μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός EMS. Τα EMS είναι σαν χαρακτηριστικά που δεν είναι απαραίτητα ενεργοποιημένα κάθε στιγμή. Γι' αυτό, για να αντιληφθεί κανείς την τρέχουσα συναισθηματική και γνωστική κατάσταση κάποιου, ο Young ανέπτυξε τη δομή των σχημάτων (Thimm. 2010).

Τα σχήματα είναι οργανωμένες αναπαραστάσεις, απεικονίσεις των προηγούμενων εμπειριών ενός ατόμου που επηρεάζουν τις τρέχουσες αντιλήψεις του, τη σκέψη, τη συμπεριφορά του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Αυτές οι εσωτερικές διαδικασίες είναι μεσολαβητικοί μηχανισμοί στον σύνδεσμο ανάμεσα στη συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και στην μετέπειτα προσαρμογή. Τα EMSs του Young παρουσιάζουν τόσο απόλυτες όσο και υποθετικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, που περιγράφουν υποθέσεις με διακοπή και απόρριψη, εξασθενημένη αυτονομία, εξασθενημένο αυτοέλεγχο, υπέρ-εγρήγορση και αναστολή. Τα μη υποθετικά δυσπροσαρμοστικά σχήματα αντανακλούν την πεποίθηση ότι δεν έχει

σημασία τι κάνει το άτομο, το αποτέλεσμα δεν θα αλλάξει- το άτομο θα συνεχίσει να θεωρείται ανίκανο, μη αγαπητό, κακό και ανάξιο. Τα υποθετικά σχήματα σε αντίθεση, κρατούν μία ελπίδα ότι το άτομο μπορεί να αλλάξει το αποτέλεσμα. Εάν το άτομο υποτάσσει τον εαυτό του στον γονιό, στις αυτοθυσίες, στα απαγορευτικά του συναισθήματα ή αγωνίζεται να φτάσει τα υψηλά standards, ίσως το αρνητικό αποτέλεσμα μπορεί να αποφευχθεί, τουλάχιστον προσωρινά. (Dougherty Wright. Crawford. Del Castillo. 2009). Παρά την απροσάρμοστη φύση τους, τα EMSs είναι αυτό-προσδιορισμένα και πολύ ανθεκτικά στην αλλαγή. Επειδή τα σχήματα αυτά υπάρχουν στο εσωτερικό τμήμα της σκέψης του ατόμου είναι οικεία, φυσικά και απεριόριστα. Η απόλυτη φύση των δομών οδηγεί σε ρεαλιστική επεξεργασία των πληροφοριών του σχήματος. Στο γνωστικό επίπεδο η δομή διατηρείται από τις υπερβολικές πληροφορίες που ισχυροποιούν το σχήμα και από τις αρνητικές ή μηδαμινές πληροφορίες που είναι ασύμβατες με το σχήμα (Clemmey. Nicassio. 1997).

Η θεωρία του Young (1990) για το γνωστικό σχήμα είναι **σύμφωνη με άλλες θεωρίες.** Υπάρχουν δύο προσεγγίσεις στην αξιολόγηση των σχημάτων. Ο **Beck** και ο **Freeman** (1991) πρότειναν ότι τα σχήματα χρειάζονται να αξιολογηθούν μοναδικά για ένα άτομο, ενώ ο **Young** (1990) πρότεινε ένα σύστημα ταξινόμησης των κοινών σχημάτων που συνεπάγονται ψυχοπαθολογία στο άτομο. Σε γνωστικό επίπεδο, ένα EMS διατηρείται από τη μεγέθυνση των πληροφοριών που είναι σύμφωνες με το σχήμα και μέσα από την ελαχιστοποίηση ή άρνηση των πληροφοριών που δεν είναι σύμφωνες με αυτό. Ο Beck, ο Segal και ο Young περιέγραψαν τα σχήματα ως σταθερά και διαρκείς δομές που σχηματίζουν το εσωτερικό σύνολο των ιδεών του ατόμου. Τα σχήματα διαστρέφουν τις πληροφορίες αναφορικά με τον εαυτό και το περιβάλλον, το οποίο δίνει άνοδο σε αρνητικές αυτόματες σκέψεις και στο υποκειμενικό άγχος. Παρ' όλα αυτά, μία σημαντική θεωρητική διαφορά, ανάμεσα στις δύο προσεγγίσεις, είναι ότι τα **EMSs για τον Young** είναι φυσικά και ανεκπαίδευτα (π.χ. ''Εγώ δεν είμαι αγαπητός''), ενώ για τον **Beck** είναι υποθετικά (π.χ. ''Εάν εγώ παρακαλώ τους άλλους όλη την ώρα, θα αγαπηθώ από αυτούς''). Σύμφωνα με τον **Markus** (1977) τα σχήματα του εαυτού είναι ''γνωστικές γενικεύσεις για τον εαυτό, προερχόμενες από εμπειρίες του παρελθόντος, που οργανώνει και οδηγεί την επεξεργασία των πληροφοριών που σχετίζονται με τον εαυτό και που περιέχονται στην κοινωνική εμπειρία του ατόμου''. Τα σχήματα του εαυτού έχουν περιεχόμενο και λειτουργικές ιδιότητες. Επικεντρώνοντας στα σχήματα

του εαυτού (self-schemas), στα πλαίσια του περιεχομένου τους, αναπτύσσονται σε ποικίλες περιοχές ως αποτέλεσμα τις μοναδικές κοινωνικές εμπειρίες του καθένα. Για παράδειγμα, οι ερευνητές έχουν αναγνωρίσει σχήματα εαυτού σε έναν αριθμό περιοχών, όπως σχήματα εαυτού αναφερόμενα στην κατάθλιψη (Beck, 1976), σε συμπεριφορά τύπου Α (Strube et al, 1986), ηλικίας (Mueller et al, 1986) και φύλου (Markus et al, 1982). Η ένωση αυτών των πολλών σχημάτων σχηματίζει την **ιδέα που έχουμε για τον εαυτό μας.** Τα σχήματα αυτά επιτρέπουν στα άτομα να επεξεργαστούν, να οργανώσουν, να συνοψίσουν και να συνενώσουν τις πληροφορίες για τον εαυτό, αλλά μία αναπόφευκτη συνέπεια της λειτουργίας τους είναι η προκατάληψη και η διαστρέβλωση. Το σχήμα για την αντίληψη που έχουμε για τον εαυτό μας είναι ένα δυναμικό φαινόμενο που μπορεί να αλλάξει και μία λειτουργία που συσσωρεύει εμπειρίες ζωής συνεχώς (Clemmey. Nicassio. 1997).

Τα σχήματα σε χρόνιους ασθενείς

Εξαιτίας της δύναμής τους που επηρεάζει την επεξεργασία των πληροφοριών και τη συμπεριφορά, εξετάζοντας **τα σχήματα σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες**, είναι σημαντικό να καταλάβει κανείς τις προσαρμοστικές και τις μη προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από χρόνιους ασθενείς. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι **τέτοιοι ασθενείς αναπτύσσουν σχήματα εαυτού που επικεντρώνονται στην ασθένειά τους.** Βασιζόμενοι στη χρόνια και διαβρωτική φύση της ασθένειας, οι ασθενείς συγκεντρώνουν εμπειρίες και πληροφορίες για την ασθένειά τους, οι οποίες οργανώνονται σε γνωστικές δομές σχετικά πάντα με τον εαυτό ή σε σχήματα που σχετίζονται με την ασθένεια. Αυτές οι εμπειρίες της αρρώστιας συχνά συγκεντρώνονται μετά από ρύθμιση και διευθέτηση χρόνων, δεδομένου πάντα της ποικιλίας της έντασης και της σοβαρότητας της ασθένειας, ενώ έχουν και μία βαθιά επίδραση στη μνήμη. Τα σχήματα αυτά περιέχουν και θετικό και αρνητικό συναισθηματικό περιεχόμενο (Clemmey. Nicassio. 1997).

Η συναισθηματική κατάσταση επηρεάζει τα σχήματα του εαυτού για την ασθένεια, όπως το ότι καταθλιπτικά άτομα με χρόνια ασθένεια θα αναμενόταν να δείξουν προκατάληψη απέναντι σε αρνητικές πληροφορίες για την ασθένεια, ενώ τα μη καταθλιπτικά άτομα με χρόνια ασθένεια θα δείξουν προκατάληψη σε θετικές

πληροφορίες για την ασθένεια. Συνεπώς, υπάρχουν προκαταλήψεις που διαφέρουν στην επεξεργασία των αρνητικών και θετικών πληροφοριών σε καταθλιπτικούς και μη. Έτσι, από τη φύση της εμπειρίας τους με ένα χρόνιο νόσημα, οι ασθενείς θα δείξουν ευαισθησία στις πληροφορίες σχετικά με αυτό (Clemmey. Nicassio. 1997).

Το σχήμα έχει γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά στοιχεία. Ο Young δίνει έμφαση στο ότι ένα από τα πιο σημαντικά αιτιολογικά μονοπάτια στην ανάπτυξη των σχημάτων είναι οι εχθρικές, πρώιμες εμπειρίες του ατόμου με τους γονείς του, τα αδέρφια του ή τους συνομίληκους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Τα σχήματα του ατόμου αντανακλούν την ατμόσφαιρα του πρώιμου περιβάλλοντός του (Calvete. Estevez. Corral. 2007). Το παιδί που μεγαλώνει μπορεί να προλάβει, να δράσει προληπτικά από το να έχει τις βασικές του ανάγκες ικανοποιημένες, ενώ τα σχήματα εξελίσσονται ως ένα προϊόν των προσπαθειών του παιδιού να καταλάβει τις εμπειρίες του. Τα διαφορετικά σχήματα δημιουργούν συγκεκριμένες ευπάθειες για ποικίλους τύπους ψυχολογικής ανησυχίας και παθολογίας της προσωπικότητας. Όταν τα σχήματα ενεργοποιούνται, υψηλά επίπεδα συναισθήματος γεννιούνται και οδηγούν άμεσα ή έμμεσα σε ποικίλους τύπους ψυχολογικής ανησυχίας και καταπόνησης, όπως κατάθλιψη, άγχος, μοναξιά, ανεπαρκής εργασιακή ικανότητα, χρήση ουσιών, διαπροσωπικές διαμάχες και δυσκολίες. Τα επίπεδα των σχημάτων είναι υψηλότερα για ασθενείς με διαταραχή συμπεριφοράς συγκρινόμενα με ασθενείς χωρίς τέτοια συμπεριφορά και όταν το σχήμα αλλάζει, προβλέπεται η ανακούφιση του ασθενή μετά τη θεραπεία. Έχει βρεθεί θετική σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα των σχημάτων και την ανησυχία ως σύμπτωμα, αλλά σε αντίθεση δεν έχουν βρεθεί σχέσεις ανάμεσα στην καταπόνηση-ανησυχία και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη σοβαρότητα των σχημάτων για ασθενείς με διαγνωσμένη διαταραχή συμπεριφοράς συγκρινόμενοι με ασθενείς χωρίς τέτοια διαταραχή (Nordahl. Holthe. Haugum. 2005).

Βασιζόμενος σε κλινική εμπειρία με χρόνιους και/ή δύσκολους ψυχοθεραπευτικούς ασθενείς, ο Young (1991) ανέπτυξε ερωτηματολόγιο σχημάτων που περιλαμβάνει 205 κομμάτια. (Schema Questionnaire -SQ) και έχει αναγνωρίσει **16 σχήματα** που είναι κοινά στην ψυχοπαθολογία και ομαδοποιούνται σε 6 περιοχές λειτουργικότητας: αστάθεια/διακοπή, αυτονομία που βλάπτει, αντιπάθεια, αυστηρή αυτοέκφραση, αυστηρή ικανοποίηση και όρια που βλάπτουν. Τα 4 από τα 18 πιο

καταστροφικά σχήματα: **εγκατάλειψη/αστάθεια, αβεβαιότητα/εξαπάτηση, προσβολή, συναισθηματική αποστέρηση και ντροπή** (Lee. Taylor. Dunn. 1999).

1. Η περιοχή της **αστάθειας**/ διακοπής περιγράφει την προσδοκία ότι φανερώνει σχέσεις που δεν θα παρέχουν ασφάλεια, σταθερότητα ή φροντίδα. Υπάρχουν τρία θεμελιώδη σχήματα σ' αυτόν τον τομέα. Η **εγκατάλειψη, η κοινωνική αποξένωση/απομόνωση** είναι η αντίληψη ότι οι σημαντικοί άλλοι θα είναι ανίκανοι να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη ή προστασία επειδή πιστεύεται ότι αυτοί είναι συναισθηματικά ασταθείς, αναξιόπιστοι ή επειδή μπορεί να πεθάνουν σύντομα. Κάποιος είναι απομονωμένος από τον κόσμο, διαφορετικός από τους άλλους ανθρώπους και αισθάνεται ότι δεν ανήκει κάπου. Η **εκμετάλλευση/αβεβαιότητα** είναι η προσδοκία ότι οι άλλοι προσβλητικοί, ταπεινωτικοί και έξυπνα διαχειριζόμενοι. Η **συναισθηματική αποστέρηση** είναι η ελπίδα ότι οι ανάγκες του άλλου για φροντίδα δεν πρόκειται ποτέ να έρθει. Η πεποίθηση δηλαδή, ότι κάποιος δεν θα έχει ποτέ συναισθηματική κάλυψη από τους άλλους. Οι συναισθηματικές ανάγκες περιλαμβάνουν την ανατροφή, την φροντίδα, τη συμπάθεια, την προστασία και την φροντίδα για τους άλλους. Κάποιες χαρακτηριστικές φράσεις είναι οι εξής: ''οι άνθρωποι δεν ήταν εκεί για ένα μεγάλο μέρος της ζωής μου για να μου δώσουν ζεστασιά, στήριξη και φροντίδα'', ''δεν έχω κάποιον να βασιστώ συναισθηματικά (Ratto. Capitano. 1999).
2. Η περιοχή της **αυτονομίας** που εξασθενεί περιγράφει προσδοκίες όσον αφορά την ικανότητα κάποιου να διαχωρίζει και να λειτουργεί ανεξάρτητα από τους άλλους και συμπεριλαμβάνει τρία EMSs. **Λειτουργική εξάρτηση** είναι η πίστη ότι κάποιος είναι ανίκανος να χειριστεί τις καθημερινές του ευθύνες ανεξάρτητα και ικανοποιητικά. **Ευπάθεια** στην αρρώστια/ βλάβη είναι ένας μεγιστοποιημένος φόβος ότι μία εξωτερική ή εσωτερική καταστροφή (φυσική, ιατρική, οικονομική) μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή. **Προσκόλληση** είναι η υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή με άλλους εξαιτίας της πεποίθησης ότι τουλάχιστον ένα μόνο του από τα εμπλεκόμενα πρόσωπα δεν μπορεί να επιβιώσει ή να είναι ευτυχισμένος χωρίς την σταθερή υποστήριξη του άλλου, η υπερβολική σύνδεση με τους

άλλους, ειδικά τους γονείς, εξαιτίας της πεποίθησης ότι τουλάχιστον ένα άτομο δεν θα μπορέσει να επιβιώσει χωρίς την σταθερή υποστήριξη του άλλου.

3. Η περιοχή της **αντιπάθειας** εμπεριέχει τρία γνωστικά σχήματα, τα οποία περιγράφουν την προσδοκία ότι ο ένας είναι διαφορετικός από τους άλλους και ανεπιθύμητος στα πλαίσια της φυσικής έλξης, κοινωνικών ικανοτήτων, ηθικής ακεραιότητας ή προσωπικότητας. Η **ελαττωματικότητα** είναι η πίστη ότι κάποιος δεν είναι αγαπητός. Το σχήμα αυτό αναφέρεται στην πεποίθηση ότι κάποιος έχει ψεγάδια και είναι ανεπαρκής. Αυτή η αίσθηση της **ανεπάρκειας** συχνά οδηγεί σε δυνατά συναισθήματα ασυμπάθειας και ντροπής. ‘’Δεν αξίζω’’, ‘’Είμαι άχρηστος’’, ‘’Υπάρχει κάτι λάθος σε μένα’’, ‘’Κανείς δεν θα ήθελε να μείνει κοντά μου εάν αυτοί ήξεραν την αλήθεια για μένα’’ και ‘’Είμαι ανάξιος αγάπης, φροντίδας και σεβασμού από τους άλλους’’ είναι μερικές δηλώσεις που περιλαμβάνουν πεποιθήσεις για αυτό το σχήμα (Ratto. Capitano. 1999).
4. Η **κοινωνική αντιπάθεια** είναι η πίστη ότι κάποιος είναι απομονωμένος από τους άλλους εξαιτίας των εξωτερικών ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών του (π.χ. άσχημος, ανιαρός, αργόστροφος). **Αποτυχία να τα καταφέρει** κάποιος είναι η πεποίθηση ότι είναι ανεπαρκώς εξαρτημένος από τους άλλους και γι’ αυτό ανίκανος να δράσει καλά και προορισμένος από τη μοίρα να αποτυγχάνει σε διάφορους τομείς της ζωής του (όπως στο σχολείο, στην καριέρα, στα σπορ). Η **ανικανότητα**, η **ανεπάρκεια** αναφέρεται στην πεποίθηση ότι κάποιος δεν είναι ικανός να αναλαμβάνει ευθύνες. Το να παίρνει κανείς αποφάσεις και να λύνει προβλήματα γίνονται δύσκολες διαδικασίες. ‘’Πολλοί άνθρωποι είναι περισσότερο ικανοί απ’ ότι εγώ’’ είναι μία έκφραση που χαρακτηρίζει αρκετά το σχήμα της ανικανότητας.
5. Η τομέας της **αυστηρής αυτοέκφρασης** περιέχει δύο σχήματα γνωστικά τα οποία περιγράφουν υπερβολική αυστηρότητα ή καταστολή του συναισθήματος. Η **υποδούλωση** είναι η αντίληψη ότι οι προσωπικές επιθυμίες δεν είναι σημαντικές συγκρινόμενες με τις προτιμήσεις των άλλων και ότι κάποιος πρέπει να υποτάσσεται στον

έλεγχο των άλλων για να αποφύγει αρνητικές συνέπειες, όπως θυμός ή απόρριψη. Η **συναισθηματική απαγόρευση/αναστολή** είναι η προσδοκία ότι πρέπει να εμποδίσει τα συναισθήματα και τις παρορμήσεις και ότι η συναισθηματική έκφραση θα οδηγήσει σε αρνητικές συνέπειες, όπως ντροπή ή βλάβη των άλλων.

6. Η περιοχή της **αυστηρής ικανοποίησης** περιέχει τρία EMSs τα οποία περιγράφουν μία υπερβολική έμφαση στην εργασία, υπευθυνότητα προς τους άλλους ή αρνητικές απόψεις για τη ζωή, στη δαπάνη της χαράς, φυσικές προδιαθέσεις και αισιοδοξία. Η **αυτοθυσία** περιλαμβάνει υπερβολικές προσδοκίες του καθήκοντος και ευθύνη για τους άλλους. Πεποιθήσεις ότι κάποιος πρέπει να θυσιάσει τις προσωπικές του ανάγκες για να βοηθήσει τους άλλους, συχνά υποκινούμενος από ενοχές. Σχήματα όπως η **ευπάθεια**, αναφέρονται στην πεποίθηση ότι το άτομο είναι ανίκανο να εμποδίσει τις καταστροφές και ότι οι καταστροφές μπορεί να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή. Τέτοιες προσδοκίες υπογραμμίζουν συναισθήματα άγχους και αδυναμίας για το μέλλον που μπορεί να ενισχυθεί σε ένα πιο διαβρωτικό αρνητικό στυλ. Ένα ιστορικό κακοποίησης ή δυσλειτουργία της οικογένειας αποτελεί αυτοθυσιαζόμενη συμπεριφορά και αυτό είναι ένα υποθετικό σχήμα. Το σχήμα της αυτοθυσίας αναφέρεται σε μία υπερβολική συγκέντρωση στις πεποιθήσεις, στα συναισθήματα και στις απαντήσεις προς τους άλλους. Αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης αναπτύσσεται για την απόκτηση αγάπης και έγκρισης και στενότερης επαφής με έναν αγαπημένο ή την αποφυγή αντεκδίκησης. Η παιδική ηλικία και οι εμπειρίες μας σε αυτήν συνδέονται με το σχήμα της αυτοθυσίας και το σχήμα αυτό αποτελεί έναν μεσολαβητικό παράγοντα συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους αργότερα. Άτομα που αυτοθυσιάζονται πιστεύουν ότι οι προσωπικές τους ανάγκες πρέπει να συγκαλύπτονται προκειμένου να κερδίσουν την αγάπη, πράγμα που συνδέεται με μακροπρόθεσμες προσωπικές συνέπειες και εκμεταλλευόμενες σχέσεις (Dougherty Wright. Crawford. Del Castillo. 2009).
7. Τα **υψηλά κριτήρια** περιλαμβάνουν την πεποίθηση ότι το άτομο πρέπει να έχει υψηλά εσωτερικευμένα κριτήρια συμπεριφοράς για να

αποφεύγει την επίκριση των άλλων. Αυτή η συμπεριφορά οδηγεί σε συναισθήματα καταπίεσης.

8. Ο τομέας των **βλαβερών ορίων** έχει δύο γνωστικά σχήματα που περιγράφουν ανεπάρκειες στην αυτοπειθαρχία και στο ταίριασμα συναισθηματικών και διαπροσωπικών ορίων. Η **σημαντικότητα του εαυτού** είναι η ελπίδα ότι κάποιος θα πρέπει να μπορεί να δρα χωρίς σεβασμό για τους άλλους. Ο **ανεπαρκής αυτοέλεγχος** είναι η προσδοκία ότι η αυτοπειθαρχία είναι ασήμαντη και ότι τα συναισθήματα και οι παρορμήσεις απαιτούν λίγο έλεγχο. Είναι η ανικανότητα να ανεχτεί κάποια απογοήτευση στην επίτευξη του στόχου (Lee. Taylor. Dunn. 1999).

Ένα **κεντρικό χαρακτηριστικό** στο **μοντέλο** του **Young** είναι πώς οι ιδιοσυγκρασιακές καταστάσεις-προβλήματα του ασθενούς και οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές αποτελούν λειτουργία του τρόπου που αυτός/ή προσπαθεί να καταφέρει την ενεργοποίηση του σχήματος. Οι τρεις διαδικασίες περιλαμβάνουν: α) τη διατήρηση του σχήματος, β) την αποφυγή του σχήματος και γ) την αντιστάθμιση του σχήματος. Η **διατήρηση** αναφέρεται στις διαδικασίες μέσω των οποίων τα σχήματα λειτουργούν και διαιωνίζονται. Το σχήμα επιπλέον, γεννάει συμπεριφορές που τείνουν να κρατούν το σχήμα ανέπαφο. Η **αποφυγή** αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι αποφεύγουν την ενεργοποίηση του σχήματος. Επειδή η ενεργοποίηση προκαλεί υπερβολικό συναισθηματικό πόνο, τα άτομα συχνά χρησιμοποιούν γνωστική, συναισθηματική ή και συμπεριφορική αποφυγή. Η **αντιστάθμιση** αναφέρεται στους τρόπους που το άτομο συμπεριφέρεται με έναν τρόπο που εμφανίζει να είναι υπερβολικά αντίθετος από το σχήμα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι διαδικασίες αυτές δυναμώνουν και διαιωνίζουν τα EMSs. Γι' αυτό, για να ολοκληρώσει κανείς την αντίληψη, θα προσδιοριστεί πώς αυτές οι διαδικασίες διατηρούν τα σχήματα. (Ratto. Capitano. 1999).

Η επιλογή του συντρόφου και η συμπεριφορά του μπορεί να διατηρήσει ένα σχήμα. Επιπλέον, η εμπειρία της παιδικής ηλικίας ότι τα συναισθήματα και οι σκέψεις είναι αβάσιμες και δεν πρέπει να εκφράζονται, αργότερα στην ενήλικη ζωή ακόμη κι αν εκφραστούν αυτά, μπορεί να μην γίνουν με τον κατάλληλο τρόπο διότι απουσιάζουν οι απαραίτητες ικανότητες γι' αυτήν την έκφραση (λάθος επικοινωνία). Η καταφυγή, για παράδειγμα, στην αυτοκαταστροφή ενδυναμώνεται επειδή μόνο έτσι ανακουφίζονται τα συναισθήματα της ματαίωσης, της απόρριψης, της απογοήτευσης.

Ένα παράδειγμα για την **αποφυγή** είναι η απροθυμία κάποιου να μιλήσει στην οικογένεια και στους φίλους για τις δυσκολίες του. Αν και η επιθυμία για σύνδεση και επαφή μπορεί να είναι σφοδρή, αυτός/ή μπορεί να είναι ανίκανος/η να συζητήσει ανοιχτά στους άλλους. Αποφεύγει το ρίσκο του μοιράσματος επειδή πιστεύει ότι οι άλλοι δεν θα καταλάβουν ή δεν θα υποστηρίξουν. Αυτός ο συμπεριφορικός τύπος αποφυγής μειώνει την πιθανότητα της δραστηριοποίησης του σχήματος της συναισθηματικής αποστέρησης. Η μη αποκάλυψη οδηγεί στην αποφυγή της ενεργοποίησης του σχήματος ελαττωματικότητας. Ένα παράδειγμα μίας αυτόματης σκέψης μπορεί να είναι: ‘’Τι θα σκεφτούν οι άλλοι άνθρωποι, εάν μάθαιναν τα προβλήματά μου;’’. Αυτή η άρνηση διατηρεί μία αίσθηση μη σύνδεσης με τους άλλους (συναισθηματική αποστέρηση). Προσπαθεί να αποφύγει το αίσθημα της ανικανότητας ‘’αντιμετωπίζοντας’’ τα δύσκολα γεγονότα ζωής με την αποφυγή, δραπετεύοντας. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να αλλάζει δουλειές ή να δουλεύει από το σπίτι, αποφεύγοντας έτσι το ρίσκο να προσπαθήσει νέες δραστηριότητες ή λύση προβλημάτων όταν συναντά δυσκολίες. Έτσι, αποφεύγει την ενόχληση από την ενεργοποίηση του σχήματος που είναι απαραίτητο για να λυθούν τα προβλήματα. Η ψυχολογική **αντιστάθμιση** γίνεται με την έμφαση σε κάποιο θετικό στοιχείο του εαυτού για να μειωθεί η μειονεξία, π.χ. εξωτερική εμφάνιση. Αυτή η έμφαση αντισταθμίζει τα συναισθήματα για την ελαττωματικότητα. Επιπλέον, η παρουσίαση πως όλα πάνε καλά και η προσπάθεια για τελειότητα (‘’Μπορώ να τα κάνω όλα καλά’’), το αίσθημα ότι υπάρχει απόλυτος έλεγχος της κατάστασης, η αλύγιστη, άκαμπτη σκέψη είναι επίσης μία ψυχολογική αντιστάθμιση (Ratto. Capitano. 1999).

Αυτοί οι ασθενείς ως παιδιά εγκαταλείφθηκαν, κακομεταχειρίστηκαν, παραμελήθηκαν ή απορρίφθηκαν. Στην ενήλικη ζωή τα σχήματά τους επηρεάζονται από τα γεγονότα της ζωής τους που αυτοί οι ίδιοι αντιλαμβάνονται το ίδιο με τις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής τους ηλικίας. Όταν ένα από αυτά τα σχήματα ενεργοποιηθεί, προκαλείται σ’ αυτούς ένα δυνατό αρνητικό συναίσθημα, όπως θλίψη, ντροπή, φόβος ή οργή.

Δεν βασίζονται όλα τα σχήματα σε τραυματική παιδική ηλικία ή κακομεταχείριση. Αντίθετα, ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει σχήμα εξάρτησης/ανικανότητας και χωρίς να βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία στην παιδική του ηλικία. Το άτομο μπορεί να ήταν υπερπροστατευμένος στην παιδική του ηλικία. Ωστόσο, **όλα αυτά τα σχήματα προκαλούνται από καταστρεπτικές εμπειρίες** που επαναλαμβάνονται σε τακτική βάση κατά την παιδική ηλικία και κατά

την εφηβεία. Το αποτέλεσμα όλων αυτών των εμπειριών είναι αθροιστικό και οδηγούν στην ανάγκη δημιουργίας ενός σχήματος.

Τα EMSs παλεύουν για την επιβίωση. Το σχήμα είναι ό,τι το άτομο γνωρίζει. Αυτό φαίνεται ‘’δίκαιο’’, αν και πολλές φορές είναι βασανιστικό. Οι άνθρωποι έλκονται από γεγονότα που προκαλούν τα σχήματά τους. Αυτός είναι και ένας λόγος που τα σχήματα είναι δύσκολο να αλλάξουν. Οι ασθενείς αναφέρουν τα σχήματα ως αλήθειες a priori και γι’ αυτό αυτά επηρεάζουν την επεξεργασία των προηγούμενων εμπειριών. Παίζουν έναν μεγάλο ρόλο στον τρόπο που οι ασθενείς σκέφτονται, αισθάνονται, δρουν και σχετίζονται με τους άλλους και οδηγούν αυτούς παραδόξως κατά την ενήλικη ζωή στην ανάπλαση των καταστάσεων και των συνθηκών που στην παιδική τους ηλικία ήταν περισσότερο επιζήμιες.

Η δυσλειτουργική φύση των σχημάτων συνήθως γίνεται φανερή αργότερα στη ζωή, όταν οι ασθενείς συνεχίζουν να διαιωνίζουν τα σχήματά τους στις αλληλεπιδράσεις τους με άλλους ανθρώπους ακόμα κι όταν οι αντιλήψεις τους δεν είναι ακριβείς. Τα EMSs (που υπογραμμίζουν την ψυχοπαθολογία) και οι απροσάρμοστοι τρόποι με τους οποίους οι ασθενείς μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν αυτά συχνά υπογραμμίζουν τα χρόνια συμπτώματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, χρήση ουσιών και ψυχοσωματικές διαταραχές.

Τα σχήματα έχουν διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας και διαβρωτικότητας. Το πιο σοβαρό είναι ο αριθμός των καταστάσεων που ενεργοποιεί το σχήμα. Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο βιώνει υπερβολική κριτική και από τους δύο γονείς αρκετά νωρίς στη ζωή του, τότε η επαφή του ατόμου με τον καθένα σκοπό έχει να δημιουργήσει το σχήμα της ντροπής (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Ο καθένας έχει αποκτήσει τις ανάγκες αυτές αν και κάποιος μπορεί να έχει δυνατότερες ανάγκες από κάποιον άλλον. Ένα ψυχολογικά υγιές άτομο είναι αυτό που έχει ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες. Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο εσωτερικό ταμπεραμέντο του παιδιού και στο περιβάλλον οδηγεί στην ματαίωση, ή στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών. Ο σκοπός της θεραπείας των σχημάτων είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να βρουν προσαρμοστικούς τρόπους να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Η ανάπτυξη της θεραπείας των σχημάτων

Η ανάπτυξη της γνωστικής θεραπείας έχει ενσωματώσει την έννοια των σχημάτων στην αξιολόγηση και θεραπεία των ασθενών. Αν και η γνωστική θεραπεία έχει δείξει ότι είναι επιτυχής για μια ποικιλία από διαταραχές, όπως κατάθλιψη, γενικευμένο άγχος και διατροφικές διαταραχές, η εφαρμογή της στη θεραπεία διαταραχών προσωπικότητας και χρόνιων διαταραχών είναι προβληματική (Young. 1990). Γι' αυτό το λόγο, πολλοί συγγραφείς έχουν προτείνει ότι σε αναπτυσσόμενες θεραπείες για τις διαταραχές προσωπικότητας, μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί στα δυσπροσαρμοστικά γνωστικά σχήματα (Clemmey. Nicassio. 1997).

Τα σχήματα αντανακλούν σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές. Αυτά μπορεί να είναι προσαρμοστικά και μη. Μέχρι τώρα 14 διαφορετικά σχήματα αναγνωρίζονται και μπορούν να συγκεντρωθούν σε τέσσερις κατηγορίες:

- πρώτον, **δυσπροσαρμοστικά σχήματα** που καταλήγουν σε μη ικανοποιημένες ανάγκες της παιδικής ηλικίας
- δεύτερον, **δυσλειτουργικά σχήματα αντιμετώπισης** που αντιστοιχούν σε μια υπερχρήση της μάχης- φυγής αντιμετώπισης
- τρίτον, **δυσλειτουργικά σχήματα των γονέων** που αντανακλούν συμπεριφορές των ίδιων των γονέων απέναντι στο παιδί
- και τέταρτον, υπάρχουν **δύο υγιή σχήματα**: αυτό του υγιούς και αυτό του ευτυχισμένου παιδιού (Lobbestael. Arntz. Lobbes. Cima. 2009).

Η θεραπεία σχημάτων (schema therapy) είναι μία ολοκληρωμένη θεραπεία για χαρακτηριολογικά προβλήματα που διαρκούν πολύ και διαταραχές συμπεριφοράς. Στηρίζεται στην παραδοσιακή γνωστική θεραπεία και συνθέτει στοιχεία από τη θεραπεία Gestalt, την θεωρία προσέγγισης, τον κονστρουκτιβισμό και τις ψυχοδυναμικές θεραπείες για να θεραπευτούν ασθενείς με προβλήματα που σχετίζονται με την προσωπικότητα ή χρόνια ψυχολογικά προβλήματα. Στην θεραπεία αυτή ένα υποσύνολο σχημάτων ή δομών είναι ο συγκεκριμένος εσωτερικός πυρήνας των διαταραχών συμπεριφοράς (Thimm. 2010). Η θεραπεία των σχημάτων περιέχει δύο βασικά χαρακτηριστικά της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας: είναι και οι δύο δομημένες και συστηματικές. Ο θεραπευτής ακολουθεί την αλληλουχία της αξιολόγησης (αριθμός σχημάτων και τρόποι αντιμετώπισης) και διαδικασίες και

στρατηγικές θεραπείας. Η θεραπεία είναι δραστική και καθοδηγητική, πηγαίνει πέρα από τη σφαίρα επιρροής της γνωστικής, συναισθηματικής, διαπροσωπικής και συμπεριφορικής αλλαγής και είναι τόσο πολύτιμη στη θεραπεία των ζευγαριών βοηθώντας και τους δυο συντρόφους να καταλάβουν και να θεραπεύσουν τα σχήματά τους. Ο καθένας από εμάς έχει σχήματα, τρόπους αντιμετώπισης και μεθόδους. Ωστόσο, αυτά είναι περισσότερο αυστηρά και άκαμπτα στις περιπτώσεις των ασθενών. Η προσέγγιση αυτών θα πρέπει να είναι αξιοσέβαστη και με ενσυναίσθηση, με συμπόνια και χωρίς ντροπή, επιθετική και αυστηρή αντιμετώπιση, ενώ ταυτόχρονα να διατηρείται η συμμαχία ασθενή και θεραπευτή (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Οι ασθενείς με χαρακτηριολογικά προβλήματα είναι ανίκανοι να παρατηρήσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Αντίθετα, μπλοκάρουν τις ενοχλητικές σκέψεις και αποφεύγουν να κοιτάξουν βαθιά μέσα τους. Αποφεύγουν τις ενοχλητικές μνήμες και τα αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον, αποφεύγουν πολλές από τις συμπεριφορές και τις καταστάσεις που είναι ουσιώδεις για την πρόοδό τους. Τα αρνητικά συναισθήματα, όπως άγχος και κατάθλιψη επηρεάζονται από ερεθίσματα που σχετίζονται με μνήμες της παιδικής ηλικίας, προσπαθώντας την αποφυγή ερεθισμάτων με σκοπό την αποφυγή των συναισθημάτων. Η αποφυγή καταλήγει να γίνει μία συνηθισμένη και υπερβολικά δύσκολο να αλλάξει στρατηγική για την αντιμετώπιση του αρνητικού συναισθήματος. Αυτοί οι άνθρωποι δεν χαρακτηρίζονται από ψυχολογική ευελιξία, ενώ είναι ψυχολογικά αλύγιστοι και αυστηροί. Αυτή η ακαμψία είναι ξεχωριστό χαρακτηριστικό των διαταραχών προσωπικότητας (American Psychiatric Association. 1994). Αυτοί οι ασθενείς τείνουν να εκφράζουν απελπισία για την αλλαγή. Το αυτοκαταστροφικό πρότυπο φαίνεται να είναι ένα μέρος του εαυτού τους που δεν μπορούν να φανταστούν να αλλάζει. Τα προβλήματά τους είναι γι' αυτούς το κέντρο της ταυτότητάς τους και η εγκατάλειψη αυτών φαίνεται να είναι ένας τύπος θανάτου (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Ο Young ανέπτυξε τη θεωρία αυτή για να θεραπεύσει άτομα με χρόνια χαρακτηριολογικά προβλήματα που δεν θεραπεύτηκαν από την παραδοσιακή γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία. Αυτή η θεραπεία εξαρτάται πολύ από τον ασθενή. Εκτείνεται στην παραδοσιακή γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία, δίνοντας περισσότερη έμφαση στην εξερεύνηση της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης από τα οποία προέρχονται τα ψυχολογικά προβλήματα, σε συναισθηματικές τεχνικές, στη

σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου και στους απροσάρμοστους τρόπους αντιμετώπισης (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Μόλις μειωθούν τα οξεία συμπτώματα, η θεραπεία των σχημάτων σκοπό έχει να θεραπεύσει ασθενείς με χρόνια διαπροσωπικά προβλήματα που είναι ακαθόριστα και ασαφή και σχετίζονται συχνά με πολύπλοκες διαταραχές συμπεριφοράς. Επίσης, είναι κατάλληλη για τη θεραπεία πολλών διαταραχών που έχουν σημαντική βάση σε χαρακτηριολογικά θέματα. Έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην θεραπεία χρόνιας κατάθλιψης και άγχους, διατροφικών διαταραχών, δύσκολων προβλημάτων στα ζευγάρια και δυσκολίες που διαρκούν στην διατήρηση ικανοποιητικών ενδόμυχων σχέσεων. Είναι ιδιαίτερα βοηθητική επίσης στους ποινικούς παραβάτες και στην παρεμπόδιση υποτροπής σε χρήστες ουσιών. Αυτή η θεραπεία αναπτύχθηκε από ποικίλες προσεγγίσεις και συνδυασμούς γνωστικό-συμπεριφορικών τεχνικών με στοιχεία διαπροσωπικών, εμπειρικών και ψυχοδυναμικών θεραπειών. Το σχήμα είναι βασική αρχή και σκέψη στην οποία χτίζεται ένα μοντέλο προσωπικότητας, ψυχοπαθολογίας και ψυχοθεραπείας (Clemmey. Nicassio. 1997).

Η θεραπεία **βοηθά τους ασθενείς** και τους θεραπευτές να κατανοήσουν τα χρόνια, διαβρωτικά προβλήματα και να τα οργανώσουν με έναν αντιληπτό τρόπο. Αυτά τα σχήματα σχεδιάζονται από την πρώτη παιδική ηλικία μέχρι το παρόν, με συγκεκριμένη έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς. Οι ασθενείς με αυτό το μοντέλο κερδίζουν την ικανότητα να δουν τα χαρακτηριολογικά προβλήματά τους ως εγώ-δυστονικά και να ενδυναμωθούν ώστε να τα εγκαταλείψουν. Ο θεραπευτής συμμαχεί με τους ασθενείς, πολεμώντας τα σχήματά τους, χρησιμοποιώντας γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και διαπροσωπικές στρατηγικές. Όταν οι ασθενείς επαναλαμβάνουν δυσλειτουργικά μοτίβα βασιζόμενα στα σχήματά τους, ο θεραπευτής τους βοηθά να αλλάξουν, εφοδιάζοντας τους με τα αναγκαία που δεν είχαν λάβει στην παιδική τους ηλικία (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Εμπειρίες ζωής στην παιδική ηλικία που δημιουργούν σχήματα

Οι **καταστροφικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία** είναι η αιτία προέλευσης των EMSs. Τα σχήματα που αναπτύσσονται νωρίτερα και είναι δυνατότερα, προέρχονται από τον πυρήνα οικογένεια. Η δυναμική της οικογένειας του παιδιού είναι η δυναμική του πρώιμου κόσμου του παιδιού. Όταν οι ασθενείς βιώσουν καταστάσεις στην ενηλικίωσή τους που ενεργοποιούν τα EMSs τους, ό,τι αυτοί βιώνουν είναι ένα δράμα της παιδικής τους ηλικίας, συνήθως με πρωταγωνιστή ένα γονέα. Άλλες επιρροές, όπως οι συνομίληκοι, το σχολείο, οι ομάδες στην κοινότητα και η κουλτούρα, γίνονται σημαντικές καθώς το παιδί ωριμάζει και μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη σχημάτων. Ωστόσο, τα σχήματα που αναπτύσσονται αργότερα δεν είναι γενικά διαβρωτικά ή ισχυρά, όπως η κοινωνική απομόνωση είναι ένα σχήμα που αναπτύσσεται αργότερα στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία και δεν αντανακλά τη δυναμική του πυρήνα – οικογένεια (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Υπάρχουν **τέσσερις τύποι πρώιμων εμπειριών στη ζωή** που καλλιεργούν την απόκτηση των σχημάτων. Ο πρώτος είναι η **καταστροφική ματαίωση** των αναγκών. Αυτό συμβαίνει όταν το παιδί αποκτά σχήματα, όπως συναισθηματική αποστέρηση και εγκατάλειψη μέσα από τα ελλείμματα από το περιβάλλον του. Σε αυτό το περιβάλλον του παιδιού έχει χαθεί κάτι σημαντικό, όπως η σταθερότητα, η κατανόηση και η αγάπη. Ο δεύτερος τύπος εμπειριών που δημιουργεί σχήματα είναι ο **τραυματισμός ή θυματοποίηση**. Στις περιπτώσεις αυτές το άτομο πληγώνεται ή θυματοποιείται και αναπτύσσει σχήματα, όπως δυσπιστία, κατάχρηση εμπιστοσύνης, ντροπή, ή ευπάθεια στη βλάβη. Στον τρίτο τύπο, το παιδί **βιώνει καλά πράγματα**: οι γονείς παρέχουν στο παιδί ό,τι χρειάζεται για να είναι υγιές ψυχολογικά. Με σχήματα όπως εξάρτηση ή μεγαλομανία, ένα παιδί θεωρείται ότι κακομεταχειρίζεται. Αντιθέτως, οι συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού για αυτονομία ή ρεαλιστικά όρια δεν έχουν επιτευχθεί. Έτσι, οι γονείς μπορούν να συμπεριλαμβάνονται στη ζωή του παιδιού τους, να υπερπροστατεύουν ένα παιδί ή να δίνουν σε υπερβολικό βαθμό ελευθερία και αυτονομία χωρίς καθόλου όρια. Ο τέταρτος τύπος εμπειριών που δημιουργεί σχήματα είναι **επιλεκτική εσωτερίκευση ή αναγνώριση**, ταύτιση με τους σημαντικούς άλλους. Το παιδί ταυτίζεται και εσωτερικεύει τις σκέψεις των γονιών, τα συναισθήματα, τις εμπειρίες τους και τις συμπεριφορές τους. Κάποιες από

αυτές τις εσωτερικεύσεις γίνονται σχήματα και κάποιες γίνονται τρόποι αντιμετώπισης (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Ωστόσο, τι είναι αυτό που προσδιορίζει αν ένα άτομο θα εσωτερικεύσει ή όχι τα χαρακτηριστικά των σημαντικών άλλων; Η ιδιοσυγκρασία του. Για παράδειγμα, ένα δυσθυμικό παιδί δεν θα εσωτερικεύσει την αισιοδοξία του γονιού αντιμετωπίζοντας την κακοτυχία, διότι η συμπεριφορά του γονιού είναι αντίθετη με την ιδιοσυγκρασία του παιδιού.

Συναισθηματικό ταμπεραμέντο/ιδιοσυγκρασία

Κι άλλοι παράγοντες εκτός από το περιβάλλον του παιδιού παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σχημάτων. Όπως οι περισσότεροι γονείς σύντομα καταλαβαίνουν ότι κάθε παιδί έχει μία μοναδική και δυσδιάκριτη ‘’προσωπικότητα’’ ή ταμπεραμέντο από την γέννησή του. Κάποια παιδιά είναι περισσότερο ευερέθιστα, κάποια είναι περισσότερο ντροπαλά, κάποια περισσότερο επιθετικά. Οι Kagan et al (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988) έχουν διεξάγει πολλές έρευνες πάνω στα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και έχουν βρει ότι αυτά είναι σταθερά στο χρόνο. Παρακάτω είναι κάποιες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας, οι οποίες είναι έμφυτες και αμετάβλητες ακόμα και μέσα από την ψυχοθεραπεία:

Ασταθής/ευμετάβλητος <-> μη αντιδρών
δυσθυμικός <-> αισιόδοξος
ανήσυχος/ανυπόμονος <-> ήρεμος
έμμονος <-> Distractible
παθητικός <-> επιθετικός
ευερέθιστος <-> χαρούμενος
ντροπαλός <-> κοινωνικός

Η συναισθηματική ιδιοσυγκρασία **αλληλεπιδρά** με τα γεγονότα της οδυνηρής παιδικής ηλικίας στον σχηματισμό των σχημάτων. Διαφορετικές ιδιοσυγκρασίες εκθέτουν τα παιδιά σε διαφορετικές περιστάσεις στη ζωή. Για παράδειγμα, δύο παιδιά με την ίδια επιρροή και πρότυπο από τους γονείς μπορεί να

αντιδράσουν πολύ διαφορετικά. Για παράδειγμα, σε δύο αγόρια που απορρίπτονται από τις μητέρες τους: το ντροπαλό παιδί κρύβεται από τον κόσμο και γίνεται αποσυρμένο, εσωστρεφές και εξαρτημένο από τη μητέρα του, ενώ το πιο κοινωνικό ρισκάρει, διακινδυνεύει και κάνει πιο θετικές συνδέσεις με τον κόσμο. Ωστόσο, ένα ασφαλές και αγαπητό περιβάλλον μπορεί να κάνει ένα ντροπαλό παιδί αρκετά φιλικό σε πολλές καταστάσεις και εάν το περιβάλλον είναι απορριπτικό, ένα κοινωνικό παιδί το μετατρέπει σε αποσυρμένο και εσωστρεφές (Young. Klosko. Weishaar. 2003).

Η σταθερότητα των σχημάτων του Young

Ο Beck (1967) περιέγραψε τη σκέψη ενός γνωστικού σχήματος ως ‘’…μία γνωστική δομή για προβολή, κωδίκευση και εκτίμηση του ερεθίσματος που εισβάλλει στον οργανισμό…’’, δίνοντας έμφαση στην οργανική και επεξεργαστική πληροφορία της λειτουργίας των σχημάτων. Το μοντέλο του Young (1994) για τις γνωστικές δομές αποτελεί ενσωμάτωση της γνωστικής θεραπείας (cognitive therapy-CT) με τις Gestalt και σχέσεις κινήτρων τεχνικές. Αυτό επεκτείνει την παραδοσιακή γνωστική θεωρία που αναπτύχθηκε από τους Beck, Rush, Shaw και Emery (1979) δίνοντας περισσότερο έμφαση στη θεραπευτική σχέση, στην συναισθηματική εμπειρία, και στη σύνδεση των πρώιμων εμπειριών ζωής με προβλήματα στο παρόν (Young). Ο Young (1994) περιγράφει ένα Πρώιμο Δυσλειτουργικό Σχήμα ως ένα υπερβολικά σταθερό και διαρκές πρότυπο, σχέδιο σκέψης, συναισθήματος, και συμπεριφοράς που αναπτύσσει κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και επεξεργαζόμενο κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Τα πιστεύω, τα συναισθήματα και οι μνήμες που περιέχουν τα σχήματα, γίνονται αποδεκτά χωρίς ερώτηση ως ένα κεντρικό μέρος της ταυτότητας κάποιου και γι’ αυτό είναι ανθεκτικά στην αλλαγή (Ratto. Capitano. 1999). Ο Young (1995) επανεξέτασε τη σκέψη αυτή δίνοντας τη δική του ονομασία σε αυτά τα σχήματα, τα οποία όρισε ως πρώιμα δυσπροσαρμοστικά σχήματα (Early Maladaptive Schemas -EMS), τα οποία είναι: ‘’…υπερβολικά σταθερά και διαρκή θέματα που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και είναι επεξεργάσιμα από την αρχή μέχρι το τέλος της ζωής ενός ατόμου…’’. Έτσι, ο ορισμός του Young διατηρεί τη λειτουργία της επεξεργασίας των πληροφοριών των σχημάτων του Beck, αλλά τοποθετεί μία μεγαλύτερη έμφαση στο θεματικό τους

περιεχόμενο και στην πρώιμη εμφάνισή τους. Πρόσφατα, ο Young, ο Klosko και ο Wieshaar (2003) πρόσθεσαν ότι σε συνάρτηση με τις μνήμες και τις γνώσεις, τα σχήματα εμπεριέχουν συναισθήματα και σωματικές αισθήσεις και μπορεί να διαφέρουν στα επίπεδα της διαβρωτικότητας και της τάσης για ενεργοποίηση.

Ο Young υπέθεσε ότι αυτά τα σχήματα είναι στο βαθύτερο γνωστικό επίπεδο και αυτό το γνωστικό βάθος διακρίνει, ξεχωρίζει τα EMS από την ‘’πρώτη γενιά’’, εσωτερικές πεποιθήσεις. Αντίθετα, ο Beck et al (1979) οι εσωτερικές πεποιθήσεις, τα EMS είναι απεριόριστα, ανεπιφύλακτα, άνευ όρων, απόλυτα, φυσικά. Για παράδειγμα, αντίθετα με το αν δουλεύεις με τις απροσάρμοστες πεποιθήσεις, όπως ‘’εάν εγώ δεν μπορώ να προκαλώ ευχαρίστηση στους ανθρώπους, δεν είμαι αγαπητός/ή’’, τα EMS είναι οικουμενικά, γενικά, για παράδειγμα, ‘’Εγώ είναι ένα ελλιπές, ελαττωματικό άτομο’’.

Τα EMS είναι σχήματα που έχουν αναπτυχθεί από ένα συγκεκριμένο τύπο περιβάλλοντος στο πιο πρώιμο σημείο στη ζωή και αντανακλά τι μαθεύτηκε σε αυτό το περιβάλλον. Τα σχήματα σχηματίζονται από ένα προοδεύουν εχθρικό σχέδιο εμπειρίας που το παιδί μοιράζει τον φροντιστή του/της αντί από ένα απλό τραυματικό γεγονός. Αυτά τα σχήματα είναι λειτουργικά όταν αυτά αρχικά αναπτύσσονται. Για παράδειγμα, ένας οικογενειακός κανόνας που δηλώνει συναισθηματική έκφραση δεν ήταν αποδεκτή στο σπίτι. Αυτό ίσως σχεδιάστηκε από τους γονείς του ατόμου και άλλαξε μέσα από τις συμπεριφορικές αλληλεπιδράσεις με τον φροντιστή. Αυτά είναι προσαρμόσιμα στην έναρξη στην καταγωγή της οικογένειας, αλλά δεν είναι λειτουργικά έξω από αυτό το περιβάλλον (Young. 1994).

Σύμφωνα με τον Young αυτά τα σχήματα είναι συνεχώς ενισχυόμενα κατά τη διάρκεια της ζωής μέσα από ανατροφοδότηση από το περιβάλλον αναφορικά με τη συμπεριφορά του ατόμου. Επιπλέον, σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία του Beck για την κατάθλιψη, οι τρόποι επεξεργασίας των πληροφοριών επηρεάζουν τη διατήρηση των σχημάτων. Τα EMS είναι ανθεκτικά στο να αλλάξουν και η εμφάνισή τους είναι περισσότερο αυτόματη και ικανή να επηρεάσει συναισθηματικά. Αυτό συμβαίνει επειδή τα σχήματα σχετίζονται με θέμα – κλειδιά της ζωής, όπως οικειότητα και αυτονομία, τα οποία λειτουργούν σε ένα βασικό γνωστικό επίπεδο. Αυτά ουσιαστικά μπλέκονται με την εσωτερική σκέψη του ατόμου. Τα σχήματα φέρουν ένα συναίσθημα αναπόφευκτης κατάστασης ότι το αποτέλεσμα θα συμβεί ανεξάρτητα από τις προσπάθειες του ατόμου να το εμποδίσει από το να συμβεί (Oei. Baranoff. 2007).

Τα σχήματα του Young διαφέρουν από άλλους ορισμούς σχημάτων που δίνουν έμφαση στη γνωστική δομή και διατήρηση. Για παράδειγμα, κάποιοι ορισμοί περιγράφουν γνωστικά σχήματα ως εν δυνάμει γνωστικές δομές των οποίων η παρουσία μπορεί να περιγραφεί με διαδικασίες επεξεργασίας πληροφοριών. Αντίθετα, τα γνωστικά σχήματα του Young ανήκουν περισσότερο στο επίπεδο της ενημέρωσης, είναι περισσότερο ανοιχτά στις επιδράσεις και αξιολογούνται με αυτοαναφορές. Ταιριάζουν περισσότερο στην αντίληψη των εσωτερικών και βαθιών πεποιθήσεων που περιγράφονται ως γνωστικό περιεχόμενο ή αναπαράσταση των σχημάτων.

Μέχρι την εμφάνιση των EMSs του Young στη λογοτεχνία, είχε μελετηθεί ένας αριθμός κλινικών πληθυσμών και χρησιμοποιήθηκε ως βάση για την ανάπτυξη ειδικών προσεγγίσεων θεραπείας. Για παράδειγμα, τα EMS είχαν μελετηθεί στις διατροφικές διαταραχές, στη χρήση ουσιών (Ball & Cecero, 2001) και στη χρόνια κατάθλιψη. Οι προσεγγίσεις που συνδέονται με τα σχήματα του Young βρίσκονται σε ανάπτυξη για τη θεραπεία διαταραχών της προσωπικότητας και συγκεκριμένα για borderline and ναρκισσιστικές προσωπικότητες (Young et al. 2003).

Τα EMSs είναι σταθερές, απόλυτες και φυσικές πεποιθήσεις (π.χ. ‘’Είμαι ελλιπής’’). Δεν θα πρέπει να περικλείονται με άμεσες, καταστασιακές εκφράσεις που είναι περισσότερο υποθετικές (π.χ. ‘’Εάν δεν είμαι καλός μαθητής, θα είμαι ελλιπής’’). Μία σχετική υπόθεση είναι ότι οι πρωτογενή και θεμελιώδη EMS που αναγνωρίστηκαν για ένα άτομο, θα συνεχίσουν να είναι θεμελιώδη και βασικά και για το μέλλον. Έτσι, και η σταθερότητα και η διαχωρίζουσα αξιοπιστία είναι έμφυτες στην έννοια των σχημάτων. Εάν τα σχήματα δεν είχαν σταθερότητα και αξιοπιστία, τότε θα ήταν δύσκολο να δεχτεί κανείς τη χρήση τους ως βάση για περιπτώσεις αντίληψης και θεραπείας ατόμων. Δυστυχώς, η σταθερότητα και η αξιοπιστία των σχημάτων δεν έχουν εξεταστεί. Αυτό είναι προβληματικό δεδομένου της εξάπλωσης των προσεγγίσεων για θεραπεία που βασίζονται στην έννοια των EMS (Riso. Froman. Raouf. Gable. Maddux. Turini-Santorelli. Penna. Blandino. Jacobs. Cherry. 2006).

Η σημαντικότητα των γνωστικών σχημάτων στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας αργότερα, είναι το **μεγαλύτερο αξίωμα** της θεωρίας των σχημάτων που προτείνεται από τον Young και τους συνεργάτες του. Η έρευνα με ενήλικες έφερε στο φως μία σχέση ανάμεσα στην γενική ψυχοπαθολογία και στα ειδικά προβλήματα ψυχολογικής υγείας, όπως διατροφικές διαταραχές, χρόνιο άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας και τρόποι προσκόλλησης ενηλίκων και

εσωτερικές πεποιθήσεις ή σχήματα. Ο Young (1994) προτείνει ότι τα προβλήματα στην ενήλικη ζωή αποτελούν αποτέλεσμα των πρώιμων δυσπροσαρμοστικών σχημάτων (EMS- early maladaptive schemas), που ορίζονται ως ένα ευρύ διαβρωτικό θέμα ή σχέδιο που αποτελείται από μνήμες, συναισθήματα, γνώσεις και σωματικές αισθήσεις όσον αφορά των εαυτό και τις σχέσεις του με τους άλλους. Αυτά αναπαριστούν, απεικονίζουν, παρουσιάζουν δυσλειτουργικές μορφές, τύπος από γνώσεις, οι οποίες ‘’αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας και επεξεργάζονται καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής’’. Ο Young (1994) αναγνώρισε 16 τέτοια σχήματα αν και η παλαιότερή του δουλειά έχει οδηγηθεί στην αναγνώριση 18 σχημάτων. Η έρευνα υλοποιεί την ύπαρξη των αρχικών 16 σχημάτων στους ενήλικες και έχει συμβάλλει στην δημιουργία του ερωτηματολογίου του Young για τα σχήματα (Young Schema Questionnaire -YSQ) που ολοκληρώθηκε από κλινικά δείγματα και δείγματα της κοινότητας. Τα σχήματα αυτά έχουν βρεθεί να είναι προβλεπτικοί παράγοντες για παρουσία ή απουσία ψυχοπαθολογίας (Rijkeboer.Van den Bergh & Van den Bout. 2005). Το κλειδί της θεωρίας αυτής είναι η ιδέα ότι τα σχήματα αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας και ότι τα EMS δημιουργούνται από τις ‘’αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας’’. Τα πιο πρώιμα σχήματα είναι τα απόλυτα φυσικά και ανεκπαίδευτα σχήματα που αντανακλούν σταθερές και αμετάβλητες πεποιθήσεις για τον εαυτό και για τους άλλους. Τα 13 από τα 18 σχήματα που αναγνωρίζονται σχετίζονται με παράγοντες όπως φόβος εγκατάλειψης, δυσπιστία, ελαττωματικότητα και αποτυχία. Τα υποθετικά σχήματα (conditional schemas) αναπτύσσονται αργότερα και μπορούν να μειώσουν τα αρνητικά αποτελέσματα των μη υποθετικών σχημάτων (unconditional schemas), εν τούτοις προσωρινά, μέσα από μορφές συμπεριφοράς συμπεριλαμβανομένου της υποταγής, της αυτοθυσίας, της αναζήτησης αποδοχής, της συναισθηματικής αναστολής ή των σκληρών και υψηλών κριτηρίων. Υπάρχει θεωρητική απόσταση ανάμεσα στα δύο είδη σχημάτων, ενώ επίσης διαφέρουν και οι ρυθμοί ανάπτυξής τους. Η σταθερότητα επιπλέον, των σχημάτων είναι δεδομένη. Ένα υποθετικό σχήμα που είναι σταθερό είναι η υποταγή, μία συμπεριφορά που είναι κοινή για παιδιά που υποκύπτουν στις ευχές και στις ιδέες των άλλων, συγκεκριμένα γονιών και δασκάλων. Αυτή η σταθερότητα των EMS ίσως αντανακλά το αναπτυξιακό περιεχόμενο των παιδιών όπου η υποταγή είναι φυσιολογική και διεισδυτική εμπειρία (Stallard. 2007).

Τι είναι υγεία;

Η **σωματική και ψυχική υγεία** αναγνωρίζονται πλέον ως αλληλοσχετιζόμενες. Η μέτρηση της υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization –WHO 1948) δεν είναι απλά η απουσία της ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά η κατάσταση πλήρους σωματικής (φυσικής), πνευματικής/ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Ο ορισμός αυτός αποτελεί μία μάλλον ιδανική κατάσταση ή ένα στόχο παρά μία απλή περιγραφή της υγείας. Παγκόσμιες μετρήσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία χρειάζεται να ποσοτικοποιήσει τις εκβάσεις της υγείας μέσα από τις διαταραχές, έτσι ώστε οι συνέπειες των ψυχικών και σωματικών ασθενειών να μπορεί να συγκριθεί (Καραδήμας. 2005).

Η γνωστική εξασθένιση και οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις της χρόνιας ιδρυματοποίησης γίνονται κυρίαρχες κλινικές αιτίες και συνεισφέρουν στο αυξανόμενο κόστος φροντίδας. Επιπλέον, αυτοί οι παράγοντες επιδρούν στις λειτουργικές συνέπειες της ασθένειας, οδηγώντας τους ερευνητές να επιδιώκουν θεραπείες που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αλλαγές στην ιδρυματοποίηση έχουν επιδράσει στην ποιότητα ζωής των χρόνιων ασθενών. Οι χρόνια ιδρυματοποιημένοι ασθενείς έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από τους μη ιδρυματοποιημένους (Kasckow. Twamley. Mulchahey. Carroll. Sabai. Strakowski. Patterson. Jeste. 2001).

Τι είναι η χρόνια ασθένεια;

Η λέξη ‘’χρόνιος’’ **προέρχεται** από την ελληνική λέξη ‘’χρόνος’’ και αναφέρεται απλά στο πέρασμα του χρόνου. Ως ψυχιατρική- ιατρική λέξη, χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τα διαρκή, επίμονα και συνεχή συμπτώματα σε όλη την πορεία μίας ασθένειας. Έτσι, τα συμπτώματα πρέπει να είναι σταθερά ή μόνιμα στη διάρκεια του χρόνου για να ταξινομηθεί μία ασθένεια ως ‘’χρόνια’’ (Von Peter. 2010).

Ένα σχήμα για να αντιληφθεί κανείς τις χρόνιες ασθένειες απαιτείται και παραμένει σχετικό με τις αλληλεπιδράσεις των ψυχοκοινωνικών και βιολογικών

κόσμων και παρέχει μία κοινή δυνατή γλώσσα που μεταφέρει ή ξαναταξινομεί τη συνηθισμένη βιολογική γλώσσα. Οι χρόνιες ασθένειες πρέπει να γίνονται αντιληπτές με έναν τρόπο που οργανώνει τις ομοιότητές του και τις διαφορές του σύμφωνα με την πορεία της ασθένειας, έτσι ώστε ο τύπος και ο βαθμός των απαιτήσεων που είναι σχετικά με την ψυχοκοινωνική έρευνα και την κλινική πρακτική, να τονίζονται με έναν πιο χρήσιμο τρόπο (Rolland. 1987).

Για να δημιουργήσει κανείς ένα ψυχοκοινωνικό σχήμα για τις χρόνιες ασθένειες, οι αναπτυξιακές φάσεις μίας χρόνιας ασθένειας μπορούν να θεωρηθούν ως μία δεύτερη διάσταση. Η κατανόηση της εξέλιξης των χρόνιων ασθενειών παρεμποδίζεται επειδή οι κλινικοί ακολουθούν την οικογένεια μέσα από την ολοκληρωμένη ιστορία ζωής της ασθένειας. Κάθε φάση έχει τα δικά της μοναδικά ψυχοκοινωνικά αναπτυξιακά καθήκοντα που απαιτούν διαφορετικές δυνάμεις, συμπεριφορές ή αλλαγές από την οικογένεια. Αυτές οι φάσεις είναι τρεις:

- φάση της κρίσης
- χρόνια φάση
- η τελική φάση

Στο διάγραμμα παρακάτω φαίνεται η σχέση ανάμεσα στις φάσεις:

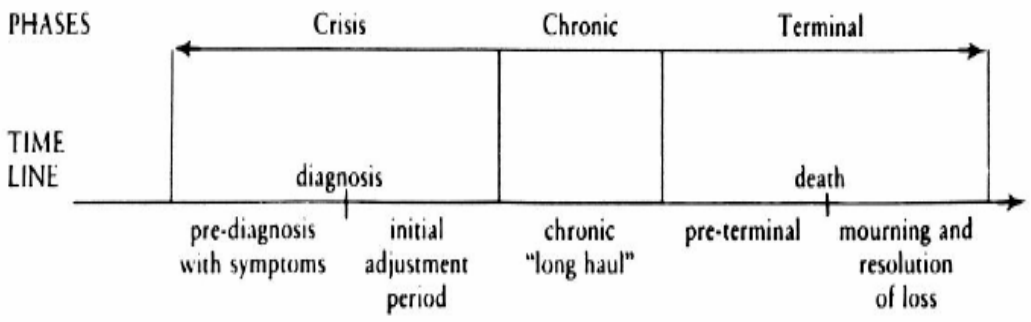


Figure 2.
Time line and phases of illness.

(Rolland. 1987)

Η φάση της **κρίσης** περιλαμβάνει κάθε συμπτωματική περίοδο πριν τη διάγνωση και την πρώτη περίοδο της αντιμετώπισης αφού το πρόβλημα έχει διευκρινιστεί. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου πολλά αλλάζουν στην ζωή του

ασθενή και της οικογένειάς του. Ο Moos περιγράφει κάποιες πρακτικές ενέργειες που λαμβάνουν χώρα:

- μαθαίνουν πώς να αντιμετωπίζουν τον πόνο
- εξοικείωση με το περιβάλλον του νοσοκομείου και τις διαδικασίες θεραπείας
- ανάπτυξη σχέσεων με το προσωπικό φροντίδας

Η οικογένεια:

- δίνει βαρύτητα στην διατήρηση ενός αισθήματος κυριαρχίας, επιβολής και ικανότητας αντιμετώπισης της ασθένειας από τον ασθενή
- θρηνεί για την απώλεια της μέχρι τώρα καλής ποιότητας ζωής της οικογένειας (πριν την εμφάνιση της νόσου)
- προχωρά στην αποδοχή της μόνιμης αλλαγής, ενώ παράλληλα διατηρεί μία συνέχεια στο παρελθόν και στο μέλλον
- στο πρόσωπο της αβεβαιότητας, αναπτύσσει ένα σύστημα ευελιξίας σε σχέση με τους μελλοντικούς στόχους

Η **χρόνια** φάση, είτε είναι μεγάλη είτε μικρή, είναι η περίοδος ανάμεσα στη διάγνωση και στην τρίτη φάση που θέτει το θέμα του θανάτου. Αυτή τη φάση διακρίνει η γενναιότητα, το κουράγιο, η πρόοδος ή η επεισοδική αλλαγή. Η φάση αυτή είναι ένα ψυχοκοινωνικό κατασκεύασμα περισσότερο που έχει αναφερθεί ως ‘’ζώντας με τη χρόνια ασθένεια μέρα με τη μέρα’’ ή ‘’η μεγάλη διαδρομή’’. Συχνά, το άτομο και η οικογένεια πιάνονται από τις μόνιμες αλλαγές που παρουσιάζονται από την χρόνια ασθένεια και επινοούν έναν τρόπο λειτουργίας. Η ικανότητα της οικογένειας να διατηρεί τη μορφή της κανονικής ζωής κάτω από την ασυνήθιστη παρουσία της χρόνιας ασθένειας και η αυξημένη αβεβαιότητα είναι το κλειδί για αυτή τη φάση. Εάν η ασθένεια είναι θανατηφόρα, αυτή η φάση βιώνεται ως ‘’ενδιάμεση κατάσταση’’. Ένα κρίσιμο σημείο της φάσης αυτής είναι η διατήρηση της αυτονομίας για όλα τα μέλη της οικογένειας στα πλαίσια μίας αμοιβαίας εξάρτησης και φροντίδας’’.

Η τελευταία και **τελική φάση** περιλαμβάνει το προ- τελικό στάδιο της ασθένειας που η αναπόφευκτη κατάσταση του θανάτου φανερώνεται και επιδρά στη ζωή της οικογένειας. Η φάση αυτή διακρίνεται από αποχωρισμό, θάνατο, θρήνο, περίοδος πένθους και συνέχιση της ‘φυσιολογικής ζωής της οικογένειας πέραν από το θάνατο.

Το πέρασμα από τη μία φάση στην άλλη κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής της ασθένειας κάνει την οικογένεια να ξαναεκτιμήσει την καταλληλότητα της προηγούμενης δομής της ζωής της στη φάση των καινούριων απαιτήσεων που σχετίζονται με την ασθένεια. Η αλληλεπίδραση των φάσεων και η τυπολογία της ασθένειας παρέχει ένα πλαίσιο εργασίας για τη χρόνια ασθένεια, το ψυχοκοινωνικό-αναπτυξιακό μοντέλο (Rolland. 1987).

Η χρόνια ασθένεια φέρνει, σύμφωνα με τον Frank (1995), το αίσθημα ότι ‘’…το παρόν δεν είναι ό,τι το παρελθόν ισχυριζόταν ότι θα φέρει και το μέλλον είναι μετά βίας πιθανό…’’. Είναι πηγή άγχους, πόνου, στρες, απόσυρσης και διάβρωσης. Κάποιοι πρώην ασθενείς που είναι επιζήσαντες από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, αναγνωρίζουν την ‘’ασυνέχεια/συνέχεια’’ ως σημαντική όψη της εμπειρίας που συνδέεται με ανεξαρτησία, έλεγχο και σύνδεση με τους άλλους. Ωστόσο, η διατήρηση των πλευρών του εαυτού που αξίζουν φαίνεται να είναι τι κλειδί για την ψυχολογική υγεία και τις αποκρίσεις στην ασθένεια (Graham. Kremer. Wheeler. 2008).

Πώς επηρεάζει η ασθένεια την οικογένεια του ασθενούς και πώς αλλάζει τον τρόπο ζωής

Στην αρένα της σωματικής ασθένειας, συγκεκριμένα της χρόνιας ασθένειας, η **συγκέντρωση του ενδιαφέροντος** είναι το σύστημα που δημιουργήθηκε από την αλληλεπίδραση της ασθένειας με ένα άτομο, την οικογένεια ή το άλλο βιοψυχοκοινωνικό σύστημα. Και αυτό ισχύει διότι **μία ασθένεια** είναι μέρος ενός ατόμου, με επίδραση και στην ανάπτυξη της οικογένειας και στους αναπτυξιακούς στόχους των άλλων μελών. Για να δώσουμε στη χρόνια ασθένεια ένα αναπτυξιακό περιεχόμενο, είναι κρίσιμο να καταλάβει κανείς την πλοκή των τριών εξελικτικών απειλών: της ασθένειας, του ατόμου και των κύκλων της οικογενειακής ζωής (Rolland. 1987).

Στις περιπτώσεις που ένα άτομο διαγνώσκεται με χρόνια ασθένεια, τα κεντρικά **στοιχεία της ποιότητας της ζωής** του επηρεάζονται. Η επίδραση της χρόνιας ασθένειας στην υγεία και ευεξία (ψυχολογική και σωματική) μπορεί να εξεταστεί και αμφίδρομα (η επίδραση της ασθένειας στο άτομο αλλά και πώς τα

προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενούς μπορούν να επηρεάσουν τον αντίκτυπο της ασθένειας στο άτομο). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το αίσθημα του αβοήθητου ανάμεσα σε τέτοιους ασθενείς είναι χαρακτηριστικό. Οι ασθενείς που βλέπουν την ασθένειά τους ως μη ελέγξιμη, μπαίνουν στο ρόλο του θύματος αδειάζοντας τις προσωπικές πηγές αντιμετώπισης. Η ασθένεια επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις καθημερινές εμπειρίες των ασθενών (Juth. Smyth. Santuzzi. 2008).

Μία ανικανότητα απαιτεί μία πολύπλευρη προσπάθεια και αλλαγές στην ποιότητα ζωής, τόσο του ατόμου που την αντιμετωπίζει, όσο και των άμεσων και κοντινών συγγενών και σημαντικών άλλων. Η έντονη ψυχοκοινωνική επίδραση της ασθένειας ή ανικανότητας έχει αναφερθεί ως πηγή παρατεταμένου στρες. Σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές επιδράσεις κάνουν την εμφάνισή τους μετά την αρχική διάγνωση, αυξήσεις εξάρτησης και αλλαγές στον τρόπο ζωής δημιουργούνται. Υψηλά επίπεδα στρες επίσης σχετίζονται με τη φροντίδα ενός ασθενούς. Ωστόσο, έχει αποδειχτεί ότι η καλή ποιότητα ζωής συνδέεται με την αποτελεσματικότητα της ιατρικής, σωματικής, ψυχολογικής και θεραπεία αποκατάστασης, καθώς και του ρυθμού βελτίωσης. Αυτά περιλαμβάνουν την υγεία, την γνωστική, συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία και ευημερία, καθώς και την κοινωνική, εκπαιδευτική, επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση.

Οι τομείς λειτουργικότητας είναι: ο προσωπικός, ο σωματικός, ο κοινωνικός και ο πολιτιστικός.

- Προσωπικός-ψυχολογικός: η ιδιοσυγκρασιακή φύση, η φυσική κατάσταση, ο οργανισμός και το ταμπεραμέντο είναι το προσωπικό δυναμικό του ατόμου. Ικανοποίηση με απαραίτητες πηγές διασκέδασης, ισορροπημένη προσωπικότητα, αυτοεικόνα.
- Σωματικός: η σωματική ύπαρξη, έλεγχος του σωματικού περιβάλλοντος, καθαριότητα του σώματος, υγεία.
- Κοινωνικός: αλληλεπίδραση με τους άλλους, προσαρμοστικότητα στο κοινωνικό περιβάλλον, στην ευκολία των κοινωνικών ρόλων, στην αίσθηση του νοήματος μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου.
- Τέλος, ο πολιτιστικός τομέας: οι αξίες του ατόμου και οι απόψεις του επηρεάζονται από τα ανθρώπινα υποσυστήματα και περνούν από γενιά σε γενιά, η ικανοποίηση από τις πολιτιστικές δραστηριότητες (θέατρο,

συναυλίες, κτλ) και το αίσθημα της τιμιότητας, η εσωτερική δικαιοσύνη και οι σταθερές αξίες.

Όλες οι πλευρές της ζωής του ανθρώπου και η ποιότητάς της ενσωματώνονται σε όλα αυτά τα συστήματα που τις δραστηριοποιούν. Η ανθρώπινη ζωή είναι ένα οργανικό σύστημα που αλληλεπιδρά συνεχώς με όλους αυτούς του τομείς και επηρεάζεται από όποια αλλαγή φέρει ανισορροπία, όπως μία ασθένεια (Feigin. Barnetz. Davidson- Arad. 2008).

Διαταραγμένη ψυχική υγεία σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια & ο ρόλος των αρνητικών και θετικών σχημάτων

Οπωσδήποτε μία ασθένεια εξασθενεί και κάνει κακό στην ποιότητα ζωής ενός ασθενή και μπορεί να συνεισφέρει σε μειωμένη διάρκεια ζωής του, και ιδιαίτερα όταν αναφέρεται κανείς σε χρόνιες ασθένειες. Αυτό εξαρτάται από τη **σοβαρότητα** της **ασθένειας**. Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν πολλούς ιατρικούς και **σωματικούς περιορισμούς** και ως αποτέλεσμα **υποφέρουν** από σημαντική απώλεια και **εξασθένηση ρόλου** που μπορεί να **οδηγήσει** σε κάποια **ψυχολογική διαταραχή**, όπως κατάθλιψη. Εκτός από τη σοβαρότητα της ασθένειας, οι **πεποιθήσεις για την ασθένεια** παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο για την ψυχική υγεία των ασθενών. Οι αποτιμήσεις για την ασθένεια είναι κεντρικές στην κατανόηση του νοήματος του να είναι κανείς άρρωστος, της διαδικασίας της αντιμετώπισης και της ψυχοκοινωνικής ρύθμισης. Γενικά, οι χρόνιοι ασθενείς νιώθουν ότι η κατάσταση της υγείας τους παρεμβαίνει και επηρεάζει τη λειτουργικότητά τους και στη συναισθηματική τους ευεξία. Επιπλέον, η μειωμένη ή η απουσία κοινωνικής στήριξης και βοήθειας φαίνεται να συμβάλλει στην ψυχολογική υγεία των χρόνιων ασθενών. Συγκεκριμένα, η μη κοινωνική στήριξη έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματική ασθένεια και να μεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στους δείκτες σοβαρότητας της ασθένειας και στην κατάθλιψη σε έρευνες με ασθενείς με ερυθηματώδη λύκο, ρευματική αρθρίτιδα και γενικευμένος πόνος και δυσκαμψία των μυών (Guzman. Nicassio. 2003).

Ποιος είναι όμως ο ρόλος των σχημάτων και ποια η συνεισφορά των αρνητικών και θετικών σχημάτων για την ασθένεια στις ψυχολογικές διαταραχές σε χρόνιους ασθενείς;

Τα **σχήματα του εαυτού** αναφέρονται στις γνωστικές γενικεύσεις που οργανώνουν και οδηγούν στην επεξεργασία των πληροφοριών που σχετίζονται με τον εαυτό. Τα σχήματα επηρεάζουν τις λειτουργίες της επεξεργασίας των πληροφοριών, όπως ανάκληση και μνήμη αναγνώρισης των πληροφοριών που σχετίζονται με τα σχήματα. Η αξιολόγηση του εαυτού ως ασθενούς, άσχετα με το αν κάποιος ήταν άρρωστος ή όχι, σχετίζεται με συμπτωματολογία κάποιας ψυχολογικής διαταραχής, ιδιαίτερα κατάθλιψης. Η υψηλή σοβαρότητα της ασθένειας συνδέεται με υψηλά επίπεδα ψυχικής διαταραχής μέσα από υψηλό αρνητικό σχήμα για την ασθένεια και χαμηλό θετικό σχήμα για την ασθένεια. η δομή του σχήματος αυτού επηρεάζεται από παλιές εμπειρίες του ασθενούς με την αρρώστια του, αλλά και με κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Η διαθεσιμότητα υψηλής κοινωνικής στήριξης σχετίζεται με χαμηλότερο αρνητικό και υψηλότερο θετικό σχήμα για την ασθένεια. Η θέση ότι η κοινωνική στήριξη μπορεί να οδηγήσει σε θετική ψυχολογική και σωματική υγεία, τονίζοντας την αυτοεκτίμηση και την ταυτότητα έχει συνηγορήσει στην βιβλιογραφία για την κοινωνική στήριξη (Guzman. Nicassio. 2003).

Οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια είναι το κλειδί για την κατανόηση της διαταραχής της διάθεσης σε άτομα με σοβαρές χρόνιες ασθένειες. Το αρνητικό και το θετικό σχήμα για την ασθένεια είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων. Υψηλά αρνητικά σχήματα σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα διαταραγμένης ψυχολογικής υγείας, ενώ υψηλά θετικό σχήμα σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη.

Σε μία ασθένεια η απειλή για την ζωή είναι αξιοπρόσεκτη σε σημείο που τα σχήματα του εαυτού για την υγεία παίζουν ένα περισσότερο σκληρό ρόλο στην εξήγηση της ψυχολογικής διαταραχής απ' ότι οι δείκτες της εξασθένισης. Το αρνητικό σχήμα για την ασθένεια οδηγεί σε κατάθλιψη ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της ασθένειας (Guzman. Nicassio. 2003).

Υπάρχει μία θεωρητική σχέση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και στα EMSs. Ένα άτομο μπορεί να κρατάει σχήματα που είναι τρωτά στο να βλάψουν, πράγμα που προδιαθέτει την ανάπτυξη άγχους και περισσότερο κατάθλιψης. Έρευνα έχει δείξει ότι οι πρώιμες δυσλειτουργικές αλληλεπιδράσεις με τους γονείς είναι προβλεπτικός

παράγοντας της μετέπειτα λάθος ρύθμισης και φτωχών αλληλεπιδράσεων με τους άλλους (Kobak & Sceery, 1988). Ένα συγκεκριμένο γεγονός στο περιβάλλον του ατόμου μπορεί να προκαλέσει δράση των EMS , τα οποία θα καταλήξουν στην ανάπτυξη άγχους ή κατάθλιψης, που βέβαια εξαρτάται από τον τύπο σχήματος που ενεργοποιήθηκε. Ο τύπος σχήματος εξαρτάται από τον τύπο της αλληλεπίδρασης που το άτομο μοιραζόταν με τους φροντιστές του όταν ήταν νέοι.

Η δυσκολία αξιολόγησης των σχημάτων βρίσκεται στο γεγονός ότι αυτά βρίσκονται στο επίπεδο του ασυνείδητου. Η ικανότητα στην εύκολη και με αξιοπιστία αναγνώριση, στον προσδιορισμό της ταυτότητας του σχήματος το οποίο μπορεί μετά να είναι στόχος με μεσολαβήσεις, είναι προς όφελος. Η θεραπεία που βασίζεται στη θεωρία αυτή, μπορεί να προσφέρει την υπόσχεση αλλαγής συμπεριφορών που ίσως να συνθέτει, να αποτελεί, να σχηματίζει οχυρωμένα μορφές δυσλειτουργικής απόκρισης, που αποδεικνύεται στα άτομα με διαταραχές του Άξονα ΙΙ. Ωστόσο, η αξιολόγηση της ύπαρξης των σχημάτων μπορεί να είναι πολύ δύσκολη επειδή βρίσκονται σε ένα βαθύ επίπεδο επεξεργασίας, που είναι πολύ απρόσιτο στη συνειδητή αντίληψη. Σε αντίθεση, συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας αξιολογούνται από συνειδητή ενημερότητα.

Τα σχήματα μπορεί να ανήκουν στο ασυνείδητο επίπεδο αν και είναι πιθανό ότι θα υπάρχουν βαθμοί ενημερότητας του σχήματος, ειδικά δίνοντας τις αρνητικές εμπειρίες που συμβαίνουν στο περιεχόμενο της ενεργοποίησης των σχημάτων. Στην προσπάθεια να προχωρήσει στην αξιολόγηση και εφαρμογή των σχημάτων σε κλινικό επίπεδο ο Young (1990) ανέπτυξε ένα αποτελεσματικό και αξιόπιστο εργαλείο που θα μπορούσαν να το διαχειριστούν οι κλινικοί.

Τα σχήματα έχουν λάβει μικρότερη προσοχή επειδή είναι δύσκολο να οριστούν. Επιπλέον, τα σχήματα βρίσκονται στο επίπεδο του ασυνείδητου, αυτά εμφανίζουν ένα πρόβλημα στα πλαίσια της αξιολόγησης. Μία πρόσφατη προσέγγιση για μέτρηση των σχημάτων είναι το ερωτηματολόγιο του Young που αναπτύχθηκε από τον ίδιο (1990). Οι Young, Klosko, and Weishaar (2003) έχουν φτιάξει έναν οδηγό για τον θεραπευτή για τη θεωρία των σχημάτων και τη χρήση του σε κλινικούς πληθυσμούς (Oei. Baranoff. 2007).

Ψυχολογική ευεξία και χρόνια ασθένεια

Στις πρόσφατες δεκαετίες η έρευνα που συνδέεται με την υγεία και την φροντίδα έχει επικεντρωθεί σε αρνητικές ψυχολογικές διαδικασίες, όπως άγχος και δυσλειτουργία, ενώ οι θετικές ψυχολογικές διαδικασίες, όπως οι ψυχολογική ευεξία έχουν μελετηθεί λιγότερο. Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, αυτό υπογραμμίζει μία λανθασμένη προσπάθεια που η υγεία μπορεί να εξισωθεί με την απουσία ασθένειας και ότι η ευεξία είναι ίση με απουσία δυστυχίας και καταπόνησης. Η ψυχολογική ανησυχία και η ευεξία ερμηνεύονται καλύτερα ως ξεχωριστές και ανεξάρτητες περιοχές.

Η ψυχολογική έρευνα διακρίνει δύο αντιλήψεις της ευεξίας: η ηδονική ενάντια στην ευδαιμονική ευεξία. Η πρώτη ορίζεται ως ‘’συναισθηματικές και γνωστικές εκτιμήσεις της ζωής του ατόμου’’, έτσι, συμπερασματικά, δεχόμενος ένα θετικό συναίσθημα ως ένα καθορισμένο χαρακτηριστικό της ευεξίας και της υγείας. Η δεύτερη, ορίζεται από τον Ryff ως ‘’ψυχολογική λειτουργικότητα και προσωπική ανάπτυξη και καλλιέργεια’’ και αποτελείται από έξι (6) τομείς, περιοχές: αυτονομία, έλεγχος και επιβολή στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός της ζωής και αποδοχή του εαυτού. Η κύρια διαφορά ανάμεσα στους δύο διαφορετικούς ορισμούς για την ευεξία και καλή υγεία είναι ότι η ηδονική προσέγγιση συγκεντρώνεται στην ευτυχία, ενώ η ευδαιμονική προσέγγιση προσδιορίζει την ευεξία στον βαθμό που το άτομο λειτουργεί, το οποίο μπορεί ή δεν μπορεί να συνοδευτεί από το να αισθάνεται καλά. (Huber. Suman. Biasi. Carli. 2008).

Κάποιες έρευνες για την ευεξία σε ασθενείς που υποφέρουν από κάποια χρόνια ασθένεια δεν έχουν δείξει σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ευδαιμονική ευεξία και στη σοβαρότητα του πόνου σε χρόνιους ασθενείς, ενώ πολλές έρευνες έχουν προτείνει ότι τα θετικά συναισθήματα και γνώσεις μπορούν να μετριάσουν την επιρροή των αρνητικών συναισθημάτων στους χρόνιους ασθενείς.

Έχει αποδειχθεί ότι η ψυχολογική καταπόνηση είναι κοινό χαρακτηριστικό σε ασθενείς με χρόνιο νόσημα. Οι προβλεπτικοί παράγοντες της ψυχολογικής καταπόνησης και της ευεξίας που έχουν αξιολογηθεί είναι οι εξής: όσο υψηλότερη ψυχολογική ανησυχία και καταπόνηση υπάρχει τόσο υψηλότερη η ηλικία και η σωματική ανικανότητα. Σε ασθενείς με χρόνιο πρόβλημα, η σχέση ανάμεσα στην

ψυχολογική καταπόνηση και στα συμπτώματα του πόνου, μπορούν να μετριαστούν από το επίπεδο της σωματικής ικανότητας του ασθενούς (π.χ. οι περιορισμοί του στο να κάνει τις καθημερινές του εργασίες).

Η ευεξία μειώνεται με την ύπαρξη σωματικής ανημπορίας και σε αντίθεση με την ψυχολογική καταπόνηση, είναι ανεξάρτητη από την ηλικία. Ο Mangelli et al. βρήκαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις με την ευδαιμονική ευεξία και την λειτουργική εξασθένηση σε ασθενείς με κάποιο χρόνιο νόσημα. Η ευδαιμονική ευεξία σχετίζεται δυσανάλογα περισσότερο με την σωματική ανικανότητα και όχι με τον πόνο. Η αρνητική επιρροή του χρόνιου πόνου με τη σωματική λειτουργικότητα και την κατάσταση εργασίας μετριάζεται από γνωστικούς και ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες, όπως ο φόβος για κίνηση.

Το θετικό συναίσθημα, μία σημαντική πλευρά της ηδονικής ευεξίας, σχετίζεται δυνατά με την έλλειψη συναισθηματικής καταπόνησης, ενώ οι μετρήσεις της ευδαιμονικής λειτουργικότητας σχετίζονται μέτρια με την έλλειψη συναισθηματικής καταπόνησης. Έτσι, η ευεξία μερικώς μόνο έχει κοινά χαρακτηριστικά με τη έλλειψη ψυχολογικής καταπόνησης. Συνεπώς, η ευεξία δεν είναι η αντίθετη πλευρά της συναισθηματικής καταπόνησης, αλλά ερμηνεύεται ως ένα ξεχωριστό, ανεξάρτητο κομμάτι της ψυχικής υγείας. Η ευημερία και η ψυχολογική καταπόνηση δείχνουν ευκρινείς βιολογικές συσχετίσεις και υπάρχει επίσης, νευροφυσιολογική ένδειξη για διάκριση ανάμεσα στις αρνητικές και θετικές διαδικασίες στον εγκέφαλο (Huber. Suman. Biasi. Carli. 2008).

Η ευεξία αναφέρεται στην ευνοϊκότερη ψυχολογική λειτουργικότητα. Παρά τη δυσκολία να αξιολογήσει κανείς την ‘’ευνοϊκότερη λειτουργικότητα’’ με έναν ακριβή τρόπο, σκοπό, κυριαρχία, υπεροχή, δυνατές σχέσεις και αποδοχή εαυτού, όπως ικανοποίηση από τη ζωή, θετική και αρνητική διάθεση και ψυχολογικά συμπτώματα είναι οι πιο συχνοί τρόποι αξιολόγησης της ευημερίας. Παρ’ όλα αυτά, υπάρχουν στοιχεία που προτείνουν ότι η παρουσία μιας θετικής θέσης, είναι περισσότερο απ’ ότι να μην έχεις ή να παρουσιάζεις αρνητική διάθεση ή συμπτώματα. Οι Huppert και Whittington (2003) πρόσφατα έδειξαν ότι υπάρχει ένας βαθμός ανεξαρτησίας ανάμεσα στην θετική και αρνητική ευεξία. Η ‘’θετική ψυχολογική ευημερία’’ θα μπορούσε να οριστεί ως ‘’γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις στην αντίληψη των ακριβή προσωπικών χαρακτηριστικών και επιτευγμάτων, αποδοτικής αλληλεπίδρασης με τον κόσμο και κοινωνικής ενσωμάτωσης, και θετικής προόδου. ‘’Αρνητική υγεία’’ (negative well-being) είναι

‘’η γνωστική και συναισθηματική αντίδραση σε ελλείμματα στις προαναφερθείσες περιοχές’’. Η θετική υγεία περιλαμβάνει στοιχεία, όπως ικανοποίηση από τη ζωή, θετική διάθεση και ενέργεια, ενώ η αρνητική υγεία περιλαμβάνει στοιχεία, όπως άγχος και αρνητική διάθεση, συμπτώματα και υπερδιέγερση.

Με προϋπόθεση ότι υπάρχει ένας βαθμός ανεξαρτησίας ανάμεσα στην θετική και αρνητική υγεία, αναμένεται ότι υπάρχουν προβλεπτικοί παράγοντες που είναι συγκεκριμένοι για τη θετική ευεξία και άλλοι προβλεπτικοί παράγοντες που είναι συγκεκριμένοι για την αρνητική υγεία. Υπάρχουν όμως παράγοντες που λειτουργούν με έναν τρόπο που συνδέει τις δύο μορφές υγείας (κοινοί παράγοντες). Από την άλλη υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που σχετίζονται μόνο με την μία πλευρά της υγείας (συγκεκριμένοι παράγοντες). Ένας παράγοντας που δρα αρνητικά στη μία πλευρά, επηρεάζει θετικά την άλλη πλευρά. **Ποιες είναι οι μεταβλητές που σχετίζονται με την ψυχολογική υγεία (psychological well-being);** Οι παράγοντες που συνδέονται με το στρες (η αισιοδοξία, η αυτό-αποτελεσματικότητα, το στρες της καθημερινότητας, η αντιμετώπιση) και ένας παράγοντας προσωπικότητας, ο οποίος είναι ο νευρωτισμός, αποτελούν προβλεπτικοί παράγοντες και για τις δύο πλευρές. Ένας από τους πιο σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της υγείας, ευεξίας, σύμφωνα με πολλές μελέτες, είναι η προσωπικότητα. Ο McCrae (2002) εκτίμησε ότι το 20-25% της διαφοράς για την υγεία μετριέται από την προσωπικότητα. Ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας που συνδέεται δυνατά με την υγεία είναι ο νευρωτισμός. Οι DeNeve και Cooper (1998) ισχυρίστηκαν ότι ο νευρωτισμός είναι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που συνδέεται με την ικανοποίηση από την ζωή και τη διάθεση. Οι Eid και Diener (2004), Hayes και Joseph (2003) και Vitters και Nilsen (2002) βρήκαν ότι ο νευρωτισμός είναι περισσότερο σημαντικός συγκρινόμενος με τα άλλα χαρακτηριστικά, στην υποκειμενική υγεία (subjective well-being). Υπάρχει επιπλέον μία δυνατή σχέση ανάμεσα στον υψηλό νευρωτισμό και στο αρνητικό συναίσθημα, στην έλλειψη θετικού συναισθήματος και στο άγχος. Επίσης, ο υψηλός νευρωτισμός εμφανίζεται να είναι ένας ευρύς παράγοντας ευπάθειας για πολλά ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές. Όλες οι έρευνες μέχρι στιγμής έχουν αποδείξει ότι ο νευρωτισμός συνδέεται και με την θετική και με την αρνητική υγεία, με μεγαλύτερη τάση προς την αρνητική υγεία (Oliver. Juxley. Bridges. Mohamad. 1997).

Η υγεία σχετίζεται σημαντικά και με άλλους πολύ σημαντικούς παράγοντες, όπως η αισιοδοξία και οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας. Η αισιοδοξία

σχετίζεται αρνητικά με την συμπτωματολογία της κατάθλιψης και θετικά με τη λειτουργικότητα και τη συναισθηματική κατάσταση σε ασθενείς που υποφέρουν από πολλά σωματικά προβλήματα υγείας. Πρόσφατα, βρέθηκε από τους Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra, και Schouten (2004) ότι υπάρχει μία προστατευτική σχέση ανάμεσα στην αισιοδοξία και στη θνησιμότητα στην τρίτη ηλικία.

Οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας συνδέονται επίσης με την θετική και αρνητική υγεία και συγκεκριμένα, η υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα σχετίζεται με υψηλά επίπεδα θετικής υγείας, ενώ χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα συνδέεται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Οι υψηλότερες θετικές σχέσεις αναγνωρίζονται με την αισιοδοξία, την αυτό-ρύθμιση και την αυτό-εκτίμηση, ενώ οι υψηλότερες αρνητικές σχέσεις παρατηρούνται με την κατάθλιψη και το άγχος. Η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι ένας συγκεκριμένος προβλεπτικός παράγοντας για θετική υγεία, ενώ η αισιοδοξία είναι κοινός παράγοντας. Η πρώτη αντανακλά ένα προσωπικό αίσθημα επάρκειας, η οποία συνδέεται με την θετική υγεία και ευεξία. Η τελευταία αντανακλά μία γενική εκτίμηση του περιβάλλοντος- αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων, η οποία λαμβάνει υπόψη τους περισσότερους προσωπικούς παράγοντες. Γι' αυτό η αισιοδοξία είναι κοινός προβλεπτικός παράγοντας των πλευρών της υγείας.

Οι πεποιθήσεις και τα πιστεύω για την ασθένεια φαίνεται να παίζουν έναν σημαντικό ρόλο ανάμεσα στην ύπαρξη της ασθένειας και του πόνου και του συνεπακόλουθου επιπέδου συναισθηματικής και γνωστικής επίδρασης. Υπάρχει ποικιλία από γνωστικά πιστεύω, αν και ο **αυτοέλεγχος** πάνω στα γεγονότα έχει αποδειχθεί μία από τις πιο διαρκείς γνωστικές κατασκευές. Όταν μιλάμε για αυτοέλεγχο εννοούμε τον βαθμό που ένα άτομο πιστεύει ότι η υγεία του ή η σοβαρότητα του πόνου του επηρεάζεται από παράγοντες της τύχης, από δράσεις των δυνατών άλλων (οικογένεια, ο θεράπων γιατρός ή άλλοι επαγγελματικές υγείας), ή είναι συνέπεια των δικών του επιδράσεων, συμπεριφορών και ενεργειών. Τα άτομα που υποστηρίζουν τους δυνατούς άλλους εκθέτουν ένα εξωτερικό κέντρο ελέγχου, ενώ αυτοί που δίνουν έμφαση στις δικές τους δράσεις και ενέργειες και συμπεριφορές εκθέτουν ένα εσωτερικό κέντρο δράσης. Συγκεκριμένη τοποθεσία πεποιθήσεων ελέγχου παρουσιάζει έναν σημαντικό στόχο για θεραπευτική παρέμβαση (Gibson. Helme. 2000).

Ο ρόλος των εσωτερικών πεποιθήσεων στην κατανόηση της ψυχοπαθολογίας είναι πολύ σημαντικός. Τα 16 εσωτερικά δυσπροσαρμοστικά σχήματα, περικλείουν

οχυρωμένα σχέδια σκέψης για τον κόσμο, τον εαυτό και τις σχέσεις κάποιου με τους άλλους. Τα σχήματα αυτά καταλήγουν από την αλληλεπίδραση της φύσης (π.χ. συναισθηματικό ταμπεραμέντο) και ανατροφή (π.χ. βλαβερές εμπειρίες της πρώιμης ζωής). Επιπλέον, τα σχήματα αυτά αυξάνουν την ευπάθεια του ατόμου για **ψυχοπαθολογικά συμπτώματα** σε καταστάσεις που ενεργοποιούν αυτά τα σχήματα.. Ο Young ισχυρίζεται ότι αυτά υπάρχουν σε κάθε ανθρώπινη οντότητα, αλλά γίνονται περισσότερο αλύγιστα και υπερβολικά σε περισσότερο χαρακτηριστικά άτομα (Young & Klosko. 1994).

Η χρόνια ασθένεια κρύβει και εκφράζει πολλές εσωτερικές απειλές. Οι τρόποι που το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό και τον κόσμο, επηρεάζει την υγεία του και την επιβίωση. Τα προβλήματα που απορρέουν από μία αρνητική κατάσταση, θέτουν σε εγρήγορση διαδικασίες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα. Οι ασθένειες είναι στρεσσογόνες καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο για τη ζωή, τη λειτουργικότητα, τις σχέσεις, τους στόχους και τα πιστεύω. Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στην **υποκειμενική υγεία** και (στις απειλές για τις ανάγκες, που απορρέουν από τη χρόνια ασθένεια) στη **χρόνια ασθένεια**;

Η υποκειμενική υγεία και ευεξία είναι μία έννοια πολυδιάστατη. Οι διάφορες περιοχές και τομείς της ευεξίας είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η χαρά, η αντιλαμβανόμενη υγεία, η κατάθλιψη, το άγχος, το νόημα της ζωής και η μοναξιά. Ένας χαμηλός αριθμός χρόνιων ασθενειών και μία καλή κατάσταση ανεξαρτησίας και ευκινησίας συνδέονται με μία καλή υγεία. Η ψυχολογική ευεξία προβλέπεται μέσα από την ύπαρξη ή όχι της κατάστασης της σωματικής ευκινησίας (Lampinen. Heikkinen. Kauppinen. Heikkinen. 2006).

Οι χρόνιοι ασθενείς με προβλήματα αντιμετωπίζουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες σημαντικά υψηλότερη απειλή. Η υψηλότερη σχετίζεται με αντιλήψεις για περισσότερο σοβαρές συνέπειες, χαμηλότερο αυτοέλεγχο και περισσότερα συμπτώματα. Επιπλέον, η αντιλαμβανόμενη απειλή συνδέεται με την αυτό-αξιολογούμενη υγεία και τα ψυχολογικά συμπτώματα, καθώς και με την ποιότητα ζωής και την υποκειμενική υγεία. Οι σοβαρές και χρόνιες καταστάσεις και συνθήκες τοποθετούν ένα μεγάλο όριο στους ασθενείς και απειλούν τις αντιλήψεις τους για τον εαυτό τους και τον κόσμο που σχετίζεται με την υποκειμενική υγεία. Οι αρνητικές πεποιθήσεις για την ασθένεια και η χαμηλή ποιότητα ζωής, αντανακλά μία προσωπική γνώση για την κατάσταση της υγείας που φαίνεται να αναπαριστά τον προάγγελο της απειλής και του φόβου για την προσωπική ευημερία και

λειτουργικότητα (Karademas. Bakouli. Bastounis. Kallergi. Tamtami. Theofilou. 2008).

Η κατάσταση της υγείας, η λειτουργική κατάσταση και η ποιότητα ζωής είναι τρεις σκέψεις που χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για να αποδώσουν τον ίδιο τομέα της ‘’υγείας’’. Η υγεία κυμαίνεται από αρνητικά πτυχές της ζωής που αξίζουν, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου, σε πιο θετικά πτυχές που αξίζουν, όπως η λειτουργία του ρόλου ή η χαρά. Τα όρια του ορισμού συνήθως εξαρτώνται από το γιατί κάποιος αξιολογεί την υγεία, όπως επίσης συγκεκριμένες σκέψεις των ασθενών, των κλινικών και των ερευνητών. Οι ερευνητές χρησιμοποιούν την ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία (health-related quality of life -HRQL) επειδή ευρέως οι πτυχές της ζωής που αξίζουν, και που υπάρχουν δεν θεωρούνται γενικά ως ‘’υγεία’’, όπως το εισόδημα, η ελευθερία και η ποιότητα του περιβάλλοντος. Αν και χαμηλό ή σταθερό εισόδημα, η έλλειψη ελευθερίας ή η χαμηλή ποιότητα περιβάλλοντος μπορούν να επηρεάζουν την υγεία, αυτά τα προβλήματα είναι συνήθως μακρινά από την υγεία ή την ιατρική φροντίδα. Οι κλινικοί επικεντρώνονται στην ποιότητα ζωής αν και όταν ένας ασθενής είναι άρρωστος, σχεδόν όλες οι πτυχές της ζωής του μπορούν επηρεάσουν την υγεία του και να σχετιστούν με αυτήν.

Είναι σημαντικό να μετρήσουμε την ποιότητα ζωής για να ελέγξουμε την επιρροή της χρόνιας ασθένειας. Φυσιολογικές μετρήσεις παρέχουν πληροφορίες στους κλινικούς αλλά είναι σε περιορισμένο ενδιαφέρον προς τους ασθενείς. Αυτοί συχνά συσχετίζουν με λειτουργική ικανότητα και ευεξία, τις περιοχές στις οποίες οι ασθενείς είναι περισσότερο ενδιαφερόμενοι και εξοικειωμένοι. Σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια στην καρδιά και στους πνεύμονες, η ικανότητα άσκησης στο εργαστήριο σχετίζεται εβδομαδιαία με την ικανότητα άσκησης στην καθημερινή ζωή. Άλλος λόγος μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι τα φαινόμενα που δύο ασθενείς με τα ίδια κλινικά κριτήρια συχνά έχουν διαφορετικές αποκρίσεις. Για παράδειγμα, δύο ασθενείς με το ίδιο εύρος, ποικιλία, τάξη κίνησης και παρόμοιες εκτιμήσεις πόνου στην πλάτη, μπορεί να έχουν διαφορετική λειτουργία ρόλου και συναισθηματική ευεξία. Αν και μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να δουλεύουν χωρίς μείζονα κατάθλιψη, άλλοι παραιτούνται από τις δουλειές τους και έχουν μείζονα κατάθλιψη.

Αυτοί οι λόγοι εξηγούν γιατί οι ασθενείς, οι κλινικοί και οι διαχειριστές φροντίδας της υγείας ενδιαφέρονται για τις **επιδράσεις** των ιατρικών παρεμβάσεων **στην ποιότητα ζωής** (Guyatt. Feeny. Patrick. 1993).

Η αντιλαμβανόμενη γνώση της **επίδρασης** της **χρόνιας ασθένειας** σε διαφορετικές **πτυχές της ανθρώπινης ζωής** είναι μία σημαντική προετοιμασία της αποτελεσματικής θεραπείας και της καταπραϋντικής φροντίδας. Η σκέψη της υποκειμενικής ποιότητας ζωής παρουσιάστηκε στην έρευνα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 για τον σκοπό της αναζήτησης συγκεκριμένης μη-ιατρικής επίδρασης και ως ένα κριτήριο για την εξέλιξη της αποτελεσματικότητας της ιατρικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Πολλά εργαλεία για την αξιολόγηση της υγείας που συνδέεται με την ποιότητα ζωής έχουν αναπτυχθεί και ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχουν δημοσιευτεί για την επίδραση συγκεκριμένων ασθενειών στην υποκειμενική ποιότητα ζωής των ασθενών. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια πρόσφατων ετών μερικοί συγγραφείς κριτίκαραν την έρευνα για την ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία για θεωρητικές και μεθοδολογικές αδυναμίες, οι οποίες κάνουν τις μετρήσεις για τη χρησιμότητα της ποιότητας ζωής ως κριτήριο για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Η κατάσταση υγείας και η ποιότητα της ζωής είναι ευδιάκριτα κατασκευάσματα για τους ασθενείς. Ενώ η κατάσταση υγείας σχετίζεται με τη σωματική λειτουργικότητα, η ποιότητα ζωής συνδέεται με την ψυχική υγεία. Αυτά τα αποτελέσματα του Smith (1999) υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα να κάνουμε περισσότερες προσπάθειες για τη θεωρητική βελτίωση της ποιότητας ζωής και για την ανάπτυξη ακριβών μεθόδων μέτρησης. Μία σημαντική πρόοδος της διαλεύκανσης της ποιότητας ζωής έρχεται από μία διεθνή ομάδα του WHO η οποία άρχισε το 1991 να αναπτύσσει μία θεωρητική και μεθοδολογική προσέγγιση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Αυτό ήταν ο κύριος στόχος του οργανισμού να περικλείει την αντιληπτικότητα του ορισμού της υγείας ως κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Ως μία θεωρητική βάση αναπτύχθηκε ο ακόλουθος **ορισμός της ποιότητας ζωής**: *''η αντίληψη του ατόμου της θέσης του στη ζωή στο περιεχόμενο της κουλτούρας και των συστημάτων αξίας στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, των υψηλών κριτηρίων και των ανησυχιών, των ενδιαφερόντων''*. Αυτός ο ορισμός αντανακλά την προϋπόθεση των συγγραφέων ότι το νόημα της ποιότητας της ζωής πάει μακριά πέρα από τη συμπτωματολογία και τις επιδράσεις της ασθένειας στην λειτουργική κατάσταση, επιπλέον, αυτό υπογραμμίζει τη σημαντικότητα των προσωπικών αξιών και των προτιμήσεων για υποκειμενική ποιότητα ζωής. Η τελικά σκέψη της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει έξι περιοχές: ''σωματική υγεία'', ''ψυχολογική ευεξία'', ''κοινωνικές σχέσεις'',

‘’ανεξαρτησία’’, ‘’περιβάλλον’’, και ‘’πνευματικότητα’’ (Kilian. Matschinger. Angermeyer. 2001).

Οι σωματικές ασθένειες θα έχουν την κύρια επίδρασή τους στην σωματική και φυσική υγεία και στην ποιότητα ζωής αυτής της περιοχής, αλλά είναι επίσης γνωστό ότι σοβαρές σωματικές χρόνιες συνθήκες έχουν μία σημαντική αρνητική επιρροή στην ψυχολογική ευεξία, π.χ. για καρκίνο, διαβήτη, πολλαπλή σκλήρυνση, στεφανιαία καρδιοπάθεια και αρθρίτιδα. Για μερικές από αυτές τις χρόνιες ασθένειες αυτό μπορεί να αναμένεται ότι αυτές επηρεάζουν τις περιβαλλοντικές πλευρές της ζωής επειδή απαγορεύουν την ικανότητα της κίνησης, όπως η σκλήρυνση και η αρθρίτιδα. Η επίδραση της χρόνιας ασθένειας σε περιοχές της ποιότητας ζωής μπορεί να διατυπωθεί ως εξής:

- Κάθε τύπος χρόνιας ασθένειας έχει μία δυνατή αρνητική επιρροή στη γενική ποιότητα ζωής.
- Οι σωματικές ασθένειες έχουν μία δυνατή αρνητική επίδραση τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχολογική περιοχή ευεξίας της ποιότητας ζωής.
- Οι σωματικές ασθένειες με χρόνιους περιορισμούς της σωματικής κίνησης έχουν αρνητική επιρροή στην περιβαλλοντική περιοχή της ποιότητας ζωής.
- Η σχέση ανάμεσα στις διαφορετικές περιοχές της ποιότητας ζωής και της γενικής ποιότητας είναι διαφορετική για τους υγιείς ανθρώπους, για αυτούς με σωματικές ασθένειες και για αυτούς με ψυχιατρικές ασθένειες.

Όλες οι σωματικές ασθένειες δείχνουν μία σημαντική επίδραση στη σωματική υγεία αλλά αυτό έγινε φανερό ότι ο βαθμός της εξασθένισης της ποιότητας ζωής δεν συσχετίζεται με την βαρύτητα της ασθένειας. Η επίδραση μίας ψυχιατρικής διαταραχής, όπως η σχιζοφρένεια, στη σωματική υγεία βρέθηκε να είναι δυνατότερη απ’ ότι αναμενόταν, αλλά αυτό θα μπορούσε να είναι συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της θεραπείας όταν οι ασθενείς έχουν εξασφαλίσει μία οξεία δόση φαρμάκων, τα οποία είναι πιθανόν απαραίτητα, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυνατή σωματική εξασθένιση. Οι σωματικές ασθένειες προκαλούν επίσης εξασθένιση της ψυχολογικής ποιότητας ζωής. Όπως και με τη σωματική ποιότητα, στην περίπτωση της ψυχικής

ποιότητας της ζωής, η βαρύτητα της ασθένειας δεν φαίνεται να προσδιορίζει απόλυτα την αρνητική της επίδραση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις, η δυνατότερη αρνητική επίδραση προκύπτει από τις ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια. Σε αντίθεση, κανένας από τους ασθενείς με σωματικές ασθένειες δεν έδειξαν εξασθένιση των κοινωνικών τους σχέσεων σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι η δυνατή αρνητική επίδραση της σχιζοφρένειας στις κοινωνικές σχέσεις είναι ανεξάρτητη από το εάν οι ασθενείς ζουν με κάποιον ή όχι. Οι επιδράσεις της κοινωνικής αποσύνθεσης και του κοινωνικού στιγματισμού συνήθως συνδέεται με τη σχιζοφρένεια και θα μειωθεί μόνο από την ύπαρξη μίας βαθιάς σχέσης. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, αρθρίτιδα και πολλαπλή σκλήρυνση, αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους σημαντικά φτωχότερη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (χειρότερες συνθήκες διαβίωσης, φτωχοί οικονομικοί πόροι). Οι ασθενείς που υποφέρουν από σκλήρυνση ή από αρθρίτιδα μπορεί να αντιλαμβάνονται τις γενικές τους συνθήκες διαβίωσης σε σχέση με την εξασθένιση της σωματικής τους ευκινησίας. Οι περιβαλλοντικές συνθήκες δεν είναι συνήθως καθόλου άνετες για ανθρώπους που υποφέρουν από κάποια χρόνια ασθένεια.

Αυτά τα αποτελέσματα δίνουν έμφαση στην **επιρροή της χρόνιας ασθένειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών** και στο πώς αυτή επηρεάζει και οδηγεί στην εξασθένιση της κατάστασης της υγείας και των λειτουργικών ικανοτήτων. Η δυνατή αρνητική επίδραση όλων των σωματικών ασθενειών στην ψυχολογική ευημερία δείχνει ότι οι συναισθηματικές πτυχές αυτών των τύπων ασθενειών δεν θα λαμβάνονται υπόψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μειώνοντας τον κοινωνικό στιγματισμό και η απόρριψη των ψυχικά άρρωστων ατόμων όπως επίσης παρεμποδίζοντας την ανέχεια εξαιτίας της χρόνιας ασθένειας και κάνοντας περιβαλλοντικές συνθήκες περισσότερο άνετες για ανθρώπους με σωματικά μειονεκτήματα και ελαττώματα πρέπει να απασχολήσουν ολόκληρη την κοινωνία και θα πρέπει να είναι θέμα προς πολιτική συζήτηση και απόφαση (Kilian. Matschinger. Angermeyer. 2001).

Μέσα από τη γνωστική επεξεργασία η ταυτότητα της ασθένειας και της θεραπείας ενσωματώνεται με το χρόνο μέσα σε αυτό το αίσθημα του εαυτού. Το μοντέλο προσαρμογής περιέχει τρία στοιχεία: το προσωπικό περιεχόμενο, τη διαδικασία προσαρμογής και τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει σωματικές, συναισθηματικές, γνωστικές και πνευματικές ρυθμίσεις.

Αυτά τα αποτελέσματα συνεχώς ανατροφοδοτούν τα ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, βοηθώντας το στάδιο και τη διαδικασία της προσαρμογής της ασθένειας να συνεχίσει.

Τα ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν τους βιο-ψυχο-κοινωνικό-πνευματικούς παράγοντες που ορίζουν το άτομο και επηρεάζουν την εμπειρία μίας χρόνιας ασθένειας, όπως ο καρκίνος, συμπεριλαμβανομένου, συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της ασθένειας (τύπος, πρόγνωση, θεραπεία, μακροπρόθεσμες επιδράσεις), στόχοι, γενική σωματική και ψυχική υγεία, προσωπικότητα, κοινωνική υποστήριξη, αντιμετώπιση και φιλοσοφικά πιστεύω. Αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν την εμπειρία της επιβίωσης και παίζουν ένα ολοκληρωμένο μέρος στη διαδικασία της προσαρμογής στην οποία αυτά αλλάζουν από τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής. Για παράδειγμα, σε κάθε στάδιο της ζωής, οι υποθέσεις ενός ατόμου για τον κόσμο, παρέχουν ένα σταθερό φακό από αντιλήψεις του εαυτού, ορισμό των στόχων και προβλέψεις για το μέλλον. Αν και αυτές οι υποθέσεις είναι τυπικά ανθεκτικές στην αλλαγή, ένα τραυματικό γεγονός όπως η διάγνωση καρκίνου θα μπορούσε να αλλάξει βασικές υποθέσεις της προσωπικής υγείας επηρεάζοντας και τους βραχυπρόθεσμους και τους μακροπρόθεσμους στόχους. Η σημαντικότητα των στόχων και της συναισθηματικής ευεξίας των ασθενών έχουν αποδειχθεί από πολλές έρευνες ότι παίζουν ρόλο-κλειδιά στα ακόλουθα: αντιμετώπιση στις σημαντικές αλλαγές της ζωής, στην αυτορύθμιση, στην επίτευξη των στόχων και στη σχέση ανάμεσα στα αρνητικά συναισθήματα και αποτυχία των στόχων (Naus. Ishler. Parrott. Kovacs. 2009).

Η γενική εκτίμηση του ατόμου της ποιότητας της ζωής του είναι ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για την ευζωία του. Η ικανοποίηση από τη ζωή είναι ένα από τα στοιχεία της υποκειμενικής ευζωίας που έχουν ενσωματωθεί και έχει χρησιμοποιηθεί για να συγκρίνει την υποκειμενική ευζωία των ανθρώπων από διαφορετικές κουλτούρες και χώρες, όπως επίσης και να δείξει τη γενική στάση και θέση του ατόμου για την σωματική του υγεία, την ψυχολογική υγεία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό του. Στο προσωπικό επίπεδο η ικανοποίηση από τη ζωή έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για θνησιμότητα, αυτοκτονία και ανικανότητα στη δουλειά. Για παράδειγμα, ανάμεσα σε άνδρες που ανέφεραν δυσαρέσκεια από τη ζωή τους, ο γενικός κίνδυνος θανάτου από άλλες αιτίες ήταν δύο φορές υψηλότερος, ο κίνδυνος θανάτου από ασθένεια ήταν 1.8 φορές υψηλότερος και ο κίνδυνος θανάτου από

τραυματισμό ήταν τρεις φορές υψηλότερος από αντίστοιχους κινδύνους ανάμεσα σε άνδρες που ανέφεραν ικανοποίηση από τη ζωή τους. Παρόμοια, η δυσαρέσκεια από τη ζωή συνδέεται με τρεις φορές υψηλότερο κίνδυνο για ανικανότητα στη δουλειά ανάμεσα σε γυναίκες και δύο φορές ανάμεσα στους άνδρες. Επίσης, η δυσαρέσκεια από τη ζωή αποτελεί σύνθετο παράγοντα κινδύνου για την υγεία. Από μία πρόσφατη έρευνα προέκυψε ότι το επίπεδο δυσαρέσκειας από τη ζωή ανάμεσα σε ενήλικες σχετίζεται θετικά με συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, χρόνιες ασθένειες (διαβήτης, καρδιαγγειακές ασθένειες, άσθμα και αναπηρία-ανικανότητα) και συμπτώματα κατάθλιψης και ανησυχίας και αρνητικά σχετίζεται με την ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία. Το σύμπλεγμα των παραγόντων κινδύνου για την υγεία ή οι χρόνιες ασθένειες είναι ένα κοινό φαινόμενο στο γενικό πληθυσμό και συνδέεται δυνατά με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Η παρουσία ενός παράγοντα κινδύνου (κάπνισμα, παχυσαρκία, ποτό ή σωματική ανενεργεία) ή χρόνιας ασθένειας (διαβήτης, αρθρίτιδα, άσθμα ή καρδιαγγειακή ασθένεια) σχετίζεται με 1.5 έως 2.3 φορές υψηλότερη πιθανότητα αναφοράς δυσαρέσκειας από τη ζωή. Η **παρουσία χρόνιας ασθένειας** συνδέεται δυνατά με την ικανοποίηση του ασθενούς από τη ζωή του, πράγμα που οδηγεί σε **αρνητική υποκειμενική ευζωία**. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η αντιλαμβανόμενη υγεία των ανθρώπων επιδρά στην υποκειμενική του ευζωία περισσότερο από τις υπάρχουσες σωματικές διαταραχές και ασθένειες. Η σχέση ανάμεσα στην υγεία και στην υποκειμενική ευζωία θα μπορούσε να διογκωθεί επειδή η αντίληψη των ανθρώπων για την υγεία τους αντανακλά όχι μόνο τις σωματικές τους διαταραχές, αλλά και τη συναισθηματική τους ρύθμιση. Έτσι, και η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και οι σωματικές ασθένειες που υπάρχουν και δρουν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για να καταλαβαίνει κανείς την υποκειμενική ευεξία των ατόμων. Οι άνθρωποι με δύο ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου ή χρόνιες ασθένειες είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι με τη ζωή τους σε σχέση με αυτά τα άτομα με ένα ή κανένα πρόβλημα υγείας. Αυτό που έχει υποτεθεί όσον αφορά την αιτία που συμβαίνει αυτό, είναι ότι **έχοντας παράγοντες κινδύνου για την καλή υγεία ή κάποια χρόνια ασθένεια, το άτομο οδηγείται σε αλλαγές στην προσωπικότητα, στα συναισθήματα, στους τρόπους αντιμετώπισης που αρνητικά επηρεάζουν την αξιολόγηση των ανθρώπων για την ικανοποίηση της ζωής τους** (Li. Ford. Zhao. Mokdad. 2009).

ΕΡΕΥΝΑ

Ερευνητικοί στόχοι

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε **με σκοπό** να διερευνηθούν τα πέντε γνωστικά σχήματα, οι γνωστικές δομές, σύμφωνα με τη θεωρία του Young, και κατά πόσο επηρεάζουν την γενική υγεία και ευζωϊα, αλλά και την ψυχική και τη σωματική ειδικότερα. Επιπρόσθετα, εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών για να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό και προς ποια κατεύθυνση (θετική ή αρνητική) μπορεί να υπάρχει συνάφεια. Οι **εξαρτημένες μεταβλητές** αφορούσαν τη γενική υγεία, την ψυχική υγεία και τη σωματική υγεία, ενώ οι **ανεξάρτητες μεταβλητές** αφορούσαν τα πέντε σχήματα: εξάρτηση, ευπάθεια, standards, υπεροψία και αυτοέλεγχος. Έχοντας ορίσει τις μεταβλητές και το τι θέλουμε να μελετήσουμε, μπορούμε να ορίσουμε τις υποθέσεις μας:

Υποθέτουμε στην έρευνά μας ότι τα πέντε γνωστικά σχήματα σχετίζονται με την υποκειμενική υγεία γενικότερα, αλλά και με την σωματική και ψυχική υγεία ειδικότερα.

Υποθέτουμε στην έρευνά μας ότι τα πέντε γνωστικά σχήματα **δεν** σχετίζονται με την υποκειμενική υγεία γενικότερα, αλλά και με την σωματική και ψυχική υγεία ειδικότερα.

Ωστόσο, οι υποθέσεις μας αλλάζουν διότι έγιναν συγκρίσεις t-test, Pearson r και πολλαπλής παλινδρόμησης. Έτσι, κάναμε πολλές υποθέσεις αφού μετράμε και κάτι διαφορετικό ανάλογα με τον εκάστοτε στατιστικό δείκτη.

Μετρώντας διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα:

Υποθέτουμε στην έρευνά μας ότι οι μέσοι όροι διαφέρουν ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες όσον αφορά τα γνωστικά σχήματα (εναλλακτική υπόθεση).

Υποθέτουμε ότι οι μέσοι όροι δεν διαφέρουν ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες όσον αφορά τα γνωστικά σχήματα (μηδενική υπόθεση).

Συσχετίζοντας την ανεξάρτητή μας μεταβλητή, τα γνωστικά σχήματα, με την εξαρτημένη, την υγεία:

Υποθέτουμε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα γνωστικά σχήματα και την υγεία.

Υποθέτουμε ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές γνωστικά σχήματα και στην υγεία.

Η έρευνα διενεργήθηκε μέσω ερωτηματολογίων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 127 χρόνιων ασθενών. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους συμμετέχοντες έπειτα από επεξήγηση για τη χρήση τους και από ενημέρωση για την ανωνυμία της έρευνας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Την εποπτεία των ερωτηματολογίων είχαν φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης του τμήματος Ψυχολογίας, οι οποίοι διεξήγαγαν την έρευνα. Ο κάθε φοιτητής βρήκε 20-25 χρόνιους ασθενείς με ασθένεια οποιασδήποτε φύσης. Για την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS.

Μέσα συλλογής δεδομένων- Κλίμακες RAND & YSQ

Για τις μετρήσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες για τη σωματική λειτουργικότητα και τη σωματική ευζωία από την έρευνα RAND για την υγεία (RAND 36-item Health Survey), όπως επίσης και μία κλίμακα αυτοαναφοράς. Η κλίμακα για τη σωματική λειτουργικότητα περιλαμβάνει 10 κομμάτια όσον αφορά τρέχοντες περιορισμοί που επιβάλλονται από την κατάσταση της υγείας. Η κλίμακα για τη συναισθηματική ευζωία αποτελείται από 5 κομμάτια αναφορικά με τα προσωπικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Επίσης, ένα απλό κομμάτι μέτρησε την γενική υγεία μέσω αυτοαναφοράς των ασθενών. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν να αναφέρουν τις απόψεις τους για την γενική τους υγεία σε μία κλίμακα τύπου Likert που κυμαινόταν από 1 έως 5 το υψηλότερο.

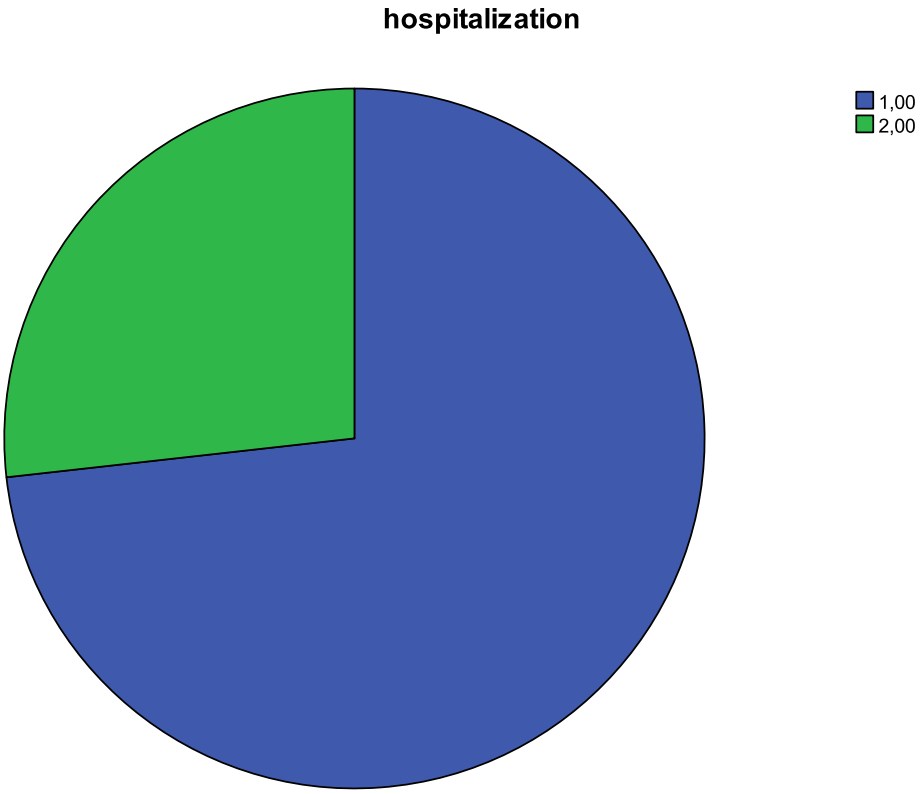
Με την κλίμακα Young Schema Questionnaire (YSQ) μετρήσαμε και αξιολογήσαμε τα σχήματα. Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί ποια πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα έχει ένας ασθενής. Η αξιολόγηση των σχημάτων έχει σημαντική κλινική εφαρμογή. Αυτά τα σχήματα μπορούν να διορθωθούν, ώστε να μειωθεί η συμπτωματολογία. Για το λόγο αυτό οι Young και Brown το 1990 κατασκεύασαν το Young Schema-Questionnaire (YSQ), ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς

αξιολόγησης με 205 κομμάτια για να αξιολογήσει κανείς τα 16 πρώιμα δυσπροσαρμοστικά σχήματα. Υπάρχουν δύο εκδόσεις: μία μεγάλη έκδοση, η οποία περιέχει 205 κομμάτια και μετράει 16 σχήματα και μία μικρότερη με 75 κομμάτια, η οποία μετράει 15 σχήματα. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν την κλίμακα Likert του ερωτηματολογίου αυτού, το οποίο περιέχει απόψεις για τις χρόνιες ασθένειες και την κατάσταση της υγείας, ανάλογα με το πόσο καλά τους περιγράφει η κάθε πρόταση. Τα κομμάτια του ερωτηματολογίου οργανώνονται ανάλογα με το σχήμα. Ωστόσο, το σχήμα που μετριέται σε κάθε ομάδα ερωτήσεων δεν αποκαλύπτεται στο ερωτηματολόγιο. Κάποιες προηγούμενες αξιόπιστες έρευνες έχουν δείξει ότι το ερωτηματολόγιο αυτό του Young έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι δύο τύποι του ερωτηματολογίου αυτού παράγουν ίσα αποτελέσματα.

Δείγμα και δημογραφικά στοιχεία

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα, στο οποίο έγινε μία μόνο μέτρηση και η συμμετοχή του ήταν εθελοντική. Τα άτομα αυτά έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια. Το δείγμα αυτό αποτελούνταν από **127 συμμετέχοντες**. Το **63.8%** από αυτούς ήταν άντρες (81 άνδρες) και το **36.2%** (46 γυναίκες) ήταν γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαινόταν από 29 ετών έως 90 ετών, με μέσο όρο ηλικίας 63.7 χρόνια. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό, το 4,7% του δείγματος είχαν παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 45,7% είχαν τελειώσει το τριτάξιο γυμνάσιο, το 8,7% είχαν τελειώσει κάποιο ΤΕΙ, το 13,4% είχαν τελειώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό), το 10,2% είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 8% των συμμετεχόντων είχαν τελειώσει κάποιο ΑΕΙ, το 11,8% είχαν τελειώσει ανάλογες σχολές και τέλος, το 4,7% μόνο του δείγματος είχε κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό, το 64,6% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, το 3,9% ήταν άγαμοι, το 16,5% του δείγματος ήταν σε διάσταση, το 2,4% ήταν διαζευγμένοι, το 11% ήταν χήροι/ες, ενώ μόλις το 1,6% συμπλήρωσε ότι ήταν σε συγκατοίκηση με τον/την σύντροφό τους. Το υψηλό ποσοστό του 73,2% αναφέρει ότι έχει νοσηλευτεί κάποια στιγμή έστω και μία φορά εξαιτίας της χρόνιας ασθένειας, ενώ το 26,8 δεν

είχε νοσηλευτεί ποτέ. Στο στοιχείο αυτό η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα είναι χαρακτηριστική και γι' αυτό αξίζει να σημειωθεί. Το 82,7% των ανδρών του δείγματος είχε νοσηλευτεί, ενώ το 17,3% δεν είχε νοσηλευτεί ποτέ εξαιτίας του προβλήματος της υγείας του. Όσον αφορά τις γυναίκες, σχεδόν οι μισές από τις συμμετέχουσες στην έρευνα είχαν νοσηλευτεί, το 56,5% και το 43,5% δεν είχε (παρακάτω παρατίθεται ένα διάγραμμα πίτας με τα ποσοστά του δείγματος όσον αφορά τη νοσηλεία). Το έτος διάγνωσης της ασθένειας κυμαίνεται από το 1974 έως το 2009.



Στατιστική ανάλυση

Δείκτης αξιοπιστίας

Για την ανεύρεση της διακύμανσης όλων των τιμών του κάθε υποκειμένου και την πρόσθεση στη συνέχεια όλων των διακυμάνσεων για όλα τα ερωτήματα χρησιμοποιείται ο δείκτης Cronbach a, που είναι συντελεστής αξιοπιστίας. Ο δείκτης αυτός αντιπροσωπεύει τον μέσο όρο όλων των πιθανών μισών συντελεστών, προσδιορίζει δηλαδή, τον βαθμό όπου το τεστ μετρά ένα μόνο παράγοντα (Ρούσσος. Τσαούσης. 2006). Η αξιοπιστία στην παρούσα έρευνα φαίνεται να είναι υψηλή και για τις πέντε μεταβλητές. Οι τιμές του δείκτη για κάθε μεταβλητή παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα:

Μεταβλητές	**Δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας**
εξάρτηση	,712
ευπάθεια	,777
υψηλά κριτήρια	,685
υπεροψία (σημαντικότητα εαυτού)	,707
αυτοέλεγχος	,725

Συσχετίσεις

Ο έλεγχος **t-test για ανεξάρτητα δείγματα** είναι η διαδικασία που χρησιμοποιείται για τη σύγκριση των μέσων όρων των κατανομών δύο δειγμάτων για το αν διαφέρουν σημαντικά ο ένας από τον άλλον.

		φύλο	Μ.Ο.	Std. Deviation
Γενική υγεία	άνδρες	1,00	2,8272	1,00983
	γυναίκες	2,00	2,6304	,85267
Σωματική υγεία		1,00	65,6790	25,60216
		2,00	59,8913	28,68389

Ψυχική υγεία	1,00	62,9012	21,82121
	2,00	60,0000	19,29306
σχήμα της εξάρτησης	1,00	12,6049	4,49355
	2,00	13,7826	4,57487
σχήμα ευπάθειας	1,00	11,3457	4,83001
	2,00	11,8261	6,02330
σχήμα υψηλών κριτηρίων	1,00	18,7654	4,89457
	2,00	16,7826	3,94919
σχήμα σημαντικότητας εαυτού	1,00	17,3827	5,28812
	2,00	14,5000	4,28304
σχήμα αυτοελέγχου	1,00	15,1111	5,59687
	2,00	15,0870	4,84344

Η έρευνα αυτή διεξήχθη για να ελεγχθεί αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, που είναι η ανεξάρτητη (διχοτομική) μεταβλητή όσον αφορά τα γνωστικά σχήματα. Για να συγκρίνει κάποιος τις δύο αυτές ομάδες (τους άνδρες και τις γυναίκες), θα πρέπει να διατυπώσει αρχικά τις υποθέσεις.

Από την ανάλυση στο SPSS βρέθηκε ότι μόνο σε δύο γνωστικά σχήματα (σχήμα υψηλών κριτηρίων και σχήμα σημαντικότητας εαυτού) βρέθηκαν **σημαντικές διαφορές** στους Μ.Ο. των δύο ομάδων.

Το αποτέλεσμα από την παραπάνω ανάλυση διατυπώνεται με στατιστικό τρόπο ως εξής:

Όσον αφορά τα υψηλά κριτήρια: $t\ (126) = 2{,}34$, $p = {,}021 < 0{,}05$

Όσον αφορά την σημαντικότητα του εαυτού: $t\ (126) = 3{,}15$, $p = {,}002 < 0{,}05$

Το Levene's test συγκρίνει αν η διακύμανση των δύο ομάδων είναι ίδια. Το Levene's test είναι μη στατιστικά σημαντικό για όλες τις μεταβλητές: γενική υγεία (p= ,546), σωματική υγεία (p=,136), ψυχική υγεία (p=,222), εξάρτηση (p=,485), ευπάθεια (p=,104), υψηλά κριτήρια (p=,241), σημαντικότητα (p=,085) και αυτοέλεγχος (p=,523). Οπότε μας ενδιαφέρει η πρώτη γραμμή του παραπάνω πίνακα για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples test).

Συγκρίνοντας τους μέσους όρους **(Μ.Ο.)** των δύο διαφορετικών δειγμάτων (ανδρών & γυναικών) βρήκαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν όσον αφορά τα γνωστικά σχήματα. Οι **άνδρες πιστεύουν** ότι **ασκούν περισσότερο έλεγχο** στην ασθένειά τους από τις γυναίκες.

Για να χρησιμοποιηθεί ο δείκτης συσχέτισης **Pearson r** θα πρέπει οι δύο μεταβλητές να έχουν μετρηθεί σε κλίμακα ίσων διαστημάτων, να χρησιμοποιούνται τα ίδια άτομα και η σχέση να είναι ευθύγραμμη. Αυτό που θέλουμε να ελέγξουμε είναι η συμμεταβολή των δύο (2) μεταβλητών που μελετώνται, της **υγείας** και των πέντε (5) **γνωστικών σχημάτων**. Ο έλεγχος **συσχετίσεων** του Pearson αναζητά αν υπάρχει συσχέτιση, αναλογία, ανάμεσα στις τιμές δύο μεταβλητών, ποιοτικών ή ποσοτικών.

Με στατιστικό τρόπο τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως εξής:

Γενική υγεία:

Η γενική υγεία εμφανίζει τιμές με τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (εξάρτηση, ευπάθεια, standards, σημαντικότητα εαυτού (υπεροψία), αυτοέλεγχος), οι οποίες είναι αντιστοίχως:

Γενική υγεία- schema dependence: r (127) = -0,499 , p < ,001. Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική, διότι p = ,000 < 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι 0,30-0,49.

Γενική υγεία- schema vulnerability: r (127) = -0,511, p < ,001. Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική, διότι p = ,000 < 0,05 και μέτρια, διότι το r είναι 0,50-0,69.

Γενική υγεία- schema standards: r (127) = -0,111 , p = 0,213. Η συσχέτιση είναι στατιστικά μη σημαντική, διότι p = ,213 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι < 0,30.

Γενική υγεία- schema entitlement: r (127) = -0,036 , p = 0,684. Η συσχέτιση είναι στατιστικά μη σημαντική, διότι p = ,684 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι < 0,30.

Γενική υγεία - self-control: r (127) = -0,135 , p = 0,129. Η συσχέτιση είναι στατιστικά μη σημαντική, διότι p = ,129 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι < 0,30.

Σωματική υγεία:

Η σωματική υγεία εμφανίζει τιμές με τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (εξάρτηση, ευπάθεια, standards, σημαντικότητα εαυτού (υπεροψία), αυτοέλεγχος), οι οποίες είναι αντιστοίχως:

Σωματική υγεία- schema dependence: r (127) = -0,353 , p< ,001. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, διότι p = ,000 < 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι 0,30-0,49.

Σωματική υγεία- schema vulnerability: r (127) = -0,493, p < ,001. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, διότι p = ,000 < 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι 0,30-0,49.

Σωματική υγεία- schema standards: r (127) = -0,158 , p = 0,076. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά μη σημαντικό, διότι p = ,076 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι < 0,30.

Σωματική υγεία- schema entitlement: r (127) = -0,099 , p = 0,268. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά μη σημαντικό, διότι p = ,268 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι κάτω από το 0,30.

Σωματική υγεία - self-control: r (127) = -0,003 , p = 0,971. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά μη σημαντικό, διότι p = ,971 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι κάτω από το 0,30.

Ψυχική υγεία:

Η ψυχική υγεία εμφανίζει τιμές με τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (εξάρτηση, ευπάθεια, standards, σημαντικότητα εαυτού (υπεροψία), αυτοέλεγχος), οι οποίες είναι αντιστοίχως:

Ψυχική υγεία- schema dependence: r (127) = -0,444 , p < ,001. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, διότι p = ,000 < 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι από 0,30-0,49.

Ψυχική υγεία- schema vulnerability: r (127) = -0,466, p < ,001. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, διότι p = ,000 < 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι από 0,30-0,49.

Ψυχική υγεία- schema standards: r (127) = -0,058 , p = 0,521. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά μη σημαντικό, διότι p = 0,521 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι κάτω από 0,30.

Ψυχική υγεία- schema entitlement: r (127) = -0,066 , p = 0,459. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά μη σημαντικό, διότι p = ,459 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι κάτω από 0,30.

Ψυχική υγεία - self-control: r (127) = -0,173 , p = 0,052. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά μη σημαντικό, διότι p = ,052 > 0,05 και χαμηλή, διότι το r είναι κάτω από 0,30.

Στην ανάλυση **πολλαπλής παλινδρόμησης** μελετάται αν κινείται η τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής γραμμικά και πώς αλλάζει με βάση κάποιες άλλες τιμές ανεξάρτητων μεταβλητών. Οι συγκρίσεις που γίνονται είναι τρεις, εφόσον ως εξαρτημένες μεταβλητές έχουμε την σωματική, την ψυχική και τη γενική υγεία.

Βρέθηκε ότι:

1) Όσον αφορά την **γενική υγεία**:

Παρατηρούμε την τιμή του R-square = 0,390

Model		Standardized Coefficients Beta	t	p
1	(Constant)		13,037	,000
	σχήμα εξάρτησης	-,367	-3,989	,000
	σχήμα ευπάθειας	-,446	-4,675	,000
	σχήμα υψηλών κριτηρίων	-,194	-2,111	,037
	σχήμα σημαντικότητας εαυτού	,090	,888	**,376**
	σχήμα αυτοελέγχου	,285	2,945	,004

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρεί κανείς, πώς σχετίζεται η εξαρτημένη μεταβλητή (γενική υγεία) με τις άλλες μεταβλητές. Βλέποντας την **σημαντικότητα**, συμπεραίνουμε ότι μόνο μία από τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (σημαντικότητα εαυτού) με p = 0,376 > 0,05 δεν εμφανίζει συσχέτιση με την γενική υγεία. Όλες οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές (εξάρτηση, ευπάθεια, υψηλά κριτήρια & αυτοέλεγχος) φαίνεται να επηρεάζουν την γενική υγεία. Δηλαδή, όσο περισσότερο **εξαρτημένο**, **ευπαθές**, με **υψηλά κριτήρια** και με **αυτοέλεγχο** είναι ένα άτομο, τόσο περισσότερο **επηρεάζεται** η **υγεία** του.

2) Όσον αφορά την **σωματική υγεία**:

Παρατηρούμε το R-square = 0,377.

Model	Standardized Coefficients	t	p

		Beta		
1	(Constant)		7,492	,000
	σχήμα εξάρτησης	-,161	-1,733	,086
	σχήμα ευπάθειας	-,606	-6,292	,000
	σχήμα υψηλών κριτηρίων	,110	1,191	,236
	σχήμα σημαντικότητας εαυτού	,022	,215	,830
	σχήμα αυτοελέγχου	,357	3,643	,000

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρεί κανείς, πώς σχετίζεται η εξαρτημένη μεταβλητή (σωματική υγεία) με τις άλλες μεταβλητές. Βλέποντας την **σημαντικότητα**, συμπεραίνουμε ότι μόνο δύο από τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (υψηλά κριτήρια, εξάρτηση & σημαντικότητα εαυτού) με $p = 0,236 > 0,05$ $p = 0,086 > 0,05$ και $p = 0,830$ αντιστοίχως, δεν εμφανίζουν συσχέτιση με την σωματική υγεία. Οι υπόλοιπες δύο (ευπάθεια & αυτοέλεγχος) εμφανίζουν θετική **συσχέτιση** με την σωματική υγεία. Δηλαδή, μόνο **η ευπάθεια** και **ο αυτοέλεγχος συσχετίζονται με** την σωματική υγεία των ασθενών.

3) Όσον αφορά την **ψυχική υγεία**:

Παρατηρούμε την τιμή του R-square = 0,283.

Model		Standardized Coefficients Beta	t	p
1	(Constant)		11,509	,000
	σχήμα εξάρτησης	-,303	-3,035	,003
	σχήμα ευπάθειας	-,379	-3,666	,000
	σχήμα υψηλών κριτηρίων	-,066	-,665	,508
	σχήμα σημαντικότητας εαυτού	,007	,059	,953
	σχήμα αυτοελέγχου	,185	1,760	,081

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρεί κανείς, πώς σχετίζεται η εξαρτημένη μεταβλητή (ψυχική υγεία) με τις άλλες μεταβλητές. Βλέποντας την **σημαντικότητα**, συμπεραίνουμε ότι μόνο δύο από τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (σχήμα εξάρτησης και σχήμα ευπάθειας) με $p = 0,003 < 0,05$ & $p = 0,000 < 0,05$ αντιστοίχως, εμφανίζουν συσχέτιση με την ψυχική υγεία. Οι υπόλοιπες τρεις (υψηλά κριτήρια, σημαντικότητα εαυτού & αυτοέλεγχος) δεν εμφανίζουν **συσχέτιση** με την ψυχική υγεία. Δηλαδή, μόνο **η εξάρτηση** και **η ευπάθεια συσχετίζονται με** την **ψυχική υγεία των ασθενών**.

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα σχετικά με τα σχήματα και κατά πόσο επηρεάζουν και συσχετίζονται με την σωματική και ψυχολογική υγεία προτείνουν ότι ο ρόλος των γνωστικών και συμπεριφορικών παραγόντων στην εμπειρία των χρόνιων ασθενειών είναι πολύ σημαντικός. Οι επιδράσεις των μεταβλητών, όπως πεποιθήσεις αβοηθησίας, δραστικών/ παθητικών στρατηγικών αντιμετώπισης του πόνου και καταστροφικών πεποιθήσεων στην κατάσταση της υγείας και της ασθένειας, επαληθεύονται.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την μελέτη της **βιβλιογραφικής ανασκόπησης**, αποδεικνύουν ότι η χρόνια ασθένεια επιφέρει δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις σε ό,τι αφορά στη σωματική και την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς. Ο χρόνιος ασθενής διάγει συνθήκες και όρους ύπαρξης και διαβίωσης που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής. Μια χρόνια ασθένεια μπορεί να διαταράξει σε σημαντικό βαθμό τη φυσιολογική λειτουργικότητα ενός ατόμου και μπορεί να αποτελέσει μία πηγή χρόνιου στρες. Ο φυσιολογικός ρυθμός της ζωής των χρόνιων ασθενών διαταράσσεται. Ενώ κάθε ασθένεια έχει διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων και κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά τη νόσο του, υπάρχει μία πλειάδα κοινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι ασθενείς ανεξάρτητα από τη νόσο από την οποία πάσχουν. Για πολλές δεκαετίες οι ερευνητές εξετάζουν τον ρόλο των γνωστικών παραγόντων στην εμπειρία των χρόνιων ασθενειών. Οι επιδράσεις των μεταβλητών αυτών στην κατάσταση της υγείας και της ασθένειας, επαληθεύονται και από την παρούσα έρευνα.

Η **παρούσα έρευνα** πραγματοποιήθηκε **με σκοπό** να διερευνηθούν τα πέντε γνωστικά σχήματα, σύμφωνα με τη θεωρία του Young, και κατά πόσο επηρεάζουν την γενική υγεία, αλλά και την ψυχική και τη σωματική ευζωία. Επιπρόσθετα, εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών για να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό και προς ποια κατεύθυνση (θετική ή αρνητική) μπορεί να υπάρχει συνάφεια. Από τις παραπάνω αναλύσεις, θα διαπιστώσει κανείς ότι **όλες οι συσχετίσεις είναι αρνητικές**, δηλαδή όσο αυξάνεται η μία τιμή, μειώνεται η άλλη. Από τις πέντε (5) ανεξάρτητες μεταβλητές, τα πέντε γνωστικά σχήματα, αυτά που εμφανίζουν τιμές πιο

κοντά στο 1 είναι το σχήμα της **εξάρτησης** (dependence) και της **ευπάθειας** (vulnerability) που **σχετίζονται** με **αρνητικό τρόπο** με την υγεία, τόσο τη γενικότερη, όσο και την σωματική και την ψυχική. **Όσο περισσότερο, δηλαδή, εξαρτημένο και ευπαθές είναι ένα άτομο, τόσο περισσότερο κακή υγεία έχει.**

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκύπτει αρχικά, ότι μόνο σε δύο γνωστικά σχήματα (υψηλά κριτήρια και σημαντικότητα εαυτού) βρέθηκαν **σημαντικές διαφορές** στους Μ.Ο. των ανδρών και των γυναικών. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο. Οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν δηλαδή, όσον αφορά τα γνωστικά σχήματα. Οι **άνδρες πιστεύουν** ότι **ασκούν περισσότερο έλεγχο** στην ασθένειά τους από τις γυναίκες. Αυτό που επιπλέον ελέγξαμε με την έρευνα είναι η συμμεταβολή των δύο (2) μεταβλητών που μελετώνται, της **υγείας** και των πέντε (5) **γνωστικών σχημάτων**. Ο έλεγχος **συσχετίσεων** του Pearson αναζητά αν υπάρχει συσχέτιση, αναλογία, ανάμεσα στις τιμές δύο μεταβλητών, ποιοτικών ή ποσοτικών. Κάνοντας την στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι όσον αφορά την πρώτη εξαρτημένη μεταβλητή, την **γενική υγεία**, υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις συγκρίσεις της με δύο μόνο ανεξάρτητες μεταβλητές, το σχήμα της εξάρτησης και το σχήμα της ευπάθειας. Το συμπέρασμα που καταλήγουμε είναι πως όσο πιο εξαρτημένο από τους άλλους και ευπαθές είναι το άτομο, τόσο πιο άσχημη υγεία γενικά έχει. Στη συνέχεια, έγινε η σύγκριση των μεταβλητών με την **σωματική υγεία**. Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι όσο πιο ευπαθές είναι το άτομο, δηλαδή, όσο πιο πολύ έχει την πεποίθηση ότι είναι ανίκανο να εμποδίσει τις καταστροφές, οι οποίες μπορεί να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή, τόσο περισσότερο κακό μπορεί να κάνει στην σωματική του υγεία, ενώ το ίδιο ισχύει και για την ψυχολογική υγεία. Και στην τελευταία εξαρτημένη μεταβλητή, τη **ψυχική υγεία**, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις συγκρίσεις με δύο μεταβλητές, το σχήμα της **εξάρτησης** και το σχήμα της ευπάθειας. **Ερμηνεύοντας το ψυχολογικά** μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς με τέτοια σχήματα, δεν ήταν ποτέ αυτόνομοι, δεν είχαν την ικανότητα να διαχωριστούν από την οικογένειά τους και να λειτουργήσουν ανεξάρτητα σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Οι ασθενείς με σχήματα σε αυτή την κατηγορία έχουν προσδοκίες από τον εαυτό τους και τον κόσμο, οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα τους να διαχωρίσουν τον εαυτό τους από τους γονείς και να λειτουργήσουν ανεξάρτητα και επιτυχημένα. Οι οικογένειες τους εμπλέκονταν υπερβολικά στη ζωή τους, υπονόμευαν την αυτοπεποίθηση τους, ήταν υπερπροστατευτικοί και απέτυχαν να τους ωθήσουν να

λειτουργήσουν αυτόνομα εκτός οικογένειας. **Τέτοιοι παράγοντες και γνωστικές δομές** μπορούν να **εμποδίσουν την ικανότητα του ατόμου** να λειτουργήσει και να δημιουργήσει υγιείς σχέσεις στη ζωή, καθώς και **να αποκτήσει πεποιθήσεις που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την ασθένειά του**, δραστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου και καταστροφικές πεποιθήσεις για την κατάσταση της υγείας και της ασθένειας. **Οι χρόνιοι ασθενείς** κατασκευάζουν τις προσωπικές τους πραγματικότητες και δημιουργούν τα δικά τους αντιπροσωπευτικά μοντέλα για τον εαυτό τους, τους άλλους και τον κόσμο.

Όσον αφορά τους ευπαθείς ασθενείς, μπορούμε να αναφερθούμε στην πεποίθηση τους ότι είναι ανίκανοι να εμποδίσουν τις καταστροφές και ότι οι καταστροφές μπορεί να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή. Τέτοιες προσδοκίες υπογραμμίζουν συναισθήματα άγχους και αδυναμίας για το μέλλον. Έχοντας αποκτήσει ένα τέτοιο σχήμα, όπως η **ευπάθεια**, ένας χρόνιος ασθενής ζει με άγχος και ανησυχία για την κατάσταση της υγείας του, σκέφτεται, νιώθει, ενεργεί και σχετίζεται με τους άλλους καταπιέζοντας και αποσύροντας τα δικά του συναισθήματα. Εδώ δίνεται υπερβολική έμφαση στην καταπίεση των αυθόρμητων συναισθημάτων, παρορμήσεων και επιλογών του ατόμου και στην συμμόρφωση εσωτερικευμένων ρόλων και προσδοκιών για ηθική συμπεριφορά συχνά εις βάρος της έκφρασης, της χαλάρωσης, των στενών σχέσεων και της υγείας. Η οικογένεια εδώ είναι αυστηρή, απαιτητική και μερικές φορές τιμωρητική. Η απόδοση, το καθήκον, η τελειότητα και η συμμόρφωση με τους κανόνες, η μη- έκφραση συναισθημάτων και η αποφυγή λαθών υπερισχύουν της διασκέδασης και της χαράς. Υπάρχει συνήθως ένα κλίμα απαισιοδοξίας και ανησυχίας ότι τα πράγματα μπορεί να διαλυθούν ανά πάσα στιγμή εάν κάποιος δεν είναι προσεκτικός και σε ετοιμότητα συνεχώς.

Στις σύγχρονες κοινωνίες οι χρόνιοι ασθενείς διάγουν συνθήκες και όρους ύπαρξης και διαβίωσης που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής. Η κατάσταση της ασθένειας οφείλει να ερευνάται και να αναλύεται σε όλες τις όψεις της κοινωνικής ζωής και ιδιαίτερα της καθημερινής ζωής των ανθρώπων που ζουν μαζί και υπό το βάρος της αρρώστιας. Για την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων, οι υπηρεσίες υγείας παρέχουν σήμερα υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε σταθερή βάση προς τους χρόνιους ασθενείς, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι η αναπτυσσόμενη θεραπευτική σχέση μεταξύ του προσωπικού υγείας και των ασθενών. Βασικές παράμετροι της θεραπευτικής σχέσης αποτελούν αφενός η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού

έργου και αφετέρου η ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και συνακόλουθα η συμβολή της στη βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ασθενούς. Σε αυτή την περίπτωση, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται τόσο στην ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση όσο και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Σαρρής. Γούλα. Γκιόκα. Σούλης. 2008).

Μελλοντικές μελέτες καλό θα ήταν να συμπεριλαμβάνουν όσο πιο αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης γίνεται, μεγάλα δείγματα χρόνιων ασθενών και να διερευνηθούν διεξοδικά παράγοντες που θεωρείται ότι παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη των σχημάτων στην παιδική και εφηβική ηλικία, όπως η προσωπικότητα μεμονωμένα, οι κοινωνικές σχέσεις και η κοινωνική αποδοχή, και γενικότερα το περιβάλλον και αν αυτοί οι παράγοντες προβλέπουν πλευρές της υγείας, ψυχικής και σωματικής και ευζωίας. Επιπλέον, θα ήταν σημαντικό να διερευνηθούν περισσότερο χρόνιες ασθένειες μεμονωμένα (π.χ. ο διαβήτης), και πώς επηρεάζεται η προσαρμογή των ασθενών με την συγκεκριμένη χρόνια πάθηση και η υποκειμενική τους υγεία από τα σχήματα και τις γνωστικές του κατασκευές. Επίσης, σημαντικό είναι να εξεταστεί αν υπάρχουν αιτιακές σχέσεις ανάμεσα στα γνωστικά σχήματα και στις χρόνιες παθήσεις. Θα μπορούσε να διερευνηθεί αν οι συσχετίσεις μεταξύ των δύο συγκεκριμένων μεταβλητών (π.χ. όσον αφορά το σχήμα εξάρτησης και σωματική υγεία, θα μπορούσε να ερευνηθεί αν η γνωστική κατασκευή αυτή που δημιουργείται στην παιδική ηλικία είναι η αιτία της ανάπτυξης κάποιου χρόνιου νοσήματος στην ενήλικη ζωή και της επιβράδυνσης της σωματικής υγείας γενικότερα), σημαίνουν ότι η μία είναι η αιτία και η άλλη το αποτέλεσμα.

Περιορισμοί

Πολλές έρευνες, όπως και η παρούσα έρευνα, πάσχουν από μεθοδολογικά προβλήματα που καθιστούν δύσκολη την εξαγωγή ακλόνητων συμπερασμάτων και περιορίζουν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται τα **μικρά δείγματα**, τα μεγάλα ποσοστά άρνησης για συμμετοχή στην έρευνα και μη ακριβείς αξιολογήσεις αυτών που εκλέχθηκαν και προσεγγίστηκαν για να συμμετέχουν, έλλειψη αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων. Στην παρούσα έρευνα το συνολικό δείγμα των ατόμων από το οποίο συλλέχθηκαν τα δεδομένα δεν ήταν αρκετά μεγάλο σε αριθμό, καθώς μόνο 127 άτομα συμμετείχαν σ' αυτήν. Μία άλλη αξιοσημείωτη δυσκολία είναι η **ανομοιογένεια ως προς το φύλο**, αφού το 63.8% του δείγματος ήταν άντρες (81 άνδρες) και το 36.2% (46 γυναίκες) ήταν γυναίκες. Η διαφορά που παρατηρείται είναι αρκετά μεγάλη (συμμετείχαν σχεδόν διπλάσιοι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες). Επιπλέον, η αξιολόγηση των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα βασίστηκε μόνο στις **αυτοαναφορές** των συμμετεχόντων, στις σκέψεις και απόψεις που είχαν οι ασθενείς για την ασθένειά τους και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους. Ακόμη, οι συμμετέχοντες που συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια ήταν βέβαια χρόνιοι ασθενείς, ωστόσο δεν έγινε κάποιος **διαχωρισμός των ασθενειών** ώστε να βρεθεί και να αξιολογηθεί ίδιος αριθμός ασθενών για κάθε χρόνια ασθένεια. Έτσι, επιλέχθηκαν οι χρόνιοι ασθενείς τυχαία χωρίς να λαμβάνουμε κάθε φορά υπόψη από ποια χρόνια ασθένεια πάσχουν, με αποτέλεσμα να υπάρχει **δυσαναλογία ως προς τα είδη των νοσημάτων** (υπάρχουν στο δείγμα περισσότεροι ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις). Γι' αυτό το λόγο γνωρίζουμε μόνο ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα σχήματα και στην εμπειρία των χρόνιων ασθενών γενικά, ανεξάρτητα όμως από την ασθένεια. Έτσι, δεν μπορούν να βρεθούν διαφορές μεταξύ των διαφόρων χρόνιων ασθενειών των ατόμων. Ένας άλλος περιορισμός που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι **η έρευνα αυτή είναι συναφειακή** και για αυτό τα όποια αποτελέσματα δεν μπορούν να εκληφθούν ως αιτιακές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Το γεγονός ότι βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ δύο συγκεκριμένων μεταβλητών δεν σημαίνει ότι η μία είναι η αιτία και η άλλη το αποτέλεσμα. Απλά η μία μπορεί να μεταβάλλεται και με αυτό τον τρόπο να αποτελεί αρωγό στην συμμεταβολής της δεύτερης μεταβλητής. Οπότε, οι συσχετίσεις που

βρέθηκαν δεν σημαίνουν αιτιακές σχέσεις. Επιπλέον, αυτό που θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα είναι η συλλογή δεδομένων που έγινε από τους φοιτητές μετά από λεπτομερή ενημέρωση για τη διαδικασία χορήγησης του ερωτηματολογίου. Υπάρχει πιθανότητα **να μην χορηγήθηκαν με τον ίδιο τρόπο** τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες. Έτσι, είναι φυσικό να αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματα δεν θα μπορούσαν σε καμία περίπτωση να γενικευτούν με ασφάλεια στο γενικότερο πληθυσμό.

Βιβλιογραφία

- Calvete E. Estevez A. Corral S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy 45, 791–804*
- Clemmey P. A. Nicassio P. N. (1997). Illness self-schemas in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients. *Journal of behavioural medicine, Vol. 20, No. 3*
- Dougherty Wright M. O'. Crawford E. Del Castillo D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect 33. 59–68*
- Feigin R. Barnetz Z. Davidson-Arad B. (2008). Quality of Life in Family Members Coping With Chronic Illness in a Relative: An Exploratory Study. Families, Systems, & Health. *American Psychological Association. Vol. 26, No. 3, 267–281*
- Gibson S. J. Helme R. D. (2000). Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain 85 375-383*
- Graham R. Kremer J. Wheeler G. (2008). Physical Exercise and Psychological Well-being among People with Chronic Illness and Disability: A Grounded Approach. *Journal of Health Psychology. 13 447*
- Guyatt G. H. Feeny D. H. Patrick D. L. (1993). Measuring Health-related Quality of Life. Basic Science Review. *Annals of Internal Medicine 118 622-629.*
- Guzman S. J. Nicassio P. M. (2003). The Contribution of Negative and Positive Illness Schemas to Depression in Patients With End-Stage Renal Disease. *Journal of Behavioral Medicine, Vol. 26, No. 6*
- Heurtin - Roberts S. (1993). High-Pertension-The Uses Of A Chronic Illness For Personal Adaptation. *Social Science Med. Vol. 37, No. 3, pp. 285-294*

- Huber A. Suman A. L. Biasi G. Carli G. (2008). Predictors of psychological distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: Two sides of the same coin?. *Journal of Psychosomatic Research 64 169–175*
- Juth V. Smyth J. M. Santuzzi A. M. (2008). How Do You Feel?: Self-esteem Predicts Affect, Stress, Social Interaction, and Symptom Severity during Daily Life in Patients with Chronic Illness. *Journal of Health Psychology 13; 884*
- Karademas E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being - The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences 40. 1281–1290*
- Karademas E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being-Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences 43 277–287*
- Karademas E. C. Bakouli A. Bastounis A. Kallergi F. Tamtami P. Theofilou M. (2008). Illness Perceptions, Illness-related Problems, Subjective Health and the Role of Perceived Primal Threat: Preliminary Findings. *Journal of Health Psychology*
- Kasckowa J. W. Twamleyc E. Mulchahey J. J. Carrolla B. Sabaia M. Strakowskia S. M. Patterson T. Jeste D. V. (2001). Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. *Psychiatry Research 103 69-78*
- Kilian R. Matschinger H. Angermeyer M. C. (2001). Assessment the Impact of Chronic Illness on Subjective Quality of Life: A Comparison between General Population and Hospital Inpatients with Somatic and Psychiatric Diseases. *Clinical Psychology and Psychotherapy. 8, 206–213*
- Lampinen P. Heikkinen R. L. Kauppinen M. Heikkinen E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health. 10 454–466.*
- Lee C. W. Taylor G. Dunn J. (1999). Factor Structure of the Schema Questionnaire Large Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research Vol. 23. No. 4. pp. 441-451*

- Li C. Ford E. S. Zhao Guixiang. Mokdad A. H. (2009). Associations of health risk factors and chronic illnesses with life dissatisfaction among U.S. adults: *The Behavioral Risk Factor Surveillance System. Preventive Medicine 49 253–259*
- Lobbestael J. Arntz A. Lobbes A. Cima M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*
- Naus M. J. Ishler M. D. Parrott C. E. Kovacs Stephanie A. (2009). Cancer Survivor Adaptation Model: Conceptualizing Cancer as a Chronic Illness. *Journal of clinical psychology*, Vol. 65(12), 1350-1359
- Nordahl H. M. Holthe H. Haugum J. A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief?. Clinical Psychology and Psychotherapy Clin. *Psychol. Psychother. 12, 142–149*
- Oei Tian P. S. Baranoff J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues Australian. *Journal of Psychology, Vol. 59, No. 2 pp. 78 – 86.*
- Oliver J. Juxley P. Bridges K. Mohamad H. (1997). Quality of life and mental health services. *Anthony Lehman*
- Petrocelli J. V. Glaser B. A. Calhoun G. B. Campbell L. F. (2001). Cognitive Schemas As Mediating Variables of the Relationship Between the Self-Defeating Personality and Depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 23, No. 3*
- Ratto C. L. Capitano D. L. (1999). New Directions for Cognitive Therapy: A Schema-Focused Approach. *Cognitive and Behavioral Practice 6, 68-73*
- Rijkeboer M. M. Huub van den Bergh. Jan van den Bout. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry 36 129–144*

- Rijkeboer M. M. De Boo G. M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal. Behavior Therapy & Experimental Psychiatry. 41 102–109*
- Riso L. P., Froman S. E. Raouf M. Gable P. Maddux R. E. Turini-Santorelli N. Penna S. Blandino Jaime A. Jacobs C. H. Cherry M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 30. No. 4
- Rolland J. S. (1987). Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. *Fam Proc 26:203-221*
- Stallard P. (2007). Early Maladaptive Schemas in Children: Stability and Differences Between a Community and a Clinic Referred Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy 14, 10–18*
- Stopa L. Waters A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: Short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 78, 45–57*
- The introduction of a mental health component into primary health care. (1990). *World Health Organization. Geneva*
- Thimm J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms, *Journal Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry 41, 52–59*
- Von Peter S. (2010). The Temporality of ‘‘Chronic’’ Mental Illness. *Cult Med Psychiatry 34:13–28*
- Wang C. E. A. Halvorsen M. Eisemann M. Waterloo K. (2010). Stability Of Dysfunctional Attitudes And Early Maladaptive Schemas: A 9-Year Follow-Up Study Of Clinically Depressed Subjects. *Department of Psychology, University of Tromso*
- Young J. E. Klosko J. S. Weishaar M. E. (2003). Schema therapy- A practitioner’s guide. *the Guilford Press*
- Καραδήμας Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας- Θεωρία και κλινική πράξη. *Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος*

- Ρούσσος Π. Λ. Τσαούσης Γ. (2006). Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες. *Ελληνικά γράμματα. Αθήνα*
- Σαρρής Μ. Γούλα Α. Γκιόκα Β. Σούλης Σ. (2008). Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 25(2):201-208*