

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ  
ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ»**

**“STRESS AND HOW IT IS REALIZED BY THE VARIOUS MODELS  
OF PERSONALITY AND PSYCHOPATHOLOGY”**

ΧΑΤΖΗΦΩΤΙΟΥ ΧΑΡΟΥΛΑ  
Α.Μ. 2472  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:Ι.ΝΕΣΤΟΡΟΣ  
ΡΕΘΥΜΝΟ 2015

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>	<b>4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Ψυχαναλυτική θεωρία- Freud S. &amp; Freud Anna .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Σχισματικοί</b>	
<b>1.2.1 Adler .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.2 Jung .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Νεοφρουδιστές .....</b>	<b>17</b>
<b>1.3.1 Erikson .....</b>	<b>17</b>
<b>1.3.2 Horney.....</b>	<b>23</b>
<b>1.3.3 Sullivan.....</b>	<b>24</b>
<b>1.4. Συμπεριφορική θεραπεία .....</b>	<b>25</b>
<b>1.4.1 Pavlov .....</b>	<b>25</b>
<b>1.4.2 Watson .....</b>	<b>26</b>
<b>1.4.3 Skinner .....</b>	<b>27</b>
<b>1.4.4 Bandura .....</b>	<b>28</b>
<b>1.4.5 Wolpe .....</b>	<b>29</b>
<b>1.5. Γνωσιακή Συμπεριφορική θεραπεία .....</b>	<b>31</b>
<b>1.5.1 Ellis-Λογικο-θυμική θεραπεία .....</b>	<b>32</b>
<b>1.5.2 Beck- Γνωσιακή ψυχοθεραπεία .....</b>	<b>36</b>

1.5.3 Η άσκηση στην αντιμετώπιση του άγχους .....	37
1.5.4 Γνωστική θεραπεία για τη διαταραχή του άγχους αποχωρισμού ...	38
1.6. Ανθρωπιστική θεωρία –Rogers .....	39
1.7. Βιολογική προσέγγιση .....	43
1.8. Συνθετικό μοντέλο .....	44
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΜΕΓΑΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΟΥ DSM .....</b>	<b>48</b>
2.1. Προσβολές πανικού .....	48
2.2. Αγοραφοβία .....	50
2.3. Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία .....	50
2.4. Φοβίες .....	58
2.4.1 Ειδική φοβία .....	59
2.4.2 Κοινωνική φοβία .....	61
2.5. Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή .....	66
2.6. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες .....	72
2.7. Διαταραχή από οξύ στρες .....	76
2.8. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή .....	79
2.9. Αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε ιατρική κατάσταση .....	82
2.10. Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες .....	84
2.11. Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς .....	87
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....</b>	<b>88</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>89</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άγχος, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμα και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί προσπαθώντας να ερμηνεύσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και να καθορίσουν τα αίτια εμφάνισης του άγχους. Από τον Freud μέχρι το σημερινό συνθετικό μοντέλο πολλές ψυχοθεραπευτικές θεραπείες έχουν προταθεί, η καθεμία με τις δικές της τεχνικές για να βοηθήσει τον άτομο να απαλλαγεί από το άγχος. Στη βασική τους φιλοσοφία για τη φύση του ανθρώπου οι συμπεριφορικές και ψυχαναλυτικές θεωρίες δείχνουν εκ πρώτης όψεως, να διαφωνούν από τις γνωστικές, την προσωπο-κεντρική και τις υπαρξιακές για το αν η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι προκαθορισμένη ή αν διαμορφώνεται. Καμία θεωρία δεν είναι απολύτως κάθετη στην άποψη της όλες δέχονται ότι υπάρχουν παράγοντες που καθορίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η διαφορά τους έγκειται στην έμφαση που δίνει κάθε μια στους παράγοντες αυτούς. Όλες όμως συμφωνούν ότι ο άνθρωπος μπορεί να αλλάξει. Για αυτό εξάλλου προτείνουν διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι προσεγγίσεις αυτές χρησιμοποιούνται ευρέως σε άτομα που πάσχουν από *παθολογικό άγχος* και παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές. Άτομα δηλαδή, στα οποία το άγχος του (κλινικό πλέον) τους δημιουργεί συμπτώματα τα οποία τα καθιστούν δυσλειτουργικά στην καθημερινότητα τους αλλά και στον σχεδιασμό του μέλλοντος τους. Με την κατάλληλη διαφοροδιάγνωση, την επιλογή των πιο στοχευμένων τεχνικών θεραπείας για την κάθε περίπτωση, με τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού κλίματος μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και με την αμφοτέρη προσπάθεια τους, ο πελάτης θα ξεπεράσει τις όποιες δυσκολίες του.

Λέξεις-κλειδιά: *ψυχοθεραπευτικές θεραπείες, συνθετικό μοντέλο, παθολογικό άγχος, αγχώδεις διαταραχές*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το κλινικό άγχος και πώς το αντιλαμβάνονται οι διάφορες θεωρίες ψυχοθεραπείας που έχουν αναπτυχθεί στον χώρο της ψυχολογίας και σε τι είδους ψυχοπαθολογία αυτό οδηγεί. Η καθεμία από αυτές έχει διαφορετική άποψη για τη φύση του ανθρώπου, για τη θεραπευτική διαδικασία και για τις τεχνικές που πρέπει να χρησιμοποιηθούν ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αλλαγή της συμπεριφοράς. Οι διάφορες θεωρίες έχουν προσεγγίσει την προσωπικότητα τονίζοντας περισσότερο την εξέλιξη της παρά τη δομή της.

Σχετικά με την εξέλιξη της προσωπικότητας, οι περισσότεροι αν όχι όλοι οι θεωρητικοί, αποδίδουν τεράστια σημασία στις πρώιμες παιδικές εμπειρίες. Άλλοι μεν(π.χ. ψυχαναλυτικές θεωρίες) συνδέουν και ερμηνεύουν την τωρινή συμπεριφορά με βάση τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και άλλοι (π.χ. ανθρωπιστικές θεωρίες) ενδιαφέρονται γι' αυτές μόνο στο μέτρο που θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν μια παρούσα κατάσταση, οπωσδήποτε όμως δε θεωρούν ότι η τωρινή συμπεριφορά είναι συνέχεια ή συνδέεται άμεσα με την παιδική ηλικία. Επίσης, όλες οι θεωρίες συμφωνούν πως ο άνθρωπος παρακινείται από εσωτερικές ή εξωτερικές ανάγκες, τις οποίες πρέπει να ικανοποιήσει. Όλες συμφωνούν στη σπουδαιότητα του περιβάλλοντος στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Οι διαφορίες τους βρίσκονται στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύουν τις αλληλεπιδράσεις του ανθρώπου με το περιβάλλον. Η συμπεριφοριστική και η ψυχαναλυτική κατεύθυνση πιστεύουν πως η εξέλιξη της προσωπικότητας στηρίζεται στις συχνά ασυνείδητες αντιδράσεις του ανθρώπου στα διάφορα ερεθίσματα. Η συμπεριφορά του παρακινείται από την ανάγκη να ικανοποιηθούν εσωτερικές ανάγκες και ορμές. Όμως ο άνθρωπος δεν ελέγχει πάντα συνειδητά τη συμπεριφορά του. Βέβαια, η ανθρωπιστική, η λογικο-θυμική και η ατομική (Adler) θεωρία υποστηρίζουν ότι ο άνθρωπος παρακινείται από εσωτερικές ανάγκες αλλά τις ελέγχει. Ο άνθρωπος, σύμφωνα με τις θεωρίες αυτές, λειτουργεί ενεργά στο περιβάλλον του, δεν αντιδρά μόνο σε αυτό.

Η έννοια του εαυτού κατέχει κεντρική θέση στην ανθρώπινη προσωπικότητα και όλοι οι θεωρητικοί αναγνωρίζουν την σπουδαιότητα της. Για τον Freud και του οπαδούς του η έννοια του Εγώ είναι εκείνη που αντιπροσωπεύει τον εαυτό. Για τους ανθρωπιστές και τους γνωστικούς είναι ο εαυτός ή η έννοια του εαυτού ή το Εγώ. Μόνο οι συμπεριφοριστές δεν αποδίδουν τόση σημασία στην έννοια του εαυτού για την ερμηνεία που δίνουν στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η προβληματική συμπεριφορά έχει τις ρίζες της στις πρώιμες παιδικές εμπειρίες. Σε αυτό συμφωνούν οι θεωρητικοί. Εκεί που οι απόψεις τους δεν συγκλίνουν είναι στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύουν την προβληματική συμπεριφορά. Για τον Freud και τους οπαδούς του η προβληματική συμπεριφορά οφείλεται στην αδυναμία του Εγώ να αντιμετωπίσει θετικά και εποικοδομητικά κάποιες δύσκολες καταστάσεις. Για πολλούς άλλους θεωρητικούς η προβληματική συμπεριφορά απορρέει από τον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται(άρα και ερμηνεύει) τις διάφορες εμπειρίες του. Οι θεωρίες της μάθησης διαφέρουν από τις προηγούμενες ως προς την ερμηνεία τους στο άγχος. Οι συμπεριφοριστές πιστεύουν ότι η προβληματική συμπεριφορά μαθαίνεται γιατί αμείφθηκε σε κάποιες περιόδους της ζωής του ανθρώπου.

Οι διάφορες θεωρίες συμφωνούν ως προς τον τελικό στόχο της συμβουλευτικής διαδικασίας, που είναι να διευκολύνει κάποιες αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η διαφορά των θεωριών ως προς τους στόχους της ψυχοθεραπείας βρίσκεται κυρίως στο πόσο

γενικοί ή πόσο συγκεκριμένοι είναι οι τελικοί στόχοι που θέτουν. Ενώ η ψυχανάλυση, η ατομική, η υπαρξιακή, η προσωπο-κεντρική θεραπεία θέτουν ευρύτερους και γενικότερους στόχους(όπως είναι η αυτογνωσία, η ατομική ευθύνη κτλ), η συμπεριφοριστική είναι πολύ πιο συγκεκριμένη στους στόχους που θέτει και στην ακριβή διαδικασία που θα ακολουθήσει για να τους πετύχει. Άλλη διαφορά βρίσκεται στο ότι, ενώ οι ψυχοδυναμικές και οι ανθρωπιστικές θεωρίες θέτουν όμοιους στόχους για όλους τους ανθρώπους που ζητούν θεραπεία, οι συμπεριφοριστές και μερικές γνωστικές(λογικο-θυμική) θεωρίες θέτουν διαφορετικούς στόχους για κάθε άνθρωπο, ανάλογα με τη δυσκολία που αυτός επιθυμεί να ξεπεράσει.

Τέλος , όλες οι θεωρίες συμφωνούν και ορίζουν τη γνησιότητα, την ωριμότητα, την ενσυναίσθηση ως βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του καλού ψυχοθεραπευτή. Όλες τονίζουν την σπουδαιότητα της ικανότητας του ψυχοθεραπευτή να δημιουργεί μια ατμόσφαιρα αποδοχής, ασφάλειας και εμπιστοσύνης, ένα θερμό και αποδεκτικό κλίμα για να βοηθηθεί ο πελάτης να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Οι περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές για να επιτύχουν τους στόχους τους. Με μόνη εξαίρεση την προσωπο-κεντρική και ίσως και την υπαρξιακή κατεύθυνση, όλες οι άλλες ψυχοθεραπείες χρησιμοποιούν τεχνικές πρωτότυπες ή τεχνικές που χρησιμοποιεί η κατεύθυνση από την οποία έχουν επηρεαστεί.

Οι θεωρίες που παρατίθενται αποτελούν ένα μικρό δείγμα της πληθώρας των θεραπειών ψυχοθεραπείας που έχουν αναπτυχθεί. Η ύπαρξη τόσων πολλών και διαφορετικών μεταξύ τους θεωριών αποδεικνύει την ανεπάρκεια της κάθε μιας ξεχωριστά να προβλέψει και να ερμηνεύσει όλες τις πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Το πρόβλημα αυτό έρχεται να επιλύσει το Συνθετικό μοντέλο το οποίο συνθέτει όλες τις σχολές ψυχοθεραπείας σε ένα ενοποιημένο μοντέλο δημιουργώντας την καλύτερη πρόταση αγγόλυσης. Στο συνθετικό μοντέλο έχει επικρατήσει να θεωρούνται σαν ειδικά για τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία μόνο τα χαρακτηριστικά εκείνα που είναι κοινά σε όλες τις ψυχοθεραπείες και σαν μην ειδικά τα σημεία αυτά που διαφέρουν από ψυχοθεραπεία σε ψυχοθεραπεία και αποτελούν κατά πάσα πιθανότητα απλά επιφαναινόμενα της ψυχοθεραπευτικής τεχνικής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του άγχους σε κάθε μεγάλη διαγνωστική κατηγορία του DSM. Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου-οπότε έχουμε και κάποια αγχώδη διαταραχή. Παρουσιάζονται λοιπόν οι αγχώδεις διαταραχές, η συνύπαρξη του άγχους και των αγχογόνων συμπτωμάτων με άλλες διαταραχές αλλά και η διαφοροδιάγνωση τις καθεμίας από τις υπόλοιπες διαταραχές που έχει μελετήσει ο κλάδος της ψυχολογίας. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Οι ειδικές(ή απλές)φοβίες είναι πιο συχνές από αυτές, αλλά άτομα με φοβίες σπάνια αναζητούν θεραπεία. Η διαταραχή πανικού και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή είναι οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές στα άτομα που ζητούν θεραπεία. Τέλος προτείνονται θεραπείες για καθεμία από αυτές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1-ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

### 1.1 FREUD-ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud παρουσίασε και όρισε τρία επίπεδα συνείδησης στον άνθρωπο: το ασυνείδητο, το προσυνείδητό, και το συνείδητό βοηθώντας στην κατανόηση της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς(Freud, 1900).

Το ασυνείδητο αποτελεί ένα μεγάλο μέρος του ανθρώπινου ψυχισμού για το οποίο ο ίδιος ο άνθρωπος δεν έχει επίγνωση. Περιλαμβάνει τις βασικές ορμές ψυχικής ενέργειας καθώς και γεγονότα, επιθυμίες και παρορμήσεις. Ασυνείδητα συναισθήματα, ασυνείδητες σκέψεις ή/και ιδέες, ασυνείδητες αντιλήψεις, ασυνείδητες αντιδράσεις, συμπλέγματα, φοβίες και κρυφούς πόθους και επιθυμίες που έχουν αποθηκευτεί από τη συνείδηση και τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας τις ο άνθρωπος έχει λησμονήσει. Το ασυνείδητο είναι παρόν κατά τη γέννηση και υπάρχει σε όλη τη ζωή του ανθρώπου λειτουργώντας πάντα ως μια μεγάλη κινητήρια δύναμη στη ζωή του. Το σύστημα του ασυνείδητου είναι ένα δυναμικό σύστημα(Kaplan et al.,1996).

Σύμφωνα με τον Freud στην έκδοση της Ερμηνευτικής των ονείρων το 1900 , το ασυνείδητο είναι στενά συνδεδεμένο με τις ενστικτικές ενορμήσεις. Εκείνη την εποχή θεωρείτο ότι τα ένστικτα συνίσταντο σε σεξουαλικές ενορμήσεις και σε ενορμήσεις αυτοσυντήρησης και επίσης ότι το ασυνείδητο περιείχε κυρίως τις ψυχικές αναπαραστάσεις και τα παράγωγα του σεξουαλικού ενστίκτου. Όσον αφορά το περιεχόμενο του ασυνείδητου πραγματεύεται τις επιθυμίες που ζητούν εκπλήρωση. Αυτές οι ίδιες επιθυμίες είναι η κινητήρια δύναμη για τον σχηματισμό ονείρων και για την εκδήλωση νευρωτικών συμπτωμάτων. Το σύστημα του ασυνείδητου έχει ως πρωταρχικό στόχο τη διευκόλυνση της εκπλήρωσης της επιθυμίας και τη διευκόλυνση της ενστικτικής εκφόρτισης. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται σκέψη της πρωτογενούς διαδικασίας και περιφρονεί τις λογικές συνδέσεις, δεν κατανοεί τον χρόνο , θεωρεί τις επιθυμίες σαν να ήταν η εκπλήρωση τους ,επιτρέπει την ταυτόχρονη ύπαρξη αντιφατικών ιδεών και αρνείται την ύπαρξη των αρνητικών. Τα περιεχόμενα του ασυνείδητου μπορούν να γίνουν συνειδητά μόνο εάν περάσουν μέσα από το προσυνείδητό όπου αφού εξουδετερωθούν οι

λογοκριτές, θα επιτραπεί στα στοιχεία του ασυνείδητου να μπουν στη συνείδηση(Freud,1900).

Το προσυνειδητό είναι η «λογοκρισία», από την οποία περνούν όλες οι αναμνήσεις του ασυνείδητου για να αποφασιστεί αν θα συνεχίσουν την πορεία τους προς την συνείδηση ή αν , απωθηθούν στο ασυνείδητο. Εννοιολογικά, το προσυνειδητό συνορεύει τόσο με την περιοχή του ασυνείδητου όσο και με την περιοχή του συνειδητού. Περιλαμβάνει τα ψυχικά γεγονότα, ψυχικές διαδικασίες και τα ψυχικά περιεχόμενα που μπορούν να γίνουν αντιληπτά μέσω της εστίασης της προσοχής. Ο τύπος της ψυχικής δραστηριότητας που συνδέεται με το προσυνειδητό, ονομάζεται σκέψη δευτερογενούς διαδικασίας. Αυτή η σκέψη αποσκοπεί στην αποφυγή της δυσαρέσκειας, στην καθυστέρηση της ενστικτικής εκφόρτισης και στη δέσμευση της ψυχικής ενέργειας προς μια κατεύθυνση που να συμφωνεί με τις απαιτήσεις της εκάστοτε εξωτερικής πραγματικότητας και με τους ηθικούς κανόνες και αξίες του ατόμου(Freud,1900).

Το συνειδητό επίπεδο περιλαμβάνει όλα αυτά των οποίων ο άνθρωπος έχει επίγνωση σε σχέση με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Το μέρος του ψυχισμού στο οποίο αποκτάται επίγνωση των αντιληπτικών ερεθισμάτων , τα οποία έρχονται είτε από τον εξωτερικό κόσμο ή από το εσωτερικό του οργανισμού. Τα μόνα στοιχεία όμως που μπορούν να εισέλθουν στη συνείδηση είναι τα στοιχεία που προέρχονται από το προσυνειδητό. Το υπόλοιπο του ψυχισμού είναι εκτός επίγνωσης(Freud,1900). Ενώ στην αρχή ο Freud υποστήριζε τη διάσπαση αυτή σε ασυνείδητες και συνειδητές αντιδράσεις τις σπουδαιότερες έννοιες της ψυχανάλυσης αργότερα άλλαξε τον τρόπο που τις χρησιμοποιούσε(Freud, 1919).

Στο βιβλίο του το Εγώ και το Εκείνο (1923) εγκατέλειψε αυτή την ταξινόμηση καθώς άρχισε να μιλάει για την δομή της προσωπικότητας και τον χωρισμό της σε τρία μέρη: το Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ και στη μεταξύ τους δομική σχέση. Στο τριμερές αυτό δομικό μοντέλο, τα τρία αυτά επίπεδα της προσωπικότητας είναι αλληλένδετα και αλληλοεξαρτώμενα. Η libido ,που σύμφωνα με τον Freud, είναι «η δύναμη μέσω της οποίας τα σεξουαλικά ένστικτα αντιπροσωπεύονται μέσα στον ψυχισμό» αποτελεί την ψυχική ενέργεια που ενεργοποιεί και παρακινεί τον άνθρωπο και επενεργεί και στα τρία αυτά επίπεδα. Κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα ελέγχει τα άλλα δύο και ο έλεγχος που ασκεί εξαρτάται από τον τρόπο που η libido είναι μοιρασμένη σε αυτά.

Το Εκείνο περιλαμβάνει ό,τι έχει κληρονομήσει ο άνθρωπος με τη γέννηση του(Freud, 1938). Αποτελεί το ασυνείδητο μέρος της προσωπικότητας αλλά δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν



συνώνυμο του ασυνείδητου, γιατί τόσο το Εγώ όσο και το Υπερεγώ έχουν ασυνείδητες συνιστώσες(Freud,1923). Αποτελείται από τις ακαλλιέργητες ενστικτικές ενορμήσεις με τις οποίες γεννιέται ο άνθρωπος. Η λειτουργία του έγκειται στο να παρέχει την ψυχική ενέργεια που κάνει τον άνθρωπο να θέλει να ζήσει. Κάτι τέτοιο μπορεί να έχει δυο κατευθύνσεις: είτε προς μια εποικοδομητική ερωτική και συναισθηματική συμπεριφορά είτε προς μια επιθετική και καταστρεπτική. Δηλαδή το Εκείνο λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της ευχαρίστησης και το ένστικτο της καταστροφής. Ο Freud πίστευε πως σε περιπτώσεις ιδανικής προσαρμογής οι δύο αυτές ορμητικές κατευθύνσεις μπορούν να αλληλεπιδράσουν με τέτοιο τρόπο ώστε να εξουδετερώσουν τις πρωτόγονες εκφράσεις τους.

Το Εγώ σε αντίθεση με το Εκείνο που είναι ήδη ανεπτυγμένο από την γέννηση αναπτύσσεται από την γέννηση και μετά. Λειτουργεί με βάση την αρχή της πραγματικότητας. Προσπαθεί να συμμορφώσει τις ορμές του Εκείνου στις απαιτήσεις της πραγματικότητας. Είναι το εκτελεστικό όργανο της ψυχής και ελέγχει την κινητικότητα, την αντίληψη, την επαφή με την πραγματικότητα και μέσω των αμυντικών μηχανισμών που διαθέτει, την καθυστέρηση και τη διαμόρφωση της έκφρασης των ενορμήσεων. Περιλαμβάνει λειτουργίες όπως τη λογική σκέψη, την επίλυση προβλημάτων και την εποικοδομητική και δημιουργική σκέψη. Αναγνωρίζει ότι σε πολλές περιπτώσεις, η ευχαρίστηση πρέπει να αναβληθεί για κάποια άλλη στιγμή όπου οι συνθήκες θα είναι πιο κατάλληλες και θα την επιτρέπουν. Ο Freud πίστευε πως καθώς το Εγώ χρησιμοποιεί τις επιδράσεις από τον εξωτερικό κόσμο προκειμένου να συσχετιστεί με το Εκείνο, αντικαθιστά την αρχή της ευχαρίστησης με την αρχή της πραγματικότητας(Freud,1919).

Η Τρίτη συνιστώσα του τριμερούς δομικού μοντέλου είναι το Υπερεγώ. Το Υπερεγώ αποτελεί και συντηρεί την ηθική συνείδηση του ανθρώπου που περιλαμβάνει όλες τα κοινωνικές και ηθικές αξίες και ιδανικά, εσωτερικευμένων από τα γονεϊκά πρότυπα. Δεν υπάρχει κατά τη γέννηση αλλά αναπτύσσεται στην ηλικία των 5-6 χρονών αφού επιλύσει το παιδί πρώτα το οιδιπόδειο σύμπλεγμά του-στην ηλικία δηλαδή που θα πρωτοαισθανθεί ενοχές(Karlan et al.1996). Οι γονείς θα του επιβάλλουν αξίες και ιδανικά μέσω της τιμωρίας και της ανταμοιβής. Το Υπερεγώ εγκρίνει ή απορρίπτει επιθυμίες ή συμπεριφορές, αυτό-τιμωρεί αλλά και αυτό-αμείβει τον άνθρωπο(Brenner,1974). Κάνει συγκρίσεις με τα πρότυπα συμπεριφοράς και επιδοκιμάζει ή αποδοκιμάζει. Θα λειτουργεί σαν η αρχή που θα υποβάλλει τη συμπεριφορά, τις σκέψεις και τα αισθήματα του ατόμου σε διαρκή έλεγχο. Βασικά λειτουργεί ασυνείδητα αλλά είναι και η «ασυνείδητη» και η «συνειδητή» συνείδηση του ατόμου. Η αποδοτικότητα του μετριέται με το βαθμό συμμόρφωσης του ανθρώπου στους κοινωνικούς νόμους και αξίες.

Προσαρμογή υφίσταται όταν το Εγώ, το Εκείνο και το Υπερεγώ ισορροπούν. Σε περίπτωση ανισορροπίας έχουμε συμπτώματα δυσπροσαρμοστικότητας. Το Εγώ βρίσκεται ανάμεσα στο Εκείνο και το Υπερεγώ προσπαθώντας να συμβιβάσει τις απαιτήσεις του Εκείνου με τις απαιτήσεις του Υπερεγώ και της πραγματικότητας(Freud,1923). Αν το Εγώ είναι δυνατό θα καταφέρει να ελέγξει τις ορμές του Εκείνου έτσι ώστε να εκφράζονται με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο. Αν δεν είναι αρκετά δυνατό ώστε να ελέγξει την έκφραση των ορμών του Εκείνου τότε αναπτύσσονται συμπτώματα μη-προσαρμοσμένης συμπεριφοράς. Το Υπερεγώ κυριαρχεί στο Εγώ και το κατακρίνει, αν δεν καταφέρει να ελέγξει τις παρορμήσεις του Εκείνου δημιουργώντας έτσι αισθήματα ενοχής στον άνθρωπο(Νασιάκου,1982β).

### Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος, ο Freud, αρχικά το θεώρησε σαν «παρεμποδισμένη λίμπιντο». Μια αύξηση της σωματικής σεξουαλικής έντασης οδηγεί σε μια αντίστοιχη αύξηση της λίμπιντο, της ψυχικής δηλαδή εκπροσώπησης αυτού του σωματικού γεγονότος. Αργότερα ανέπτυξε ένα δεύτερο τύπο άγχους, τον οποίο ονόμασε άγχος-σήμα. Σε αυτό το μοντέλο, το άγχος λειτουργεί σε ένα ασυνείδητο επίπεδο και χρησιμεύει στην κινητοποίηση των αποθεμάτων του Εγώ προκειμένου να αποτραπεί ένας επικείμενος κίνδυνος. Κίνδυνοι που μπορεί να προέρχονται είτε από εσωτερικές είτε από εξωτερικές πηγές μπορεί να οδηγήσουν στην παραγωγή ενός σήματος που θα οδηγήσει το Εγώ να παρατάξει ειδικούς αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι θα αποτρέψουν την ενστικτική διέγερση ή να μειώσουν τον βαθμό της. Με βάση την νέα αυτή θεωρία του άγχους ο Freud θεωρεί τα νευρωτικά συμπτώματα σαν μια μερική αποτυχία του Εγώ να τα βγάλει πέρα με τα ερεθίσματα που τον επιβαρύνουν(Freud,1923). Όσον αφορά τις φοβίες για παράδειγμα ο Freud θεωρούσε ότι ο φόβος μιας εξωτερικής απειλής(όπως οι σκύλοι) είναι μια εξωτερίκευση ενός εσωτερικού κινδύνου.

### ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ

Ο άνθρωπος οδηγείται σε συμπτώματα άγχους είτε λόγω αδυναμίας του Εγώ να ελέγξει το Εκείνο και την έκφραση των ορμών του είτε λόγω της κριτικής που δέχεται το Εγώ από το Υπερεγώ. Το Εγώ για να αποφύγει το άγχος και για να επιτύχει την ισορροπία μεταξύ των τριών επιπέδων της προσωπικότητας αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς οι οποίοι δρουν

ασυνείδητα και έχουν ως σκοπό να προστατέψουν το άτομο από το άγχος και τις ενοχές. Για αυτό τον λόγο ονομάζονται αμυντικοί(Μαλικιώση-Λοίζου,1993). Βοηθούν τον άνθρωπο να μειώσει το άγχος του και να αυξήσει την προσαρμοστικότητα του αλλά δεν θεωρούνται ιδανικοί τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων στην καθημερινή ζωή καθώς πρόκειται περί άμυνας.

Η πρώτη ευρεία μελέτη επάνω στους αμυντικούς μηχανισμούς γράφτηκε από την κόρη του Anna Freud. Σε αυτό το βιβλίο το οποίο είχε τον τίτλο Το Εγώ και οι Μηχανισμοί Άμυνας η Anna Freud υποστήριξε πως κάθε άνθρωπος(φυσιολογικός ή νευρωτικός) ένα χαρακτηριστικό για τον ίδιο ρεπερτόριο αμυντικών μηχανισμών.

Η ψυχαναλυτική βιβλιογραφία περιγράφει τουλάχιστον 17 μηχανισμούς άμυνας(Freud,Anna, 1946). Οι δέκα πιο συνηθισμένοι από αυτούς είναι οι εξής:

### 1. Εκλογίκευση (rationalization)

Είναι ένας από τους μηχανισμούς που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν πολύ συχνά. Η εκλογίκευση λειτουργεί όταν το άτομο δίνει εσφαλμένες αλλά κοινωνικά αποδεκτές ερμηνείες για να δικαιολογήσει την αμφισβητήσιμη συμπεριφορά του. Εδώ το άτομο δίνει λογικές εξηγήσεις σε μια προσπάθεια του να δικαιολογήσει στάσεις, πεποιθήσεις ή κάποιες συμπεριφορές, οι οποίες μπορεί διαφορετικά να είναι απαράδεκτες. Αυτές οι στάσεις, οι πεποιθήσεις ή οι συμπεριφορές έχουν συνήθως ενστικτικά κίνητρα.

### 2. Προβολή (projection)

Είναι ένας μηχανισμός άμυνας με τον οποίο το άτομο προστατεύει το Εγώ του εναποθέτοντας στους άλλους κατηγορίες και ευθύνες για προσωπικές ατέλειες ή αδυναμίες ή αποδίδοντας σε άλλους τις μη-αποδεκτές προσωπικές του επιθυμίες ή ορμές. Αποδίδει τα αισθήματα του και τις επιθυμίες του σε ένα άλλο πρόσωπο όταν αυτά είναι επώδυνα ή αβάσταχτα. Χαρακτηριστικά παρούσα στις ψυχωτικές καταστάσεις, ιδιαίτερα στα παρανοϊκά σύνδρομα η προβολή χρησιμοποιείται επίσης και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Στις ψυχώσεις η προβολή παίρνει την μορφή γνήσιων παραληρηματικών ιδεών σχετικών με την εξωτερική πραγματικότητα, συνήθως διωκτικού περιεχομένου, και περιλαμβάνει αφενός μεν

την αντίληψη του ατόμου που προβάλλει ότι τα αισθήματα του ανήκουν σε κάποιον άλλον, αφετέρου τη συνακόλουθη δράση του με αυτή την αντίληψη.

### 3. Παλινδρόμηση (regression)

Προκειμένου να αποφύγει διάφορα προβλήματα ή να κερδίσει την αποδοχή και την συμπάθεια των άλλων το άτομο υποχωρεί και υιοθετεί μια προηγούμενη πιο παιδική συμπεριφορά η οποία μειώνει το άγχος του και έτσι αποφεύγει την ένταση και τις συγκρούσεις που του δημιουργεί το παρόν επίπεδο ανάπτυξης. Η παλινδρόμηση είναι επίσης ένα φυσιολογικό φαινόμενο: κάποιος βαθμός παλινδρόμησης είναι απαραίτητος για την χαλάρωση, τον ύπνο και για τον οργασμό στη σεξουαλική συνένωση. Θεωρείται σαν ένα βασικό επακόλουθο της δημιουργικής διαδικασίας.

### 4. Απόθηση (repression)

Ο Freud στα γραπτά του εστίαζε κυρίως στην απόθηση, την οποία θεωρούσε σαν τη μείζονα, τη σημαντικότερη και τη συχνότερη χρησιμοποιούμενη άμυνα. Είναι η προσπάθεια του Εγώ να κρατήσει τις ανεπιθύμητες παρορμήσεις του Εκείνου να φτάσουν στη συνείδηση. Στην απόθηση, μια ιδέα ή ένα συναίσθημα αποβάλλονται ή αποκρύπτονται από τη συνείδηση. Ο όρος πρωτογενής απόθηση αναφέρεται στη συγκράτηση των ιδεών και των αισθημάτων πριν αυτά γίνουν συνειδητά. Ο όρος δευτερογενής απόθηση αναφέρεται στον αποκλεισμό από τη συνείδηση αυτών που κάποτε είχαν βιωθεί σε ένα συνειδητό επίπεδο.

Η απόθηση μοιάζει αλλά και διαφέρει από έναν άλλον μηχανισμό άμυνας ο οποίος ονομάζεται καταστολή. Η καταστολή αποτελεί μια συνειδητή προσπάθεια του ατόμου να ξεχάσει κάτι. Η απόθηση διαφέρει από την καταστολή κατά το ότι η επίδραση της επάνω στη συνειδητή αναστολή των παρορμήσεων, φτάνει μέχρι το σημείο να χαθούν και όχι απλώς να αναβληθούν οι στόχοι. Έτσι η συνειδητή αντίληψη των ενστίκτων και των αισθημάτων ανακόπτεται. Στην καταστολή υπάρχει μια συνειδητή ή ημισυνειδητή απόφαση να αρθεί προσωρινά η προσοχή από μια παρόρμηση ή σύγκρουση. Τα ζητήματα μπορεί να μπαίνουν εσκεμμένα στην άκρη, αλλά δεν αποφεύγονται. Η δυσφορία αναγνωρίζεται αλλά ελαχιστοποιείται.

#### 5. Υπεραναπλήρωση ή αντιδραστική συμπεριφορά ή συμπεριφορά από αντίδραση (overcompensation, reaction formation)

Ο αμυντικός αυτός μηχανισμός περιλαμβάνει τη μετατροπή μιας ανεπιθύμητης ορμής ή συμπεριφοράς στην εκ διαμέτρου αντίθετη της.

#### 6. Μετουσίωση ή Υποκατάσταση (sublimation)

Στη μετουσίωση το άτομο καταφέρνει να μετατρέψει μια μη-αποδεκτή ορμή σε μία άλλη που είναι δημιουργική και κοινωνικά αποδεκτή. Έτσι λειτουργεί δίνοντας στα ένστικτα μια διέξοδο χωρίς να τα φράζει ή να εκτρέπει. Τα αισθήματα τροποποιούνται και κατευθύνονται προς ένα σημαντικό σκοπό, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει και μια μέτρια ενστικτική ικανοποίηση.

#### 7. Μετάθεση (displacement)

Μετάθεση ονομάζεται η διαδικασία κατά την οποία η συναισθηματική αξία που έχει συνδεθεί με ένα αντικείμενο ή με έναν άνθρωπο μεταφέρεται σε μία άλλη ιδέα ή άνθρωπο ο οποίος μοιάζει με το αρχικό σε κάποια πλευρά ή ιδιότητα του. Η μετάθεση επιτρέπει τη συμβολική αναπαράσταση του αρχικού αντικειμένου (ή ιδέας) με τέτοιο τρόπο που το νέο αντικείμενο να προκαλεί μικρότερη δυσφορία από το αρχικό.

#### 8. Άρνηση (της πραγματικότητας) (denial)

Η άρνηση μπορεί να χρησιμοποιείται τόσο σε φυσιολογικές όσο και σε παθολογικές καταστάσεις. Καταργεί την εξωτερική πραγματικότητα. Πρόκειται για την αποφυγή επίγνωσης κάποιας δυσάρεστης και επώδυνης πλευράς της πραγματικότητας μέσα από την άρνηση παραδοχής αισθητηριακών δεδομένων.

#### 9. Ταύτιση (identification)

Παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του Εγώ ενώ ταυτόχρονα μπορεί και δρα και ως αμυντικός μηχανισμός. Το άτομο αποκτά ένα αυξημένο αίσθημα προσωπικής αξίας ταυτιζόμενα με άλλα σημαντικά πρόσωπα ή καταστάσεις. Η ταύτιση με το αγαπημένο αντικείμενο μπορεί να χρησιμεύσει σαν άμυνα απέναντι στο άγχος ή στην οδύνη που ακολουθείται με τον αποχωρισμό ή την απώλεια του αντικειμένου είτε πρόκειται για

πραγματικό αποχωρισμό ή για απειλή. Εάν η ταύτιση είναι απότοκος ενοχών, το άτομο ταυτίζεται με σκοπό να αυτοτιμωρηθεί με μια ιδιότητα του προσώπου που δημιούργησε το αίσθημα ενοχής. Εδώ μπορεί να προστεθεί και η ταύτιση με τον επιτιθέμενο, τον οποίο πρώτη περιέγραψε η Anna Freud.

#### 10. Ματαίωση (undoing)

Σύμφωνα με αυτόν τον μηχανισμό άμυνας ο άνθρωπος ο οποίος σκέφτεται ή πράττει με βάση μια ανεπιθύμητη ορμή προσπαθεί να αποζημιωθεί κάνοντας κάτι που θα αποσβέσει την ανεπιθύμητη αυτή ορμή.

Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν επίγνωση της χρήσης αυτών των μηχανισμών και γνωρίζουν ελάχιστα έως καθόλου ότι πίσω από αυτές τις συμπεριφορές υπάρχει το άγχος ή η «απειλή του Εγώ». Ο βασικός στόχος της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι η αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ατόμου ανακαλύπτοντας και στη συνέχεια αποκαλύπτοντας τις ασυνείδητες σκέψεις, συναισθήματα και διαδικασίες. Στη συνέχεια ξεπερνώντας τις όποιες αντιστάσεις έχει το άτομο απέναντι σε αυτές τις αποκαλύψεις ο άνθρωπος θα οδηγηθεί στην ενδυνάμωση του Εγώ του, στη μείωση του Υπερεγώ του και στην αύξηση της επίγνωσης του Εκείνου.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου η ψυχανάλυση χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές όπως οι ελεύθεροι συνειρμοί, η μεταβίβαση, οι αντιστάσεις και η ανάλυση των ονείρων. Οι ελεύθεροι συνειρμοί: Σε αυτήν την τεχνική το Εκείνο καλείται να μιλήσει και το Εγώ να σιωπήσει (Freud, 1946). Με αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος φέρνει στην επιφάνεια χωρίς να κάνει συνειδητές επιλογές ή να προσπαθεί να συνδέει λογικά αυτά που λέει ασυναίσθητα, τραυματικές παιδικές εμπειρίες ή εμπειρίες του παρελθόντος και όλα τα συναισθήματα που τις συνοδεύουν.

Μεταβίβαση: Είναι ένα είδος σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου όπου ο πελάτης αντιδρά απέναντι στον ψυχοθεραπευτή με τρόπους που έχει χρησιμοποιήσει στο παρελθόν απέναντι σε άλλα ισχυρά πρόσωπα με τα οποία είχε σχέσεις. Έτσι παρόλο που οι αντιδράσεις αυτές είναι παράλογες προσφέρουν νύξεις για τα προβλήματα που θα υπήρχαν με τα άλλα ισχυρά πρόσωπα (Freud, 1946).

Αντιστάσεις: Είναι όλες οι εσωτερικές δυνάμεις του ατόμου που ανθίστανται στο να γίνουν συνειδητές οι ασυνείδητες σκέψεις και επιθυμίες του. Μία αναστολή δηλαδή του ελεύθερου συνειρμού και μιας αντιστράτευσης στους σκοπούς της ψυχανάλυσης(Karlan et al.1996). Είναι διάφοροι μηχανισμοί άμυνας που προβάλλει ο άνθρωπος προκειμένου να αποφύγει ενοχές. άγχος, ντροπή. Για να ξεπεράσει αυτές τις αντιστάσεις ο ψυχοθεραπευτής θα χρησιμοποιήσει την κατά μέτωπο αντιμετώπιση, τη διευκρίνιση , την ερμηνεία και θεραπευτική επεξεργασία (Greenson,1967).

Ανάλυση ονείρων: Ο Freud ζητούσε από τους ασθενείς του όχι μόνο να περιγράψουν τα όνειρα τους αλλά και να έχουν ελεύθερους συνειρμούς σχετικά με το περιεχόμενο τους. Με αυτόν τον τρόπο ανακάλυψε ότι μπορούσε να μάθει πολλά περισσότερα για το νόημα που απέκρυπταν και να φέρει στην επιφάνεια ασυνείδητες συγκρούσεις που δημιουργούσαν προβλήματα στις σχέσεις τους προκαλώντας τους διάφορα συμπτώματα (Freud, 1900).

## 1.2.ΣΧΙΣΜΑΤΙΚΟΙ

### 1.2.1. ALFRED ADLER(1870-1937)

Ο Adler διαφώνησε με τον Freud γιατί πίστευε ότι η κύρια δύναμη κινητοποίησης στην ανθρώπινη ζωή δεν είναι η ικανοποίηση των σεξουαλικών ορμών, αλλά η προσπάθεια για ανωτερότητα. Μ' αυτό εννοούσε το εσωτερικό ψάξιμο για τελειότητα. Ο Adler είπε ότι όλα τα παιδιά γεννιόνται με μια βαθιά αίσθηση κατωτερότητας λόγω του μικρού τους μεγέθους, των φυσικών αδυναμιών, και την έλλειψη γνώσης και δύναμης στον κόσμο των ενηλίκων. Ο Adler χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο “σύμπλεγμα κατωτερότητας” (inferiority complex). Ο Adler πίστευε ότι ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς σχετίζονται με τα παιδιά τους έχει σημαντικό αποτέλεσμα στην ικανότητα του παιδιού να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα κατωτερότητας και να πετύχει στη μετέπειτα ζωή του. Έτσι ο Adler είδε την προσωπικότητα σαν βαθιά επηρεασμένη από την ποιότητα των πρώτων κοινωνικών σχέσεων.)(Adler,1956).

### 1.2.2. CARL GUSTAV JUNG (1875-1961)

Ο Jung ακολούθησε άλλον δρόμο από αυτόν του Freud μετά από ένα διάστημα που υπήρξε οπαδός του γιατί διαφώνησε με την έμφαση που έδινε ο Freud στην παιδική σεξουαλικότητα.

Ο Jung διαφώνησε με τον Freud σχετικά με τη φύση του υποσυνείδητου. Ο Jung πίστευε ότι το ασυνείδητο δεν είναι απλώς ένα ρεζερβουάρ από απαγορευμένες ορμές και απωθημένες μνήμες, αλλά και η πηγή των προσπαθειών μας για ευχαρίστηση και δημιουργικότητα. Ο Jung παράλληλα με τον δάσκαλό του υποστήριζε και αυτός την ύπαρξη του υποσυνείδητου όμως αντίθετα του έδινε μια πιο πνευματική μορφή. Τα όνειρα δεν πρέπει να λαμβάνονται ως τα πραγματικά αισθήματα του συνειδητού μυαλού αλλά ως ένα "παράθυρο" στο υποσυνείδητο, προσφέροντας προτεινόμενες λύσεις για ένα πρόβλημα του συνειδητού κόσμου του ατόμου (Jung, 1945).

Διεύρυνε τη φροϋδική έννοια του ασυνείδητου, περιγράφοντας μια άλλη συγγενή έννοια, αυτήν του *συλλογικού ασυνείδητου*, το οποίο συνίσταται από το σύνολο του μυθολογικού και συμβολικού παρελθόντος το οποίο το ανθρώπινο είδος έχει κοινό και μοιράζεται. Το συλλογικό ασυνείδητο περιλαμβάνει τα αρχέτυπα-αναπαραστασιακές εικόνες και αναπαραστασιακά μορφώματα, τα οποία έχουν οικουμενικά συμβολικά νοήματα. Αρχετυπικές φιγούρες υπάρχουν μεταξύ άλλων για τη μητέρα, τον πατέρα, το παιδί και τον ήρωα. Τα αρχέτυπα συμβάλλουν στον σχηματισμό των συμπλεγμάτων. Τα συμπλέγματα είναι συναισθηματικά χρωματισμένες ιδέες, διαμορφωμένες από την εμπειρία του ατόμου στη σχέση του με τις αρχετυπικές εικόνες (Jung, 1961).

Επίσης ο Jung πίστευε ότι μέσα μας υπάρχει μια πάλη αντίθετων δυνάμεων. Ο Jung υποστήριξε ότι υπάρχουν δύο τύποι οργάνωσης και προσωπικότητας: αυτοί που χρησιμοποιούν κυρίως την ενδοστροφή και αυτοί που χρησιμοποιούν κυρίως την εξωστροφή. Οι ενδοστρεφείς εστιάζουν περισσότερο στον εσωτερικό τους κόσμο: στις σκέψεις τους, σε αυτά που διαισθάνονται, στα συναισθήματα τους και στις αισθήσεις τους. Οι εξωστρεφείς είναι περισσότερο προσανατολισμένοι προς τον εξωτερικό κόσμο, προς τους άλλους ανθρώπους και προς τα υλικά αγαθά. Κάθε άτομο είναι ένα μίγμα και των δύο συστατικών. Ο όρος *περσόνα* αναφέρεται στη μάσκα της προσωπικότητας, με την οποία το άτομο παρουσιάζεται στον εξωτερικό κόσμο. Η *περσόνα* μπορεί να παγιωθεί, με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να δει τον ίδιο του τον εαυτό. Υπάρχει μια πάλη ανάμεσα στο πρόσωπο που παρουσιάζουμε στους άλλους (*persona*) και την ιδιωτική εικόνα του εαυτού μας (*anima/animus*). Κατά τον Jung, το έργο κάθε ανθρώπου είναι να μπορέσει να ενώσει αυτές τις αντίθετες δυνάμεις.

Οι όροι *άνιμα* και *άνιμους* αναφέρονται στα ασυνείδητα γνωρίσματα που έχουν οι άντρες και οι γυναίκες, αντίστοιχα, και τα οποία βρίσκονται σε αντίθεση με την *περσόνα*. Η *άνιμα* είναι η μη ανεπτυγμένη θηλυκότητα του άντρα και η *άνιμους* είναι η μη ανεπτυγμένη



αρσενικότητα της γυναίκας. Δηλαδή κάθε άνθρωπος έχει μια παθητική – θηλυκή φύση και μια δυναμική - ανδρική φύση(Jung,1961).

Ο σκοπός της γιουνγκιανής θεραπείας είναι να βοηθήσει το θεραπευόμενο να προσαρμοστεί επαρκώς στην πραγματικότητα. Αυτή είναι μια διεργασία που έχει να κάνει με την πραγμάτωση των δημιουργικών δυνατοτήτων του ατόμου. Ο τελικός στόχος είναι η επίτευξη της ατομικοποίησης: μιας διαδικασίας, η οποία συνεχίζεται κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ζωής και κατά την οποία το άτομο αναπτύσσει μια μοναδική αίσθηση για την προσωπική του ταυτότητα. Αυτή η αναπτυξιακή διαδικασία μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε νέους δρόμους, διαφορετικής κατεύθυνσης από αυτούς που ακολουθούσε μέχρι τότε στη ζωή του(Jung, 1961).

### 1.3.ΝΕΟΦΡΟΥΔΙΣΤΕΣ

#### Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΩ

Είναι η ψυχολογία που αναπτύχθηκε μέσα από τα διδάγματα του Freud αλλά έδωσε μεγαλύτερη έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει το Εγώ στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι οπαδοί αυτής της θεωρητικής κατεύθυνσης παραδέχονται μεν ότι ο άνθρωπος ωθείται σε πολλές περιπτώσεις, από ενστικτώδεις ψυχολογικές δυνάμεις, αλλά πιστεύουν πως το μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης συμπεριφοράς δεν έχει καμιά σχέση με ενστικτώδεις επιθυμίες. Ο άνθρωπος κατευθύνει τη συμπεριφορά του συνειδητά παρακινούμενος και επηρεασμένος και από ερεθίσματα του περιβάλλοντος του. Τονίζεται, δηλαδή, περισσότερο η σπουδαιότητα των κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στη διαμόρφωση της προσωπικότητας.

#### 1.3.1. ERIK H. ERIKSON

Ο Eric Erikson εκπαιδεύτηκε στην ψυχανάλυση από την Anna Freud. Ως θεωρία, η ψυχοκοινωνική εξελικτική πορεία του ανθρώπου, που πρότεινε ο Erikson(1950) έχει γίνει ευρύτατα γνωστή και αποδεκτή από τους ψυχολογικούς κύκλους και γιατί δίνει έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ανθρώπου αλλά και γιατί βλέπει να συμβαίνουν αναπτυξιακές αλλαγές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν την αλληλοκατανόηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και την αυτογνωσία και αυτοκατανόηση του ανθρώπου ως μέλους μιας κοινωνίας. Ως ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, επειδή ο Erikson χρησιμοποιεί

βασικά τη φροϋδική ψυχανάλυση, η πορεία της ακολουθεί αυτήν της ψυχανάλυσης.

Όλη η φιλοσοφική σκέψη του Erikson επηρεάστηκε αναμφισβήτητα από τον Freud. Ο βασικός του ενδοιασμός και αντίρρηση ήταν ότι δεν ασχολήθηκε αρκετά με τις κοινωνικές και πολιτισμικές επιδράσεις στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον Erikson ο άνθρωπος επηρεάζεται στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του και στην εξέλιξη του και από κληρονομικούς και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ωστόσο, δε μένει σε όλη τη ζωή του παθητικό θύμα όλων αυτών των δυνάμεων που δεν μπορεί να ελέγξει, γιατί στην καθημερινή του ζωή καλείται συνέχεια να κάνει συνειδητές επιλογές και να λάβει συνειδητές αποφάσεις.

Ο Erikson πιστεύει πως κάθε άνθρωπος, από παιδί, έχει το δικό του τρόπο με τον οποίο βιώνει τις εμπειρίες του. Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός στους τρόπους με τους οποίους παλεύει για να φτάσει στους στόχους του, στους τρόπους με τους οποίους αντιδρά σε ανθρώπους, καταστάσεις, γεγονότα. Το στοιχείο που του προσδίδει αυτή τη μοναδικότητα είναι η ενόραση. Ο άνθρωπος δεν ενεργεί πάντα με βάση τη γνώση γιατί αν και σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει γνώση, εντούτοις ενεργεί. Άρα η ενόραση είναι εκείνη που τον οδηγεί προς τη σωστή κατεύθυνση δραστηριοποίησης.

Ο Erikson αναγνωρίζει δύο είδη ενόρασης: τη νοητική και τη συναισθηματική. Η νοητική ενόραση μπορεί να επιφέρει κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά αλλά δεν αρκεί από μόνη της. Η ψυχανάλυση είναι εκείνη που πιέζει τη νοητική ενόραση να γίνει συναισθηματική και έτσι να μπορέσει ο άνθρωπος να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του (Evans, 1967).

Σύμφωνα με τον Erikson η ανάπτυξη της προσωπικότητας βασίζεται στην επιγενετική αρχή. Με τον όρο επιγένεση ο Erickson εννοεί πως το ένα εξελικτικό στάδιο αναπτύσσεται πάνω στο άλλο σε χώρο και χρόνο. Η ανθρώπινη προσωπικότητα διαμορφώνεται καθώς το Εγώ προοδεύει μέσα από μια σειρά αλληλένδετων σταδίων. Όλα αυτά τα στάδια του Εγώ υπάρχουν αρχικά σε μια άλλη μορφή αλλά καθένα από αυτά έχει μια κρίσιμη περίοδο εξέλιξης. Κατά τον Erikson, η εξέλιξη της προσωπικότητας είναι μια σειρά από κρίσιμες καμπές, τις οποίες ο ίδιος περιγράφει ως διχοτομήσεις μεταξύ επιθυμητών και ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων.

Ο άνθρωπος πρέπει να επιλύσει αυτές τις συγκρούσεις προς θετική κατεύθυνση για να προχωρήσει ομαλά η μελλοντική του εξέλιξη. Η επιτυχής αντιμετώπιση μιας αναπτυξιακής κρίσης δυναμώνει τον άνθρωπο για να αντιμετωπίσει με επιτυχία την επόμενη αναπτυξιακή κρίση. Όμως κάποια αρνητικά κατάλοιπα παραμένουν από κάθε κρίσιμη περίοδο και δικαιολογούν την όποια ανωριμότητα θα παρουσιάζει ο άνθρωπος στη ζωή του.

Επειδή ακριβώς ο Erikson βλέπει την αναγκαιότητα να επιλύσει ο άνθρωπος μια σύγκρουση σε κάθε στάδιο της εξέλιξης του, παρουσιάζει οκτώ εξελικτικά στάδια ως ζεύγη των πιο θετικών και πιο αρνητικών στοιχείων της κρίσης της περιόδου. Τα ονομάζει *ψυχοκοινωνικά* γιατί σε αυτά κάνει έναν παραλληλισμό των φροϋδικών εξελικτικών σταδίων που έχουν βιολογική κατεύθυνση με μια ψυχοκοινωνική εξελικτική πορεία που προτείνει ο ίδιος και που περιλαμβάνει τις γνώσεις του από το χώρο της παιδικής εξέλιξης, της πολιτιστικής ανθρωπολογίας και της προσωπικής του φιλοσοφίας (Erikson, 1963).

Τα οκτώ ψυχοκοινωνικά στάδια του Erikson (Μαλικιώση, 1993) είναι:

### **1. Βρεφική ηλικία: Εμπιστοσύνη-Δυσπιστία (γέννηση - 2ετών)**

Η βασική ψυχοκοινωνική στάση που πρέπει να μάθουν τα βρέφη είναι ότι μπορούν να εμπιστευτούν τον κόσμο που τα περιβάλλει. Η εμπιστοσύνη αρχίζει να αναπτύσσεται όταν το βρέφος ανακαλύψει ότι οι βασικές του ανάγκες ικανοποιούνται και όταν ανακαλύπτει ότι, ιδιαίτερα η μητέρα του, του παρέχει αγάπη, προσοχή και στοργή. Όσο ικανοποιούνται οι ανάγκες του από το άμεσο περιβάλλον του, τόσο αυξάνεται και η εμπιστοσύνη του βρέφους για τον κόσμο που τον περιβάλλει. Αν όμως οι ανάγκες του δεν ικανοποιηθούν ή αν στερηθεί την αγάπη και την φροντίδα, τότε αρχίζει να δυσπιστεί για τον κόσμο. Αναπτύσσει φόβους και αμφιβολίες που μπορεί αργότερα να οδηγήσουν σε σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές.

### **2. Νηπιακή ηλικία: Αυτονομία- Ντροπή και Αμφιβολία (2-3 ετών)**

Σε αυτήν την ηλικία το μικρό παιδί δείχνει σημάδια αυτονομίας. Ανακαλύπτει πως έχει δική του σκέψη και θέληση και θέλει να τα χρησιμοποιεί. Αν το παιδί ενθαρρυνθεί να κάνει ό,τι είναι σε θέση να κάνει μόνο του, με τον δικό του τρόπο και ρυθμό θα αναπτύξει την αυτονομία του. Αν όμως οι γονείς του δεν έχουν την υπομονή και το θάρρος να το αφήσουν μόνο του και τα κάνουν όλα εκείνοι, δείχνουν ότι αμφισβητούν την ικανότητα του να λειτουργήσει ανεξάρτητα από αυτούς. Τότε το παιδί αρχίζει και αμφιβάλλει και να ντρέπεται για την ανικανότητα του. Επίσης οι γονείς πρέπει να αποφεύγουν να κάνουν το παιδί να ντρέπεται για μη-αρμόζουσα συμπεριφορά γιατί έτσι μπορεί να αναπτύξει αισθήματα αυτό-αμφισβήτησης.

### **3. Προσχολική Ηλικία: Πρωτοβουλία-Ενοχή (3-6 ετών)**

Είναι η ηλικία στην οποία το παιδί αναπτύσσει τη συνείδηση του και η ηλικία της υιοθέτησης των χαρακτηριστικών του φύλου του. Το παιδί αρχίζει να οραματίζεται στόχους για τους οποίους αισθάνεται βιολογικά και νοητικά προετοιμασμένο. Αν του δοθεί η ελευθερία να πειραματιστεί και να ερευνήσει αυτά που τον ενδιαφέρουν και αν οι γονείς έχουν την υπομονή να απαντούν στα ερωτήματα του, τότε ενθαρρύνονται οι τάσεις του για πρωτοβουλία. Αν αντίθετα περιορίζεται και αισθάνεται πως οι ερωτήσεις ή οι ενέργειες του είναι γελοίες και δεν έχουν κανένα νόημα, θα αισθανθεί ένοχο και δε θα αποτολμήσει να πάρει πρωτοβουλίες.

Αυτά τα τρία πρώτα εξελικτικά στάδια αποτελούν τις πιο σημαντικές κρίσεις που αντιμετωπίζει το παιδί στην εξέλιξη του. Αν καταφέρει να ισορροπήσει με επιτυχία τις συγκρούσεις σε κάθε στάδιο, τότε θα είναι καλά εφοδιασμένο για να αντιμετωπίσει τα μελλοντικά προβλήματα της εξέλιξης του. Στα επόμενα στάδια εμπλέκονται περισσότερα άτομα από ό,τι στα πρώτα τρία. Στα πρώτα τρία το παιδί είχε να κάνει κυρίως με τις αντιδράσεις του άμεσου, του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Στα επόμενα στάδια ο κύκλος διευρύνεται και περιλαμβάνει όλο και περισσότερα άτομα που θα διευκολύνουν ή θα εμποδίζουν τον άνθρωπο στην αντιμετώπιση και την επιτυχή επίλυση των αναπτυξιακών του κρίσεων.

#### **4.Σχολική ηλικία: Φιλοπονία-Κατωτερότητα (6-11 ετών)**

Το παιδί της σχολικής ηλικίας μαθαίνει νέες δεξιότητες και κοινωνικές ικανότητες. Διψά για μάθηση και θέλει να κάνει πολλά πράγματα. Αν τα επιτεύγματα του συμβαδίσουν με τις ικανότητες του, τότε θα επικρατήσει ένα αίσθημα φιλοπονίας και παραγωγικότητας. Αν, αντίθετα, το παιδί αποτύχει σε πολλές προσπάθειες, υπάρχει κίνδυνος να αναπτύξει έντονα αισθήματα κατωτερότητας, ιδιαίτερα αν οι άλλοι προσδοκούν πολλά από αυτό. Το σχολείο παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο αν θα αναπτύξει το παιδί μια αίσθηση ανεπάρκειας ή εργατικότητας και φιλοπονίας.

#### **5.Εφηβεία: Ταύτιση-Σύγχυση Ρόλων(12-20 ετών)**

Καθώς οι νέοι πλησιάζουν προς την ανεξαρτητοποίηση τους από το οικογενειακό περιβάλλον και προς τη βιολογική τους ωριμότητα, αρχίζουν να αναρωτιούνται τι άνθρωποι θα γίνουν. Ο στόχος είναι να αποκτήσουν την ταυτότητα του Εγώ τους. Πρέπει να ενώσουν την παιδική τους προσωπικότητα με τις καινούριες βιολογικές τους ορμές και ευρύτερες αλλά

ασαφείς κοινωνικές τους ευκαιρίες. Έτσι πολεμούν για να διατηρήσουν μια συνέχιση μεταξύ της παιδικής ηλικίας και του μέλλοντος. Απόκτηση ταυτότητας σημαίνει ακριβώς την ενοποίηση όλων των προηγούμενων απόψεων που είχε το άτομο για τον εαυτό του: θετικών και αρνητικών σε αναμονή του μέλλοντος.

Ο άνθρωπος περνάει μια *κρίση της ταυτότητας* του, ιδιαίτερα στην περίοδο της εφηβείας, όταν έχει εμπλακεί στη σύγκρουση μεταξύ του παρελθόντος και του μέλλοντος, όταν για μερικά θέματα θεωρείται παιδί και για άλλα μεγάλος, όταν δεν έχει αποσαφηνίσει τους κοινωνικούς του ρόλους, όταν δεν έχει ακόμη κατασταλάξει στο τι θέλει να κάνει στη ζωή του. Αν καταφέρει να επιλύσει αυτές τις συγκρούσεις και να ξεπεράσει την καταιγίδα όλων των ξαφνικών αλλαγών που του συμβαίνουν, τότε θα αποκτήσει μία αίσθηση ταυτότητας. Αν όμως δεν καταφέρει να σταθεροποιήσει τις διάφορες πτυχές της ζωής του, αν έχει αμφιβολίες για τη σεξουαλική και την επαγγελματική του ταυτότητα, τότε επέρχεται *σύγχυση ρόλων*. Η σύγχυση των ρόλων ξεπερνιέται εφόσον ο άνθρωπος είχε αποκτήσει στα προηγούμενα εξελικτικά στάδια μια υγιή αίσθηση αυτοεκτίμησης και ένα αίσθημα ότι στο μέλλον θα έχει να παίξει κάποιο συγκεκριμένο ρόλο (Erikson, 1968).

Τα τρία τελευταία στάδια αναφέρονται στην ενήλικη ζωή του ανθρώπου.

### **6. Νεαρή ενηλικίωση: Οικειότητα-Απομόνωση (20-34 ετών)**

Μόνο ο άνθρωπος που είναι σίγουρος για την ταυτότητα του μπορεί να δημιουργήσει σχέσεις οικειότητας με άλλους ανθρώπους-είτε με τη μορφή φιλίας είτε με τη μορφή ερωτικής σχέσης. Οι σχέσεις οικειότητας περιλαμβάνουν αμοιβαία θετικά αισθήματα, όπου οι άνθρωποι μπορούν να συγχωνεύσουν τις ταυτότητες τους χωρίς να φοβούνται ότι θα χάσουν κάτι οι ίδιοι, και όπου κανένα από τα δύο άτομα δεν επιβάλλεται στο άλλο.

Όταν οι σχέσεις που δημιουργεί ο άνθρωπος είναι ανταγωνιστικές ή όταν προσπαθεί μέσα από αυτές τις σχέσεις οικειότητας να δημιουργήσει την ταυτότητα του υποχωρώντας ή προσπαθώντας να επιβληθεί, τότε οδηγείται σιγά-σιγά στην απομόνωση.

### **7. Ενηλικίωση: Πανανθρώπινο ενδιαφέρον-Αυτοαπορρόφηση ή Παραγωγικότητα-Στασιμότητα (35-60 ετών)**

Στο στάδιο αυτό ο άνθρωπος παίρνει τη θέση του στην κοινωνία και αρχίζει να βοηθάει στην εξέλιξη και τελειοποίηση αυτών που παράγει. Το ενδιαφέρον του ανθρώπου για

παραγωγικότητα εκπληρώνεται συνήθως με τη δημιουργία οικογένειας και την απόκτηση παιδιών. Αλλά οι άνθρωποι που δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν να γίνουν γονείς, μπορούν να εκπληρώσουν την παραγωγικότητα τους με την εργασία ή με την τέχνη τους.

Ο άνθρωπος που δεν δείχνει κανένα ενδιαφέρον για τις μελλοντικές γενεές μένει στάσιμος και γίνεται θύμα αυτοαπορρόφησης, με την έννοια ότι ασχολείται μόνο με τον εαυτό του.

### **8.Μεταγενέστερη ωριμότητα: Καταξίωση-Απόγνωση(60- )**

Καταξίωση είναι η αποδοχή από τον άνθρωπο του προσωπικού του κύκλου ζωής, ότι έτσι έπρεπε να είναι και ότι, αναγκαστικά, δε θα μπορούσε να είναι διαφορετικά. Περιλαμβάνει την αποδοχή του εαυτού και της θέσης του στη ζωή.

Ο Erikson πιστεύει ότι, όταν ο άνθρωπος φτάσει στα γεράματα, αποκτά μια σοφία, μια φρόνηση με την οποία ανασκοπεί την προηγούμενη ζωή του. Ο καταξιωμένος άνθρωπος είναι εκείνος που δέχεται τα προηγούμενα λάθη του γιατί πιστεύει πως ο τρόπος που ζει κανείς την ζωή του είναι προσωπική ευθύνη. Ο καταξιωμένος άνθρωπος είναι έτοιμος να προστατέψει και να υπερασπιστεί την αξιοπρέπεια του ενάντια σε οποιαδήποτε απειλή. Αντίθετα ο μη-καταξιωμένος άνθρωπος θα ήθελε να ξαναζήσει τη ζωή του για να διορθώσει τα λάθη του. Φοβάται το θάνατο και δεν μπορεί να αποδεχτεί τον κύκλο της ζωής του τελεσίδικα. Έτσι, αισθάνεται απόγνωση. Οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται κατά καιρούς κάποια απόγνωση, γιατί η καταξίωση επιτυγχάνεται αργά και ποτέ απόλυτα.

Παρόλο που ο Erikson συνέδεσε τα οκτώ ψυχο-κοινωνικά στάδια της εξέλιξης της προσωπικότητας με κάποιες συγκεκριμένες ηλικίες, δεν περιορίστηκε σε αυτές. Πίστευε δηλαδή πως ο άνθρωπος μπορεί να επιλύσει κάποιες από τις αναπτυξιακές του κρίσεις και αργότερα, σε άλλη ηλικία. Ακόμη και στο στάδιο της ενηλικίωσης μπορεί ο άνθρωπος να εξασφαλίσει μια υγιή προσωπικότητα ανακαλύπτοντας νέες πηγές εμπιστοσύνης ή κερδίζοντας την αυτονομία του μέσα από κάποιες ευτυχείς συγκυρίες. Το άτομο μπορεί να αποκτήσει πρωτοβουλία μέσα από νέες ευθύνες και να ξεπεράσει αισθήματα κατωτερότητας μέσα από επιτυχή επιτεύγματα.

Ο βασικός στόχος της ψυχοθεραπείας, σύμφωνα με την κατεύθυνση των αναλυτών του Εγώ και του Erikson, πιο συγκεκριμένα, είναι η αλλαγή κάποιων προτύπων συμπεριφοράς που ο άνθρωπος έχει μάθει αλλά που φαίνεται να περιορίζουν την ικανότητα του να ελέγχει τη συμπεριφορά του. Αυτά τα λανθασμένα πρότυπα συμπεριφοράς που έχει μάθει τον υποβάλλουν στον έλεγχο άλλων ψυχολογικών και περιβαλλοντικών δυνάμεων.

Υπενθυμίζεται πως, σύμφωνα με αυτή τη θεωρητική κατεύθυνση, η ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας τείνει προς μια συμπεριφορά ανεξάρτητη από τις απαιτήσεις των ενστικτωδών ψυχολογικών δυνάμεων(που τόνισε ο Freud), και τις αυτόματες αντιδράσεις σε περιστασιακά γεγονότα(που τόνισαν άλλες ψυχολογικές θεωρίες). Αυτή η «σχετική αυτονομία» επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη σταθερών προτύπων αντίδρασης που στηρίζονται στη συνειδητή σκέψη(Ford και Urban,1963).

Αν και οι οπαδοί της ψυχολογίας του Εγώ χρησιμοποιούν την ψυχανάλυση ως μέθοδο ψυχοθεραπείας, ωστόσο στα γραπτά τους δεν αναπτύσσουν ιδιαίτερα τον τομέα της ψυχοπαθολογίας και της ψυχοθεραπείας. Αντίθετα, δίνουν μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη της υγιούς προσωπικότητας.

Ο Erikson πίστευε ότι ο ψυχαναλυτής δεν θα πρέπει να είναι μέσα στην θεραπευτική διαδικασία ένας παθητικός άγραφος χάρτης, όπως είναι το σύνθημα στη φροϋδική θεωρία. Αντίθετα, θεωρούσε ότι προκειμένου η θεραπεία να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει ο θεραπευτής να μεταφέρει ενεργητικά στον άρρωστο την πεποίθηση ότι γίνεται κατανοητός. Αυτό δεν γίνεται μόνο μέσω της ενσυναισθητικής ακρόασης, αλλά και με τις λεκτικές διαβεβαιώσεις, οι οποίες βοηθούν στην ανάπτυξη μιας βασισμένης στην αμοιβαία πίστη θετικής μεταβίβασης.

Σύμφωνα με τον Erikson ο θεραπευτής έχει την ευκαιρία να επεξεργαστεί μέσα στη θεραπευτική σχέση παρελθούσες ανεπίλυτες συγκρούσεις. Ο Erikson ενθάρρυνε το θεραπευτή να καθοδηγεί τον άρρωστο, πίστευε ότι είναι αναγκαίο για το θεραπευτή και να βάζει απαγορεύσεις και να δίνει την άδεια στον άρρωστο να κάνει κάτι. Πίστευε επίσης ότι ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να απορροφάται τόσο πολύ από τις παρελθούσες εμπειρίες του αρρώστου, ώστε να παραβλέπει τις τρέχουσες συγκρούσεις του αρρώστου στις σχέσεις του με τον κόσμο.

Ο στόχος της θεραπείας είναι να διαπιστωθεί το πώς έχει περάσει ο άρρωστος μέσα από τα στάδια του κύκλου της ζωής του και το εάν έχει μπορέσει ή δεν μπορέσει να κυριαρχήσει επάνω στις διάφορες κρίσεις του κάθε σταδίου. Εξίσου σημαντικός στόχος είναι να συζητηθούν τα μελλοντικά στάδια και οι κρίσεις που συνεπάγονται αυτά, ούτως ώστε να μπορέσει ο άρρωστος, όταν έρθει η ώρα να τα διαπραγματευτεί και να τα αντιμετωπίσει επιτυχώς.

Σε αντίθεση με τον Freud, ο Erikson δεν πίστευε ότι η προσωπικότητα είναι τόσο άκαμπτη που να μην μπορεί να υποστεί αλλαγές στη μέση και όψιμη ενήλικη ζωή. Για τον Erikson η

ψυχολογική ανάπτυξη και ωρίμανση είναι κάτι που συνεχίζεται κατά τη διάρκεια ολόκληρου του κύκλου ζωής.

Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την συμβουλευτική διαδικασία και τις τεχνικές που χρησιμοποιεί η ψυχολογία του Εγώ για την επίτευξη των στόχων της ο αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στο παραπάνω κεφάλαιο της ψυχαναλυτικής θεωρίας του Freud.

### 1.3.2.KAREN HORNEY(1885-1952)

Σημαντική επίσης την ψυχαναλυτική σκέψη είναι η Karen Horney η οποία είδε και αυτή την προσωπικότητα του ενήλικα σαν σχηματισμένη από τις παιδικές εμπειρίες, αλλά, αντίθετα από τον Freud, έδωσε, και αυτή, σημασία στις κοινωνικές σχέσεις – ιδίως με τους γονείς – αντί στην επίλυση των αντιθέσεων του Εκείνου. Η Horney μίλησε για τα συναισθήματα «βασικού άγχους» (basic anxiety) και «βασικής εχθρότητας» (basic hostility). Όταν οι γονείς συμπεριφέρονται αδιάφορα, υποτιμητικά και με αστάθεια, το παιδί αισθάνεται ανασφαλές και ανήμπορο βιώνοντας το βασικό άγχος. Αυτά τα συναισθήματα, κατά τη Horney, συνοδεύονται και από ένα βαθύτερο συναίσθημα μνησικακίας απέναντι στους γονείς – βασική εχθρότητα. Επειδή αυτή η εχθρότητα δεν μπορεί να εκφραστεί άμεσα, γιατί το παιδί χρειάζεται και φοβάται τους γονείς του, απωθείται και οδηγεί σε συναισθήματα αναξιότητας και άγχους.

Αυτή η ένταση ανάμεσα στη βασική εχθρότητα και το βασικό άγχος οδηγεί το παιδί, και αργότερα τον νευρωτικό ενήλικα, να υιοθετήσει μια από τις ακόλουθες 3 στάσεις κοινωνικών αλληλεπιδράσεων: 1) μια κίνηση προς τους άλλους 2) μια κίνηση έναντι (αντίθετα) των άλλων 3) μια κίνηση μακριά από τους άλλους Όταν κινείται προς τους άλλους, το άτομο ενδίδει στους άλλους και είναι πάντα ανήσυχο να τους ευχαριστήσει έτσι ώστε να κερδίσει την έγκριση και την αγάπη τους. Το άτομο που κινείται έναντι των άλλων προσπαθεί να βρει σιγουριά μέσω της κυριαρχίας. Ο στόχος του ατόμου που κινείται μακριά από τους άλλους είναι να προστατευτεί, να βρει ασφάλεια στην απόσταση, στην απομάκρυνση. Έτσι δεν αφήνει ποτέ να δημιουργηθούν κοντινές σχέσεις. Όλοι αυτοί οι προστατευτικοί μηχανισμοί δημιουργούν πολλά διαπροσωπικά προβλήματα(Horney,1937).

### 1.3.3.HARRY STACK SULLIVAN (1892-1949)



Τέλος, ο Harry Stack Sullivan εκπαιδεύτηκε στην ψυχιατρική τη δεκαετία του 1930 την περίοδο δηλαδή που η επιρροή του Freud στην αμερικανική ψυχιατρική ήταν έντονη. Παρά ταύτα, επέμεινε στην τακτική της συγκρότησης των εννοιών με βάση παρατηρήσιμα δεδομένα.

Το σύνολο των διαμορφωμένων γνωρισμάτων της προσωπικότητας ο Sullivan το ονομάζει *σύστημα του εαυτού*. Το σύστημα του εαυτού αναπτύσσεται ακολουθώντας μια σειρά σταδίων και είναι προϊόν των διαπροσωπικών εμπειριών και όχι η εκτύλιξη κάποιων ενδοψυχικών δυνάμεων. Στο πρώτο στάδιο, την βρεφική ηλικία, όταν οι πρωτογενείς ανάγκες του παιδιού δεν ικανοποιούνται, βιώνεται για πρώτη φορά το συναίσθημα του άγχους. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, από το 2<sup>ο</sup> έως τον 5<sup>ο</sup> χρόνο, το κύριο έργο που έχει το παιδί να φέρει σε πέρας, είναι να εκπαιδευτεί έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις πολιτισμικές απαιτήσεις του περιβάλλοντός του και να μάθει να αντιμετωπίζει τους πανίσχυρους ενήλικες. Στη μετανηπιακή περίοδο, από τον 5<sup>ο</sup> έως τον 8<sup>ο</sup> χρόνο, το παιδί χρειάζεται συνομήλικά του παιδιά και μαθαίνει πώς να τα αντιμετωπίζει. Στην προεφηβεία, από τον 8<sup>ο</sup> έως τον 12<sup>ο</sup> χρόνο, αναπτύσσεται η ικανότητα για αγάπη και συνεργασία με ένα άλλο άτομο του ίδιου φύλου. Αυτή η λεγόμενη *chum period* (η περίοδος όπου πριν την εφηβεία το παιδί αναπτύσσει ενδιαφέρον για κάποιο άτομο του ίδιου φύλου και της ίδιας ωριμότητας με αυτό, με το οποίο αναπτύσσει μια σχέση αμοιβαίας εκτίμησης και με το οποίο μοιράζεται κοινές πεποιθήσεις) είναι η περίοδος όπου ζει κανείς την πρώτη ακατέργαστη αίσθηση μιας σχέσης εγγύτητας. Αυτή η εμπειρία των φίλων που έχουν βιωθεί με το αίσθημα αυτής της περιόδου είναι συχνά κάτι που λείπει από την ιστορία των σχιζοφρενών. Στη διάρκεια της εφηβείας τίθενται τα καθήκοντα του αποχωρισμού από την οικογένεια, της ανάπτυξης κανόνων ζωής και αξιών και της μετάβασης στην ετεροφυλία (Sullivan, 1953).

Η θεραπευτική διαδικασία απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του θεραπευτή, ο οποίος χαρακτηρίζεται εν προκειμένω ως συμμετέχων παρατηρητής. Στη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να αποσαφηνιστούν οι τρόποι με τους οποίους βιώνεται ο κόσμος και να εφαρμοστούν νέα σχήματα συμπεριφοράς. Τελικά, τα άτομα θα πρέπει να βοηθηθούν να δουν τον εαυτό τους όπως πραγματικά είναι και όχι όπως νομίζουν τα ίδια ότι είναι, ή όπως θέλουν τους άλλους να νομίζουν για τα ίδια, ότι είναι.

Ο Sullivan θεωρούσε ότι ακόμα και οι πλέον διαταραγμένοι ψυχωτικοί άρρωστοι που πάσχουν από σχιζοφρένεια, μπορούν να προσεγγιστούν μέσω της ιδιαίτερης ανθρώπινης σχέσης που είναι η ψυχοθεραπεία.

## 1.4.ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ (Theory of Behavioral Counseling)

Η θεωρία αυτή εφαρμόζει διάφορες τεχνικές που συνδέονται ή προέρχονται από τη θεωρία της μάθησης, με στόχο να τροποποιήσει συγκεκριμένες απροσάρμοστες συμπεριφορές(Patterson, 1973). Οι συμπεριφοριστές απορρίπτουν την ιδέα της ψυχικής ασθένειας και ανάγουν την αποκλίνουσα συμπεριφορά σε μη αποτελεσματικούς τρόπους εκμάθησης συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά μαθαίνεται με τρεις κυρίως τρόπους: την κλασσική εξαρτημένη μάθηση, τη συντελεστική μάθηση, και τη μιμητική μάθηση.

### 1.4.1 PAVLOV

Η κλασσική εξαρτημένη μάθηση έχει τις ρίζες της στη συστηματική μελέτη και στα πειράματα του Ραβλον(1927). Η θέα της τροφής(φυσικό ερέθισμα) προκαλούσε την έκκριση σιέλου στο σκύλο(φυσική αντίδραση). Αυτό είναι ένα έμφυτο είδος συμπεριφοράς που επιτρέπει στον οργανισμό να διατηρείται στη ζωή. Ένα άλλο παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει ότι ένας δυνατός ήχος μας κάνει και τρομάζουμε. Όταν στη θέα της τροφής προστέθηκε ο ήχος ενός κουδουνιού(εξαρτημένο ερέθισμα), ο σκύλος έμαθε να εκκρίνει σιέλο ακόμη κι όταν άκουγε μόνο τον ήχο του κουδουνιού(εξαρτημένη αντίδραση). Με τον ίδιο τρόπο που ο Ραβλον παρουσίασε την κλασσική εξαρτημένη μάθηση στα πειράματα με τον σκύλο, ο Watson απέδειξε ότι οι ανθρώπινες νευρώσεις μπορούν να προέρχονται από την ίδια διαδικασία.

### 1.4.2 WATSON

Ο Watson (1913) υπήρξε βασικός εκπρόσωπος του συμπεριφορισμού. Είναι γνωστή η έκφρασή του: «Αρκετά ασχοληθήκαμε με το τι σκέφτονται και αισθάνονται οι άνθρωποι. Καιρός να αρχίσουμε να ασχολούμαστε με το τι κάνουν οι άνθρωποι». Ο Watson θεωρούσε ως μη αντικειμενική και μη έγκυρη επιστημονικά τη μελέτη της συνείδησης, επομένως, έλεγε, ο νους δεν μπορεί και δεν πρέπει να μελετηθεί σε βάθος. Απόρριπτε τη διάκριση μεταξύ σώματος και νου και έδινε έμφαση στη μελέτη της συμπεριφοράς των ατόμων. Ο Watson έβλεπε τη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα εξαρτημένων αντανακλαστικών(τα εξαρτημένα αντανακλαστικά είναι αντιδράσεις – απαντήσεις που μαθαίνονται με την κλασσική βελτίωση). Δεν δεχόταν την ύπαρξη των ενστίκτων και ότι οι άνθρωποι γεννιούνται με έμφυτες δυνατότητες, γνωρίσματα ή προδιαθέσεις. Συνήθιζε να λέει: «Το τι είμαστε εξαρτάται εξ ολοκλήρου από αυτό που έχουμε μάθει». Είναι επίσης γνωστή η φράση του: «Δώστε μου μια δωδεκάδα υγιή νήπια να τα μεγαλώσω και να τα διαπλάσω στον ειδικά

διαμορφωμένο κόσμο μου με τις δικές μου αρχές και μεθόδους και σας εγγυώμαι ότι μπορώ να τα μετατρέψω σε οποιοδήποτε τύπο ειδικού επιλέξω. Δηλαδή άλλον θα τον κάνω γιατρό, άλλον δικηγόρο, καλλιτέχνη, έμπορο, ή ,ακόμη, ζητιάνο, κλέφτη, αλήτη, ανεξάρτητα από το ταλέντο, τις δυνατότητες, τις κλίσεις και τη φυλή τους». Ο Watson εισήγαγε ακόμη τις αρχές της συχνότητας και της αμεσότητας στη μάθηση.

Στην περίπτωση του μικρού Albert( Watson και Raynor, 1920), ο φόβος του για τα άσπρα ποντίκια αναπτύχθηκε όταν, κάθε φορά που προσπαθούσε να πιάσει το ποντίκι, ακουγόταν συγχρόνως ένας τρομερός θόρυβος. Ο Albert άρχισε σιγά-σιγά να αντιδρά με φόβο στη θέα του ποντικιού ακόμα και όταν ο θόρυβος έπαψε να συνοδεύει την παρουσία του ποντικιού. Ο φόβος αυτός στον Albert αργότερα γενικεύτηκε και για άλλα ζώα αλλά και για άσπρα χνουδωτά αντικείμενα. Το πείραμα αυτό έδειξε πως η δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά( στην περίπτωση αυτή το άγχος με τα άσπρα ποντίκια) είναι μια διαδικασία μάθησης παρόμοια με την μάθηση κάθε άλλης συμπεριφοράς. Ο άνθρωπος αναπτύσσεται και αποκτά σταδιακά την ικανότητα να αντιδρά στο περιβάλλον και με άλλους τρόπους.

### 1.4.3 B.F.SKINNER

Η συντελεστική μάθηση: Ο B. F. Skinner (1938) ήταν εκείνος που όρισε τους νόμους της συντελεστικής μάθησης. Κατά τη συντελεστική μάθηση χρησιμοποιούνται αμοιβές για να ενισχυθεί μια συμπεριφορά καθώς οι συμπεριφορικοί θεραπευτές έχουν χρησιμοποιήσει ευρύτατα τη συντελεστική αρχή ότι η συμπεριφορά (συντελεστής- ερέθισμα) καθορίζεται από προηγθέντα και επακόλουθα συμβάντα. Μια συμπεριφορά συμβαίνει τυχαία ή αυθόρμητα και ακολουθείται από ένα γεγονός που προκαλεί ευχαρίστηση(ενίσχυση). Στη συντελεστική μάθηση ο στόχος είναι να ενισχυθεί ένας συντελεστής, δηλαδή, μια συμπεριφορά, αυξάνοντας τη συχνότητα αντίδρασης. Ενώ ο Pavlov συνέδεσε την ενίσχυση με το ερέθισμα, ο Skinner εξάρτησε την ενίσχυση από την αντίδραση, δηλαδή, η ενίσχυση ερχόταν μετά την επιθυμητή αντίδραση για να την ενισχύσει.

Σύμφωνα με την συντελεστική μάθηση οι περισσότερες αν όχι όλες οι συμπεριφορές μας συμβαίνουν καταρχήν τυχαία(στη θέα κάποιου ερεθίσματος). Για να αποκτήσει ο άνθρωπος

μια νέα συμπεριφορά μέσω της συντελεστικής μάθησης, θα πρέπει η συγκεκριμένη του αντίδραση να ακολουθηθεί από ένα γεγονός στο περιβάλλον που να θεωρείται ενισχυτικό από τον άνθρωπο. Στην περίπτωση αυτή αυξάνεται η πιθανότητα να επαναλάβει ο άνθρωπος τη συμπεριφορά αυτή και στο μέλλον. Επομένως η συντελεστική συμπεριφορά είναι εκείνη που καθορίζεται από τις επιπτώσεις της. Η συντελεστική μάθηση χρησιμοποιείται ευρύτατα στη θεραπεία της συμπεριφοράς για την τροποποίηση ανεπιθύμητων αντιδράσεων του ατόμου. Υπάρχουν δύο είδη θετικών συνεπειών: η αμοιβή ή θετική ενίσχυση, και η απομάκρυνση ενός απωθητικού ερεθίσματος ή αρνητική ενίσχυση. Υπάρχουν επίσης, δύο είδη αρνητικών συνεπειών: η θετική τιμωρία, δηλαδή η εισαγωγή ενός απωθητικού ερεθίσματος και η αρνητική τιμωρία, δηλαδή η απομάκρυνση ενός ευχάριστου ερεθίσματος.

Η διαχείριση σχέσεων συνάφειας, δηλαδή ο χειρισμός των αμοιβών και των τιμωριών που έπονται ή εξαρτώνται από την αντίδραση, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αποδυνάμωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών ή στην ενδυνάμωση των προσαρμοστικών συμπεριφορών και αυξάνει την επανεμφάνιση της τυχαίας συμπεριφοράς στον μέλλον. Η ενίσχυση μπορεί να δίνεται κάθε φορά που εμφανίζεται η συμπεριφορά ή σε τακτά χρονικά διαστήματα. Για τον Skinner, η προσωπικότητα δεν είναι κάτι διαφορετικό από ό,τι είναι οι άλλες συμπεριφορές ή οι συγκυρίες συμπεριφορών: αποκτάται, διατηρείται και ισχυροποιείται ή εξασθενίζει σύμφωνα με τους ίδιους νόμους της αμοιβής και της τιμωρίας, οι οποίοι μεταβάλλουν την οποιαδήποτε άλλη μορφή συμπεριφοράς. Η *συμπεριφορολογία* όπως είναι γνωστή η βασική θεωρία του Skinner ασχολείται μόνο με την παρατηρήσιμη, μετρήσιμη, εγχειρηματοποιήσιμη συμπεριφορά. Ο Skinner υποστήριξε ότι μέσω της διαδικασίας της επεμβατικής εξάρτησης και μέσω της εφαρμογής των βασικών αρχών της μάθησης, αναπτύσσονται ομάδες συμπεριφορών, οι οποίες χαρακτηρίζουν τις αντιδράσεις των ατόμων απέναντι στον κόσμο των ερεθισμάτων, με τον οποίο βρίσκονται αντιμέτωποι στη ζωή τους. Το σύνολο αυτών των ομάδων αντιδράσεων ο Skinner το ονομάζει προσωπικότητα (Skinner, 1938).

#### 1.4.4 A.BANDURA

Η μιμητική μάθηση: η μάθηση μέσω της παρατήρησης και της μίμησης προτύπων λέγεται κοινωνική μάθηση. Το όνομα που έχει συνδεθεί περισσότερο με αυτό το είδος μάθησης είναι αυτό του Albert Bandura (1969). Η διαδικασία της μάθησης μέσω της παρατήρησης και της

μίμησης προτύπων περιλαμβάνει την ύπαρξη κάποιων πραγματικών ή συμβολικών μοντέλων με τα οποία το άτομο θέλει να ταυτιστεί. Ένα μεγάλο μέρος της ανθρώπινης συμπεριφοράς αποκτάται μέσα από την παρατήρηση και την μίμηση της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων.

Η μάθηση μέσω παρατήρησης ή μίμησης προτύπων δεν έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς ως κύρια θεραπευτική τεχνική. Παρ' όλα αυτά, η ένταξη παιδιών με φοβίες στη συνθήκη παρακολούθησης άλλων παιδιών χωρίς φοβίες, καθώς τα τελευταία αλληλεπιδρούσαν με το φοβικό ερέθισμα, όπως ένα φίδι ή ένας σκύλος, είχε ως αποτέλεσμα την απόσβεση κάποιων φοβιών. Το πρότυπο είναι δυνατό να παρουσιάζεται ζωντανά ή σε ταινία. Η μίμηση προτύπου συνδυάζεται συχνά με ενισχύσεις της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Οι στόχοι της θεραπείας της συμπεριφοράς οργανώνονται σε τρεις κατηγορίες: αλλαγή της δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς, εκμάθηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και πρόληψη προβλημάτων (Krumboltz, 1966).

Το ποια τεχνική θα επιλέξει και θα χρησιμοποιήσει ο συμβουλευτικός ψυχολόγος εξαρτάται από πολλές μεταβλητές: από το είδος του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο πελάτης, από τα συμπεριφοριστικά προσόντα και μειονεκτήματά του, από το είδος και την αξία των διάφορων ενισχυτών που υπάρχουν διαθέσιμοι στον περιβάλλον του καθώς και από τα άλλα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του που μπορούν ενδεχομένως να βοηθήσουν στην προώθηση της επιθυμητής αλλαγής.

Μερικές από τις σημαντικότερες τεχνικές που χρησιμοποιεί η συμπεριφοριστική συμβουλευτική για την τροποποίηση της συμπεριφοράς είναι οι ακόλουθες:

### 1. Ενίσχυση:

Τα γεγονότα και οι συμπεριφορές εκείνες οι οποίες όταν έπονται της συμπεριφοράς, αυξάνουν την πιθανότητα επανεμφάνισής της. Υπάρχουν δύο είδη ενισχύσεων. Οι θετικές και οι αρνητικές. Οι θετικές περιλαμβάνουν όλα τα είδη αμοιβών, από κάτι χειροπιαστό έως έναν έπαινο. Ο θεραπευτής της προσφέρει όταν θέλει να ευχαριστήσει, να επιβραβεύσει και να ικανοποιήσει τον πελάτη. Οι αρνητικές ενισχύσεις είναι διαδικασίες οι οποίες φροντίζουν να απομακρυνθεί ένα ερέθισμα που προκαλεί επανεμφάνιση της συμπεριφοράς την οποία ακολουθούσε το αρνητικό αυτό ερέθισμα. Η τιμωρία διαφέρει από την αρνητική ενίσχυση

διότι είναι η εφαρμογή ενός αρνητικού γεγονότος με στόχο την μείωση της επανεμφάνισης αυτής της συμπεριφοράς

Οι ενισχύσεις είναι τεχνικές που βασίζονται στη θεωρία της συντελεστικής μάθησης του Skinner.

Υπάρχουν όμως και τεχνικές που προέρχονται από την κλασσική εξαρτημένη μάθηση.

Τέτοια είναι η συστηματική αποευαισθητοποίηση που ανέπτυξε ο Wolpe (1969).

#### 1.4.5 WOLPE

##### 2.Συστηματική αποευαισθητοποίηση (ή αμοιβαία παρεμπόδιση)

Αποτελεί μια διαδικασία άμβλυνσης των προβλημάτων που σχετίζονται με το άγχος. Σε αυτά τα προβλήματα, το αρχικά ουδέτερο ερέθισμα προκαλεί ως αποτέλεσμα της κλασσικής εξάρτησης ισχυρές αντιδράσεις άγχους(Wolpe,1958) Η σκέψη του Wolpe ήταν πως εάν τα αγχογόνα ερεθίσματα συνδέονται συνέχεια με μία κατάσταση χαλάρωσης, τότε η αρχική σύνδεση που είχε κάνει ο άνθρωπος μεταξύ αυτών των ερεθισμάτων και της αγχωτικής του αντίδρασης θα εκλείψει. Αφού ο άνθρωπος δεν μπορεί να βιώνει συγχρόνως δύο ασυμβίβαστες καταστάσεις, όπως είναι η χαλάρωση και το άγχος, δημιουργείται μια αμοιβαία παρεμπόδιση κατά την οποία η χαλάρωση σταδιακά αποδυναμώνει το άγχος(Wolpe, 1969).

Στη θεραπεία του άγχους-που κατά τον Wolpe ήταν η κύρια πηγή των ανθρώπινων προβλημάτων-για παράδειγμα, ο ψυχοθεραπευτής ετοιμάζει πρώτα έναν κατάλογο των αγχογόνων καταστάσεων του πελάτη τις οποίες έχει καταγράψει μέσα από τις συνεντεύξεις και από διάφορες κλίμακες που έχει συμπληρώσει ο πελάτης. Στην συνέχεια αφιερώνει αρκετό χρόνο για να εκπαιδεύσει τον πελάτη στη χαλάρωση των μυών του, καθώς ένα άτομο δεν μπορεί να είναι ταυτόχρονα αγχωμένο και χαλαρό.

Τέλος, ιεραρχεί τις αγχογόνες καταστάσεις και στις επόμενες συζητήσεις ζητάει από τον πελάτη να φανταστεί καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, ενώ συγχρόνως χαλαρώνει. Η θεραπευτική διαδικασία αρχίζει με την παρουσίαση καταστάσεων που προκαλούν λίγο άγχος στον πελάτη και στη συνέχεια ενόσω ο πελάτης παραμένει ήρεμος και χαλαρός γίνεται

παρουσίαση περισσότερο αγχογόνων καταστάσεων. Εάν το άγχος είναι ιδιαίτερα έντονο σε κάποιο βήμα και ο πελάτης δεν μπορεί να χαλαρώσει επιστρέφει στο προηγούμενο.

Ενώ το σκεπτικό του Wolpe έχει αμφισβητηθεί, η ίδια η θεραπεία από μόνη της έχει αποβεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση ενός μεγάλου αριθμού προβλημάτων όπως η σχολική φοβία, η φοβία για τα νοσοκομεία, η φοβία για τις εξετάσεις, το άγχος του μητρικού αποχωρισμού και το άσθμα.

### 3. Παρρησιαστική ή διεκδικητική εκπαίδευση(εκπαίδευση στη χειραφέτηση)-(assertiveness training)

Παρρησιαστικός είναι ο άνθρωπος που μπορεί να εκφράσει την γνώμη του, τα θέλω του και τις απογοητεύσεις του και γενικά τα συναισθήματα του ελεύθερα γιατί πιστεύει ότι έχει το δικαίωμα να είναι ο εαυτός του εφόσον δεν βλάπτει κανέναν. «Παρρησιαστική εκπαίδευση, γενικά, απαιτείται για ασθενείς που έχουν απροσάρμοστες αγχογόνες αντιδράσεις σε διαπροσωπικές περιστάσεις και οι οποίες τους εμποδίζουν να εκφράζουν και να κάνουν αυτό που είναι λογικό και σωστό» (Wolpe, 1969, σ.61). Η εκπαίδευση περιλαμβάνει από-εξάρτηση του άγχους που εμποδίζει το άτομο να είναι παρρησιαστικό, και εκμάθηση της παρρησιαστικής συμπεριφοράς μέσω της συντελεστικής μάθησης.

### 4. Ψυχοκατακλυσμική θεραπεία (flooding)

Ο θεραπευόμενος έρχεται αντιμέτωπος με το ερέθισμα που του προκαλεί άγχος ή φόβο ξανά και ξανά χωρίς να υπάρχει παράγοντας αποεξάρτησης-όπως είναι η χαλάρωση στη συστηματική αποευαισθητοποίηση-ούτε γίνεται προσπάθεια σταδιακής προσέγγισης του αγχογόνου ερεθίσματος. Αντίθετα ο θεραπευτής προσπαθεί να διατηρήσει έντονο το άγχος του πελάτη ενώ του περιγράφει την αγχογόνο κατάσταση ξανά και ξανά, μέχρι να αρχίσει να μειώνεται το άγχος και ο πελάτης να μην μπορεί πλέον να αγχωθεί με το συγκεκριμένο ερέθισμα. Θεωρείται πολύ αποτελεσματική τεχνική για τη θεραπεία της αγοραφοβίας και των ιδεοληπτικών-ψυχαναγκαστικών διαταραχών.

### 5. Αποστροφική θεραπεία (aversion therapy)

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιεί ερεθίσματα που προκαλούν πόνο ή αποστροφή για την τροποποίηση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, όταν δεν υπάρχει εναλλακτική διαθέσιμη. Ο άνθρωπος μέσω της κλασσικής εξαρτημένης αντίδρασης, συνδέει την ανεπιθύμητη

συμπεριφορά του με τον πόνο ή την αποστροφή που του προκαλεί το δυσάρεστο ερέθισμα και έτσι σιγά-σιγά την αποβάλλει.

Οι συμπεριφοριστικοί θεραπευτές χρησιμοποιούν πληθώρα και άλλων τεχνικών όπως για παράδειγμα την απόσβεση(extinction), την έκθεση(exposure), τη γενίκευση κ.ά. προκειμένου να τροποποιήσουν ή να εξαλείψουν μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής εξαρτάται πάντα από την περίπτωση.

### 1.5.ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1950 ως αναγκαιότητα για την ύπαρξη ενός νέου ψυχοθεραπευτικού μοντέλου. Μέχρι τότε τα θεραπευτικά μοντέλα που κυριαρχούσαν ήταν το ψυχαναλυτικό και το συμπεριφοριστικό μοντέλο. Ωστόσο, φάνηκε πως η συμπεριφοριστική θεωρία δεν επαρκούσε να εξηγήσει πολλούς τύπους της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Το σχήμα ερέθισμα-αντίδραση δεν ίσχυε στην ερμηνεία εγκατάστασης αρκετών δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Από την άλλη μεριά, το ψυχαναλυτικό μοντέλο φάνηκε να μην μπορεί να αντιμετωπίσει έγκαιρα και αποτελεσματικά αρκετά ψυχολογικά προβλήματα. Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος συνέβαλε στην ανάπτυξη αυτού του μοντέλου θεραπείας ήταν πως υπήρχαν προβλήματα, όπως για παράδειγμα, ιδεοληπτικός ιδεασμός, τα οποία μόνο με συμπεριφοριστικούς χειρισμούς δεν σημείωναν βελτίωση. Η διαμόρφωση γνωσιακών-συμπεριφοριστικών χειρισμών συμπλήρωσε ένα κενό στις θεραπευτικές τεχνικές(Dobsob & Dozois, 1988). Σήμερα η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία εφαρμόζεται σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών όπως: αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, διαταραχές πρόσληψης τροφής, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας, προβλήματα στο ζευγάρι ή στα μέλη της οικογένειας κ.ά.

« Η γνωσιακή θεραπεία δίνει έμφαση στο ρόλο του συλλογισμού στη μάθηση, δηλαδή στο ρόλο των γνωσιακών και συμβολικών διαδικασιών που επιδρούν στη συμπεριφορά. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν αντίληψη και επεξεργασία των γεγονότων που συμβαίνουν στο περιβάλλον, συστήματα αξιών και αντιλήψεων, σκέψεις, σχεδιασμό, λύση προβλημάτων κτλ. Εάν κατανοήσουμε τα γεγονότα που συνέβησαν στο περιβάλλον του, χωρίς να πάρουμε υπόψη μας την αλληλεπίδραση ανάμεσα στις γνωσιακές διαδικασίες και το περιβάλλον, τότε



δεν θα μπορούσαμε να επεξηγήσουμε επαρκώς τη συμπεριφορά του ατόμου» (Χαρίλα,1995, σελ. 113-114).

Οι γνωστικές θεραπείες μπορούν να διακριθούν από τις θεραπείες της συμπεριφοράς με κριτήριο την προσοχή που δίνουν στις νοητικές διεργασίες που μεσολαβούν μεταξύ του ερεθίσματος και της αντίδρασης. Αντί να αλλάζουν τα περιβαλλοντικά συμβάντα που ενισχύουν τα προβλήματα συμπεριφοράς των ατόμων, οι γνωστικοί θεραπευτές στοχεύουν στις δυσλειτουργικές και δυσπροσαρμοστικές αντιλήψεις που καθοδηγούν την συμπεριφορά. Ο βασικός στόχος είναι να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται το άτομο. Όταν αυτό επιτευχθεί η συμπεριφορά θα αλλάξει επίσης. Δεν υπάρχει, στην πραγματικότητα, μια αυστηρή διχοτόμηση μεταξύ των θεραπειών συμπεριφοράς και των γνωστικών θεραπειών. Οι θεραπευτές της συμπεριφοράς χρησιμοποιούν γνωστικές παραμέτρους ως μέσο για να επιτύχουν την αλλαγή συμπεριφοράς. Από τη δική τους πλευρά, οι γνωστικές θεραπείες είναι σύμφωνες με τις συμπεριφοριστικές τους ρίζες, δεδομένου ότι ενδιαφέρονται για την αλλαγή συγκεκριμένων παρατηρήσιμων συμπεριφορών, το συστηματικό έλεγχο της σχέσης μεταξύ παρέμβασης και αλλαγής της συμπεριφοράς και τη συνεχή εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου(Wenar, 2008). Στην εξέλιξη του μοντέλου, έτσι όπως εφαρμόζεται σήμερα, επέδρασαν διάφορες θεωρίες. Οι κύριες επιρροές του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου, βασίζονται στην γνωσιακή θεωρία του Beck(1963) και στην λογικοσυναισθηματική(λογικο-θυμική προσέγγιση) θεωρία του Ellis(1962) οι οποίες και θεμελιώνουν τον γνωσιακό χαρακτήρα του μοντέλου.

### 1.5.1 ΛΟΓΙΚΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (Rational-Emotive Therapy)

Είναι μία θεωρία της προσωπικότητας και μια μέθοδος ψυχοθεραπείας που αναπτύχθηκε στη δεκαετία του '50 από τον Albert Ellis. Στηρίζεται στην πεποίθηση πως οι συναισθηματικές δυσκολίες οφείλονται σε λανθασμένες και παράλογες δοξασίες οι οποίες μπορούν να αλλάξουν με έλεγχο των λογικών διαδικασιών, της λογικής σκέψης του ατόμου.

Η λογικο-θυμική θεραπεία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος διαφέρει από το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο γιατί σκέφτεται, έχει αξίες και μπορεί και αναπτύσσει λογικές δομές. Ο άνθρωπος είναι λογικό όν αλλά διακατέχεται και από παράλογες σκέψεις. Όταν σκέφτεται λογικά, είναι ευτυχισμένος και επαρκής. Όταν σκέφτεται παράλογα είναι δυστυχής γιατί οι παράλογες σκέψεις είναι η αιτία που οδηγεί στις ψυχολογικές διαταραχές και τα συναισθηματικά

προβλήματα, όπως το άγχος. Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς τα συναισθήματα από τη σκέψη γιατί «φαίνεται πως είναι σχεδόν αδύνατο να αντέξει κανείς ένα συναισθηματικό ξέσπασμα χωρίς να το υποστηρίζει συνεχώς με ιδέες» (Ellis 1967, σελ.49). Αυτές οι ιδέες αποτελούν τον εσωτερικό διάλογο του ανθρώπου που βασίζεται στο προσωπικό σύστημα του πιστεύω του. Άρα λοιπόν η σκέψη και το συναίσθημα είναι αλληλένδετα. Έτσι όταν υπάρχει συναισθηματική διαταραχή, θα υπάρχει μοιραία και παράλογη σκέψη. Επομένως για να γίνει πάλι ο άνθρωπος ευτυχισμένος, πρέπει να επέλθει αλλαγή και αναδιοργάνωση των αρνητικών και αυτό-καταστροφικών σκέψεων και συναισθημάτων του.

Συνεπώς, ο βασικός στόχος της ψυχοθεραπείας πρέπει να είναι η αποσαφήνιση της σκέψης από παραλογισμούς έτσι ώστε και ο εσωτερικός διάλογος του ανθρώπου να ξαναβρεί τη λογική του, οπότε και τα συναισθήματα θα γίνουν πιο θετικά.

Κατά τον Ellis (1962) μερικές από τις παράλογες ιδέες που προκαλούν ψυχολογικές διαταραχές είναι οι εξής:

1. Είναι απολύτως απαραίτητο να αγαπιέται κανείς, να τον εκτιμούν και να τον αποδέχονται όλοι στο περιβάλλον του.
2. Για να αξίζει κάποιος θα πρέπει να είναι ικανός, επαρκής και να επιτυγχάνει σε όλα.
3. Μερικοί άνθρωποι είναι κακοί και γι' αυτό πρέπει να κατηγορούνται και να τιμωρούνται.
4. Είναι τρομερά καταστροφικό να μην γίνονται τα πράγματα όπως τα θέλει κανείς.
5. Η δυστυχία είναι αποτέλεσμα εξωτερικών γεγονότων τα οποία ο άνθρωπος δεν μπορεί να ελέγξει.
6. Αν κάτι είναι επικίνδυνο και βλαβερό αυτό πρέπει συνέχεια να απασχολεί την σκέψη του ανθρώπου.
7. Είναι πιο εύκολο να αποφεύγει κανείς τις δυσκολίες και την προσωπική ευθύνη παρά να τις αντιμετωπίζει κατά πρόσωπο.
8. Οι άνθρωποι είναι απαραίτητο να βασίζονται στους άλλους και να έχουν την υποστήριξη κάποιου ισχυρότερου.
9. Οι προηγούμενες εμπειρίες και γεγονότα στη ζωή ενός ανθρώπου καθορίζουν την τωρινή συμπεριφορά και δεν μπορούν να αλλάξουν.

10. Οι άνθρωποι πρέπει να ασχολούνται και να στενοχωριούνται με τα προβλήματα των άλλων.

11. Υπάρχει πάντα μια σωστή και συγκεκριμένη απάντηση σε κάθε πρόβλημα και είναι καταστροφικό αν ο άνθρωπος δεν μπορέσει να τη βρει.

Αυτές οι παράλογες ιδέες τις μαθαίνουμε από το οικογενειακό μας περιβάλλον, ενισχύονται όμως από την κοινωνία, και αποτελούν τις βασικές αιτίες των συναισθηματικών διαταραχών.

Ο Ellis χρησιμοποιεί ένα μοντέλο συμπεριφοράς που το ονομάζει ABC

(A=activating=ενεργοποίηση, B=belief system=σύστημα

πεποιθήσεων, C=consequence) ή μέθοδος ABΓ.

(A) είναι το γεγονός, το συμβάν που ενεργοποιεί τον άνθρωπο. Το σύστημα πεποιθήσεων του ανθρώπου (B) αξιολογεί το συμβάν (A) ,και ως αποτέλεσμα έχουμε τη συναισθηματική αντίδραση (Γ). Δηλαδή, η αίτια του Γ δεν είναι το A αλλά το B.

Το σύστημα πεποιθήσεων (B) ενός ανθρώπου μπορεί να περιλαμβάνει και λογικές και παράλογες σκέψεις. Οι παράλογες σκέψεις είναι εκείνες που δημιουργούν τη συναισθηματική διαταραχή.

Η προσπάθεια του ψυχοθεραπευτή θα στραφεί στο να κάνει τον πελάτη να αντιμετωπίσει κατά πρόσωπο τον παράλογο εσωτερικό του διάλογο και να τον αντικαταστήσει με πιο λογικές σκέψεις.

Η λογικοσυναισθηματική προσέγγιση δίνει επίσης μεγάλη έμφαση στη σπουδαιότητα των αξιών. Ο άνθρωπος λειτουργεί εποικοδομητικά και θετικά όταν οι αξίες του στηρίζονται στη λογική. Οι αξίες της τελειότητας και της απολυτότητας κάνουν τον άνθρωπο να αισθάνεται συναισθηματικά διαταραγμένος. Σχετικά με την προσωπικότητα, η λογικοσυναισθηματική θεωρία πιστεύει και τονίζει τα βιολογικά της στοιχεία. Δηλαδή, ο άνθρωπος γεννιέται με έντονη την τάση να θέλει και να επιμένει να γίνονται όλα για το καλύτερο και να απορρίπτει τον εαυτό του αλλά και τους άλλους όταν τα πράγματα δεν γίνονται έτσι και όταν ο ίδιος δεν μπορεί να έχει αυτό που επιθυμεί αμέσως( Ellis, 1973).

Σύμφωνα με τη λογικο-θυμική θεωρία, η συναισθηματική διαταραχή προκύπτει όταν ο άνθρωπος προστάζει , επιμένει και υπαγορεύει ότι πρέπει να ικανοποιηθούν οι επιθυμίες του.

Απαιτεί να επιτύχει ο ίδιος σε σημαντικά επιτεύγματα και να έχει την επιδοκιμασία των άλλων. Επιμένει να του φέρονται δίκαια και ηθικά, προστάζει να είναι ο κόσμος πιο ευχάριστος από ότι συνήθως. Αποδίδει μεγάλη σημασία σε αυτά που σκέφτονται οι άλλοι για αυτόν. Θέλει να τον επιδοκιμάζουν και να τον αγαπούν. Όμως μια πιο λογική στάση θα μπορούσε να εκφραστεί ως εξής: «Είναι ευχάριστο αλλά όχι αναγκαίο να με αποδέχονται και να με αγαπούν οι άλλοι. Είναι προτιμότερο να κερδίσω τον αυτοσεβασμό μου παρά την αποδοχή των άλλων». Σε αυτό εξάλλου και αποβλέπει η λογικο-θυμική προσέγγιση.

Ο βασικός στόχος της λογικοσυναισθηματικής προσέγγισης είναι « η ελάττωση της κεντρικής αυτό-καταστροφικής άποψης που έχει ο πελάτης για τον εαυτό του και η απόκτηση μιας πιο ρεαλιστικής και ανεκτικής φιλοσοφίας της ζωής» (Ellis, 1973). Ο θεραπευτής πρέπει να στοχεύει στο να βοηθήσει τον πελάτη να απαλλαγεί από τις παράλογες ιδέες και στάσεις του και να τις αντικαταστήσει με λογικές (Μαλικιώση-Λοίζου, 1989).

Μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο συμβουλευτικός ψυχολόγος που ακολουθεί τη λογικο-θυμική προσέγγιση, όπως παρουσιάζονται από τον ίδιο τον Ellis (1973α) είναι οι ακόλουθες:

1. Αναγνωρίζει τις παράλογες ιδέες που βρίσκονται κάτω από τη διαταραγμένη συμπεριφορά.
2. Προκαλεί και αντιμετωπίζει κατά πρόσωπο τον πελάτη προκειμένου να νομιμοποιήσει αυτές τις ιδέες.
3. Προσπαθεί να επιδείξει την παράλογη φύση της σκέψης.
4. Αναλύει τις σκέψεις με τη λογική, ώστε να ελαχιστοποιήσει τις παράλογες δοξασίες.
5. Επιδεικνύει τη μη-λειτουργικότητα αυτών των πεποιθήσεων και τον τρόπο με τον οποίο οδηγούν σε συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές.
6. Χρησιμοποιεί αποπίες αλλά και αστεία για να αντιμετωπίσει τους παραλογισμούς των σκέψεων του πελάτη.
7. Εξηγεί πως μπορούν να αντικατασταθούν οι παράλογες σκέψεις με λογικές που να στηρίζονται περισσότερο στην εμπειρία.
8. Διδάσκει την εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου στον τρόπο του σκέπτεσθαι, έτσι ώστε ο πελάτης να μπορεί να την εφαρμόζει και για τις τωρινές αλλά και τις μελλοντικές σκέψεις και ιδέες του.

Στην αρχή ο συμβουλευτικός ψυχολόγος μπορεί να χρειαστεί να δείξει στον πελάτη με ποιο τρόπο θα αρχίσει να χρησιμοποιεί τη λογική σκέψη για την επίλυση των προβλημάτων του σε οποιονδήποτε τομέα. Όταν ο πελάτης μάθει καλά την τεχνική, θα μπορεί να την εφαρμόσει και ο ίδιος, όπου και όποτε θέλει, μόνος του.

Η λογικο-θυμική προσέγγιση χρησιμοποιεί συχνά και την τεχνική της κατ' οίκον ανάθεσης εργασίας. Εκφράζει την άποψη ότι ένας από τους καλύτερους τρόπους για να αλλάξουν οι άνθρωποι την προσωπικότητα τους είναι η εργασία και η πρακτική εξάσκηση. « Επειδή φοβόμουν εξαιρετικά να μιλήσω σε ένα ακροατήριο, πίεσα τον εαυτό μου να το κάνει σε πολλές περιστάσεις –και προς μεγάλη μου έκπληξη δημιουργήθηκε ένας ευχάριστος και αποτελεσματικός δημόσιος ρήτορας» παραδέχεται ο Ellis. Η κατ' οίκον εργασία συνιστάται στο να διαβάσει κάτι ο πελάτης ή να δει κάποια ταινία. Ένα μεγάλο μέρος της ανάθεσης εργασίας στο σπίτι περιλαμβάνει την εφαρμογή της αναλυτικής μεθόδου ΑΒΓ σε περιστάσεις που επιφέρουν αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως άγχος ή ενοχές.

Η λογικοσυναισθηματική προσέγγιση προτείνει επίσης τη χρησιμοποίηση της συντελεστικής μάθησης (operant conditioning) του Skinner (1972) που θα βοηθήσει τον πελάτη να αλλάξει την εξωτερική του συμπεριφορά. Αν φέρει σε πέρας με επιτυχία κάτι που ξεκίνησε να κάνει, ο συμβουλευτικός ψυχολόγος του προσφέρει θετική ενίσχυση. «Με αυτόν τον τρόπο μπορούσα να πείσω τον εαυτό μου εύκολα να κάνει ορισμένα δυσάρεστα πράγματα και του επέτρεπα να κάνει και μερικά ευχάριστα». Η λογικο-θυμική προσέγγιση συχνά περιλαμβάνει ασκήσεις όπου ο πελάτης καλείται να διακινδυνεύσει ορισμένες ενέργειες ή να εκτεθεί σε σκέψεις και πράξεις που του προκαλούν ντροπή ή άγχος.

Η βασική τεχνική που χρησιμοποιεί η λογικο-θυμική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει ενεργητική και καθοδηγητική μάθηση. Στηρίζεται πολύ στην ομιλία και στο διάλογο και προσπαθεί μέσα από την λογική, τη διδασκαλία, την πειθώ, την αντιμετώπιση και την κατήχηση να δείξει στον πελάτη με ποιους τρόπους οι παράλογοι συλλογισμοί του τον οδηγούν στη συναισθηματικά διαταραγμένη συμπεριφορά, πως μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται και , τέλος πως θα αντικαταστήσει τις παράλογες σκέψεις που θα κάνει με λογικές.

Λόγω της φύσης και του τρόπου της θεραπείας, υπάρχουν ορισμένες ομάδες ανθρώπων που δεν μπορούν να βοηθηθούν από αυτήν, όπως είναι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες που δεν έχουν επαφή με την πραγματικότητα (σχιζοφρενείς, μανιακοί), άτομα με σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες και αυτιστικά. Οι υπόλοιποι ωστόσο άνθρωποι, με ελαφριές ή σοβαρές

συναισθηματικές δυσκολίες μπορούν να βοηθηθούν με τη λογική-θυμική προσέγγιση (Ellis, 1973).

Οποσδήποτε η ψυχοθεραπευτική αυτή μέθοδος είναι πιο αποτελεσματική με πελάτες που επιθυμούν ή χρειάζονται καθοδήγηση από τον ψυχοθεραπευτή και που διαθέτουν την νοητική περιέργεια, ευκαμψία και ευφυΐα καθώς και την θέληση να εργαστούν οι ίδιοι. Ίσως και η θεωρία του Ellis να αποτελεί και την πιο ακραία προσπάθεια εισαγωγής της λογικής σκέψης στη συμβουλευτική ή την ψυχοθεραπεία.

### 1.5.2. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ BECK

Στηρίζεται στο θεωρητικό υπόβαθρο πως τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές του ατόμου καθορίζονται από τον τρόπο που δομεί τον κόσμο. Οι σκέψεις του βασίζονται στα σχήματα ή τα συμπεράσματα που έχουν δημιουργηθεί από προηγούμενες εμπειρίες καθώς και από γονεϊκές και κοινωνικές επιδράσεις. Τα ψυχολογικά προβλήματα θεωρούνται ότι πηγάζουν από λανθασμένη μάθηση και λανθασμένα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει το άτομο. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται σχήματα, δομές αρκετά πλαγιωμένες στη σκέψη του ατόμου. Τα σχήματα στη θεωρία του Beck λειτουργούν ως ο πυρήνας από όπου πηγάζουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και πλήθος αρνητικών αυτόματων σκέψεων οι οποίες εμπεριέχουν γνωσιακά λάθη. Οι αυτόματες σκέψεις δηλαδή, είναι οι σκέψεις ή και εικόνες οι οποίες έρχονται στο μυαλό του ατόμου με αφορμή ένα εκλυτικό γεγονός και είναι πιο εύκολα ανιχνεύσιμες από το άτομο. Οι βαθύτερες πεποιθήσεις και περισσότερο τα σχήματα μπορεί να μην είναι συνειδητοποιημένα από το άτομο και να χρειάζεται να εκμαιευθούν.

Με την εμφάνιση της γνωσιακής- συμπεριφοριστικής θεραπείας, άρχισε να υπάρχει μια ανοιχτή απόρριψη στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία: καταρχήν, στην έννοια των ασυνείδητων διεργασιών, στην έμφαση στο υλικό του παρελθόντος, καθώς και στην αναγκαιότητα για μακρόχρονη διάρκεια της θεραπείας (Beck, 1967). Στην εξέλιξη του μοντέλου, έτσι όπως εφαρμόζεται σήμερα, επέδρασαν διάφορες θεωρίες. Οι κύριες επιρροές του γνωσιακού- συμπεριφοριστικού μοντέλου, βασίζονται στην γνωσιακή θεωρία του Beck (1963) και στην λογικοσυναισθηματική θεωρία του Ellis (1962) οι οποίες και θεμελιώνουν τον γνωσιακό χαρακτήρα του μοντέλου.

Παράλληλα, και άλλες θεωρίες έχουν επιδράσει αρκετά, όπως, τα μοντέλα αυτοδιαχείρισης κυριότερα των οποίων είναι το περιεκτικό μοντέλο αυτορρύθμισης (Kanfer, 1989) και η άσκηση στην αυτοκαθοδήγηση (Maichenbaum & Goodman, 1971), η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (D' Zurilla & Goldfried, 1971), η άσκηση στην αντιμετώπιση του άγχους (Suin & Richardson, 1971).

Ας δούμε ενδεικτικά το παρακάτω μοντέλο:

### 1.5.3. Η άσκηση στην αντιμετώπιση του άγχους(Anxiety Management Training)

Το πρόγραμμα άσκησης στην αντιμετώπιση του άγχους( Suinn & Richardson, 1971) στηρίζεται στην αντίληψη ότι το άγχος αποκτάται και κατέχει ιδιότητες γενίκευσης του ερεθίσματος. Οι νευροφυσιολογικές αντιδράσεις που σχετίζονται με το άγχος λειτουργούν ως ερεθίσματα τα οποία διατηρούν τις συμπεριφορές αποφυγής. Οι πελάτες, μπορούν να μάθουν να αντιδρούν σε αυτά τα ερεθίσματα με αντιδράσεις οι οποίες μειώνουν το άγχος μέσω της αμοιβαίας αναστολής. Επομένως, πρωταρχικός στόχος του προγράμματος αυτού είναι η εκπαίδευση των πελατών στην χαλάρωση και στην αντιμετώπιση του άγχους.

Η έμφαση βρίσκεται στην ψυχοεκπαίδευση : Να συνειδητοποιήσει ο πελάτες σε ποια ερεθίσματα εμφανίζεται το άγχος καθώς επίσης και τον τρόπο που οι γνωσίες και τα συναισθήματα διατηρούν το άγχος. Επίσης, να μάθει δεξιότητες αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Αρχικά, οι πελάτες ασκούνται στη νευρομυική χαλάρωση. Μετά, προτρέπονται να φαντασθούν μια κατάσταση που τους προκαλεί άγχος και να εφαρμόσουν τις δεξιότητες χαλάρωσης που έχουν μάθει.

### 1.5.4.ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ

#### ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ

Ο Kendall και οι συνεργάτες του(Kendall και Treadwell,1996 Levin et al., 1996) ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα γνωστικής παρέμβασης για τη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών στα παιδιά. Η βασική αρχή που υποστηρίζει το μοντέλο είναι ότι οι *γνωστικές αναπαραστάσεις του περιβάλλοντος* καθορίζουν την αντίδραση των παιδιών σε αυτό. Στην περίπτωση των αγχωδών διαταραχών, οι υπερβολικές αντιλήψεις της *απειλής* –ο φόβος της ολέθριας

απώλειας, της δριμείας κριτικής ή της καταστροφικής βλάβης- καθορίζουν τις αντιδράσεις του παιδιού στα γεγονότα. Ο στόχος του θεραπευτή είναι να αλλάξει αυτές τις δυσπροσαρμοστικές ιδέες, όπως επίσης και τα πρότυπα συμπεριφοράς και τις συναισθηματικές αντιδράσεις που τις συνοδεύουν, μέσω του σχεδιασμού νέων *εμπειριών μάθησης* για το παιδί.

Στόχος των θεραπειών είναι να διδάξουν στα παιδιά να αναγνωρίζουν τα αισθήματα άγχους και να ηρεμούν τους εαυτούς τους όταν είναι ανήσυχα, να τροποποιούν τις σκέψεις τους, να αναπτύσσουν ένα σχέδιο για να χειρίζονται αγχογόνες καταστάσεις και να επιβραβεύουν τους εαυτούς τους όταν το καταφέρνουν. Τα παιδιά διδάσκονται να επιτυγχάνουν αυτούς τους φόβους με μια σειρά βημάτων, που αναγνωρίζονται με το ακρωνύμιο FEAR (ΦΟΒΟΣ).

Το πρώτο βήμα στην ακολουθία **FEAR - Αισθάνεσαι τρομαγμένος;(Feeling Frightened?)**- εστιάζεται στο να βοηθήσει τα παιδιά να αναγνωρίζουν πότε βιώνουν άγχος. Τα παιδιά συχνά δεν αντιλαμβάνονται τη σύνδεση μεταξύ σωματικών αισθήσεων-όπως το ρίγος, ο στομαχόπονος, και άλλα παρόμοια-και της συναισθηματικής τους δυσφορίας σε μια δεδομένη συνθήκη. Η συνειδητοποίηση της ανησυχίας τους αποτελεί ένδειξη ότι έφτασε η ώρα να εφαρμόσουν τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

Στο δεύτερο βήμα **-Περιμένεις να συμβούν άσχημα πράγματα;(Expecting bad things to happen?)** το παιδί βοηθείται να αναγνωρίσει τις αρνητικές προσδοκίες που του δημιουργούν φόβο.

Στο τρίτο βήμα **-Στάσεις και ενέργειες που μπορούν να βοηθήσουν(Attitudes and actions that can help)** ο θεραπευτής βοηθάει το παιδί να διαμορφώσει πιο ρεαλιστικές απόψεις για το φοβικό γεγονός, καθώς επίσης και δράσεις αντιμετώπισης του.

Στο τέταρτο βήμα – **Αποτελέσματα και επιβραβεύσεις(Results and Rewards)** τα παιδιά αποτιμούν την επιτυχία των προσπαθειών τους για την επίλυση των προβλημάτων και ενθαρρύνονται να σκεφτούν πιθανές επιβραβεύσεις για την αντιμετώπιση της αγχογόνου συνθήκης.

Αφότου τα παιδιά μάθουν τα βήματα FEAR η επόμενη φάση της θεραπείας περιλαμβάνει την *εξάσκηση* των δεξιοτήτων που απόκτησαν σε φανταστικές και πραγματικές καταστάσεις. Οι ασκήσεις είναι προσαρμοσμένες στους συγκεκριμένους φόβους του κάθε παιδιού και φέρουν την ονομασία *Αποδεικνύω ότι μπορώ* (Show that I can).



Η ολοκλήρωση της θεραπείας εορτάζεται σε ειδική συνεδρία στην οποία το παιδί και ο θεραπευτής δημιουργούν μια διαφημιστική ταινία σχετικά με τα βήματα του FEAR που έχουν μάθει. Ο θεραπευτής συνεργάζεται και με τους γονείς για να τους βοηθήσει να στηρίξουν την απελευθέρωση του παιδιού από τους φόβους αυτούς και να ενισχύσει την ικανότητα τους να αντέχουν τη βραχυπρόθεσμη δυσφορία του παιδιού, όταν αυτό αντιμετωπίζει την φοβική κατάσταση.

## 1.6.ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΕΣ/ΥΠΑΡΞΙΣΤΕΣ

### ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η ανθρωπιστική - υπαρξιστική σχολή ξεκίνησε στην Ευρώπη από την φιλοσοφία. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην *ελευθερία βούλησης* του ατόμου. Βασικές έννοιες του μοντέλου αυτού αποτελούν: η ύπαρξη μέσα στον κόσμο, η ελευθερία, η υπευθυνότητα και η αυτό-υπέρβαση (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Κύριος εκπρόσωπος είναι ο Carl Rogers(1902-1987). Το όνομα του είναι συνδεδεμένο με την προσωπεντρική θεωρία της προσωπικότητας και της ψυχοθεραπείας, στην οποία οι κυριότερες έννοιες είναι η αυτοεκπλήρωση και η αυτοδιεύθυνση. Είναι η φαινομενολογική θεωρητική κατεύθυνση η οποία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος διαθέτει από μόνος του την ικανότητα για προσωπική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση, γιατί είναι ον λογικό, κοινωνικό και ρεαλιστικό.

Τονίζει την σπουδαιότητα του εαυτού ως ενωτικής και καθοδηγητικής δύναμης στις συμπεριφορές. Κάθε άνθρωπος διαθέτει ένα φαινομενολογικό πεδίο που είναι ουσιαστικά ένας ορισμός των γεγονότων ή των φαινομένων όπως εμφανίζονται σε αυτόν. Από την στιγμή της γέννησης του αντιλαμβάνεται την εμπειρία του ως πραγματικότητα και αντιδρά σε ό,τι εκλαμβάνει ως αληθινό. Σύμφωνα με τον Rogers, οι άνθρωποι γεννιούνται με την ικανότητα να διευθύνουν τον εαυτό τους, ούτως ώστε να φτάσουν σε ένα επίπεδο ολοκλήρωσης, το οποίο ονομάζεται αυτοεκπλήρωση. Η συμπεριφορά δηλαδή του ατόμου κατευθύνεται από αυτήν την τάση για αυτοπραγμάτωση.

Ο Rogers παρατηρεί ότι το άτομο ήδη από την βρεφική του ηλικία, έχει ένα έμφυτο κινητήριο αλλά και ρυθμιστικό σύστημα(την αξιολογική διαδικασία), το οποίο μέσω της

«επανατροφοδότησης» του κρατάει τον οργανισμό σε ετοιμότητα για την ικανοποίηση των παροτρυντικών του αναγκών(Rogers 1959, σελ.222). Με αυτή την προσωποκεντρική του προσέγγιση αντιμετώπιζε την προσωπικότητα όχι σαν μία στατική οντότητα η οποία αποτελείται από συγκεκριμένα γνωρίσματα και σχήματα συμπεριφοράς, αλλά σαν ένα δυναμικό φαινόμενο το οποίο αποτελείται από τρόπους επικοινωνίας, τρόπους αντίληψης του εαυτού και σχέσεις οι οποίες συνεχώς μεταβάλλονται. Ως αποτέλεσμα αυτής της τάσης για αυτοπραγμάτωση, ο άνθρωπος τείνει να διαφοροποιεί τις εμπειρίες σε αυτές που γίνονται αντιληπτές ως χαρακτηριστικές του εαυτού του και σε αυτές που δεν τις θεωρεί χαρακτηριστικές του εαυτού του. Αυτά τα στοιχεία του φαινομενολογικού του εαυτού τα αντιμετωπίζει ως σχετικά σταθερές ιδιότητες του εαυτού του, σχηματίζοντας την αυτοαντίληψη του η οποία αποτελεί έναν οργανωμένο σχηματισμό των αντιλήψεων του εαυτού του, οι οποίες είναι παραδεκτές στην επίγνωση.

Με την εμφάνιση της επίγνωσης του εαυτού αναπτύσσεται η ανάγκη για θετική εκτίμηση. Σύμφωνα με τον Rogers η θετική εκτίμηση είναι οι θετικές στάσεις απέναντι σε ένα άλλο πρόσωπο-στάσεις ζεστασιάς, φροντίδας, αγάπης, ενδιαφέροντος και σεβασμού(Rogers, 1961). Στενά συνδεδεμένη με την θετική εκτίμηση είναι η θετική αυτό-εκτίμηση, η οποία αναφέρεται στις θετικές στάσεις που έχει το άτομο απέναντι στον εαυτό του. Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση αναπτύσσεται ως μία ανάγκη που δημιουργείται από τον συσχετισμό μεταξύ των προσωπικών εμπειριών και της ικανοποίησης ή ματαίωσης της ανάγκης για θετική εκτίμηση(Rogers 1959,σ.224).

Αν ο άνθρωπος μπορεί να ικανοποιήσει όλες αυτές τις ανάγκες χωρίς να τις έχει συνδέσει με κάποια από τις αξίες που του έχουν επιβληθεί μέσω της ενδοβολής, τότε μεγαλώνοντας θα γίνει ένα τέλεια προσαρμοσμένο άτομο και χωρίς ξεσπάσματα άγχους. Όμως αυτό που συμβαίνει είναι ότι οι άνθρωποι διακρίνουν τις εμπειρίες τους ως περισσότερο ή λιγότερο άξιες θετικής εκτίμησης, προσάπτοντας όρους αξίας σε αυτές. Όταν μία εμπειρία του εαυτού αποφεύγεται ή επιδιώκεται μόνο γιατί είναι λιγότερο ή περισσότερο άξια αυτό-εκτίμησης, ο άνθρωπος λέγεται ότι έχει αποκτήσει έναν όρο αξίας(Rogers 1959,σ.224). Αυτή είναι και η βασική αποξένωση του ανθρώπου από τον εαυτό του. Δεν είναι ειλικρινής προς τον εαυτό του, προς την δική του, την προσωπική αξιολόγηση της εμπειρίας του, αλλά για να διατηρήσει τη θετική εκτίμηση των άλλων προς το πρόσωπο του παραποιεί κάποιες από τις αξίες που βιώνει και τις αντιλαμβάνεται μόνο σε σχέση με τις αξίες που του προσάπτουν οι άλλοι. Κατ' αυτόν τον τρόπο το σύστημα αξιών εσωτερικεύεται και τα άτομα μεγαλώνουν χωρίς να εκτιμούν τον εαυτό τους θετικά, παρά μόνο εφόσον ζουν σύμφωνα με αυτούς τους όρους αξίας που τους έχουν αποκτήσει μέσω της ενδοβολής.

Όσο η εμπειρία του εαυτού είναι σύμφωνη και συμπίπτει με την αυτό-αντίληψη και τους όρους της αξίας τους οποίους έχει εσωτερικεύσει, το άτομο είναι καλά προσαρμοσμένο. Αν όμως η εμπειρία έρχεται σε αντίθεση, δε συμπίπτει δηλαδή με αυτούς τους όρους αξίας, της αρνείται η είσοδος στη συνείδηση και ως αποτέλεσμα αναπτύσσεται ασυμφωνία μεταξύ του εαυτού και της εμπειρίας, που οδηγεί στην ανάπτυξη διαφορών στη συμπεριφορά και άγχους. Ο Rogers ερμηνεύει ως εξής την άσχημα προσαρμοσμένη συμπεριφορά: «η εμπειρία η οποία γίνεται αντιληπτή ως ασύμφωνη με τη δομή του εαυτού και τους ενταγμένους σε αυτήν όρους αξίας του, είναι απειλητική για τον άνθρωπο. Τότε αυτός οικοδομεί μηχανισμούς άμυνας για να διαστρέψει την εμπειρία κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μειώσει την ασυμφωνία ανάμεσα στην εμπειρία και στη δομή του εαυτού ή να αρνηθεί την εμπειρία στη συνείδηση».

Άρα η θεραπεία συνίσταται στο να βοηθήσει τον άνθρωπο να βρει τρόπους κατανόησης του εαυτού του που θα τον ελευθερώσουν από τις διαμάχες και οι οποίοι θα του επιτρέψουν να λειτουργήσει ομαλά στις σχέσεις του με τους άλλους. Ο Rogers ανέπτυξε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο ονόμασε πελατοκεντρική ψυχοθεραπεία (Kaplan et al., 1996). Σε αυτή τη θεραπεία, ο θεραπευτής προσπαθεί να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα, η οποία είναι καθόλα μη-απειλητική, στην οποία οι πελάτες του θα μπορέσουν να αναπλάσουν τους τρόπους με τους οποίους αγωνίζονται για αυτό-εκπλήρωση. Το άτομο θα μπορεί να αντιλαμβάνεται, να εξετάζει και να αναθεωρεί τη δομή του εαυτού, να αφομοιώνει και να συμπεριλαμβάνει εμπειρίες που άλλοτε απέφευγε ως ασυνεπείς με αυτή τη δομή (Harper, 1959).

Ο θεραπευτής κρατάει τον πελάτη του κάτω από μια άνευ όρων θετική θεώρηση, δηλαδή δέχεται τον πελάτη του όπως είναι, χωρίς να κάνει απολύτως καμία κρίση για αυτόν. Στο θεραπευτικό οπλοστάσιο αυτής της προσέγγισης περιλαμβάνονται η επικέντρωση της προσοχής στο παρόν, ο εστιασμός επάνω στα αισθήματα του αρρώστου, η έμφαση στη διαδικασία, η πίστη στο δυναμικό και στην υπευθυνότητα του πελάτη και μια φιλοσοφία που βασίζεται σε μια θετική στάση προς τον πελάτη και όχι σε μια προσχεδιασμένη δόμηση της θεραπείας (Kaplan et al., 1996).

Ο Rogers βλέπει την επικοδομητική αλλαγή της προσωπικότητας ως έναν από τους μεγαλύτερους σκοπούς της ψυχοθεραπείας. Όπως λέει και ο ίδιος η προσωπο-κεντρική θεραπεία είναι μια πορεία αποδιοργάνωσης και αναδιοργάνωσης του εαυτού. Ο Rogers αναγνωρίζει έξι βασικές τάξεις όρων που μπορούν να διευκολύνουν αυτή την αλλαγή (Rogers 1959, σ.213). Στο βιβλίο του «On becoming a person» (1961) συνοψίζει αυτούς τους όρους σε ένα βασικό: ο πελάτης αισθάνεται ότι ο εαυτός του γίνεται απόλυτα αποδεκτός. «Με αυτό εννοώ ότι οποιαδήποτε είναι τα συναισθήματα του, φόβος, απογοήτευση, ανασφάλεια, θυμός.. οποιοσδήποτε ο τρόπος έκφρασης του, σιωπή, χειρονομίες, δάκρυα ή

λέξεις..οτιδήποτε βρίσκει τον εαυτό του να είναι εκείνη την ώρα, αισθάνεται ότι είναι ψυχολογικά αποδεκτό, έτσι όπως είναι από τον θεραπευτή».(σ.130-131). Από την στιγμή που το άτομο θα καταλάβει ότι είναι απόλυτα αποδεκτό, η διαδικασία της αλλαγής ξεκινάει.

Μερικές από τις χαρακτηριστικές κατευθύνσεις της πορείας της θεραπείας συμπεριλαμβάνουν: απελευθέρωση των συναισθημάτων, αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο βιώνει ο άνθρωπος τις εμπειρίες του(η εμπειρία, βαθμιαία, γίνεται μια πιο αποδεκτή εσωτερική αναφορά προς την οποία μπορεί να στραφεί για όλο και πιο ακριβή νοήματα), μια στροφή από την απόκλιση στη σύγκλιση μεταξύ εμπειρίας και εαυτού, μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο και στην έκταση στην οποία το άτομο μπορεί και θέλει να παρουσιάζει τον εαυτό του σε ένα αποδεκτό κλίμα, μια απελευθέρωση των γνωστικών χαρτών της εμπειρίας(ο πελάτης κινείται προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης της αλλαγής, προς πιο ελεύθερες ερμηνείες του νοήματος της εμπειρίας, δομήματα, τα οποία μπορούν να τροποποιηθούν από κάθε νέα εμπειρία). Μια αλλαγή της σχέσης του ατόμου με τα προβλήματα του, που ξεκινάει από μια επιθυμία μη-αλλαγής και προχωρεί σε μια αναγνώριση της ύπαρξης των προβλημάτων και σε μια αύξηση της προσωπικής ευθύνης για τα προβλήματα, και τέλος, μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος συνδέει το να ζει ανοιχτά και ελεύθερα με τις σχέσεις που έχει τόσο με τον θεραπευτή του όσο και με τους άλλους συνανθρώπους του (Rogers 1959,1961).

Τα αποτελέσματα της θεραπείας, αναφέρονται στις αλλαγές που παράγονται στον άνθρωπο οι οποίες υποτίθεται ότι είναι σχετικά μόνιμες. Εκτός από αυτό, δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στην πορεία και στην έκβαση(Rogers, 1959).

Ο βασικός στόχος της προσωπο-κεντρικής ψυχοθεραπείας είναι να βοηθήσει τον πελάτη να γίνει ένα άτομο με πλήρη λειτουργικότητα, «να απελευθερωθεί από την εσωτερική ένταση και το άγχος καθώς και από την ενδεχόμενη ένταση, να επιτύχει τη ρεαλιστικά προσανατολισμένη προσαρμογή, και να πετύχει την εγκαθίδρυση ενός εξατομικευμένου συστήματος αξιών που θα είχε αξιοσημείωτη ταυτότητα με το σύστημα αξιών κάθε άλλου παρόμοια καλά προσαρμοσμένου μέλους του ανθρώπινου γένους» (Rogers 1951,σ.532).

Για να το επιτύχει αυτό, θα πρέπει πρώτα να τον βοηθήσει ο θεραπευτής να αποκτήσει μια θετική γνώμη για τον εαυτό του, να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τις διαφωνίες μεταξύ των εμπειριών του και της αυτό-αντίληψης του και να αποδεσμευτεί από τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί. Για να επιτευχθεί αυτό ο πελάτης θα πρέπει να αντιλαμβάνεται ότι ο ψυχοθεραπευτής διαθέτει ενσυναίσθητη κατανόηση(empathetic understanding) , γνησιότητα(genuineness), και απεριόριστο θετικό σεβασμό( unconditional positive regard)

για να μπορέσει έτσι να προχωρήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Οι τεχνικές δηλαδή δεν είναι τίποτε άλλο παρά τρόποι έκφρασης και επικοινωνίας της αποδοχής, της εκτίμησης, και της κατανόησης του πελάτη από το συμβουλευτικό ψυχολόγο.

### 1.7.ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Όλες οι φυσιολογικές και όλες οι παθολογικές συμπεριφορές προσεγγίζονται ως λειτουργίες ή δυσλειτουργίες αντίστοιχα του νευρικού συστήματος και του εγκεφάλου. Έτσι αντιλαμβανόμενοι την βιολογία θα αντιληφθούμε την ψυχολογία.

Στην εμφάνιση των Συμπεριφοριστικών και Ψυχολογικών Συμπτωμάτων συμβάλλουν οι νευροεκφυλιστικές βλάβες του εγκεφάλου, περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η ακατάλληλη περίθαλψη-φροντίδα, οι υψηλές απαιτήσεις για λειτουργικότητα, στις οποίες ο ασθενής δεν μπορεί να ανταποκριθεί, και βιολογικοί παράγοντες δημιουργίας άγχους και ανησυχίας, όπως ο πόνος, η δυσκοιλιότητα, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού, του ανώτερου αναπνευστικού καθώς και οι διαταραχές της λειτουργίας των αισθητηρίων οργάνων και της κινητικότητας (Lyketsos, 2007). Με την μέθοδο Kirlian (φωτογράφιση αντικειμένων μέσα σε ηλεκτρικό πεδίο υψηλής τάσεως και υψηλής συχνότητας) τα δάκτυλα φυσιολογικών ατόμων, καθώς και ατόμων με διάφορες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις δίνουν χαρακτηριστικές εικόνες. Τα φυσιολογικά άτομα όταν βρίσκονται σε ήρεμη κατάσταση έχουν πλήρες περίγραμμα μπλε ακτινοβολίας και απουσία ερυθρής ακτινοβολίας. Όταν υπάρχει άγχος, ανάλογα με τον βαθμό του, ελαττώνεται η μπλε και εμφανίζεται η ερυθρή ακτινοβολία.

## 1.8.ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τάση για σύνθεση όλων των σχολών ψυχοθεραπείας σε ένα ενοποιημένο μοντέλο. Μέσα από τις 12 βασικές αρχές του συνθετικού μοντέλου ψυχοθεραπείας, γίνονται ξεκάθαρα τα πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου μοντέλου σε σύγκριση με τα παραδοσιακά μοντέλα ψυχοθεραπείας που αναλύθηκαν μέχρι τώρα. Οι αρχές του Συνθετικού μοντέλου, από πλευράς θεωρίας και ψυχοθεραπευτικών τεχνικών είναι οι εξής (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990 / 1996):

1. Γίνεται σύνθεση των διαφόρων μοντέλων που εξηγούν την φύση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία. Γι' αυτό και το μοντέλο ονομάζεται συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας.
2. Το μοντέλο της μάθησης, δηλαδή το σύγχρονο συμπεριφοριστικό μοντέλο που διαφέρει «σαν την μέρα με τη νύχτα» από τον επαναστατικό συμπεριφορισμό (radical behaviorism) του Watson, δεν συγκρούεται με κανένα άλλο μοντέλο. Έτσι η μάθηση μπορεί να αποτελέσει τη βάση της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης του Freud.

Όσον αφορά την σχέση του συμπεριφοριστικού με το ανθρωπιστικό/υπαρξιστικό μοντέλο, η αλήθεια είναι ότι το δεύτερο αναπτύχθηκε ως αντίδραση στην ετεραρχία τόσο της ψυχαναλυτικής θεωρίας, που εμπεριέχει μια βιολογική, όσο και του συμπεριφορισμού που υποστήριζε μια περιβαλλοντική αιτιοκρατία. Όσον αφορά το βιολογικό μοντέλο το οποίο αφορά τόσο την φυσιολογική όσο και την παθολογική συμπεριφορά, αυτό δε συγκρούεται με κανένα άλλο μοντέλο. Οι κατά καιρούς καταχρήσεις του μοντέλου αυτού από βιολογικούς ψυχιάτρους δεν αποδεικνύουν ότι το μοντέλο είναι κακό. Απλώς έγινε μέχρι τώρα αρκετές φορές κακή χρήση του. Τα ψυχοφάρμακα έχουν σώσει χιλιάδες ζωές και βελτίωσαν την ποιότητα ζωής εκατομμυρίων άλλων.

Πάντως όσον αφορά την πιθανή σύνδεση του ψυχαναλυτικού με το ανθρωπιστικό/υπαρξιστικό μοντέλο, εκεί υπάρχει, τουλάχιστον εκ πρώτης όψεως, μετωπική σύγκρουση. Το πρώτο δίνει έμφαση σε ενδοψυχικές διαδικασίες που ρυθμίζουν την ζωή του ατόμου, λαμβάνοντας χώρα στα βάθη της ψυχής του, για αυτό ονομάστηκε και ψυχολογία του βάθους. Στο δεύτερο τον καθοριστικό ρόλο για την εξέλιξη του ατόμου έχουν οι κοινωνικές συνθήκες, οι οποίες θα διευκολύνουν ή όχι τον αυτοπροσδιορισμό και την αυτοεξέλιξη. Το πρώτο είναι όντως απαισιόδοξο, αφού πρεσβεύει ότι κάποιος μετά από χρόνια εντατικής ψυχανάλυσης μπορεί να έχει απλώς «αναδεύσει με το χέρι του την επιφάνεια του ωκεανού»(όπως έλεγε ο M.Dongier). Το ανθρωπιστικό/υπαρξιστικό μοντέλο

είναι αισιόδοξο, αφού βλέπει τον άνθρωπο να αποφασίζει συνειδητά για το παρόν και το μέλλον του.

Η αλήθεια είναι ότι η ψυχαναλυτική θεωρία είναι πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να μελετηθεί επειδή οι διάφορες έννοιές της, όπως το ένστικτο του θανάτου, το οιδιπόδειο σύμπλεγμα, η κάθεξη κτλ. Πολύ δύσκολα μπορούν να δώσουν λειτουργικούς ορισμούς, ώστε να μετρηθούν αν και έχουν γίνει κάποιες προτάσεις για βελτίωση των μεθόδων ελέγχου της ψυχαναλυτικής θεωρίας.

Πολλές κριτικές έχουν δεχθεί και οι θέσεις του Rogers, τον οποίο κατηγόρησαν ότι είχε την αφέλεια να πιστεύει ότι όλα αυτά που του έλεγαν οι θεραπευόμενοί του αντιπροσώπευαν ικανοποιητικά τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους. Πώς ήταν δυνατόν ο Rogers να αποκτήσει ολοκληρωμένη εικόνα των πελατών του χωρίς να υποβάλλει ερωτήσεις; Κατά τον Skinner αυτό που αποκαλεί ο Rogers άνευ όρων θετική αξιολόγηση οφείλεται σε μη ξεκαθαρισμένους ενισχυτικούς παράγοντες.

3. Το επίπεδο γνώσεων από τις επιστήμες της συμπεριφοράς επιτρέπει σήμερα την θεραπευτική παρέμβαση στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων των ψυχολογικών διαταραχών. Ο θεραπευτής που δεν πιστεύει στο ιάσιμο των ψυχολογικών διαταραχών δεν μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά.
4. Πρέπει να ερευνάται η φυσική ιστορία των προβλημάτων του θεραπευόμενου με έμφαση στην παιδική ηλικία και τις σχέσεις του με τους γονείς του και άλλα σημαντικά πρόσωπα. Η αρχή αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με όλα τα μοντέλα προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας, αφού σε όλα αναγνωρίζεται η σημασία της παιδικής ηλικίας και των σχέσεων με τους γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα.
5. Ο κάθε ψυχοθεραπευόμενος χρειάζεται να εκπαιδευτεί να αναγνωρίζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, και την αλληλεπίδραση τους.
6. Το άτομο θεωρείται υπεύθυνο για την συμπεριφορά του επειδή είναι ικανό ν' αποκτήσει έλεγχο του εαυτού του. Με την εξαίρεση μερικών βαριών ψυχώσεων και ορισμένων οργανικών ψυχοσυνδρόμων, που οφείλονται σε τοξικές ουσίες ή σε βλάβες της εγκεφαλικής ουσίας, το άτομο αντιμετωπίζεται σαν υπεύθυνο για τη συμπεριφορά του. Τέλος, μικρής σημασίας θεωρούνται οι ασυνείδητες λειτουργίες, το σεξουαλικό ένστικτο δεν θεωρείται ότι αποτελεί κυρίαρχη θέση στην σημερινή κοινωνία της σεξουαλικής απελευθέρωσης και οι μηχανισμοί άμυνας τους Εγώ χρησιμοποιούνται πολλές φορές για να δικαιολογήσουν τα αδικαιολόγητα.
7. Τελικός στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η απόκτηση της ψυχικής γαλήνης και της ευχάριστης διάθεσης, που έχει ο άνθρωπος, όταν λείπει κάθε ενόχληση, δηλαδή όταν λείψουν τα δυσάρεστα συναισθήματα, που είναι κυρίως ο φόβος και η λύπη. Στον φόβο

περιλαμβάνεται και το άγχος, που εξ ορισμού είναι φόβος του οποίου την αιτία δεν μπορεί να εντοπίσει το άτομο εκείνη τη στιγμή. Σε μια άλλη μετέπειτα χρονική στιγμή το άτομο, αυτόματα ή μετά από ψυχοθεραπεία, μπορεί να εντοπίσει την αιτία του άγχους του. Τα πιο πάνω δυσάρεστα συναισθήματα αντιμετωπίζονται κατά τον Επίκουρο και τους σύγχρονους ψυχοθεραπευτές (Ellis 1962, Beck 1963, 1967, 1976) με βάση την λογική. Εξάλλου και οι σύγχρονες τάσεις στην ψυχαναλυτική θεωρία αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στις λογικές διεργασίες του ελέγχου της πραγματικότητας από το αυτόνομο Εγώ (Hartmann, 1958, 1964) παρά στις παράλογες διεργασίες του ασυνείδητου «Εκείνου», όπως υποστήριζε αρχικά ο Freud.

8. Το γνωστικό πλαίσιο, με το οποίο ερμηνεύεται η συμπεριφορά του θεραπευομένου και των άλλων ανθρώπων, πρέπει να είναι πιο αισιόδοξο από αυτό που είχε ο θεραπευόμενος πριν από την ψυχοθεραπεία. Διαφορετικά δεν θα είναι δυνατή η αλλαγή στην νοοτροπία και η ανύψωση του ηθικού που αναφέρονται στο κεφάλαιο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.
9. Η αντίσταση στην αλλαγή: Θεωρείται φυσικό ότι ένα άτομο δεν θα μπορεί να αλλάξει την συμπεριφορά του απότομα από την μια μέρα στην άλλη. Εξάλλου, όσο πιο απειλημένο αισθάνεται το άτομο, τόσο πιο πολύ θα έχει την τάση να προτιμά το οικείο, έστω και δυσάρεστο παρελθόν, από το άγνωστο, έστω και λογικά πιθανολογούμενο σαν πιο ευχάριστο μέλλον.
10. Τόσο φυσιολογικά, όσο και νευρωτικά και ψυχωσικά άτομα μπορούν να αντιμετωπιστούν με το μοντέλο αυτό. Βέβαια στα ψυχωσικά άτομα μπορεί να χρειασθεί παράλληλα με την ψυχοθεραπεία να γίνει και κάποια φαρμακοθεραπεία, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου.
11. Η συνθετική ψυχοθεραπεία μια υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, με την έννοια ότι επιδιώκει την ελάττωση του άγχους του ψυχοθεραπευόμενου.
12. Η χρησιμοποίηση της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης: Μεταβίβαση είναι οι σκέψεις και τα συναισθήματα που γεννιούνται στον ψυχοθεραπευόμενο έχοντας σαν ερέθισμα τον ψυχοθεραπευτή του και που χαρακτηρίζονται από τις σχέσεις του ψυχοθεραπευόμενου με σημαντικά πρόσωπα της παιδικής του ηλικίας. Αντιμεταβίβαση είναι οι σκέψεις και τα συναισθήματα που γεννιούνται στον ψυχοθεραπευτή με ερέθισμα της συμπεριφορά του ψυχοθεραπευόμενου και που χαρακτηρίζονται από τις σχέσεις του ψυχοθεραπευτή με σημαντικά πρόσωπα της παιδικής του ηλικίας. Ο θεραπευτής πρέπει για να χειριστεί τα φαινόμενα αυτά να είναι σε άριστη επαφή με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του και να έχει επιλύσει τα βασικά προβλήματα στις σχέσεις του με τους γονείς του και άλλα σημαντικά πρόσωπα. Στην συνθετική



ψυχοθεραπεία αποφεύγεται η καλλιέργεια μεταβιβαστικής νεύρωσης που αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της κλασσικής ψυχανάλυσης, γι' αυτό και δεν υπάρχει κίνδυνος μεταβιβαστικής ψύχωσης σε ψυχωσικούς ασθενείς.

13. Το άτομο, μεταξύ άλλων, είναι και κοινωνικό ον, οπότε η συμπεριφορά του και η θεραπεία του δεν καθορίζονται μόνο από την συμπτωματολογία του σύμφωνα με το DSM-IV, αλλά και από πλήθος άλλες μεταβλητές που ερευνά η κοινωνική ψυχολογία.

Βασική αρχή της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι ότι όσο πιο καλή επαφή έχει το άτομο με την αντικειμενική πραγματικότητα, τόσο πιο λίγο φοβάται γιατί διαπιστώνει ότι οι φόβοι του που γεννήθηκαν στο παρελθόν, π.χ. στην παιδική ηλικία, ενώ ήταν δικαιολογημένοι για τότε, δεν είναι δικαιολογημένοι για τώρα, ή ότι μπορεί να τους αντιμετωπίσει τώρα λαμβάνοντας απλά μέτρα ή κάνοντας ατελές αλλαγές στην ζωή του.

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία για να πετύχει χρειάζεται ειδικές συνθήκες και πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό. Ο ψυχοθεραπευτής έχει πλήρη επίγνωση του πόσο δύσκολη είναι αυτή η διαδικασία για αυτό φροντίζει οι συνθήκες να είναι όσο το δυνατό καλύτερες, φροντίζοντας πρώτα από όλα να μην έχει ο ίδιος άγχος.

Ο άνθρωπος με τον κατάλληλο χειρισμό μπορεί να αλλάξει και να κάνει τις σωστές επιλογές για τον εαυτό του. Ο συνδυασμός των μοντέλων είναι ένας τρόπος για να γίνει κάτι τέτοιο εφικτό. Κατά συνέπεια, το συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας είναι η καταλληλότερη προσέγγιση για την ίαση της ανθρώπινης ψυχής.

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει νιώσει άγχος. Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.). Όταν όμως δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα ή στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου και αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην επίτευξη ακόμα και των πιο απλών στόχων τότε έχουμε να αντιμετωπίσουμε το παθολογικό άγχος το οποίο οδηγεί σε κάποια αγχώδη διαταραχή από αυτές που θα αναλύσουμε στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΜΕΓΑΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΟΥ DSM

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά το DSM-IV οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές:

- Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία
- Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία
- Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού
- Ειδική φοβία
- Κοινωνική φοβία
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή μετά από Οξύ Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση
- Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
- Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Καθώς προσβολές πανικού και αγοραφοβία συμβαίνουν σε αρκετές από τις αγχώδεις διαταραχές, προτάσσουμε τα κριτήριά τους, πριν προχωρήσουμε στην περιγραφή της κάθε μιας από τις αγχώδεις διαταραχές.

#### 2.1.ΠΡΟΣΒΟΛΕΣ ΠΑΝΙΚΟΥ

Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά και απότομα και συνοδεύονται από ένα αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή επικείμενης καταστροφής μαζί με μια παρόρμηση διαφυγής. Σημειώνουμε ότι οι περιπτώσεις που κάποιες προσβολές πανικού πληρούν τα άλλα κριτήρια για προσβολή πανικού, αλλά έχουν λιγότερα από 4 συμπτώματα ονομάζονται προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα(Μάνου, 1988).

Προσβολές πανικού μπορεί να συμβούν σε διαταραχή πανικού, σε κοινωνική φοβία, σε ειδική φοβία, σε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, σε διαταραχή από οξύ στρες, Αλλά και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές.

Με βάση την παρουσία ή όχι κάποιας κατάστασης που να ελκύει την προσβολή πανικού, το DSM-IV διακρίνει τρεις τύπους προσβολών πανικού: απροσδόκητες προσβολές πανικού, όπου η έναρξη της προσβολής δεν συνδέεται με κάποια κατάσταση(δηλ. η προσβολή πανικού εμφανίζεται αυτόματα και ξαφνικά «από τον καθαρό ουρανό»), συνδεδεμένες με καταστάσεις προσβολές πανικού, όπου η προσβολή σχεδόν πάντα συμβαίνει αμέσως μετά την έκθεση σε κάποια κατάσταση ή σε αναμονή κάποιας κατάστασης(π.χ. το να δει το άτομο ένα φίδι ή ένα σκύλο ελκύει αμέσως μια προσβολή πανικού) και προδιατεθειμένες από καταστάσεις προσβολές πανικού, όπου οι προσβολές είναι πιο πιθανό να συμβούν κατά την έκθεση σε κάποια κατάσταση, αλλά δεν συνδέονται πάντα με αυτήν και δεν συμβαίνουν αναγκαστικά αμέσως μετά την έκθεση σε αυτήν.

Η παρουσία απροσδόκητων προσβολών πανικού είναι απαραίτητη για τη διάγνωση διαταραχής πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία). Συνδεδεμένες με καταστάσεις προσβολές πανικού είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικές για την κοινωνική ή ειδική φοβία. Προδιατεθειμένες προσβολές πανικού είναι ιδιαίτερα συχνές σε διαταραχή πανικού, αλλά συμβαίνουν μερικές φορές και σε ειδική ή κοινωνική φοβία. Γενικά, δεν υπάρχει αποκλειστική σχέση διάγνωσης και τύπου προσβολών(π.χ. σε διαταραχή πανικού, μετά τις (απαραίτητες για τη διάγνωση) απροσδόκητες προσβολές, αργότερα, συχνά εμφανίζονται και συνδεδεμένες με καταστάσεις προσβολές κ.ό.κ.).

#### Κριτήρια κατά το DSM-IV για την προσβολή πανικού

Μια διακριτή περίοδος έντονου φόβου ή δυσφορίας κατά την οποία τέσσερα(ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα αναπτύχθηκαν αιφνίδια και κορυφώθηκαν μέσα σε 10 λεπτά.

1. Αίσθημα παλμών, αίσθημα ότι η καρδιά πάει να σπάσει ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού.
2. Εφίδρωση
3. Τρέμουλα ή έντονος τρόμος
4. Αίσθημα κοντοανασέματος(δύσπνοιας) ή πλακώματος στο στήθος

5. Αίσθημα πνιγμονής
6. Πόνος ή δυσφορία στο στήθος
7. Ναυτία ή επιγαστρία δυσφορία
8. Αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας
9. Αποπραγματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση(αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης από τον εαυτό)
10. Φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι τρελαίνεσαι
11. Φόβος ότι θα πεθάνει
12. Παραισθησίες(μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)
13. Ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης

## 2.2.ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

### Κριτήρια κατά DSM-IV για την αγοραφοβία

A. Άγχος του ατόμου να είναι σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη(ή να προκαλέσει αμηχανία) ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει η δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση που το άτομο έχει μια απροσδόκητη ή μια προδιατεθειμένη από καταστάσεις προσβολή πανικού ή συμπτώματα παρόμοια του πανικού. Αγοραφοβικοί τύποι αφορούν χαρακτηριστικές ομάδες καταστάσεων που περιλαμβάνουν το να είναι το άτομο έξω από το σπίτι μόνο του, να βρίσκεται μέσα σε πλήθος ή να στέκεται στην ουρά , να βρίσκεται πάνω σε μια γέφυρα και το να ταξιδεύει μέσα σε ένα λεωφορείο, τραίνο ή αυτοκίνητο.

B. Οι καταστάσεις αποφεύγονται(π.χ. οι μετακινήσεις περιορίζονται) ή αλλιώς το άτομο τις υπομένει με έντονη υποκειμενική ενόχληση ή άγχος μήπως έχει μια προσβολή πανικού ή συμπτώματα παρόμοια του πανικού ή χρειάζεται την παρουσία συνοδού.

Γ. Το άγχος ή η φοβική αποφυγή δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια ψυχική διαταραχή όπως κοινωνική φοβία(δηλ. αποφυγή που περιορίζεται σε κοινωνικές καταστάσεις εξαιτίας του φόβου του ατόμου μήπως νιώσει αμήχανα), ειδική φοβία(δηλ. αποφυγή που περιορίζεται σε μία μόνο κατάσταση όπως ασανσέρ), ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή(π.χ.

αποφυγή βρωμιάς σε κάποιο άτομο με ψυχαναγκασμό σχετικό με την μόλυνση), διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες(π.χ. αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα) ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού(π.χ. αποφυγή να εγκαταλείψει το άτομο το σπίτι του ή τους συγγενείς του).

### 2.3.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής πανικού είναι επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού, που συνοδεύονται για τουλάχιστον ένα μήνα ή περισσότερο από επίμονη ανησυχία(άγχος) του ατόμου μήπως του ξανασυμβεί κάποια προσβολή πανικού, από ανησυχία και στενοχώρια για τις επιπτώσεις ή τις συνέπειες των προσβολών(π.χ. μήπως πεθάνει από καρδιά, μήπως τρελαθεί κτλ.) ή από σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τις προσβολές(π.χ. παραίτηση από την δουλειά του).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της προσβολής πανικού αναφέρθηκαν ήδη. Βασικά πρόκειται για μια προσβολή έντονου φόβου(=πανικού), δυσφορίας και εσωτερικής έντασης, όπου εμφανίζονται διάφορα σωματικά συμπτώματα και επικρατεί μια αίσθηση επικείμενης καταστροφής.

Για να μπει η διάγνωση διαταραχής πανικού οι προσβολές πανικού πρέπει να είναι απροσδόκητες και να έχουν υπάρξει τουλάχιστον δύο προσβολές(συνήθως είναι πολύ περισσότερες). Συχνά όμως, υπάρχουν και προδιατεθειμένες από καταστάσεις προσβολές πανικού, όπως και συνδεδεμένες με καταστάσεις προσβολές πανικού. Επίσης όμως υπάρχουν συχνά και προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα.

Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται σε λίγα λεπτά και διαρκούν 5'-30' λεπτά(αν και οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν ότι διαρκούν περισσότερο εκλαμβάνοντας ηπιότερα συνεχιζόμενα συμπτώματα ως πανικό ή μη αναγνωρίζοντας υποτροπές του πανικού).

Η συχνότητα και η βαρύτητα των προσβολών πανικού ποικίλλει. Άλλα άτομα έχουν πανικούς μια φορά την εβδομάδα για μήνες, άλλα έχουν καθημερινά για κάποιες μέρες και μετά δεν έχουν καθόλου ή έχουν αραιούς πανικούς για μήνες κ.ο.κ.

Αυτό που έχει σημασία για τον κλινικό είναι ότι οι προσβολές πανικού της διαταραχής πανικού μιμούνται πολλές φορές «οργανικές» διαταραχές, οπότε οι ασθενείς επισκέπτονται

πολλούς γιατρούς και κάνουν πολυάριθμες εξετάσεις, έως ότου επιτέλους έρθει η ιδέα ότι πρόκειται για διαταραχή πανικού στο μυαλό του γιατρού.

Τα άτομα που έχουν διαταραχή πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή με όλη την αίσθηση φοβερής δυσφορίας, ανημπόριας και απώλειας ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑΣ.

Σήμερα, λοιπόν, γνωρίζουμε σύμφωνα με τα Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής του Μάνου ότι στην κλινική πράξη η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε διαταραχή συναντιέται μόνη της. Γι' αυτό και την αγοραφοβία την περιγράφουμε ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες μαζί με την περιπτώσεων αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι η επιπλοκή της διαταραχής πανικού. Δηλαδή το άτομο, πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού(άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί(άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει να αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Μολονότι, συχνά, τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή την αγορά γενικότερα(από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος είναι να βρίσκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειάς τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στον γιατρό τους ή σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν λοιπόν να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο, τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους κ.ο.κ. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία συντρόφου.

Έτσι λοιπόν ανάλογα με το αν συνυπάρχει η όχι διαταραχή πανικού και αγοραφοβίας, το DSM –IV διακρίνει διαταραχή πανικού με αγοραφοβία και διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV για τη διαταραχή πανικού χωρίς ή με αγοραφοβία

A. Και το (1) και το (2):

(1) επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού

(2) τουλάχιστον μία από τις προσβολές έχει ακολουθήσει για ένα μήνα(ή περισσότερο) από ένα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

(α) επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει και άλλες προσβολές

(β) στενοχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειες της (π.χ. μήπως χάσει τον έλεγχο, μήπως έχει μια καρδιακή προσβολή, μήπως «τρελαθεί»).

(γ) σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά, που σχετίζεται με τις προσβολές.

B. Απουσία αγοραφοβίας

Γ. Οι προσβολές πανικού δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας(π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης(π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

Δ. Οι προσβολές πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως κοινωνική φοβία(π.χ. να συμβαίνουν όταν το άτομο εκτίθεται σε επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις), ειδική φοβία(π.χ. όταν το άτομο εκτίθεται σε μια ειδική φοβική κατάσταση), ψυχαναγκαστική διαταραχή (π.χ. όταν εκτίθεται σε βρωμιά κάποιο άτομο με ψυχαναγκασμό σχετικό με μόλυνση), διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες(π.χ. σαν απάντηση σε ερεθίσματα που συνδέονται με ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα) ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού(π.χ. σαν μια απάντηση στο να είναι το άτομο μακριά από το σπίτι του ή τους στενούς συγγενείς του.)

Στην διαταραχή πανικού με αγοραφοβία τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα ίδια με τα παραπάνω με την διαφορά ότι έχουμε παρουσία αγοραφοβίας και όχι απουσία της.

Υπάρχει βέβαια, και η περίπτωση της εμφάνισης της αγοραφοβίας χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού, της οποίας τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής:

A.Η παρουσία αγοραφοβίας που σχετίζεται με τον φόβο μήπως το άτομο αναπτύξει συμπτώματα παρόμοια του πανικού(π.χ. ζάλη ή διάρροια).

B. Δεν έχουν ποτέ (συμ)πληρωθεί τα κριτήρια για διαταραχή πανικού.

Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας(π.χ. κάποιας κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Δ. Αν είναι παρούσα μια συνδεδεμένη γενική ιατρική κατάσταση, ο φόβος που περιγράφεται στο κριτήριο Α είναι ξεκάθαρα μεγαλύτερος από αυτόν που συνήθως συνδέεται με την κατάσταση αυτή.

Πάνω από το 95% των ατόμων που παρουσιάζονται στις κλινικές για αγοραφοβία έχουν επίσης και διάγνωση ή ιστορικό διαταραχής πανικού, οπότε η αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού είναι οπωσδήποτε όχι συνηθισμένη διάγνωση. Η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία είναι πιο συχνή στις γυναίκες.

## ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Τα άτομα με διαταραχή πανικού, εκτός από την ανησυχία τους μήπως συμβούν και άλλες προσβολές πανικού και για τις συνέπειες τους, αναφέρουν και συνεχή ή διαλείποντα αισθήματα άγχους χωρίς εστίαση σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή άγχος και φόβο για την έκβαση των καθημερινών προβλημάτων, ιδιαίτερα αν αυτά έχουν σχέση με την υγεία ή τον αποχωρισμό τους από κοντινά τους άτομα. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η πρώτη προσβολή πανικού ή υποτροπές του εμφανίστηκαν ύστερα από κάποιο σημαντικό στρες π.χ. απώλεια δουλειάς, διακοπή μιας σχέσης κ.ά. Επίσης, συχνά προσβολές πανικού συμβαίνουν κατά την επιλόχεια περίοδο ή ύστερα από τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών όπως μαριχουάνα ή LSD. Συχνά συνυπάρχει μείζων καταθλιπτική διαταραχή(50%-60% των περιπτώσεων), η οποία τις πιο πολλές φορές προηγείται αυτής. Άλλη συχνή επιπλοκή είναι κάποια διαταραχή σχετιζόμενη από ουσίες και ιδιαίτερα η κατάχρηση αλκοόλ, το οποίο οι ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιούν για να ανακουφίσουν τις προσβολές πανικού ή το χρόνιο άγχος τους. Συχνά συνυπάρχουν και άλλες αγχώδεις διαταραχές όπως κοινωνική φοβία (15%-30%), ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (8%-10%), ειδική φοβία(10%-20%), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή(25%), διαταραχή άγχους αποχωρισμού στην παιδική ηλικία( η οποία μπορεί και να προδιαθέσει στην ανάπτυξη διαταραχής πανικού)(Μάνου,1988).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι προσβολές πανικού και το άγχος αναμονής-φόβος για τις συνέπειες αντιμετωπίζονται καλύτερα με γνωστική(άλλοι την ονομάζουν γνωστική-συμπεριφορική) ψυχοθεραπεία, όπου



ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει ότι τα δυο στοιχεία και ιδιαίτερα ο πανικός συνδέονται με λαθεμένες/καταστροφικές σκέψεις/πεποιθήσεις(π.χ. θα πεθάνω/θα τρελαθώ) με τις οποίες ο ασθενής ερμηνεύει τα ουσιαστικά ακίνδυνα σωματικά συμπτώματα του άγχους.

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται με θεραπεία συμπεριφοράς και ειδικότερα με βαθμιαία και προοδευτική(κλιμακωτή) έκθεση in vivo του ατόμου σε συνεχώς και πιο δύσκολες αγοραφοβικές καταστάσεις.

Όσον αφορά τη δυναμική ψυχοθεραπεία, αυτή μπορεί να χρειαστεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις(π.χ. για τον αποχωρισμό από σημαντικά άτομα) ή αντιδράσεις προς το περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν πριν/και για να γίνει δυνατό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Έτσι π.χ., κάποια άτομα φοβούμενα ασυνείδητα τον αποχωρισμό μπορεί να μην τολμούν να εκτεθούν στη συμπεριφορική θεραπεία πριν λύσουν τις συγκρούσεις τους γύρω από τον «κίνδυνο» της αυτονομίας.

Φαρμακευτική αγωγή θα χρησιμοποιηθεί μόνο ή καλύτερα σε συνδυασμό με την υποστηρικτική-γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση, αν ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει μόνο την ψυχολογική θεραπεία. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως η ιμιπραμίνη, η χλωριμιπραμίνη κ.ά και εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) όπως η φλουοξετίνη, η παροξετίνη κ.ά είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία του πανικού και της αγοραφοβίας γιατί εμποδίζουν τις προσβολές πανικού ίσως και στο 80% των ασθενών. Οι αναστολείς ΜΑΟ μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν, αν αποτύχουν τα τρικυκλικά ή οι ΕΑΕΣ.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κατ' αρχήν η δ.δ. της διαταραχής πανικού θα γίνει από προσβολές πανικού που οφείλονται σε γενικές ιατρικές καταστάσεις, δηλαδή από αγχώδη διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση. Υπάρχουν πολλές σωματικές καταστάσεις που προκαλούν άγχος και προσβολές πανικού( υπερθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, καρδιακές αρρυθμίες, υπογλυκαιμία, στηθάγχη, επιληψία κ.ά.). Η δ.δ. θα γίνει φυσικά με τις κατάλληλες σωματικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Η διαταραχή πανικού θα δ.δ. επίσης από **αγχώδη διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες**. Τοξίκωση από ουσίες όπως η κοκαΐνη, αμφεταμίνες, κάνναβη ή καφεΐνη και στερητικό

σύνδρομο όπως π.χ. αλκοόλ ή βενζοδιαζεπίνες μπορεί να προκαλέσουν προσβολές πανικού. Αν όμως, οι πανικοί συνεχίζουν για καιρό μετά από την τοξίκωση ή το στερητικό σύνδρομο, τότε πρέπει να σκεφτούμε τη διαταραχή πανικού. Αντίθετα, αν οι πανικοί εμφανιστούν αργά π.χ. μετά τα 45 και έχουν άτυπα στοιχεία π.χ. ίλιγγο, απώλεια συνείδησης, θα πρέπει να σκεφτούμε κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή την κατάχρηση κάποιας ουσίας.

Η διαταραχή πανικού πρέπει να δ.δ. κι από ένα μεγάλο αριθμό άλλων ψυχικών διαταραχών, όπως άλλες **αγχώδεις διαταραχές και ψυχωτικές διαταραχές**. Στη διαταραχή πανικού εξ ορισμού πρέπει να υπάρχουν απροσδόκητες προσβολές πανικού. Στην κοινωνική φοβία και στην ειδική φοβία οι προσβολές πανικού είναι συνδεδεμένες με ή προδιατεθειμένες από κοινωνικές ή ειδικές καταστάσεις, στην ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή εκλύονται από την έκθεση στο αντικείμενο κάποιου ψυχαναγκασμού(π.χ. βρωμιά), στη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες εκλύονται από ερεθίσματα που θυμίζουν τον αρχικό στρεσογόνο παράγοντα, στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού εκλύονται από την απομάκρυνση από το σπίτι, στην παραληρητική διαταραχή από την εξωπραγματική απειλή καταδίωξης.

Όσον αφορά τώρα την αγοραφοβία, ο εστιασμός του άγχους βοηθά να δ.δ η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία από τις άλλες διαταραχές που χαρακτηρίζονται από αποφευκτική συμπεριφορά. Η αγοραφοβική αποφυγή συνδέεται με τον φόβο του ατόμου μήπως πάθει κάποια προσβολή πανικού, ενώ η αποφυγή σε άλλες διαταραχές συνδέεται με ειδικές καταστάσεις π.χ. στην κοινωνική φοβία με τον φόβο του εξονυχιστικού ελέγχου, της ταπείνωσης και της αμηχανίας, στην ειδική φοβία με τον φόβο του ύψους, του ανελκυστήρα ή του να περάσει το άτομο μια γέφυρα κ.ο.κ., στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού με τον φόβο του αποχωρισμού, στην παραληρητική διαταραχή με τον φόβο καταδίωξης.

Υπάρχουν όμως και δύσκολα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Έτσι, η διάκριση ειδικής φοβίας, τύπου καταστάσεων από διαταραχή πανικού με αγοραφοβία είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς και οι δύο διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν προσβολές πανικού και αποφυγή παρόμοιων καταστάσεων(π.χ. οδήγησης, μετακινήσεων ή κλειστών χώρων κτλ.). Τυπικά, η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία χαρακτηρίζεται στην αρχή από την εμφάνιση απροσδόκητων προσβολών πανικού και κατόπιν από την αποφυγή πολλαπλών καταστάσεων, που θεωρούνται ότι μπορεί να οδηγήσουν στην έκλυση προσβολών πανικού. Τυπικά, η **ειδική φοβία**, τύπος καταστάσεων χαρακτηρίζεται από αποφυγή διάφορων καταστάσεων με απουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων προσβολών πανικού.

Υπάρχουν, όμως, και κλινικές περιπτώσεις που βρίσκονται ανάμεσα σε αυτά τα δύο πρότυπα και απαιτούν προσεκτική κλινική εκτίμηση για να μπει ορθή διάγνωση. Τη δύσκολη αυτή δ.δ μπορεί να βοηθήσουν τέσσερις παράγοντες: ο εστιασμός του φόβου/άγχους, ο τύπος και ο αριθμός των προβολών πανικού, ο αριθμός των καταστάσεων που αποφεύγονται και η ένταση του ενδιάμεσου άγχους. Για παράδειγμα, ένα άτομο που δεν είχε πριν φοβηθεί ή αποφύγει τους ανελκυστήρες παθαίνει μια προσβολή πανικού ενώ είναι μέσα σε έναν ανελκυστήρα και αρχίζει να φοβάται να πάει στη δουλειά του, γιατί πρέπει να χρησιμοποιήσει τον ανελκυστήρα για να φτάσει στο υψηλό πάτωμα που είναι το γραφείο του. Αν στη συνέχεια αυτό το άτομο παθαίνει προσβολές πανικού μόνο στους ανελκυστήρες(ακόμη και αν ο εστιασμός του φόβου είναι στην προσβολή πανικού), τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι ειδική φοβία. Αν όμως, το άτομο παθαίνει απροσδόκητες προσβολές πανικού σε άλλες καταστάσεις και αρχίζει να υπομένει με φόβο και άγχος άλλες καταστάσεις εξαιτίας του φόβου μιας προσβολής πανικού, τότε η διάγνωση είναι διαταραχή πανικού με αγοραφοβία. Επιπλέον, η παρουσία έντονου φόβου μήπως πάθει μια προσβολή πανικού, ακόμη και αν δεν προβλέπεται έκθεση σε κάποια φοβική κατάσταση, υποστηρίζει τη διάγνωση διαταραχής πανικού με αγοραφοβία. Αν τώρα το άτομο παθαίνει απροσδόκητες προσβολές πανικού σε άλλες καταστάσεις, αλλά δεν αναπτύσσεται επιπρόσθετα αποφυγή ή μια συναισθηματική κατάσταση όπου τις υπομένει με φόβο, τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία. Εάν ο εστιασμός της αποφυγής δεν σχετίζεται με το να πάθει μια προσβολή πανικού, αλλά κάποια άλλη καταστροφή(π.χ. να σπάσει το καλώδιο του ανελκυστήρα), τότε μπορεί να μπει και η διάγνωση της ειδικής φοβίας.

Εξίσου δύσκολη είναι και η δ.δ της **κοινωνικής φοβίας**, από τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, ειδικά αν η αποφυγή περιορίζεται μόνο σε κοινωνικές καταστάσεις. Τη λεπτή αυτή διάκριση μπορεί να βοηθήσουν και πάλι ο εστιασμός του φόβου και ο τύπος των προσβολών πανικού. Για παράδειγμα, ένα άτομο που προηγουμένα δεν είχε φόβο να μιλήσει δημόσια παθαίνει μια προσβολή πανικού ενώ κάνει μια ομιλία και αρχίζει να φοβάται τις παρουσιάσεις. Αν το άτομο αυτό παθαίνει προσβολές πανικού μόνο σε κοινωνικές καταστάσεις όπου πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο(ακόμη και αν ο εστιασμός του φόβου του είναι στην πιθανότητα να πάθει και άλλη προσβολή πανικού), τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι η κοινωνική φοβία. Αν όμως το άτομο συνεχίζει να έχει απροσδόκητες προσβολές πανικού σε άλλες καταστάσεις, τότε η διάγνωση είναι διαταραχή πανικού με αγοραφοβία. Επιπλέον, άτομα με κοινωνική φοβία φοβούνται τον εξονυχιστικό έλεγχο από τους άλλους και σπάνια έχουν μια προσβολή πανικού όταν είναι μόνοι, ενώ τα άτομα με διαταραχή πανικού με αγοραφοβία συνήθως έχουν πιο πολύ άγχος σε καταστάσεις

που μπορεί να είναι μόνοι τους χωρίς κάποιο έμπιστο συνοδό. Ακόμα, νυχτερινές προσβολές πανικού, που ξυπνούν τον άτομο, είναι χαρακτηριστικές της διαταραχής πανικού.

Υπάρχουν περιπτώσεις που τα κριτήρια πληρούνται για τη διαταραχή πανικού και για κάποια άλλη αγχώδη διαταραχή ή διαταραχή της διάθεσης. Τότε, μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις. Αν όμως, απροσδόκητες προσβολές πανικού συμβαίνουν μέσα στο πλαίσιο μιας άλλης διαταραχής(π.χ. μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή γενικευμένης αγχώδους διαταραχής) και δεν συνοδεύονται για ένα μήνα ή περισσότερο από φόβο κι άλλων προσβολών, στενοχώρια και ανησυχία για τις συνέπειές τους ή αλλαγή συμπεριφοράς, τότε δεν μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της διαταραχής πανικού. Και, όπως είπαμε, επειδή οι ασθενείς με διαταραχή πανικού μπορεί να συνυπάρχουν και να διαγνωστούν επιπρόσθετα διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες(όπως κάνναβη, κοκαΐνη αγχολυτικά).

Ο **φόβος** είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός-ή συνειδητά. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου είναι ανάλογη προς τον κίνδυνο και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση του φόβου(ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς(φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα(πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή.

#### 2.4.ΦΟΒΙΕΣ (ΦΟΒΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ)

Η *φοβία* είναι ένας επίπονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιθυμεί έντονα την αποφυγή αυτού που φοβάται.

Αν το άτομο αναγνωρίζει ότι οι φόβοι του είναι υπερβολικοί ή μη ρεαλιστικοί, εντούτοις προσπαθεί να αποφύγει το φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση. Εάν η συμπεριφορά αποφυγής δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του ατόμου, η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή (π.χ. το να φοβάται κανείς τις αράχνες). Αν όμως, η φοβία παραβλάπτει την ικανότητα του ατόμου να εκπληρώσει τις συνηθισμένες και απαραίτητες καθημερινές του ασχολίες ή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση, τότε πρόκειται για φοβική διαταραχή.

Οι φοβίες γενικά διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

Αγοραφοβία: Φόβος να είναι κανείς σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη( ή μπορεί να φέρει το άτομο σε δύσκολη θέση/αμηχανία) ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση εμφάνισης πανικού.

Ειδική φοβία: Φόβος συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων

Κοινωνική φοβία: Φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο έχει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο.

#### 2.4.1.ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΒΙΑ(πρώην απλή φοβία)

Το βασικό χαρακτηριστικό της ειδικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων. Το άτομο με ειδική φοβία βιώνει έναν έντονο, επίμονο, υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή σε αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Ο εστιασμός του φόβου μπορεί να είναι είτε σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή την κατάσταση(π.χ. να πέσει το αεροπλάνο, να τον δαγκώσει σκυλί) είτε στη δυνατότητα να χάσει το άτομο τον έλεγχο του, να πανικοβληθεί ή να λιποθυμήσει κατά την έκθεση στη φοβική κατάσταση(π.χ. να λιποθυμήσει στη θέα του αίματος, να χάσει τον έλεγχο του και να αρχίσει να ουρλιάζει σε ένα κλειστό μέρος.

Το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την έκθεση του στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο κοντά(στον χώρο και στον χρόνο) είναι το φοβικό ερέθισμα και όσο πιο δύσκολη είναι η διαφυγή από αυτό. Μερικές φορές αναπτύσσονται πλήρεις προσβολές πανικού. (Marks IM, 1987).

#### Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την ειδική φοβία

A. Έντονος και επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός ή παράλογος, εκλυόμενος από την παρουσία ή την αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης (π.χ. πτήση, ύψη, ζώα, το να κάνει το άτομο ένεση, θέα αίματος).

Β. Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους, που μπορεί να παίρνει την μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού. Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή προσκόλληση σε άλλους.

Γ. Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. Στα παιδιά το στοιχείο αυτό μπορεί να απουσιάζει.

Δ. Η φοβική κατάσταση(εις) αποφεύγεται ή αλλιώς υπομένεται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

Ε. Η αποφυγή, η αγχώδης αναμονή ή η υποκειμενική ενόχληση κατά την (τις) επίφοβη(ες) κατάσταση(εις) παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική (ή την σχετική με τις σπουδές) λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.

ΣΤ. Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον έξι μήνες.

Ζ. Το άγχος, οι προσβολές πανικού ή η φοβική αποφυγή που συνδέονται με το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή όπως ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή(π.χ. φόβος βρωμιάς σε κάποιο άτομο με ψυχαναγκασμό σχετικό με μόλυνση), διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (π.χ. αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα), διαταραχή άγχους αποχωρισμού(π.χ. αποφυγή του σχολείου), κοινωνική φοβία(π.χ. αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων εξαιτίας του φόβου αμηχανίας), διαταραχή πανικού με αγοραφοβία ή αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού.

## ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι ειδικές φοβίες μπορεί να συνυπάρχουν με άλλες αγχώδεις διαταραχές και ιδιαίτερα με διαταραχή πανικού με αγοραφοβία(συνήθως οι άλλες αγχώδεις διαταραχές υπερισχύουν στην κλινική εικόνα).

Ορισμένες φορές κάποια ειδική φοβία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό περιορισμό των δραστηριοτήτων του ατόμου, να οδηγήσει σε απώλεια εργασίας κτλ.

Ο τύπος αίματος-ένεσης-τραύματος συχνά χαρακτηρίζεται από έντονη αντίδραση του πνευμονογαστρικού που οδηγεί σε λιποθυμία, οπότε το άτομο μπορεί να αποφεύγει απαραίτητη ιατρική ή οδοντιατρική φροντίδα. Παρόμοιοι φόβοι πνιγμονής μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας από την αποφυγή στερεάς τροφής ή φαρμάκων που λαμβάνονται από το στόμα.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η δ.δ της ειδικής φοβία είναι ιδιαίτερα δύσκολη από διαταραχές τύπου καταστάσεων από διαταραχές πανικού με αγοραφοβία. Η δ.δ. επίσης της ειδικής φοβίας και κοινωνικής φοβίας θα γίνει πάλι με βάση τον εστιασμό του φόβου(π.χ. αν το άτομο αποφεύγει να φάει σε εστιατόριο επειδή φοβάται την αρνητική εκτίμηση/κριτική των άλλων πρόκειται για κοινωνική φοβία, αν φοβάται μην πνιγεί τρώγοντας πρόκειται για ειδική φοβία).

Το ιστορικό ενός σοβαρού στρεσογόνου παράγοντα και η επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος θα δ.δ την αποφυγή στη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Η σύνδεση της αποφυγής με το περιεχόμενο ενός ψυχαναγκασμού θα δ.δ την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. Σε άτομα με διαταραχή άγχους αποχωρισμού πολύ σπάνια να δικαιολογηθεί επιπρόσθετη διάγνωση ειδικής φοβίας(η αποφυγή συνδέεται με φόβο αποχωρισμού και γενικότερο φόβο για οτιδήποτε ή οποιονδήποτε απειλεί την ακεραιότητα της οικογένειας π.χ. ληστές, ατυχήματα, αεροπορικά ταξίδια).

Ο τύπος της ειδικής φοβίας όπου το άτομο φοβάται μην κολλήσει κάποια αρρώστια θα δ.δ από την υποχονδρίαση με βάση το ότι σε αυτήν το άτομο φοβάται ότι έχει μια αρρώστια (στην ειδική φοβία, φοβάται μην κολλήσει καμία αρρώστια, δεν πιστεύει δηλαδή ότι έχει κάποια αρρώστια).

Εφόσον η αποφυγή περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στην τροφή(χωρίς φόβο πνιγμονής ή αρνητικής εκτίμησης από άλλους) σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία δεν θα δοθεί η διάγνωση της ειδικής φοβίας.

Άτομα με σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη ψυχωτική διαταραχή(π.χ. παραληρητική διαταραχή) μπορεί να αποφεύγουν ορισμένες δραστηριότητες εξαιτίας παραληρητικών ιδεών, αλλά δεν αναγνωρίζουν ότι ο φόβος τους είναι υπερβολικός ή παράλογος.

Κάθε μορφής φόβοι είναι πολλοί συχνοί στην παιδική ηλικία, αλλά δεν συνιστούν ειδική φοβία, εκτός αν παρεμποδίζουν σημαντικά τη λειτουργία του ατόμου ή του προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση.

#### 2.4.2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ(διαταραχή κοινωνικού άγχους)

Το βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο.

Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές υφάινεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξονυχιστικό έλεγχο των άλλων , ιδιαίτερα εάν είναι άγνωστοι(γι' αυτό η διαταραχή ονομάζεται επίσης και διαταραχή κοινωνικού άγχους). Έτσι , το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του είναι μήπως οι άλλοι θα δουν ότι έχει άγχος ή θα το κρίνουν ως αδύνατο, «τρελό» ή ηλίθιο. Συμπτώματα άγχους και μάλιστα σωματικά(π.χ. αίσθημα παλμών, τρόμος, ιδρώτες, γαστρεντερική δυσφορία, διάρροια, μυϊκή τάση, κοκκίνισμα κτλ.) είναι σχεδόν πάντα παρόντα και σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο φθάνει σε πανικό(που πληροί τα κριτήρια της προσβολής πανικού).

Συχνό είναι το έντονο άγχος αναμονής όπως π.χ. πριν από ένα προγραμματισμένο κοινωνικό ή δημόσιο γεγονός. Εάν το άτομο φοβάται τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις είτε αφορούν στο να διαντιδράσει με άλλα άτομα είτε να επιτελέσει κάτι δημόσια, τότε η κοινωνική του φοβία προσδιορίζεται ως γενικευμένη.

#### Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV της κοινωνικής φοβίας:

A. Ένας έντονος και επίμονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων στις οποίες το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι, στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστο κόσμο ή σε πιθανό εξονυχιστικό έλεγχο από μέρους των άλλων. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με τρόπο(ή θα δείξει συμπτώματα άγχους) που θα είναι ταπεινωτικά ή αμήχανα. Στα παιδιά, πρέπει να υπάρχει απόδειξη της ικανότητας τους για κατάλληλες ανάλογα με την ηλικία τους κοινωνικές σχέσεις με γνωστά τους άτομα και το



άγχος πρέπει να συμβαίνει σε περιβάλλον συνομηλίκων και όχι μόνο σε διαντιδράσεις με ενηλίκους.

Β. Η έκθεση στην επίφοβη κοινωνική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντοτε άγχος που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού. Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή με το να αποτραβιέται το παιδί από κοινωνικές καταστάσεις με άγνωστα άτομα.

Γ. Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. Στα παιδιά, το στοιχείο αυτό μπορεί να απουσιάζει.

Δ. Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι αποφεύγονται ή αλλιώς υπομένονται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

Ε. Η αποφυγή, αγχώδης αναμονή ή υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κοινωνική κατάσταση ή καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική(ή τη σχετική με τις σπουδές) λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.

ΣΤ. Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον έξι μήνες.

Ζ. Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας(π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή(π.χ. διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, διαταραχή άγχους αποχωρισμού, σωματοδυσμορφική διαταραχή, κάποια βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης ή σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας).

Η. Αν κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή είναι παρούσα, ο φόβος στο κριτήριο Α δεν σχετίζεται με αυτήν, π.χ. ο φόβος δεν είναι μήπως τραυλίζει, μήπως τρέμει σε νόσο του Parkinson ή μήπως δείξει κάποια παθολογική συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής σε ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία.

Προσδιορίστε αν:

Γενικευμένη: αν οι φόβοι περιλαμβάνουν τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις(επίσης σκεφτείτε την επιπρόσθετη διάγνωση της αποφευκτικής διαταραχής της προσωπικότητας).

## ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ. ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Τα άτομα με κοινωνική φοβία συνήθως είναι υπερευαίσθητα στην κριτική, στην αρνητική εκτίμηση από τους άλλους και στην απόρριψη, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολεύονται να διεκδικήσουν κάτι, δυσκολεύονται να απαντήσουν σε ψυχολογικά τεστ, μπορεί να αποφεύγουν την επαφή με τα μάτια, μπορεί να δείχνουν το άγχος τους (ιδρωμένα κρύα χέρια, τρεμουλιαστή φωνή, τρέμουλα στα χέρια).

Η κοινωνική φοβία μπορεί να συνυπάρχει με πολλές άλλες διαταραχές όπως διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, διαταραχή της διάθεσης, διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, σωματοποιητική διαταραχή και συνήθως προηγείται των διαταραχών αυτών. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών (κυρίως αλκοόλ ή αγχολυτικών που λαμβάνονται για την ανακούφιση του άγχους στις φοβικές κοινωνικές καταστάσεις) συνήθως είναι επιπλοκές της κοινωνικής φοβίας. Άλλες επιπλοκές της κοινωνικής φοβίας είναι ότι εξαιτίας της έκπτωσης της λειτουργικότητας ή των δεξιοτήτων στην εργασία, στις σπουδές ή στις σχέσεις, το κοινωνικό φοβικό άτομο μπορεί να παρατήσει το σχολείο ή τη δουλειά του, να αφήσει τους φίλους του ή να μην αποκτήσει φίλους ή ερωτικές σχέσεις κτλ.

Συχνά με την γενικευμένη κοινωνική φοβία συνυπάρχει και αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Άτομα που παρουσιάζουν προσβολές πανικού και κοινωνική αποφυγή μπορεί να αποτελέσουν μερικές φορές δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Η κοινωνική φοβία όπως αναφέραμε και παραπάνω δ.δ. από την **διαταραχή πανικού με αγοραφοβία και από την αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού**.

Σε διαταραχή άγχους αποχωρισμού το άτομο μπορεί να αποφεύγει κοινωνικές καταστάσεις όχι μόνον από το φόβο απομάκρυνσης από τους δικούς του, αλλά και από το φόνο μήπως έρθει σε δύσκολη θέση/αμηχανία αν αναγκασθεί να φύγει πρόωρα και να γυρίσει σπίτι. Γενικά, δεν δίνεται επιπλέον διάγνωση κοινωνικής φοβίας σε άτομα με **διαταραχή άγχους αποχωρισμού** (καθώς αυτά νιώθουν φόβο αμηχανίας μόνον έξω από το σπίτι τους, ενώ στην κοινωνική φοβία μπορεί να νιώσουν φόβο ακόμη κι αν η κοινωνική εκδήλωση γίνει στο σπίτι

τους). Αν και ο φόβος αμηχανίας ή ταπείνωσης μπορεί να υπάρχει και στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή στην ειδική φοβία(π.χ. φόβος μήπως λιποθυμήσει ενώ του παίρνουν αίμα), οπωσδήποτε δεν αποτελεί τον κύριο εστιασμό του φόβου ή του άγχους του ατόμου.

Η βαριά εκτεταμένη **διαταραχή της ανάπτυξης και η σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας** πρέπει επίσης να διαφοροδιαγνωσθούν από την κοινωνική φοβία με βάση την έλλειψη σε αυτές ενδιαφέροντος για σχέση με άλλα άτομα, που απουσιάζει από την κοινωνική φοβία.

Η **αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας** έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με την κοινωνική φοβία και ιδιαίτερα στ γενικευμένη, οπότε αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δυο διαταραχές θα δοθούν και οι δύο διαγνώσεις.

Κοινωνικό άγχος και κοινωνική αποφυγή υπάρχουν και σε πολλές άλλες ψυχικές διαταραχές(π.χ. *μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή, σχιζοφρένεια, παραληρητική διαταραχή, σωματοδυσμορφική διαταραχή*). Εφόσον, όμως τα συμπτώματα αυτά συμβαίνουν μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας τους και εξηγούνται καλύτερα από αυτές τις διαταραχές, δεν μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας. Αν τελικά η κοινωνική αποφυγή είναι κλινικά σημαντική, τότε μπαίνει και η διάγνωση αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς(όπως και ότι αν προϋπήρχε η διάγνωση της κοινωνικής φοβίας, αυτή φυσικά παραμένει).

Τέλος, σημειώνουμε ακόμη ότι ο φόβος να επιτελέσει κανείς κάτι μπροστά σε κόσμο δηλ. φόβος παράστασης(ομιλία, συνέντευξη, εμφάνιση στην τηλεόραση, να βγει στη σκηνή κτλ.) ή ντροπαλότητα μπροστά σε άγνωστα άτομα είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν πολλά άτομα και δεν πρέπει να διαγνωσθούν ως κοινωνική φοβία, εκτός αν προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας ή έντονη υποκειμενική ενόχληση.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΟΒΙΑΣ

Όπως και στη θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας, έτσι και στη θεραπεία της ειδικής και της κοινωνικής φοβίας, κατ' αρχήν πρέπει να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που ανεβάζει το ηθικό και την

αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς, που είναι η θεραπεία εκλογής για τις φοβίες με συνδυασμό ή όχι φαρμακευτικής αγωγής.

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να είναι βαθμιαία προοδευτική(κλιμακωτή) έκθεση in vivo στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση της ειδικής ή κοινωνικής φοβίας ή συνδυασμός προοδευτικής συστηματικής απευαισθητοποίησης στη φαντασία και βαθμιαίας έκθεσης in vivo (π.χ. πρώτα βλέπει με τη φαντασία της ένα φίδι, μετά τη φωτογραφία, μετά βλέπει ένα ζωντανό φίδι). Η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να γίνει και σε ομάδα(π.χ. για φόβο αεροπορικών ταξιδιών).

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να βοηθήσει επίσης από τεχνικές της γνωστικής θεραπείας, που προσπαθούν να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές σκέψεις του φοβικού ασθενή για τον φόβο αποτυχίας, ταπείνωσης ή αμηχανίας (π.χ. κοινωνικά φοβικοί ασθενείς τείνουν λαθεμένα να υπερεκτιμούν την έκταση της κριτικής και του εξουχιστικού ελέγχου από τους άλλους).

Σε ορισμένες περιπτώσεις η δυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διερεύνηση και τη λύση παιδικών συγκρούσεων που σχετίζονται με το συμβολικό νόημα των φοβιών.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, αυτή μπορεί να χρειασθεί για ορισμένους ασθενείς κατά προτίμηση σε συνδυασμό με την υποστηρικτική-συμπεριφορική-(γνωστική)ψυχοθεραπεία. Πάντως όταν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί, οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν(ίσως λιγότερο, αν πάλεψαν με την φοβία τους με συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής).

## 2.5.ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής (ΧΨΔ) είναι επαναλαμβανόμενοι ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από μια ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του.

Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες(ως δηλαδή «δυστονικές προς το εγώ») και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία

Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης(π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), αμφιβολίας(π.χ. αν τραυμάτισε κάποιον σε τροχαίο ατύχημα ή αν κλείδωσε την πόρτα), τάξης/τακτοποίησης(π.χ. έντονη δυσφορία αν κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας(π.χ. να σκοτώσει το παιδί του) ή σεξουαλικές εικόνες/φαντασιώσεις(π.χ. επαναλαμβανόμενες πορνογραφικές εικόνες).

Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη(π.χ. με κάποιο καταναγκασμό).

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές(πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις(π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει(αν προσπαθεί να τις αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος) ως απάντηση σε ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή για να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης ελέγχου, αναζήτησης διαβεβαιώσεων/καθησυχασμού, επανάληψης πράξεων και τακτοποίησης/τάξης. Και υπάρχει και καταναγκαστική βραδύτητα(π.χ. στο να ντυθεί το άτομο).

Ο βαθμός εναισθησίας του ατόμου για τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς του ποικίλλει, αλλά σε κάποια στιγμή το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι υπερβολικοί και παράλογοι. (Jenike,1990).

#### Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή

A. Είτε ψυχαναγκασμοί είτε καταναγκασμοί:

Ψυχαναγκασμοί όπως ορίζονται από το (1) (2) (3) και (4):

(1)Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται, κάποια στιγμή στη διάρκεια της διαταραχής, ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που προκαλούν έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

(2)Οι σκέψεις, παρορμήσεις, ή εικόνες δεν είναι απλώς υπερβολικές ανησυχίες για πραγματικά προβλήματα της ζωής.

(3)Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τέτοιες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη

(4)Το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ψυχαναγκαστικές σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες είναι προϊόν του μυαλού του(δεν επιβάλλονται απέξω όπως στην τοποθέτηση της σκέψης).

Καταναγκασμοί όπως ορίζονται από το (1) και (2):

(1) Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές(π.χ. πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις(π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά) τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σε έναν ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά.

(2) Οι συμπεριφορές ή οι νοητικές πράξεις έχουν σαν σκοπό να αποτρέψουν ή να μειώσουν υποκειμενική ενόχληση ή να αποτρέψουν κάποιο γεγονός ή κατάσταση που το άτομο φοβάται. Εντούτοις αυτές οι συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις είτε δεν είναι συνδεδεμένες κατά κάποιο ρεαλιστικό τρόπο με αυτό που είναι σχεδιασμένες να εξουδετερώσουν ή να αποτρέψουν είτε είναι σαφώς υπερβολικές.

Β. Σε κάποιο σημείο στην πορεία της διαταραχής το άτομο έχει αναγνωρίσει ότι οι ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι. Αυτό δεν ισχύει για τα παιδιά.

Γ. Οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, καταναλίσκουν χρόνο(περισσότερο από μια ώρα την ημέρα) ή παρεμποδίζουν σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική(ή την σχετική με τις σπουδές) λειτουργικότητα του ή τις συνηθισμένες κοινωνικές του δραστηριότητες ή σχέσεις.

Δ. Αν είναι παρούσα κάποια άλλη διαταραχή του άξονα I, το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών ή καταναγκασμών δεν περιορίζεται σε αυτήν(π.χ. ενασχόληση με τροφή σε παρουσία διαταραχής πρόσληψης τροφής, τράβηγμα τριχών σε παρουσία τριχοτιλλομανίας, ανησυχία για την εμφάνιση σε παρουσία σωματοδυσμορφικής διαταραχής, ενασχόληση με

φάρμακα-ουσίες σε παρουσία διαταραχής χρήσης ουσιών, ενασχόληση μήπως έχει κάποια σοβαρή ασθένεια σε παρουσία υποχονδρίασης, ενασχόληση με σεξουαλικές παρορμήσεις ή φαντασιώσεις σε παρουσία παραφιλίας ή σκεπτικούς ενοχικούς «μηρυκασμούς» σε παρουσία μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).

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

Προσδιορίστε αν με φτωχή εναισθησία: αν τον περισσότερο χρόνο κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου, το άτομο δεν αναγνωρίζει ότι οι ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.

#### ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ. ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Συχνά υπάρχει αποφυγή καταστάσεων που έχουν σχέση με το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών(π.χ. σε ένα άτομο με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης υπάρχει αποφυγή χειραψιών, δημόσιων τουαλετών, πετσετών των ξενοδοχείων κ.ο.κ.). Συχνά υπάρχουν υποχονδριακές ανησυχίες με συχνές επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχουν έντονο αίσθημα ευθύνης και ενοχής και διαταραχές ύπνου.

Διαταραχές που μπορεί να συνοδεύουν την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, άλλες αγχώδεις διαταραχές(ειδική φοβία, κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού), διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, η διαταραχή Tourette, άλλες διαταραχές τικ και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας.

Ειδικότερα, όσον αφορά τη σχέση ΨΧΔ και ΨΧΚΠ, θα πρέπει να πούμε ότι παλαιότερα οι ψυχαναλυτές θεωρούσαν ότι η ΨΧΔΠ οδηγούσε στην ΨΧΔ. Η έρευνα όμως, έχει δείξει ότι αυτό συμβαίνει σπάνια. Στην πραγματικότητα, τα περισσότερα άτομα με ΨΚΔ δεν έχουν χαρακτηριστικά της ΨΧΔΠ (τελειοθηρία, υπερεμπλοκή με την τάξη και τον έλεγχο κλπ), αλλά μάλλον χαρακτηριστικά της εξαρτημένης ή της παθητικής επιθετικής προσωπικότητας. Από την άλλη μεριά, τα άτομα με χαρακτηριστικά της ΦΨΔΠ έχουν μεγαλύτερη τάση να αναπτύξουν κατάθλιψη και παράνοια, παρά ΨΚΔ.

Άτομα με ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή μπορεί να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή αγχολυτικών και σοβαροί καταναγκασμοί μπορεί να οδηγήσουν σε συζυγική, επαγγελματική ή κοινωνική αναπηρία.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί μπορεί να οφείλονται και σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή σε κάποια ουσία. Τότε η διάγνωση δεν θα είναι ΨΚΔ, αλλά **αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες.**

Εφόσον οι επανειλημμένες σκέψεις, παρορμήσεις, εικόνες ή συμπεριφορές έχουν περιεχόμενο που σχετίζεται αποκλειστικά με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή(π.χ. ενασχόληση με την εμφάνιση στη **σωματοδυσμορφική διαταραχή**, ενασχόληση με ένα επίφοβο αντικείμενο ή κατάσταση στην ειδική ή κοινωνική φοβία, τράβηγμα μαλλιών στην τριχοτιλλομανία) δεν μπαίνει η διάγνωση ΨΚΔ. Αν, όμως, υπάρχουν ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί των οποίων το περιεχόμενο δεν σχετίζεται με την άλλη διαταραχή, τότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της ΨΚΔ. Αντίστοιχα, στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αν υπάρχουν νοσηρές ενασχολήσεις(π.χ. αναξιότητας) και σκεπτικοί μηρυκασμοί ενοχής με ψυχαναγκαστική απόχρωση, δεν θεωρούνται ψυχαναγκασμοί, γιατί δεν είναι δυστονικοί προς το εγώ, αλλά **στοιχεία της κατάθλιψης** σύμφωνα με τη συναισθηματική διάθεση. Μπορεί, όμως, όπως είπαμε να αναπτυχθεί σε άτομο με ΨΚΔ, μείζον καταθλιπτική διαταραχή, οπότε μπαίνουν και οι δυο διαγνώσεις.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή με τη συνεχή ανησυχία και στενοχώρια του ατόμου μπορεί να θυμίζει την ΨΚΔ, αλλά θα δ.δ. από αυτήν γιατί η στενοχώρια είναι για πραγματικές καταστάσεις της ζωής(π.χ. μήπως χάσει τη δουλειά του).

Η **υποχονδρίαση** θα δ.δ από την ΨΚΔ γιατί η έννοια του ατόμου και οι επανειλημμένες σκέψεις του είναι ότι έχει κάποια αρρώστια. Αν όμως, το άτομο αναλύσκει σε τελετουργίες καθαρισμού ή ελέγχου για να μην μολυνθεί ή μη μεταδώσει την αρρώστια, τότε θα μπει η επιπρόσθετη διάγνωση της ΨΚΔ. Αν βέβαια, οι σκέψεις και ο φόβος είναι μήπως «κολλήσει» κάποια αρρώστια(κι όχι ότι έχει κάποια αρρώστια) και δεν υπάρχουν τελετουργίες, τότε η διάγνωση είναι ειδική φοβία.

Στην άκρη αυτών των συνεχών ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών είναι οι καταστάσεις όπου το άτομο βρίσκεται στο όριο μεταξύ ψυχαναγκασμού και παραληρητικής ιδέας και μετά από αυτές είναι καταστάσεις όπου ο έλεγχος της πραγματικότητας έχει χαθεί και ο ψυχαναγκασμός έχει φτάσει να γίνει παραληρητική ιδέα(π.χ. πεποίθηση ότι το άτομο



προκάλεσε το θάνατο κάποιου επειδή το ευχήθηκε), οπότε μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση παραληρητική διαταραχή ή ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Η **σχιζοφρένεια**, όταν έχει μηρυκαστικές παραληρητικές ιδέες και παράξενες στερεότυπες συμπεριφορές, επίσης θα δ.δ από την ΨΚΔ με βάση το ότι τα στοιχεία αυτά δεν είναι δυστονικά προς το εγώ και δεν υπόκεινται στον έλεγχο της πραγματικότητας. Μπορεί όμως, σε ορισμένα άτομα να πληρούνται τα κριτήρια και για ΨΚΔ και για σχιζοφρένεια, οπότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.

**Τα τικ και οι στερεότυπες κινήσεις** πρέπει επίσης να δ.δ από την ΨΚΔ, με βάση το ότι τυπικά είναι λιγότερο περίπλοκα και δεν έχουν ως στόχο να εξουδετερώσουν κάποιον ψυχαναγκασμό. Σε ορισμένα άτομα, όμως, μπορεί να πληρούνται τα κριτήρια και για ΨΚΔ και για κάποια από αυτές τις διαταραχές(ιδιαίτερα τη διαταραχή Tourette), οπότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.

Ορισμένες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται ως «καταναγκαστικές», όπως **βουλιμία**(π.χ. διαταραχές στην πρόσληψη τροφής), **σεξουαλικές παρεκκλίσεις**(π.χ. παραφιλίες), **χαρτοπαιξία**(π.χ. παθολογική χαρτοπαιξία), χρήση ουσιών(π.χ. κατάχρηση ή εξάρτηση ουσιών από αλκοόλ) δεν θεωρούνται ότι αποτελούν ΨΚΔ, γιατί το άτομο παίρνει ευχαρίστηση από τη συμπεριφορά του και αν επιθυμήσει να τις αντισταθεί το κάνει μόνον για τις καταστροφικές τους συνέπειες.

Όσον αφορά την ΨΚΔΠ αν και έχει παρόμοιο όνομα με την ΨΚΔ δεν χαρακτηρίζεται από ψυχαναγκασμούς, αλλά από τελειοθηρία και ανάγκη για τάξη και έλεγχο. Αν, όμως, πληρούνται τα κριτήρια για ΨΚΔ και για ΨΚΔΠ, μπαίνουν και οι δυο διαγνώσεις.

Προκαταλήψεις και επαναλαμβανόμενες ελεγκτικές συμπεριφορές είναι συχνές σε πολλά άτομα. Μόνον, αν καταναλίσκουν πολύ χρόνο ή οδηγούν σε έντονη προσωπική ενόχληση ή σε λειτουργική έκπτωση, θα μπει η διάγνωση ΨΚΔ.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της ΨΚΔ μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν δύσκολη και τα αποτελέσματα της απογοητευτικά. Με την εφαρμογή όμως, τα τελευταία χρόνια της θεραπείας της συμπεριφοράς και ορισμένων φαρμάκων με αντιΨΚ ιδιότητες η άποψη αυτή έχει αντικατασταθεί από δικαιολογημένη αισιοδοξία. Όσον αφορά την ψυχοδυναμική θεραπεία,

αυτή δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να βοηθήσει τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς.

Η θεραπεία συμπεριφοράς, που γενικά είναι πιο αποτελεσματική στους τελετουργικούς καταναγκασμούς, κυρίως χρησιμοποιεί την έκθεση του ατόμου και στη συνέχεια την παρεμπόδιση της απάντησης. Οι ψυχαναγκασμοί μπορεί να βοηθηθούν με την τεχνική του σταματήματος της σκέψης(π.χ. ο θεραπευτής λέει δυνατά «στοπ» για να σταματήσει τον κύκλο της σκέψης του ασθενή και μετά του μαθαίνει να το κάνει μόνος του λέγοντας «στοπ» από μέσα του).

Η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται συνεχώς και περισσότερο για τη θεραπεία της ΨΚΔ μόνη ή σε συνδυασμό με τη θεραπεία συμπεριφοράς. Ορισμένα φάρμακα όπως το τρικυκλικό χλωριμιπραμίνη και οι ΕΑΕΣ(εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) έχει δείχθει ότι έχουν σαφείς αντιΨΚ ιδιότητες και η χρήση τους έχει βοηθήσει μεγάλο αριθμό ατόμων με ΨΚΔ.

Αν υπάρχει σχιζότυπη προσωπικότητα η διαταραχή τικ, ίσως βοηθά η προσθήκη και κάποιου αντιψυχωτικού. Η βελτίωση έρχεται σιγά-σιγά και ο βαθμός βελτίωσης μπορεί να φτάσει και το 80%. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχιστεί για μακρό διάστημα, καθώς οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν αν η αγωγή διακοπεί.

Ιδιαίτερη θέση στη θεραπεία της ΨΚΔ έχει και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, που συνεπικουρεί και τη συμπεριφορική και τη φαρμακευτική θεραπεία, προσφέροντας ενθάρρυνση, ανύψωση του ηθικού και πρακτικές λύσεις στα προβλήματα του ασθενή.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσει κατά τη θεραπεία του ατόμου με ΨΚΔ, με ενημέρωση των μελών της οικογένειας για τη φύση της αρρώστιας και εκμάθηση του πώς να δείχνουν κατανόηση αλλά να μην ενθαρρύνουν την ΨΚ συμπεριφορά(π.χ. να μην ελέγχουν όλες τις πόρτες και τα παράθυρα πριν πάνε για ύπνο, όπως του ζητά ο ΨΚ ασθενής)

Ομάδες αυτοβοήθειας, με την ενημέρωση και τη συμπαράσταση που προσφέρουν , επίσης πολύ χρήσιμες στην αντιμετώπιση της ΨΚΔ(Μάνου,1988).

## 2.6.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ (ptsd)

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος(Μάνου, 1988).

#### Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες

A. Το άτομο έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:

(1) το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων.

(2) η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή τρόμο/φρίκη. Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά.

B. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν(ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους:

(1) επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλλουν και προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται επαναλαμβανόμενα παιχνίδια στα οποία εκφράζονται θέματα ή πτυχές που αφορούν το τραύμα.

(2) επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. Σε μικρά παιδιά μπορεί να υπάρχουν τραυματικά όνειρα χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.

(3) το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός(περιλαμβάνει αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικά flashback επεισόδια, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν στην αφύπνιση ή όταν το άτομο βρίσκεται σε τοξίκωση. Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται ειδικά σχετιζόμενες με το τραύμα αναπαραστάσεις.

(4) έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

(5) φυσιολογική αντιδραστικότητα(διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος) κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

Γ. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής απαντητικότητας( που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα), όπως φαίνεται από τρία(ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

(1) προσπάθειες να αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα

(2) προσπάθειες να αποφύγει δραστηριότητες, μέρη , ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος

(3) ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος

(4) έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες

(5) αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους

(6) περιορισμένο εύρος συναισθήματος (π.χ. ανικανότητα του ατόμου να έχει συναισθήματα αγάπης)

(7) αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος(π.χ. το άτομο δεν περιμένει ότι θα κάνει καριέρα ,ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μια φυσιολογική διάρκεια ζωής)

Δ. Επίμονο συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας(που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα) όπως φαίνεται από δύο(ή περισσότερα) από τα παρακάτω.

(1)δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος

(2)ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού

(3)δυσκολία στη συγκέντρωση

(4)υπερεπαγρύπνηση

(5)αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος

Ε. Η διάρκεια της διαταραχής(συμπτώματα στα κριτήρια Β,Γ και Δ) είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα.

ΣΤ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε αν οξεία: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη από τρεις μήνες

Χρόνια: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι τρεις μήνες ή περισσότερο

Με καθυστερημένη έναρξη: αν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι τουλάχιστον έξι μήνες μετά το στρεσογόνο γεγονός.

#### ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Συχνά τα άτομα με ΔΜΨΣ έχουν και άλλα σύννοδα συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή(π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκέντρωσης κ.ο.κ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά.

Επίσης, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σύννοδες διαταραχές όπως διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, ΨΚΔ, κοινωνική φοβία, μείζον καταθλιπτική διαταραχή, σωματοποιητική

διαταραχή και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες(δεν είναι σαφές όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή ακολουθούν τη ΔΜΨΣ).

Επιπλοκές της ΔΜΨΣ μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, η αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια εργασίας(λόγω της φοβικής αποφυγής καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που μοιάζουν ή συμβολίζουν το αρχικό τραύμα).

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες θα γίνει από:

**Διαταραχή της προσαρμογής.** Στη διαταραχή αυτή δεν πληρούνται, βέβαια, τα κριτήρια για ΔΜΨΣ και επίσης ο τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας δεν είναι ακραίος(π.χ. απώλεια εργασίας, εγκατάλειψη από σύζυγο).

Συμπτώματα αποφυγής, μούδιασματος και αυξημένης διεγερσιμότητας, που είναι παρόντα πριν την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα. Η διάγνωση δεν μπορεί να είναι ΔΜΨΣ και ο κλινικός θα οδηγηθεί στη διάγνωση άλλων διαταραχών π.χ. διαταραχή της διάθεσης ή άλλης αγχώδους διαταραχής όπως γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ή διαταραχή πανικού. Από την άλλη μεριά, αν η κλινική απάντηση του ατόμου στον ακραίο στρεσογόνο παράγοντα πληροί τα κριτήρια για άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. βραδεία ψυχωτική διαταραχή, διαταραχή μετατροπής, μείζον καταθλιπτική διαταραχή), τότε θα πρέπει να δοθεί η διάγνωση αυτή αντί ή επιπρόσθετα με τη διάγνωση της ΔΜΨΣ.

**Διαταραχή από οξύ στρες.** Θα δ.δ από την ΔΜΨΣ με βάση το ότι η συμπτωματολογία παρουσιάζεται μέσα σε 4 εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός και υποχωρεί μέσα σε μια περίοδο τεσσάρων εβδομάδων. Αν, βέβαια, τα συμπτώματα επιμείνουν περισσότερο από έναν μήνα και πληρούν τα κριτήρια για ΔΜΨΣ, τότε η διάγνωση αλλάζει σε ΔΜΨΣ.

**Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή.** Σε αυτήν υπάρχουν επαναλαμβανόμενες σκέψεις που εισβάλλουν, όμως βιώνονται ως ακατάλληλες και δεν συνδέονται με κάποιο τραυματικό γεγονός.

**Σχιζοφρένεια, άλλες ψυχωτικές διαταραχές, διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία, παραλήρημα, διαταραχές προκαλούμενες από ουσίες, ψυχωτικές διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση(π.χ. τραύμα κεφαλής).** Τα φαινόμενα διαταραχής της αντίληψης στη ΔΜΨΣ (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, flashbacks) πρέπει να δ.δ από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις των διαταραχών αυτών, με βάση, βέβαια, την υπόλοιπη κλινική εικόνα της κάθε διαταραχής.

**Υπόκριση.** Θα πρέπει να αποκλεισθεί, εφόσον υπάρχουν στο προσκήνιο οικονομικές ή άλλες διεκδικήσεις.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση στη ΔΜΨΣ μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή.

Η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της ΜΑΟ ή νεότερα αντικαταθλιπτικά(π.χ. ΕΑΕΣ). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τα flashbacks , τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες και έτσι να βελτιώσουν τον ύπνο και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν υπάρχει και κατάθλιψη, μπορούν να βοηθήσουν φυσικά και την κατάθλιψη. Αν υπάρχουν επιπλέον και ψυχωτικά στοιχεία, τότε χορηγούνται και αντιψυχωτικά.

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με ΔΜΨΣ που αποφεύγουν φοβικά ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Έτσι, συστηματική απευαισθητοποίηση, έκθεση in vivo (απότομη ή κλιμακωτή) ή συνδυασμός τους μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Τεχνικές χαλάρωσης ή γνωστικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσει. Κατ' αρχήν η υποστηρικτική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί ίσως και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα. Σε πιο χρόνια ΔΜΨΣ αρχικά εφαρμόζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και κατόπιν πιο αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με στόχο να βοηθήσει το άτομο να επανεκτιμήσει το τραυματικό γεγονός και να το αφομοιώσει, αντιμετωπίζοντας τα παθολογικά στοιχεία της αυτουποτίμησης , της

ανημπόριας ή της ενοχής, της αίσθησης εχθρικότητας του άλλου κόσμου, της έλλειψης νοήματος στη ζωή κτλ.

Μερικές φορές μπορεί να βοηθήσει και η ύπνωση ή η συνέντευξη με αμυτάλη(ενδοφλέβια χορήγηση νατριούχου αμοβαρβιτάλης).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες ή παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες(αιχμάλωτοι πολέμου, βετεράνοι, επιζώντες μεγάλων ατυχημάτων ή φυσικών καταστροφών).

## 2.7.ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΡΕΣ

Η διαταραχή από οξύ στρες είναι μια κλινική κατάσταση που προσδιορίστηκε πρόσφατα από το DSM –IV ως η διαταραχή που συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και που συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα(όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία), από έντονο άγχος και από επαναβίωση του γεγονότος.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της διαταραχής από οξύ στρες είναι:

A. Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:

(1) το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων.

(2) η απάντηση της σωματικής ακεραιότητας περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημποριάς ή τρόμο/φρίκη.

B. Είτε ενώ το βίωνε είτε μετά τη βίωση του έντονα ενοχλητικού γεγονότος το άτομο έχει τρία(ή περισσότερα) από τα παρακάτω διασχιστικά συμπτώματα:



(1) μια υποκειμενική αίσθηση μουδιάσματος, απμάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή απουσίας συναισθηματικής απαντητικότητας.

(2) μείωση της αντίληψης του περιβάλλοντος(π.χ. είναι αποσβολωμένος)

(3)αποπραγματοποίηση

(4) αποπροσωποίηση

(5) διασχιστική αμνησία(δηλ. ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος)

Γ. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται με τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω τρόπους: επαναλαμβανόμενες εικόνες, flashbacks ή μια αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας ή υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε κάτι που του υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός.

Δ. Έντονη αποφυγή ερεθισμάτων που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος (π.χ. σκέψεις, συναισθήματα, συζητήσεις, δραστηριότητες, μέρη, άνθρωποι).

Ε. Έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διεγερσιμότητας(π.χ. δυσκολία να κοιμηθεί, ευερεθιστότητα, φτωχή συγκέντρωση, υπερεπαγρύπνηση, αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος, κινητική ανησυχία).

ΣΤ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας ή παραβλάπτει την ικανότητα του ατόμου να επιδιώξει έναν απαραίτητο στόχο, όπως να πάρει την απαραίτητη βοήθεια ή να κινητοποιήσει προσωπικές πηγές βοήθειας με το να μιλήσει σε μέλη της οικογένειας για την τραυματική εμπειρία.

Ζ. Η διαταραχή διαρκεί το λιγότερο δύο μέρες και το περισσότερο τέσσερις εβδομάδες και συμβαίνει μέσα σε τέσσερις εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός.

Η. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας(π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, δεν εξηγείται καλύτερα ως βραχεία ψυχωτική διαταραχή και δεν είναι απλά μια παρόξυνση μιας προϋπάρχουσας διαταραχής του άξονα I ή του άξονα II.

## ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συχνά σε άτομα με διαταραχή από οξύ στρες υπάρχουν ως συνοδά συμπτώματα απελπισία και ανημποριά ή αισθήματα ενοχής και παράλογης υπευθυνότητας. Τα καταθλιπτικά αυτά

στοιχεία μπορεί να είναι πολύ σοβαρά και επίμονα και να συμπληρώνουν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ως επιπρόσθετης συνοδού διαταραχής. Ακόμη τα άτομα αυτά μπορεί να παραμελήσουν εντελώς τον εαυτό τους ή να παρουσιάσουν παρορμητική ή ριψοκίνδυνη συμπεριφορά.

Στα άτομα με διαταραχή από οξύ στρες υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για ανάπτυξη της ΔΜΨΣ. Έτσι, αν τα συμπτώματα επιμείνουν περισσότερο από ένα μήνα και πληρούν τα κριτήρια για ΔΜΨΣ, η διάγνωση αλλάζει σε ΔΜΨΣ.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση, αυτή θα γίνει από : **την ψυχική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση και τη διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες** και θα βασισθεί στην ανίχνευση κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης(π.χ. τραύμα κεφαλής) ή κάποιας ουσίας, τη βραχεία ψυχωτική διαταραχή, η οποία θα διαγνωσθεί εφόσον υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα, **τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή** που μπορεί να διαγνωστεί, εφόσον πληρούνται τα κριτήρια για αυτήν, επιπρόσθετα με τη διαταραχή από οξύ στρες, την παρόξυνση μιας προϋπάρχουσας διαταραχής, οπότε δεν θα δοθεί ξεχωριστή διάγνωση διαταραχής από οξύ στρες, **τη διαταραχή προσαρμογής**, που θα διαγνωστεί σε άτομα τα οποία, παρ' ότι τους έχει συμβεί ένα ακραίο στρες, τα συμπτώματα τους δεν πληρούν την διαταραχή από οξύ στρες, **τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες**, που θα είναι η νέα διάγνωση του ατόμου με διαταραχή από οξύ στρες, αν τα συμπτώματα επιμείνουν πέρα από ένα μήνα και πληρούν τα κριτήρια για ΔΜΨΣ, **την υπόκριση**, που θα πρέπει να αποκλεισθεί αν υπάρχουν στο προσκήνιο οικονομικές ή άλλες διεκδικήσεις.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου με διαταραχή από οξύ στρες είναι ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική και ακολουθεί τα βήματα που περιγράψαμε στη ΔΜΨΣ.

### 2.8.ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ(περιλαμβάνει και την υπεραγχώδη διαταραχή της παιδικής ηλικίας)

Το βασικό χαρακτηριστικό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής(ΓΑΔ) είναι το υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει,

χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις φοβίες, τη διαταραχή πανικού ή την ΨΚΔ.

Οι ασθενείς με ΓΑΔ συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους, τα προβλήματα του αυτοκινήτου κτλ. Παιδιά με ΓΑΔ ανησυχούν πολύ για τις ικανότητες τους και για το πώς τα πάνε στο σχολείο ή στα σπορ. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί να ανησυχούν για φυσικές καταστροφές ή για τον πυρηνικό πόλεμο και να εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς επιδοκμασία και ενθάρρυνση.

#### Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή

A. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία(φοβισμένη προσδοκία), που συμβαίνει τις περισσότερες μέρες για τουλάχιστον έξι μήνες, για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως δουλειά ή σχολική επίδοση).

B. Το άτομο το βρίσκει δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.

Γ. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία ( ή περισσότερα) από τα παρακάτω έξι συμπτώματα(με τουλάχιστον κάποια συμπτώματα παρόντα τις περισσότερες μέρες για τους τελευταίους έξι μήνες). Μόνο ένα απαιτείται για παιδιά.

(1) εσωτερική ανησυχία ή νιώθει τεττωμένος ή σε αναμμένα κάρβουνα

(2) εύκολη κόπωση

(3) δυσκολία στη συγκέντρωση ή νιώθει το μυαλό του άδειο

(4) ευερεθιστότητα

(5) μυϊκή τάση

(6) διαταραχή του ύπνου (δυσκολία στο να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος ή ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος)

Δ. Ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται σε στοιχεία μιας διαταραχής του άξονα I ,π.χ. το άγχος και η ανησυχία δεν αφορά το να έχει το άτομο μια προσβολή πανικού(όπως στη διαταραχή πανικού), το να νιώσει αμήχανα δημοσίως(όπως στην κοινωνική φοβία), το να μολυνθεί (όπως στην ΨΚΔ), το να μείνει μακριά από το σπίτι τους ή τους στενούς συγγενείς(όπως στην διαταραχή άγχους αποχωρισμού), το να βάλει βάρος(όπως στην ψυχογενή ανορεξία), το να έχει πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα(όπως στη

σωματοποιητική διαταραχή) ή το να έχει κάποια σοβαρή ασθένεια (όπως στην υποχονδρίαση) και το άγχος και η ανησυχία δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες.

Ε. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, κάποιας ψυχωτικής διαταραχής ή κάποιας βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης.

## ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τη μυϊκή τάση συχνά συνοδεύουν τρόμος, αίσθημα εσωτερικής ανησυχίας ή εσωτερικού τρόμου, μυϊκές συσπάσεις, μυϊκοί πόνοι ή μυϊκή ευαισθησία. Πολλά άτομα με ΓΑΔ έχουν κρύα χέρια, ξηροστομία, εφίδρωση, ναυτία ή διάρροια, συχνουρία, δυσκολία στην κατάποση ή έναν «κόμπο» στο λαιμό. Ακόμη, συχνή είναι η αύξηση της αντίδρασης ξαφνιάσματος.

Συνοδές διαταραχές πολύ συχνά είναι οι διαταραχές της διάθεσης και κυρίως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή η δυσθυμική διαταραχή, άλλες αγχώδεις διαταραχές όπως η διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία, η ειδική φοβία και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες όπως η κατάχρηση ή εξάρτηση από αλκοόλ ή αγχολυτικά. Συχνά συνυπάρχουν και σωματικές καταστάσεις όπως σύνδρομο ευερέθιστου κόλου, κεφαλαλγίες κ.ά. (Brown, Barlow, 1994).

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Βασικά, η δ.δ της ΓΑΔ είναι ίδια με τη δ.δ της διαταραχής πανικού. Έτσι, η ΓΑΔ θα δ.δ από: **αγχώδη διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση** με την ανεύρεση της υπαίτιας σωματικής κατάστασης, **αγχώδη διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες** με την πιθανολόγηση και ανεύρεση κάποιας υπεύθυνης ουσίας, όπως π.χ. καφεΐνη, διεγερτικά, αλκοόλ ή αγχολυτικά, της οποίας η τοξίκωση ή το στερητικό σύνδρομο προκαλεί κάποια

αγχώδη διαταραχή, **διαταραχή πανικού, ΨΚΔ, ψυχογενή ανορεξία, υποχονδρίαση, σωματοποιητική διαταραχή ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού**, που εφόσον κάποια από αυτές τις διαταραχές είναι παρούσα, η επιπρόσθετη διάγνωση της ΓΑΔ θα μπει μόνον όταν ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχίας δεν σχετίζεται με την άλλη διαταραχή, ψυχαναγκαστικές ιδέες της ΨΚΔ, που μοιάζουν με την υπερβολική ανησυχία της ΓΑΔ, αλλά είναι σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες δυστονικές προς το εγώ, που εισβάλλουν και συχνά συνοδεύονται και από καταναγκασμούς, **διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες**, που αποκλείει τη διάγνωση της ΓΑΔ, αν το άγχος και η ανησυχία συμβαίνουν αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας της, **διαταραχή προσαρμογής**, της οποίας η διάγνωση στην προκείμενη περίπτωση μπορεί να μπει μόνο όταν αποκλεισθούν όλες οι άλλες αγχώδεις διαταραχές(συμπεριλαμβανόμενης και της ΓΑΔ) και εφόσον υπάρχει στρεσογόνος παράγοντας και η διαταραχή δεν επιμένει πάνω από έξι μήνες, **διαταραχές της διάθεσης**(π.χ. μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή) και **ψυχωτικές διαταραχές**(π.χ. σχιζοφρένεια), που συχνά παρουσιάζουν γενικευμένο άγχος και που θα αποκλείσουν τη διάγνωση της ΓΑΔ, αν το άγχος συμβαίνει αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας τους, μη παθολογικό άγχος, που θα δ.δ κυρίως από την έλλειψη λειτουργικής έκπτωσης.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση της ΓΑΔ είναι κυρίως ψυχοθεραπευτική. Ανάλογα με τη δεκτικότητα του ατόμου για ψυχολογική θεραπεία, ο θεραπευτής μπορεί να λειτουργήσει είτε υποστηρικτικά προσφέροντας καθησύχαση, ενθάρρυνση και υποστήριξη για να αντέξει το άτομο έως ότου αυτό υποχωρήσει αρκετά είτε αποκαλυπτικά ψυχαναλυτικά απευθυνόμενος σε ασυνείδητες συγκρούσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν άγχος είτε συμπεριφορικά διδάσκοντας τεχνικές χαλάρωσης. Ακόμη, μπορεί να εφαρμοστεί και βιοανάδραση.

Υπάρχει και φαρμακευτική προσέγγιση η οποία περιλαμβάνει βενζοδιαζεπίνες(για διάστημα λίγων μόνο μηνών καθώς η πορεία της ΓΑΔ είναι χρόνια οπότε ο κίνδυνος εξάρτησης είναι πολύ μεγάλος). Μπορούν να χορηγηθούν εναλλακτικά μη βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με καταπραϊντικές ιδιότητες.

## 2.9.ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι κλινικά σημαντικό άγχος, που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Ειδικότερα, το άγχος μπορεί να έχει τη μορφή γενικευμένου άγχους, προσβολών πανικού ή ψυχαναγκασμών/καταναγκασμών.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την αγχώδη διαταραχή οφειλόμενη σε...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση] :

A. Προεξάρχον άγχος, προσβολές πανικού ή ψυχαναγκασμοί επικρατούν στην κλινική εικόνα.

B. Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή(π.χ. διαταραχή της προσαρμογής με άγχος, στην οποία ο στρεσογόνος παράγοντας είναι μια σοβαρή γενική ιατρική κατάσταση).

Δ. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.

E. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε αν :

Με γενικευμένο άγχος : αν υπερβολικό άγχος ή ανησυχία για ένα αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων επικρατεί στην κλινική εικόνα

Με προσβολές πανικού :αν προσβολές πανικού επικρατούν στην κλινική εικόνα

Με ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα: αν ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί επικρατούν στην κλινική εικόνα.

Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα άγχους είναι πολλές. Σε αυτές περιλαμβάνονται ενδοκρινοπάθειες (υπερ-και υποθυρεοειδισμός, φαιοχρωμοκύττωμα, υπογλυκαιμία, υπερλειτουργία των επινεφριδίων), καρδιαγγειακές νόσοι (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή, αρρυθμία), νόσοι ή διαταραχές του αναπνευστικού(π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πνευμονία, υπέρπνοια), μεταβολικές διαταραχές και νευρολογικές καταστάσεις(π.χ. νεοπλάσματα, εγκεφαλίτιδες).

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση αγχώδης διαταραχής οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση δεν μπαίνει αν τα συμπτώματα άγχους συμβαίνουν αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια ενός παραληρήματος. Αν στην κλινική εικόνα υπάρχουν και άλλα συμπτώματα εκτός του άγχους π.χ. μεικτή εικόνα διαταραχής της διάθεσης και άγχους, η διάγνωση της συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση, που θα μπει, θα βασισθεί στα συμπτώματα που επικρατούν στην κλινική εικόνα. Συμπτώματα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ή σύντομα μετά(δηλ. μέσα σε τέσσερις εβδομάδες) από τη λήψη ή τη διακοπή μιας ουσίας πρέπει να μας κάνουν να σκεφτούμε μια αγχώδη διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες, όπως και αν υπάρχει ιστορικό λήψης φαρμάκων ή έκθεσης σε τοξίνες. Εργαστηριακός έλεγχος των ούρων, του αίματος ή άλλες εργαστηριακές εξετάσεις μπορούν να βοηθήσουν. Μπορεί, όμως, η διαταραχή να οφείλεται και σε γενική ιατρική κατάσταση και σε κάποια ουσία, οπότε μπαίνουν και οι δυο διαγνώσεις.

Η δ.δ θα γίνει όπως αναφέραμε, και από **πρωτοπαθείς αγχώδεις διαταραχές**(και ειδικότερα τη διαταραχή πανικού, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή) και από **τη διαταραχή της προσαρμογής με άγχος ή μεικτή με άγχος και καταθλιπτική διάθεση**, με βάση τη μη ύπαρξη κάποιου φυσιολογικού μηχανισμού που να προκαλεί τα συμπτώματα άγχους. Ιδιαίτερα, μεγάλη ηλικία και απουσία ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού αγχωδών διαταραχών θα πρέπει να μας κάνει να υποψιαστούμε την αιτιολογική συμβολή κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Ακόμα, τα αγχώδη συμπτώματα μπορεί να είναι συνοδό σύμπτωμα κάποια άλλης ψυχικής διαταραχής(π.χ. σχιζοφρένεια, ψυχογενής ανορεξία).

Εάν ο κλινικός δεν μπορεί να προσδιορίσει αν η αγχώδης διαταραχή είναι πρωτοπαθής, προκαλείται από ουσίες ή οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση, τότε η διάγνωση είναι αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οποσδήποτε θα πρέπει, βασικά, να αντιμετωπίσουμε την υποκείμενη γενική ιατρική κατάσταση. Αν παρόλα αυτά, τα συμπτώματα άγχους(γενικευμένο άγχος, προσβολές πανικού, ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί) επιμένουν, θα προσπαθήσουμε να τα αντιμετωπίσουμε με τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές και τη φαρμακοθεραπεία που περιγράψαμε στις αντίστοιχες πρωτοπαθείς αγχώδεις διαταραχές.

### 2.10.ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχοντα συμπτώματα άγχους που κρίνονται ότι οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας, δηλ. μιας ουσίας κατάχρησης, ενός φαρμάκου ή μιας τοξίνης.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV της αγχώδους διαταραχής προκαλούμενης από ουσίες είναι:

A. Προεξάρχον άγχος, προσβολές πανικού ή ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί επικρατούν στην κλινική εικόνα.

B. Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα είτε του (1) είτε του (2):

(1) τα συμπτώματα του κριτηρίου A αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια ή μέσα σε ένα μήνα από την τοξίκωση ή τη στερητική διαταραχή από ουσίες



(2) χρήση φαρμάκου συνδέεται αιτιολογικά με τη διαταραχή

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως αγχώδης διαταραχή μη προκαλούμενη από ουσίες.

Η απόδειξη ότι τα συμπτώματα εξηγούνται καλύτερα ως αγχώδης διαταραχή που δεν προκαλείται από ουσίες θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα παρακάτω: τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης της χρήσης της ουσίας(ή της χρήσης του φαρμάκου), τα συμπτώματα επιμένουν για ένα ικανό χρονικό διάστημα(π.χ. περίπου ένα μήνα) μετά τη λήξη οξέος στερητικού συνδρόμου ή σοβαρής τοξίκωσης ή ξεπερνούν σημαντικά τα αναμενόμενα, δεομένου του τύπου ή της ποσότητας της ουσίας που χρησιμοποιήθηκε ή της διάρκειας της χρήσης ή υπάρχει άλλη απόδειξη που υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιας ανεξάρτητης μη προκαλούμενης από ουσίες αγχώδους διαταραχής(π.χ. ιστορικό επαναλαμβανόμενων μη σχετιζόμενων με ουσίες επεισοδίων).

Δ. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.

Ε. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε αν:

Με γενικευμένο άγχος: αν υπερβολικό άγχος ή ανησυχία για ένα αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων επικρατεί στην κλινική εικόνα.

Με προσβολές πανικού: αν προσβολές πανικού επικρατούν στην κλινική εικόνα

Με ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα: αν ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί επικρατούν στην κλινική εικόνα

Με φοβικά συμπτώματα: αν φοβικά συμπτώματα επικρατούν στην κλινική εικόνα

Με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης: αν πληρούνται τα κριτήρια για τοξίκωση από την ουσία και τα συμπτώματα αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια του συνδρόμου της τοξίκωσης.

Με έναρξη κατά τη διάρκεια στερητικού συνδρόμου: αν πληρούνται τα κριτήρια για στερητική διαταραχή από την ουσία και τα συμπτώματα αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά ένα στερητικό σύνδρομο.

Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής μπορεί να είναι παρόμοια με αυτήν της διαταραχής πανικού, της ΓΑΔ , της κοινωνικής φοβίας ή της ΨΚΔ , δεν είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για οποιαδήποτε από αυτές τις διαταραχές.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην περίπτωση του συνηθισμένου φαινομένου της εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους κατά την τοξίκωση ή τη στερητική διαταραχή από ουσίες, η διάγνωση αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες θα μπει μόνον όταν τα συμπτώματα άγχους ξεπερνούν αυτά που συνήθως εμφανίζονται κατά την τοξίκωση ή το στερητικό σύνδρομο και εφόσον απαιτούν ξεχωριστή κλινική προσοχή. Η διάγνωση δεν θα μπει, επίσης, αν τα συμπτώματα άγχους συμβαίνουν αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος. Αν η κλινική εικόνα τη διαταραχής που προκλήθηκε από ουσίες περιλαμβάνει ανάμεικτα συμπτώματα(π.χ. συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης, ψυχωτικά ή άγχους), θα μπει η συγκεκριμένη διάγνωση προκαλούμενης από ουσίες, που θα αντιστοιχεί στα συμπτώματα που προεξάρχουν.

Η αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες θα δ.δ από **πρωτοπαθή αγχώδη διαταραχή** με βάση το ότι κάποια ουσία θα πρέπει να θεωρηθεί υπεύθυνη για τα συμπτώματα. Για να γίνει αυτή η αιτιολογική συσχέτιση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η έναρξη, η πορεία και άλλοι παράγοντες. Για ουσίες κατάχρησης, θα πρέπει από το ιστορικό, τη σωματική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα να υπάρχει απόδειξη τοξίκωσης ή στερητικού συνδρόμου, γιατί τότε μόνο παρουσιάζονται συμπτώματα άγχους, ενώ στις πρωτοπαθείς αγχώδεις διαταραχές τα συμπτώματα μπορεί να προηγούνται της έναρξης της χρήσης της ουσίας ή να συμβαίνουν σε περιόδους αποχής. Βέβαια , η απόδοση της έναρξης των συμπτωμάτων σε κάποια ουσία κατάχρησης μπορεί να συμπεριλάβει χρονική περίοδο μέχρι και τεσσάρων εβδομάδων μετά τη διακοπή της, γιατί το στερητικό σύνδρομο σε ορισμένες από αυτές(π.χ. βενζοδιαζεπίνες) μπορεί να είναι παρατεταμένο. Αν υπάρχουν άτυπα χαρακτηριστικά (όσον αφορά την ηλικία έναρξης ή την πορεία) για πρωτοπαθή αγχώδη διαταραχή πάλι αυτό θα βοηθήσει τη δ.δ. Π.χ. έναρξη διαταραχής πανικού μετά τα 45(που είναι σπάνια) ή παρουσία άτυπων συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια μιας προσβολής πανικού(π.χ. αληθινός ίλιγγος, απώλεια της ισορροπίας, της συνείδησης ή ούρων και κοπράνων, κεφαλαλγία, συγκεχυμένος λόγος ή αμνησία) προτείνουν αιτιολογικά κάποια

ουσία. Αντίθετα αν τα συμπτώματα επιμένουν για αρκετό διάστημα(δηλ. για έναν μήνα και περισσότερο) μετά το τέλος της τοξίκωσης ή τους στερητικού συνδρόμου, αν είναι σημαντικά περισσότερα από αυτά που αναμένονταν για τη συγκεκριμένη ουσία ή για την ποσότητα ή τη διάρκεια της λήψης της ή υπάρχει ιστορικό προηγούμενων υποτροπών πρωτοπαθών αγχώδων διαταραχών, η διάγνωση κατευθύνεται προς αυτές.

Σε περίπτωση που η αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες οφείλεται σε κάποιο φάρμακο(που λαμβάνεται για θεραπεία ψυχικής ή σωματικής διαταραχής), περιμένει κανείς τα συμπτώματα του άγχους να εμφανίστηκαν με αφορμή τη λήψη (ή τη διακοπή) του φαρμάκου και να υποχωρήσουν μετά τη διακοπή του. Αν συνεχίσουν να επιμένουν πέρα από τέσσερις εβδομάδες, πάλι πρέπει να σκεφτούμε πρωτοπαθή αγχώδη διαταραχή.

Στην περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους σε άτομα που παίρνουν φάρμακα για κάποια γενική ιατρική κατάσταση(σωματική διαταραχή), η δ.δ θα πρέπει να γίνει και από αγχώδη διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση. Αν δεν βοηθήσει το ιστορικό τη δ.δ , τότε μπορεί να γίνει αντικατάσταση ή διακοπή του φαρμάκου για να διευκρινιστεί η αιτιολογία. Μπορεί, όμως, ν' αποδειχθεί ότι ευθύνονται και η γενική ιατρική κατάσταση και το φάρμακο, οπότε μπαίνουν και οι δύο διαγνώσεις.

Αν δεν μπορεί να διευκρινιστεί κατά πόσο τα συμπτώματα άγχους οφείλονται σε κάποια ουσία ή σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή είναι πρωτοπαθή, τότε μπαίνει η διάγνωση αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεραπευτικά, η διακοπή της υπεύθυνης ουσίας είναι συνήθως αρκετή για να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Αν τα συμπτώματα συνεχίζουν, τότε θα αντιμετωπισθούν ψυχοθεραπευτικά και φαρμακευτικά. Σε περίπτωση κατάχρησης ή εξάρτησης από ουσίες, θα πρέπει, βέβαια, να απευθυνθούμε στο συνολικό πρόβλημα της χρήσης.

### 2.11 ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Η κατηγορία αυτή του DSM-IV περιλαμβάνει διαταραχές με έντονο άγχος ή φοβική αποφυγή που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή,

διαταραχή της προσαρμογής με άγχος ή διαταραχής της προσαρμογής μεικτή με άγχος και καταθλιπτική διάθεση.

Παραδείγματα:

1.Μεικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή: κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αλλά τα κριτήρια δεν πληρούνται ούτε για συγκεκριμένη διαταραχή της διάθεσης ούτε για συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή.

2.Κλινικά σημαντικά συμπτώματα κοινωνικής φοβίας που σχετίζονται με το κοινωνικό πρόβλημα του να έχει κανείς μια γενική ιατρική κατάσταση ή ψυχική διαταραχή(π.χ. νόσο του Parkinson , δερματολογικές καταστάσεις, τραυλισμό, ψυχογενή ανορεξία, σωματοδυσμορφική διαταραχή).

3.Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει συμπεράνει ότι κάποια αγχώδη διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ψυχοθεραπευτικές θεωρίες προσωπικότητας για το άγχος σε πολλά σημεία συγκλίνουν αλλά και σε πολλά άλλα οι απόψεις τους διαφέρουν. Σε γενικές γραμμές, οι οπαδοί μιας θεωρητικής κατεύθυνσης ή οι επηρεασμένοι από αυτήν τείνουν να διατηρούν πολλά κοινά στοιχεία από εκείνη. Οι δύο διαμετρικά αντίθετες τάσεις, που εμφανίζουν και τις περισσότερες διαφορές μεταξύ τους, είναι η ανθρωπιστική-υπαρξιακή από τη μια μεριά και η συμπεριφοριστική από την άλλη. Όμως και αυτές τείνουν τα τελευταία χρόνια να συγκλίνουν μεταξύ τους, αποδεχόμενες έννοιες, στόχους, διαδικασίες και τεχνικές η μία της άλλης(Μαλικιώση, 1993). Όλες οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν κάποια σχέση μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου, η οποία χαρακτηρίζεται από την πίστη ότι είναι εφικτή η αλλαγή του πελάτη. Όλες ενδιαφέρονται να βοηθήσουν τον πελάτη δημιουργώντας ένα υποστηρικτικό κλίμα εμπιστοσύνης. Σε όλες τις προσεγγίσεις ο

θεραπευτής χαρακτηρίζεται από σοβαρότητα και εχεμύθεια. Το καλύτερο ωστόσο μοντέλο για αγχώδης παρουσίαζεται ότι είναι το συνθετικό μοντέλο το οποίο αποτελεί μια θεραπευτική συμμαχία στοιχείων από όλα τα μοντέλα οδηγώντας σε μια πιο ολοκληρωμένη πρόβλεψη και ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς οικοδομείται πάνω σε αυτές και τις συμπληρώνει.

Το αγχωμένο άτομο(που αντιμετωπίζει κλινικό άγχος) δυσλειτουργεί όπως φαίνεται από την ανάπτυξη των αγχώδων διαταραχών και απειλείται και από συνοδά συμπτώματα και επιπλοκές. Η διαφοροδιάγνωση καθίσταται πολύ σημαντική καθώς η σωστή διάγνωση θα οδηγήσει και σε πιο στοχευμένη θεραπεία συντελώντας σε μια πιο βραχυπρόθεσμη μείωση του άγχους το οποίο με τη σειρά του προκαλεί συχνά ελάττωση μέχρι εξαφάνιση των περισσότερων μορφών ψυχοπαθολογίας. Η αγχώδης θα επιτευχθεί με την προσπάθεια τόσο του θεραπευτή όσο και του θεραπευόμενου.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

American Psychological Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th ed.* (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association.

Adler, A.(1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from His Writings*, HL Ansbacher, R R Ansbacher, editors. Basic Books, New York

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holt, New York

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

Beck, A.T.(1967). *Depression: Clinical,experimental and therotical aspects*.New York: Hoeber (Republished as *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press,1972)

Beck, A.T(1963). Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333

Brenner, C.(1974). *An elementary textbook of psychoanalysis*. New York: Anchor Press.

Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR:The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 151:1281-1288,1994

Dobson, K.S. & Dozois.D.J.A.(1988). Historical and philosophical bases of the CB Therapies  
In: Dobson, Keith, S. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press

D’Zurilla,T.J. & Goldfried,M.R.(1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78,107-126

Ellis, A.(1973). Rational-emotive therapy.In Corsini, Raymond (ed.). *Current psychotherapies*. Illinois:F .E. Peacock. Publis. Inc.

Ellis, A. (1973<sup>a</sup>). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press

Ellis,A.(1967). *Rational-emotive psychotherapy*. Inc D. Arbuckle, (ed.). *Counseling and Psychotherapy*. New York:McGrawl-Hill.

Ellis, A.(1962). *Reason and emotion in psychotherapy*.New York: Lyle Stuart

Erikson, E.(1968). *Identity: Youth and crisis*. New York

Erikson, E.H.(1963). *Childhood and society*.(2<sup>nd</sup> ed.) . New York: Norton

Evans, R.I.(1967). *Dialogue with Erik Erikson*. New York: Harper and Row

- Ford, D.H. and H.B. Urban,(1963). *Systems of psychotherapy*. New York: Wi-ley
- Freud, Anna.(1946). *The Ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press,1966.
- Freud, S. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vols 1-24.Hogarth Press, London,1953-1966
- Freud, S.(1938). *An outline of psychoanalysis* trans.and ed. J Starchey. New York:Norton, 1969
- Freud,S.(1923). *The Ego and the Id*. Trans. J. Riviere and rev. and ed. J Strachey. New York:Norton,1960.
- Freud, S.(1919). *Beyond the pleasure principle*. In Stachey, J. (ed.) Standard edition.Vol.18.London:Hogarth Press
- Freud,S.(1900). The interpretation of dreams. In A. A. Brill. (ed), *The basic writings of Sigmund Freud*. New York: Raudom House,1938.
- Greenson, R.R.(1967). *The technique and practice of psychoanalysis: Volume 1*. New York: International Universities Press.
- Harper, R. A. (1959). *Psychoanalysis an psychotherapy*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Hartmann, H.(1964). *Essays on ego psychology: Selected problems in psychoanalytic theory*. International Universities Press, New York
- Hartmann, H.(1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. International Universities Press, New York
- Horney K.(1937). *The neurotic personality of our times*. New York: Norton

- Jenike MA, Baer L, Minichiello WE: Obsessive-compulsive disorders, 2<sup>nd</sup> edition. Littleton, MA, Year Book Medical Publishers, 1990
- Jung, C.G.(1961). *Memories, Dreams, Reflections*. Random House, New York
- Jung, C.(1945). On the nature of Dreams, Scriptor Press, Seattle, Washington
- Kanfer, F .H.(1989). Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Wittchen H.U.(Hrsg).  
Verhaltenstherapie in der Medizin.Berlin: Springer
- Kaplan H.I., Sadock B.J.,& Grebb J.A.(1996). *Ψυχιατρική*.(7<sup>η</sup> έκδοση), Τόμος Α'. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Kendall, P.C., & Treadwell, K.R.(1996). Cognitivebehavioral treatments for childhood anxiety disorders. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen(Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice(pp.23-42)*. Washington, DC: American Psychological Association
- Levin, M.R., Ashmore -Callahan, S., Kendall, P.C., & Ichii, M.(1996). Treatment of separation anxiety disorder. In M.A. Reinecke, M. Dattilio, & A. Freeman(Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents(pp.153-174)*. New York: Guilford
- Lyketsos,C.G.(2007). Neuropsychiatric symptoms(behavioral and psychological symptoms of dementia) and the development of dementia treatments. *Introduction in Psychogeriatrics*.19:409-420
- Marks IM: Fears and Rituals: Panic, Anxiety and their disorders. New York, Oxford University Press, 1986
- Maichenbaum, D. & Goodman,J.(1971). Training impulsive children to talk to themselves:A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77,115-126



- Μαλικιώση-Λοΐζου,Μ.(1989). Γνωστική ψυχοθεραπεία. *Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια Λεξικό.τ.2*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Μαλικιώση-Λοΐζου,Μ.(1993). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα, Ελληνικά γράμματα
- Μάνου, Ν.: *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής* .University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1988
- Νασιάκου, Μ. (1982β). *Η ψυχολογία σήμερα.2*.Κλινική ψυχολογία, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση
- Νέστορος, Ι.Ν., & Βαλλιανάτου, Ν.Γ.(1990/1996). *Συνθετική ψυχοθεραπεία. Με στοιχεία ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Pavlov, I.P.(1927). *Conditioned Reflexes*. Oxford: Oxford Universities Press
- Rogers, C.R.(1961).*On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin
- Rogers, Carl.(1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co
- Rogers,C.S.(1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch,S.(ed.). *Psychology:A study of science*.Vol.3.Formulations of the person and the social context. New York: McGraw-Hill Co., Inc.
- Skinner, B.F.(1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Croffs
- Suinn, R.S.& Richarson,R.(1971). *Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy for anxiety control*. *Behavior therapy*, 2,498-510
- Sullivan,H.S.(1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton
- Valliant,G.E.(1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown

Watson, J.B and P. Raynor, (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of experimental psychology*, 3:1-14.

Wenar, C., & Kerig, P. (2008). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία*, (4th ed., p. 854). Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg.

Wolpe, J.(1969).*The practice of behavior therapy*. New York:Pergamon

Wolpe, J. : *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford, CA,1958

Χαριλά, Ν.(1995). Γνωσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς. Στο : Μπουλουγούρης, Γ.(επιμ.).

Θέματα Γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας. Τόμος Β'. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα