ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: **«ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΠΛΑΤΑΚΗ
Α.Μ. 2442

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΝΕΣΤΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2013

Περιεχόμενα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ 5
2. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 13
2.1 Ψυχοδυναμικές θεωρίες- Γενικά 13
2.2 Σχέσεις με το αντικείμενο στην κατάθλιψη 15
2.3 Ο καταθλιπτικός εαυτός 16
2.4 Κλασσική ψυχανάλυση και κατάθλιψη 18
2.4.1 Abraham: Αμφιθυμία, Προβολή και Αρνητική Στάση προς τον Ίδιο τον Εαυτό 18
2.4.2 Rado: Χαμηλή Αυτοεκτίμηση, Διαπροσωπική Εξάρτηση και Ματαιώσεις 19
2.4.3 Klein: Σχέση Μητέρας-Παιδιού και Κατάθλιψη 19
2.4.4 Freud: Χαμηλή αυτοεκτίμηση, εσωτερικευμένη εικόνα μισητού αντικειμένου 20
2.4.5 Πένθος και κατάθλιψη 22
2.4.6 Επιθετικότητα στραμμένη προς τον εαυτό 27
2.5 Αμυντικές και προσαρμοστικές διεργασίες στην κατάθλιψη 29
2.6 Νεοφροϋδικές προσεγγίσεις και κατάθλιψη 32
2.6.1 Bibring: Απώλεια αυτοεκτίμησης, Σύγκρουση Φιλοδοξιών και Πραγματικής ή Φανταστικής Ανικανότητας 32
2.6.2 Jacobson: Συγχώνευση Αναπαραστάσεων Αντικειμένου και Εαυτού 32
2.6.3 Bowlby: Ανασφαλείς Δεσμοί Προσκόλλησης 32
3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 34
3.1 Γενικά 34
3.2 Απόσβεση και κατάθλιψη 35
3.2.1 Άγχος και κατάθλιψη 36
3.2.2 Αποτελεσματικότητα ενισχυτών και κατάθλιψη 36
3.3 Lewinsohn: Χαμηλό Επίπεδο Ενίσχυσης και Κατάθλιψη 37
3.3.1 Κοινωνικές δεξιότητες και κατάθλιψη 38
3.3.2 Δραστηριότητες και κατάθλιψη 40
3.4 Θεωρίες αυτό-εστίασης (self-focus) και κατάθλιψη 41
4. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 45
4.1 Αυτοέλεγχος και κατάθλιψη 45
4.1.1 Προβλήματα στη συμπεριφορά αυτοελέγχου 45
4.1.2 Αιτιολογία 47
4.2 Επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων και κατάθλιψη 48
4.3 Θεωρία της μαθημένης ανικανότητας 50

4.3.1 Απόδοση αιτιών και μαθημένη ανικανότητα 52
4.3.2 Θεωρία της έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας 53
4.3.3 Αιτιολογική Σχέση μεταξύ Κατάθλιψης και Απόδοσης Αιτιών 54
4.3.4 Κέντρο ελέγχου και κατάθλιψη 54
4.4 Η γνωστική θεωρία του Beck για την κατάθλιψη 55
4.4.1 Η γνωστική τριάδα της κατάθλιψης 57
4.4.2 Γνωστικά σχήματα 58
4.4.3 Γνωστικές παραποιήσεις- λανθασμένη πρόσληψη/ επεξεργασία πληροφοριών 59
4.4.4 Έρευνες πάνω στις εσφαλμένες γνωστικές διεργασίες 60
4.4.5 Γνωστική θεραπεία 60
4.5 Υπόθεση της διαφοροποιημένης ενεργοποίησης 62
4.5.1 Καταθλιπτική διάθεση: μηχανισμός ενεργοποίησης δυσλειτουργικών γνωστικών διαδικασιών 62
4.5.2 Ευαισθησία έναρξης και ευαισθησία επιμονής 63
4.5.3 Αρχικό εκλυτικό γεγονός και σκέψεις: δυο διαφορετικά πράγματα 63
4.6 Θεωρία του «επιτόπιου νου» 63
4.6.1 Βασικά χαρακτηριστικά της θεωρίας του επιτόπιου νου σε σχέση με την κατάθλιψη 64
4.6.2 Επιτόπιος νους και κατάθλιψη: κάποια ερευνητικά δεδομένα 65
4.6.3 Εμμονή του καταθλιπτικού επιτόπιου νου 66
5. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 68
5.1 Γενικά 68
5.2 Γενετική έρευνα στην κατάθλιψη 69
5.3 Η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου στην κατάθλιψη 70
5.4 Υποφλοιώδεις αλλαγές 71
5.5 Ιοί 71
5.6 Δυσλειτουργίες στην ημισφαιρική επικράτηση 72
5.7 Γεγονότα που προκαλούν καταθλιπτικά επεισόδια 73
5.8 Νευροδιαβιβαστές και κατάθλιψη 74
5.8.1 Γενικά δεδομένα πάνω στη χημική εγκεφαλική μεταβίβαση ή νευροδιαβίβαση 74
5.9 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ανεπάρκεια της χημικής εγκεφαλικής νευροδιαβίβασης 75
5.10 Ασθένεια των εγκεφαλικών δεκτών 80
5.11 Η θεωρία του ενδογενούς «ligand» 81
5.12 Ενδοκρινικές θεωρίες 82
5.13 Χρονοβιολογικές θεωρίες 84

6. ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΕΣ-ΥΠΑΡΞΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 85
6.1 Γενικές αρχές 85
6.2 Κύριοι εκπρόσωποι 88
6.2.1 Sartre 88
6.2.2 Camus 91
6.2.3 Kierkegaard 92
6.2.4 Nietzche 92
6.2.5 Heidegger 93
6.2.6 May 94
6.2.7 Maslow 95
6.2.8 Gestalt 97
6.2.9 Rogers 98
6.2.10 Kelly 103
6.3 Ανρωπιστική-υπαρξιστική προσέγγιση και κατάθλιψη 106
6.3.1 Ατομικότητα, Ολοκλήρωση, Ελευθερία και Προσωπική Ευθύνη 106
6.3.2 Αυθεντικότητα, Μοναξιά και Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης 106
6.3.4 Victor Frankl: Αναζήτηση Νοήματος και Κατάθλιψη 107
7. ΣΥΣΤΗΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ 110
7.1 Γενικές αρχές 110
7.2 Συστημική προσέγγιση και κατάθλιψη 112
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 125

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχιατρική διαταραχή που έχει περιγραφεί από τους αρχαίους χρόνους και φαίνεται να υπάρχει σχεδόν σε κάθε κοινωνία στην οποία αναζητήθηκε. Η ετυμολογική καταγωγή του όρου κατάθλιψη ανάγεται στο λατινικό «de primere», που σημαίνει πιέζω προς τα κάτω. Η λέξη παλαιότερα χρησιμοποιούνταν με το κυριολεκτικό της νόημα (π.χ. στην αστρονομία και στην αρχιτεκτονική) και αργότερα μεταφορικά (π.χ. στη θεολογία και στην ηθική). Ο όρος «μελαγχολία» εισήχθη από τον Ιπποκράτη (5ος και 4ος αιώνας π.Χ.) (Σικλαφίδου & Ζελένη & Λειβαδίτης, 2011), ο οποίος πίστευε ότι η «μέλαινα χολή» ήταν η αιτία της (Burns, 2011) και περιέγραφε μία διαταραχή με κύρια γνωρίσματα την απέχθεια προς το φαγητό, την αϋπνία, τον εκνευρισμό, την ανησυχία και την αποθάρρυνση (Σικλαφίδου & Ζελένη & Λειβαδίτης, 2011).

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη άρχισε να ασκεί ισχυρή επίδραση στον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη σκέψη. Η άποψη του για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης πήρε από τον Πλάτωνα την ιδέα της θείας παραφροσύνης και την ιατρικοποίησε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία. Παρόλο που Αριστοτέλης αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας».

Κατά τον Μεσαίωνα, η κατάθλιψη θεωρούνταν εκδήλωση της θεϊκής δυσμένειας, μια ένδειξη ότι ο πάσχων είχε εξαιρεθεί από τη θεία σωτηρία. Ήταν η εποχή που η ασθένεια στιγματίστηκε και σε ακραίες περιπτώσεις, οι πάσχοντες αντιμετωπίζονταν σαν άπιστοι. Έπειτα, η Αναγέννηση έδωσε μια ρομαντική διάσταση στην κατάθλιψη και πρόβαλε το πρότυπο του μελαγχολικού ιδιοφυούς, γεννημένου κάτω από το άστρο του Κρόνου, που η δυσθυμία του ήταν ενόραση και ο ευάλωτος ψυχισμός του ήταν το τίμημα για την καλλιτεχνική ευαισθησία και το πολυσύνθετο της ψυχής του.

Από το 17ο αιώνα το μεταφορικό της νόημα επεκτάθηκε και στον τομέα της Ψυχολογίας. Αρχικά, ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε ως υποκατηγορία της «μελαγχολίας», έπειτα ως συνώνυμο, και αργότερα την αντικατέστησε. Στη σύγχρονη εποχή, στις αρχές δηλαδή του 20ου αιώνα ο Sigmund Freud και ο Karl Abraham,

διατύπωσαν ψυχαναλυτικές ιδέες για το νου και τον εαυτό, οι οποίες πρόσφεραν μεγάλο μέρος του λεξιλογίου που ακόμα χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε την κατάθλιψη και τις πηγές της (Σικλαφίδου & Ζελένη & Λειβαδίτης, 2011).

Σήμερα, η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Έτσι, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί: α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, β) ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή οι Διπολικές Διαταραχές που μεταξύ άλλων κατατάσσονται στις διαταραχές της διάθεσης (Κλεφτάρας, 1998).

Η κατάθλιψη βασανίζει ανθρώπους από τότε που βρεθήκαμε σε αυτή τη γη. Ο λόγος όμως που χαρακτηρίζεται ως νόσος της σύγχρονης εποχής είναι διότι η συχνότητα της στον σημερινό πληθυσμό είναι μεγαλύτερη από άλλες εποχές και τείνει να αυξάνεται. Αποτελεί μια ασθένεια, η οποία είναι θεραπεύσιμη αλλά δυνητικά θανατηφόρος. Διαφοροποιείται από τη θλίψη, η οποία δεν είναι νόσος αλλά ένα υγιές αν και αρνητικό συναίσθημα (Κόλλιας, 2010. Safran & Greenberg, 1989), ενώ η κατάθλιψη αποτελεί μια νόσο. Η νόσος αυτή θεωρείται ότι αποτελεί ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, καθώς στην εκδήλωση της παίζουν ρόλο βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Σήμερα, τα επιμέρους επεισόδια της νόσου θεραπεύονται διότι έχουν βρεθεί και βιολογικές και ψυχολογικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση τους. Όμως συχνά το πρόβλημα επανεμφανίζεται ή γίνεται χρόνιο. Επίσης, η νόσος είναι πιθανό να οδηγήσει και στο θάνατο καθώς ένα σύμπτωμα της πάθησης αυτής είναι η αυτοκτονικότητα και οι απόπειρες αυτοκτονίας (Κόλλιας, 2010). Οι έρευνες δείχνουν ότι το ποσοστό των αυτοκτονιών έχει σημειώσει μια τρομακτική άνοδο τα τελευταία χρόνια, ακόμα και στην περίπτωση παιδιών και εφήβων (Burns, 2011).

- Συμπτώματα

Η κατάθλιψη ανήκει σε μια σειρά παθήσεων οι οποίες χαρακτηρίζονται ως διαταραχές της διάθεσης και εμφανίζει μια σειρά από συμπτώματα (Κόλλιας, 2010).

Οι συμπεριφορικές αλλαγές που σχετίζονται με την κατάθλιψη περιλαμβάνουν την απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους, την αποχή από δραστηριότητες που άλλοτε ευχαριστούσαν το άτομο και τη δυσκολία να ξεκινήσει κάποιος την ενασχόληση με αυτές ή άλλες δραστηριότητες (Greenbeger & Padesky, 2007). Η συμπεριφορά του ατόμου είναι άλλοτε εξαιρετικά επιβραδυμένη και άλλοτε διεγερμένη (Κόλλιας, 2010). Συχνά χαρακτηριστικά των ατόμων με κατάθλιψη είναι ο αργός ρυθμός ομιλίας, οι υπερβολικά μεγάλες παύσεις, ο χαμηλός τόνος φωνής, οι μονολεκτικές απαντήσεις, οι ελάχιστες χειρονομίες, η θλιβερή έκφραση του προσώπου και η μειωμένη βλεμματική επαφή (Segrin, 2000). Στη σκέψη τους επικρατεί αίσθημα αναξιότητας, ενοχή, αναποφαστιτικότητα, αυτοκριτική, απελπισία, ενώ σκέφτονται συνεχώς δυσάρεστα γεγονότα. Επίσης, εμφανίζεται απόσπαση προσοχής, δυσκολία στη συγκέντρωση και την αφαιρετική σκέψη, αποπροσανατολισμός, προβληματική και περιορισμένη κρίση και αδύναμη μνήμη (Κόλλιας, 2010), η οποία αποδίδεται στην αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής (Μπαλλής, 2000). Ακόμη, το άγχος αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα της κατάθλιψης και εμφανίζεται μέχρι και στο 90% των καταθλιπτικών ασθενών (Davey, 2008). Όμως, η πιο δυσάρεστη και τραγική συνέπεια της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία. Το 80% των καταθλιπτικών παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Το 25% κάνουν απόπειρα, ενώ το 15% καταλήγουν αυτοκτονώντας. Σπανιότερα σε κάποιες περιπτώσεις, οι καταθλιπτικοί παραληρούν ή έχουν ψευδαισθήσεις (Κόλλιας, 2010).

Στα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη περιλαμβάνονται η αϋπνία, οι περισσότερες ή οι λιγότερες ώρες ύπνου από το συνηθισμένο, η εξάντληση και η κόπωση, η απώλεια ή η αύξηση της όρεξης και οι αλλαγές του σωματικού βάρους (Greenbeger & Padesky, 2007). Ακόμη, παρουσιάζονται προβλήματα στη σεξουαλικότητα, διαταραχή του εμμηνορυσιακού κύκλου, δυσκοιλιότητα, ξηροστομία ή κεφαλαλγία (Κόλλιας, 2010). Τα συναισθηματικά συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη περιλαμβάνουν τη μελαγχολία, την ευερεθιστότητα, το θυμό, την ενοχή και τη νευρικότητα (Greenbeger & Padesky, 2007). Η καταθλιπτική διάθεση, δηλαδή η παρουσία θλίψης και μελαγχολίας επικρατεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Άλλα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η ανηδονία, δηλαδή η αδυναμία βίωσης ευχαρίστησης, το αίσθημα ότι ο πάσχων δεν έχει κίνητρο για δραστηριότητα, δεν αντέχει την αναβολή, την αποτυχία, τη ματαίωση των επιθυμιών του.

Τουλάχιστον το 50% των ασθενών περιγράφουν διακυμάνσεις των ενοχλημάτων τους στη διάρκεια της ημέρας, με χαρακτηριστική όμως επιβάρυνση τις πρωινές ώρες. Για να διαγνωστεί η κατάθλιψη, πέντε ή περισσότερα συμπτώματα πρέπει να παρουσιάζονται για μια περίοδο δυο εβδομάδων και αυτά τα συμπτώματα πρέπει να προκαλούν σημαντική θλίψη ή δυσλειτουργία στη φυσιολογική καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου (Davey, 2008).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικότητας όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνικότητα και το επάγγελμα (Kaplan & Sadock & Grebb, 2000). Συνεπώς, η κατάθλιψη είναι κάτι σύνθετο, δυσάρεστο και επίπονο που επηρεάζει το συναίσθημα, τη σκέψη, τη συμπεριφορά αλλά και το σώμα του ανθρώπου που πάσχει από αυτήν (Κόλλιας, 2010).

- Διάγνωση

Τα επεισόδια της κατάθλιψης λέγονται «μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια» και η κατάθλιψη που χαρακτηρίζεται από τέτοια επεισόδια λέγεται «μείζων κατάθλιψη». Όταν ο ασθενής έχει μια κατάθλιψη που δεν υποχωρεί και δεν χαρακτηρίζεται από επεισόδια αλλά είναι συνεχής, τότε παρουσιάζει χρόνια κατάθλιψη. Έπειτα, η δυσθυμία αναφέρεται σε μια ηπιότερη κατάσταση από τη μείζονα κατάθλιψη, με ύπουλη έναρξη, χωρίς ιδιαίτερα βαριά συμπτώματα και διάρκεια μεγαλύτερη των δύο ετών, χωρίς να υφεθούν τα συμπτώματα αυτά (Κόλλιας, 2010). Ένα ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο αποτελείται από συμπτώματα όπως, η καταθλιπτική διάθεση, η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης και η αυξημένη κόπωση, τα οποία όμως δεν παρουσιάζονται σε έντονο βαθμό. Η συχνότητα του φτάνει το 5% (Μπαλλής, 2000). Η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα, βραχέα επεισόδια, που διαρκούν κάθε φορά λιγότερο από 2 εβδομάδες και παρουσιάζουν την ίδια ακριβώς συμπτωματολογία με της μείζονος κατάθλιψης. Είναι συνηθέστερη σε νεαρά κυρίως άτομα, σε συχνότητα 5% του γενικού πληθυσμού. Μερικές φορές, η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια της διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν τόσο καταθλιπτικά, όσο και μανιακά επεισόδια (Μπαλλής, 2000).

- Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη επηρεάζει τις γυναίκες σε ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο απ’ ότι τους άνδρες (Halbreich & Kahn, 2007). Σύμφωνα με έρευνες μια στις τέσσερις

γυναίκες εμφανίζουν μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Πιο συγκεκριμένα η πιθανότητα εμφάνισης ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι 10-25% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άνδρες. Η υποτροπιάζουσα κατάθλιψη έχει συχνότητα 2-8% στους άνδρες και διπλάσια στις γυναίκες (Κόλλιας, 2010). Το γεγονός ότι ο αριθμός των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη είναι διπλάσιος από τους άνδρες έχει υποτεθεί ότι οφείλεται σε ορμονικές διαφορές, στις επιπτώσεις από τη γέννηση των παιδιών, στο διαφορετικό είδος στρεσογόνων παραγόντων που υφίστανται οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, όπως και σε συμπεριφεριολογικά μοντέλα μαθημένου αβοήθητου (Kaplan & Sadock & Grebb, 2000). Όσον αφορά τις γυναίκες, είναι πιθανό να εμφανιστεί κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η συχνότητα της είναι περίπου 10%. Επίσης, η επιλόχειος κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 10-20% των γυναικών και είναι πιθανό να αποτελεί ένα πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο σε μια γυναίκα προηγουμένως φυσιολογική ή να αποτελεί υποτροπή προϋπάρχουσας διαταραχής. Αρχίζει την 4^{η} με 6^{η} εβδομάδα και μέχρι τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό. Η αιτιολογία της διαταραχής αυτής αποδίδεται σε βιολογικούς (ορμονική αναστάτωση), ψυχολογικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες (Μπαλλής, 2000).

Η μέση ηλικία έναρξης της κατάθλιψης είναι τα 40 χρόνια για τους άνδρες και τις γυναίκες. Το 50% εκδηλώνουν κατάθλιψη σε σχετικά μικρές ηλικίες πριν τα 40. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση της κατάθλιψης στους νέους, πιθανά λόγω της συχνότερης κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Γενικά, η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα σε διαζευγμένους, χήρους, άγαμους, ανθρώπους με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και άτομα με σωματικά νοσήματα (Κόλλιας, 2010). Ακόμη, είναι 2-3 φορές πιο διαδεδομένη σε άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας, απ' ότι σε υγιή άτομα. Στα χρόνια προβλήματα υγείας συνήθως περιλαμβάνονται καρκίνος, καρδιακή νόσος, μυοσκελετικές παθήσεις, αναπνευστικές διαταραχές, νευρολογικές διαταραχές και διαβήτης (Rizzo & Creed & Goldberg & Meader & Pilling, 2011). Η συχνότητα της κατάθλιψης κυμαίνεται από 5 ως 10% σε εξωτερικούς ασθενείς, 8-15% σε νοσηλευόμενους ασθενείς και 50% σε καρκινοπαθείς ασθενείς (Κόλλιας, 2010).

Όσον αφορά τους εφήβους, το 20-50% των εφήβων αναφέρουν σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης. Σε ηλικίες 15-18 ετών, η μείζων κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό 14%, ενώ η ήπια κατάθλιψη σε ποσοστό 11%. Περίπου το 25-40% των έφηβων κοριτσιών εμφανίζουν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής διάθεσης που ξεκινά στην αρχή

της εφηβείας (περίπου 12 με 13 ετών), σε σύγκριση με το 20-35% των έφηβων αγοριών (Hankin, 2006). Συμπτώματα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης αποτελούν η υπερβολική προσκόλληση στους γονείς, η σχολική φοβία, οι κακές επιδόσεις στις σπουδές, η κατάχρηση ουσιών, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η σεξουαλική ασυδοσία και οι συχνές αδικαιολόγητες απουσίες και φυγές (Kaplan & Sadock & Grebb, 2000).

Έπειτα, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι αρκετά συχνή αλλά δυστυχώς διαφεύγει της διάγνωσης. Ένας στους 3 ή τους 4 ηλικιωμένους πάσχει από κατάθλιψη και από αυτούς μόνο ένα ποσοστό 20% αντιμετωπίζονται με τη σωστή φαρμακευτική αγωγή. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους συχνά συγκαλύπτεται και από διαταραχές γνωστικού τύπου, με κύρια συμπτώματα διαταραχές της συγκέντρωσης και της μνήμης, που έχουν σαν αποτέλεσμα την κλινική εικόνα της ψευδοάνοιας (Μπαλλής, 2000). Στην τρίτη ηλικία η αυτοκτονία είναι σχεδόν δύο φορές πιο συχνή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Alexopoulos & Borson & Bruce & Cuthbert & Devanand & Mulsant et all, 2002). Ακόμη, η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία μπορεί να συνδέεται με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, με την απώλεια συζύγου, με την ταυτόχρονη ύπαρξη κάποιου σωματικού νοσήματος και με την κοινωνική απομόνωση (Kaplan & Sadock & Grebb, 2000).

- Αιτιοπαθογένεια

Σύμφωνα με τη βιο-ψυχο-κοινωνική θεώρηση, στην αιτιοπαθογένεια της νόσου συμβάλλουν και βιολογικοί και ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Κανένας από τους παράγοντες αυτούς δεν αποτελεί από μόνος του ο καθένας αιτία της κατάθλιψης, αλλά συνήθως χρειάζεται ένας συνδυασμός παραγόντων για να εμφανιστεί τελικά η καταθλιπτική διαταραχή.

Όσον αφορά τους βιολογικούς συντελεστές της κατάθλιψης, η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Κόλλιας, 2010). Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα «μεταδίδονται» ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας και αυτό υποστηρίζει την πιθανή ύπαρξη κληρονομικής ή γενετικής συνιστώσας στη μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Οι μελέτες διδύμων επίσης υποστηρίζουν μια σημαντική κληρονομική συνιστώσα στην κατάθλιψη (Davey, 2008). Ακόμη σύμφωνα με τη βιολογική προσέγγιση , η κατάθλιψη προκαλεί μεταβολές στη δράση των νευροδιαβιβαστών και συνδέεται με μεταβολή στη δραστηριότητα μιας σειράς αδένων. Σχετικά με το ανοσολογικό σύστημα, οι

καταθλιπτικοί ασθενείς φαίνεται να παρουσιάζουν μειωμένη άμυνα στον οργανισμό τους σε σχέση με τους υγιείς.

Λαμβάνοντας υπόψη τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, το γεγονός ζωής που κυρίως συνδέεται με μελλοντική ανάπτυξη κατάθλιψης είναι η απώλεια ενός γονέα πριν την ηλικία των 11 ετών και η απώλεια του συζύγου (Kaplan & Sadock & Grebb, 2000). Ακόμη, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που φαίνεται πως παίζουν ρόλο στην εκδήλωση ενός πρώτου επεισοδίου κατάθλιψης είναι η ανεργία, το διαζύγιο και γενικά το πένθος (Κόλλιας, 2010).

- Θεραπεία

Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις κατάθλιψης μπορούν να θεραπευτούν. Η επιτυχής θεραπεία της κατάθλιψης έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση όλων των σχετικών συμπτωμάτων (Greenbeger & Padesky, 2007). Υπολογίζεται ότι το 43% των καταθλιπτικών ασθενών δεν λαμβάνουν κάποιου είδους θεραπεία για την πάθηση και από αυτούς που συμβουλεύονται τον γιατρό τους μόνο το 31% υποβάλλονται σε κάποια κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, μόνο ένα ποσοστό 25% των ασθενών υποβάλλονται σε αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Μπαλλής, 2000).

Η θεραπεία της κατάθλιψης αποσκοπεί στην πλήρη ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή εφόσον αυτό δεν είναι δυνατόν στη μείωση της διάρκειας, της έντασης και της συχνότητας των καταθλιπτικών επεισοδίων ή περιόδων. Επιπλέον, η θεραπεία στοχεύει και στο ψυχολογικό επίπεδο μέσω της χρησιμοποίησης διαφόρων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων. Στοχεύει επίσης και στο κοινωνικό επίπεδο μέσω παρέμβασης με σκοπό τη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών διαβίωσης του, των οικογενειακών, των επαγγελματικών και των βιολογικών.

Οι βιολογικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τα φάρμακα, τα οποία παρεμβαίνουν στα συστήματα των νευροδιαβιβαστών και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Κόλλιας, 2010). Υπολογίζεται, ότι περίπου δυο στους τρεις ανθρώπους που υποφέρουν από κατάθλιψη έχουν ξεπεράσει, ως ένα βαθμό, το πρόβλημα τους χάρη στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Greenbeger & Padesky, 2007).

Έπειτα, η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται σε μεγάλη έκταση από τους ειδικούς για τη θεραπεία της κατάθλιψης, είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική θεραπεία. Και η κάθε ψυχοθεραπευτική μέθοδος έχει από πίσω της μια θεωρία που τη στηρίζει (Κόλλιας, 2010). Ασθενείς με κατάθλιψη, ιδιαίτερα αυτοί που αντιμετωπίζουν πολλές υποτροπές, συχνά έχουν συζυγικά, οικογενειακά, κοινωνικά

και εργασιακά προβλήματα, που επιτείνονται εξ’ αιτίας της πάθησης τους. Η ψυχοθεραπεία βοηθά στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών αλλά και στην πρόληψη των υποτροπών (Μπαλλής, 2000).

Η θεραπεία της κατάθλιψης πρέπει να στοχεύει όχι μόνο στην αντιμετώπιση της παρούσας κατάστασης αλλά και στην πρόληψη μελλοντικών υποτροπών, αφού υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 78% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη υποτροπιάζουν (Μπαλλής, 2000).

2. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

2.1 Ψυχοδυναμικές θεωρίες- Γενικά

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική εξήγηση της κατάθλιψης, η κατάθλιψη έχει τις ρίζες της στις βρεφικές και στις παιδικές εμπειρίες. Σε αυτό το μοντέλο, οι μοναδικές πρώιμες εμπειρίες ενός ατόμου μπορεί να το οδηγήσουν σε ευαλωτότητα, η οποία σε αλληλεπίδραση με τα γεγονότα της ζωής, καταλήγει στην ενήλικη κατάθλιψη. Παρά το ότι η βάση της ιατρικής θεραπείας της κατάθλιψης είναι η φαρμακοθεραπεία, οι έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς ενδιαφέρονται κατά κύριο λόγο για λεκτικές θεραπείες. Βεβαίως, η υποκειμενική εμπειρία της κατάθλιψης είναι κεντρικής σημασίας για την κατάσταση. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, με τον τρόπο ενασχόλησης με τον ασθενή, αντανακλά τα προβλήματα της ζωής, τα οποία βρίσκονται στο επίκεντρο της ανησυχίας για πολλούς ασθενείς (Morgan & Taylor, 2005).

Η αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης προέρχεται από την έκδηλη αύξηση της βασικής και της έρευνας αποτελεσμάτων. Με την πρόοδο της ψυχιατρικής, επανεξετάστηκαν τα ευρήματα σχετικά με την κατάθλιψη και δόθηκε νέο φως στις μακρόχρονες ψυχαναλυτικές παραδοχές, προτείνοντας ότι η κατάθλιψη είναι συνέπεια μιας αλληλουχίας νευροβιολογικών διαταραχών που ξεκίνησαν από εμπειρίες απώλειας και απόρριψης. Σύμφωνα με την ψυχανάλυση, οι ψυχικές βλάβες στην κατάθλιψη οφείλονται σε θέματα απώλειας και αποχωρισμού. Η διατύπωση αυτή προτρέπει τους κλινικούς να αξιολογήσουν τις ειδικές ιδιοσυγκρασιακές ψυχικές βλάβες και προβλήματα, αντί να υποθέτουν ότι η κατάθλιψη συνδέεται με γενικά διαπροσωπικά προβλήματα και ψυχικές βλάβες (Luyten & Blatt, 2011).

Οι πρώτες ψυχαναλυτικές ιδέες σχετικά με την κατάθλιψη προκύπτουν από την αναγνώριση στους ενήλικες της σύνδεσης ανάμεσα στις καταθλιπτικές καταστάσεις και στις καταστάσεις του πένθους: το παθολογικό επίμονο πένθος του μελαγχολικού μπορεί να γίνει πιο εύκολα κατανοητό αν αντιληφθούμε τις καταθλιπτικές αυτοκατηγορίες ως μεταθέσεις των κατηγοριών προς ένα αντικείμενο απώλειας (Rustin, 2009). Πρόκειται για φανταστική ή πραγματική απώλεια ενός σημαντικού ή αγαπημένου «αντικειμένου», λόγω θανάτου, χωρισμού, απόρριψης. Ή συμβολικά μέσα από την απώλεια κάποιου συγκεκριμένου ή και σχετικά αφηρημένου ιδεώδους ή ιδανικού. Γενικά, αυτά τα «αντικείμενα» είναι άτομα που υπήρξαν σημαντικά στα

αρχικά στάδια της ζωής ενός ατόμου. Συνήθως, πρόκειται για τους γονείς και πιο συχνά για τη μητέρα. Η απώλεια αυτή στην πρώτη παιδική ηλικία θεωρείται ότι λειτουργεί ως προδιάθεση ή αλλιώς ως παράγοντας ευαλωτότητας, που μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη, αργότερα στην ενήλικη ζωή, εάν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με μία σημαντική απώλεια ή απογοήτευση. Συχνά λοιπόν αν και το άτομο γνωρίζει ποιο αντικείμενο έχασε, δεν γνωρίζει αυτό που έχασε μέσα σε αυτό το αντικείμενο. Συνεπώς, μέσα από την κατάθλιψη πραγματοποιείται το πένθος ενός ασυνείδητου αντικειμένου (Κλεφτάρας, 1998).

Η ποιητική φράση του Freud «Η σκιά του αντικειμένου πέφτει πάνω στο Εγώ», αναφέρεται στην καταστρεπτική σύγχυση μεταξύ του εαυτού και του αντικειμένου. Οι πιο πρόσφατες θεωρητικές εξελίξεις έχουν προσθέσει την αναγνώριση της σπουδαιότητας της αρχικής σχέσης του παιδιού με τη μητέρα, και ιδιαίτερα κρίσιμη είναι η ολοκλήρωση στο μυαλό των αρνητικών και καταστρεπτικών αισθημάτων, παράλληλα με τα αισθήματα αγάπης και δημιουργικότητας, έτσι ώστε η αμφιθυμία και η ενοχή μπορούν να είναι ανεκτές και να αναπτυχθούν προσαρμοστικές παρορμήσεις (Rustin, 2009).

Η ψυχαναλυτική θεωρία τονίζει τη σημασία του φόβου της επιθετικότητας στην αιτιολογία της κατάθλιψης. Το καταθλιπτικό άτομο κυριεύεται από απόγνωση, λόγω της τάσης του να στραφεί η επιθετικότητα ενάντια στον εαυτό, με σκοπό να προστατέψει το αντικείμενο. Η έννοια της συναισθηματικής συγκράτησης, διευκρινίζει τις μητρικές περιβαλλοντικές παραδοχές που απαιτούνται αν το αναπτυσσόμενο άτομο προστατεύεται από τέτοιους υπερβολικούς φόβους και ανησυχίες που αφορούν τις παρορμήσεις του: δηλαδή, μητρική δεκτικότητα, μέσω προσαρμοσμένης ανταπόκρισης στη σχέση μητέρας-βρέφους, οδηγεί σε μια τροποποίηση του άγχους του βρέφους, ενώ η αποτυχία σε αυτό το σημείο οδηγεί σε μια βλαβερή ενδυνάμωση από αυτές τις επιρροές. Αυτή η ίδια έννοια, διαμορφώνει και το στόχο και τις τεχνικές ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με καταθλιπτικά νέα άτομα. Επίσης γεφυρώνει τη συζήτηση μεταξύ εκείνων που υπογραμμίζουν το ρόλο των έμφυτων επιθετικών παρορμήσεων στην αιτιολογία της κατάθλιψης και εκείνων που τονίζουν τη σημασία της απογοήτευσης που προκύπτει από αποτυχίες του περιβάλλοντος του παιδιού, καθώς αυτό δίνει προσοχή στη συμβολή και του εαυτού και του αντικειμένου (Rustin, 2009).

2.2 Σχέσεις με το αντικείμενο στην κατάθλιψη

Όσον αφορά τη σχέση ενός καταθλιπτικού ατόμου με το αντικείμενο, σημαντικό ρόλο παίζει η πρώιμη ή και επαναλαμβανόμενη απώλεια του αντικειμένου. Η εντυπωσιακή συναισθηματική αντιστοιχία ανάμεσα στην κατάθλιψη και το πένθος οδήγησε τους θεωρητικούς, τουλάχιστον της εποχής του Freud, να αναζητήσουν τις ρίζες των δυσθυμικών δυναμικών στις οδυνηρές πρώιμες εμπειρίες του αποχωρισμού από ένα αγαπημένο αντικείμενο. Και είναι γεγονός ότι τέτοιες εμπειρίες συναντώνται συχνά στο ιστορικό των ασθενών με κατάθλιψη. Παρά την αποτυχία των εμπειρικών μελετών να καταδείξουν αυτή τη σχέση, οι ψυχαναλυτές συνεχίζουν να συνδέουν την καταθλιπτική ψυχολογία με την πρώιμη απώλεια. Η πρώιμη απώλεια δεν είναι πάντοτε συγκεκριμένη, παρατηρήσιμη και εμπειρικά επαληθεύσιμη, όπως όταν ήταν, για παράδειγμα, ο θάνατος ενός γονέα. Αντίθετα, μπορεί να είναι πιο εσωτερική και ψυχολογική, όπως στην περίπτωση ενός παιδιού που ενδίδει στην πίεση ενός ατόμου που το φροντίζει να απαρνηθεί τις συμπεριφορές εξάρτησης, προτού κατακτήσει το εξελικτικό στάδιο στο οποίο θα είναι συναισθηματικά έτοιμο να πράξει κάτι τέτοιο (Mc Williams, 2000).

Σύμφωνα με τη Furman (1982), η διαδικασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης καταλήγει στη γένεση καταθλιπτικών δυναμικών, μόνο όταν ο πόνος μιας μητέρας για την αυτονομία του παιδιού της είναι τόσο μεγάλος, ώστε αυτή είτε αγκιστρώνεται από το παιδί και του προκαλεί ενοχές είτε το σπρώχνει μακριά της αντιφοβικά. Τα παιδιά που βιώνουν την πρώτη συνθήκη, αφήνονται να αισθανθούν ότι η φυσιολογική τους επιθυμία να είναι επιθετικά και ανεξάρτητα, πληγώνει τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Τα παιδιά της δεύτερης συνθήκης μαθαίνουν να μισούν τη φυσική επιθυμία τους για εξάρτηση. Και στις δύο περιπτώσεις όμως ένα τμήμα του εαυτού τους, βιώνεται ως κακό (Mc Williams, 2000).

Όχι μόνο η εμπειρία της πρώιμης απώλειας αλλά και οι συγκυρίες που εμποδίζουν ένα παιδί να κατανοήσει αντικειμενικά τι του συνέβη και να θρηνήσει φυσιολογικά είναι δυνατόν να προκαλέσουν καταθλιπτικές τάσεις. Μια τέτοια κατάσταση εμπεριέχεται στη διαδικασία της εξέλιξης. Άλλες συνθήκες οι οποίες προκαλούν καταθλιπτικά δυναμικά στα παιδιά, αφορούν την παραμέληση των αναγκών τους όταν τα μέλη της οικογένειας τους βιώνουν δυσκολίες, και την άγνοια των γονέων για το βαθμό στον οποίο τα παιδιά απαιτούν εξηγήσεις που αντιτίθεται στις ερμηνείες αυτομομφής και ηθικολογίας (Mc Williams, 2000).

Μια άλλη συνθήκη που ενθαρρύνει τη γένεση καταθλιπτικών τάσεων στην προσωπικότητα ενός παιδιού είναι μια οικογενειακή ατμόσφαιρα στην οποία αποθαρρύνεται το πένθος. Συχνά οι γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα, προβάλλουν το πρότυπο της άρνησης του θρήνου, ή επιμένουν (για παράδειγμα μετά από ένα δύσκολο διαζύγιο) να συμφωνήσει το παιδί με τον οικογενειακό μύθο ότι κάθε μέλος περνά καλύτερα χωρίς το χαμένο αντικείμενο, ή εκφράζουν την ανάγκη και ζητούν από το παιδί να τους επιβεβαιώσει ότι δεν βιώνει ψυχική οδύνη. Στην περίπτωση αυτή το πένθος θάβεται και σταδιακά οδηγεί το παιδί να πιστέψει, ότι κάτι πάει στραβά με τον εαυτό του. Μερικές φορές τα παιδιά αισθάνονται έντονες και μη λεκτικές πιέσεις από ένα συναισθηματικά υπερφορτισμένο γονέα να τον προστατέψουν από τη βίωση περισσότερης θλίψης, επειδή ίσως η αναγνώριση της στενοχώριας να ισοδυναμούσε με την κατάρρευση. Σε αυτή την περίπτωση το παιδί οδηγείται αναπόφευκτα στο συμπέρασμα ότι ο θρήνος είναι επικίνδυνος και ότι οι ανάγκες για ανακούφιση είναι καταστροφικές (Mc Williams, 2000).

Έπειτα, ο συνδυασμός μιας συναισθηματικής ή πραγματικής εγκατάλειψης με την άσκηση κριτικής εκ μέρους των γονέων είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει τη γένεση καταθλιπτικών δυναμικών. Ακόμη, ένας ισχυρός αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης καταθλιπτικών δυναμικών είναι η ύπαρξη σοβαρής κατάθλιψης σε ένα γονέα, ειδικά όταν το παιδί του βρίσκεται στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Τα παιδιά αναστατώνονται πάρα πολύ όταν ένας από τους γονείς τους υποφέρει από κατάθλιψη. Αισθάνονται ενοχές επειδή έχουν φυσιολογικές απαιτήσεις, και αρχίζουν να πιστεύουν ότι οι ανάγκες τους «στραγγίζουν» συναισθηματικά και εξαντλούν τους άλλους. Όσο πιο πρώιμη είναι η εξάρτηση τους από κάποιο άτομο που βρίσκεται σε βαθιά κατάθλιψη, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η συναισθηματική τους στέρηση (Mc Williams, 2000).

2.3 Ο καταθλιπτικός εαυτός

Τα άτομα με καταθλιπτική ψυχολογία πιστεύουν ότι κατά βάθος είναι κακά. Παραπονιούνται για την απληστία, τον εγωισμό, τον ανταγωνισμό, τη ματαιοδοξία, την υπερηφάνεια, τον θυμό, το φθόνο και τη λαγνεία που πιστεύουν ότι τα διακρίνει. Αντιλαμβάνονται όλες αυτές τις φυσιολογικές πτυχές της ανθρώπινης εμπειρίας ως διεστραμμένες και επικίνδυνες. Ανησυχούν ακόμη για το ότι διακρίνονται από έμφυτη καταστροφικότητα. Οι φόβοι τους αυτοί μπορεί να πάρουν μια στοματική διάσταση που εκφράζονται με αντιλήψεις όπως: «Φοβάμαι ότι η πείνα μου θα

καταστρέψει του άλλους» ή μια πρωκτική διάσταση που εκδηλώνεται με την πεποίθηση: «Η περιφρόνηση και ο σαδισμός μου είναι επικίνδυνα». Επίσης, είναι δυνατόν να λάβουν μια πιο οιδιπόδεια διάσταση, όπως φαίνεται στην πεποίθηση: «Οι επιθυμίες μου για ανταγωνισμό και απόκτηση αγάπης είναι κακές» (Mc Williams, 2000).

Τα καταθλιπτικά άτομα ερμήνευσαν την απώλεια αγαπημένων αντικειμένων, για τα οποία δεν πένθησαν, πιστεύοντας ότι υπήρχε κάτι μέσα τους που έδιωξε μακριά αυτά τα αντικείμενα. Το γεγονός ότι ένιωθαν να απορρίπτονται μετατράπηκε στην ασυνείδητη πεποίθηση ότι άξιζαν την απόρριψη, ότι τα σφάλματα τους την προκάλεσαν και ότι η μελλοντική απόρριψη είναι αναπόφευκτη εάν κάποιος τους γνωρίσει σε βάθος. Τα καταθλιπτικά άτομα προσπαθούν πολύ σκληρά να είναι «καλοί» άνθρωποι, αλλά φοβούνται ότι θα εκτεθεί η διεφθαρμένη φύση τους και θα απορριφθούν ως ανάξια (Mc Williams, 2000).

Μερικές φορές η ενοχή ενός καταθλιπτικού ατόμου είναι ακατανόητη. Ενός ορισμένου βαθμού ενοχή υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους και έχει τη θέση της στην πολύπλοκη και όχι τόσο καλοκάγαθη φύση μας. Ωστόσο, η καταθλιπτική ενοχή ξεφεύγει από αυτή τη μορφή και χαρακτηρίζεται από σαφή μεγαλοπρεπή έπαρση. Σε ένα άτομο με ψυχωτική κατάθλιψη η ενοχή μπορεί να αναδυθεί με τη μορφή μιας κατάφωρης πεποίθησης ότι εξαιτίας της διεφθαρμένης φύσης του ατόμου προκλήθηκε κάποια σημαντική καταστροφή. Τέτοια άτομα συρρέουν στα αστυνομικά τμήματα για να παραδοθούν για ένα έγκλημα το οποίο είναι αντικειμενικά αδύνατον να διέπραξαν. Παρόμοιες ιδέες όμως θα αναδυθούν και κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, ακόμη και σε άτομα τα οποία δεν εκδηλώνουν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης και έχουν υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας, αλλά διακρίνονται από καταθλιπτική χαρακτηρολογία. Ένα επαναλαμβανόμενο θέμα το οποίο παρουσιάζουν οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι η πεποίθηση τους ότι: «Μου συμβαίνουν κακά πράγματα γιατί αυτό μου αξίζει». Συχνά, επίσης, έχουν ένα παράδοξο είδος αυτοεκτίμησης που βασίζεται στη μεγαλομανιακή ιδέα ότι: «Κανένας δεν είναι τόσο κακός, όσο είμαι εγώ» (Mc Williams, 2000).

Επειδή, ακριβώς βρίσκονται σε μια κατάσταση συνεχούς ετοιμότητας να πιστέψουν το χειρότερο για τον εαυτό τους, τα άτομα με κατάθλιψη μπορεί να είναι πολύ ευαίσθητα. Η αρνητική κριτική μπορεί να τα καταστρέψει. Εάν ένα μήνυμα περιλαμβάνει μια νύξη για τα σφάλματα τους, η τάση τους είναι να κρατούν μόνο αυτό το αρνητικό τμήμα του μηνύματος. Όταν η κριτική είναι εποικοδομητική, όπως

στην περίπτωση αξιολόγησης της εργασίας τους, έχουν την τάση να νιώθουν εκτεθειμένα και πληγωμένα, με αποτέλεσμα να μην προσέχουν ή να ελαχιστοποιούν κάθε θετικό σχόλιο. Όταν γίνονται δέκτες έντονων επιθέσεων από τους άλλους, αδυνατούν να κατανοήσουν ότι κανένας δεν αξίζει να υφίστανται κακοποίηση, ανεξάρτητα από το βαθμό στον οποίο είναι δικαιολογημένα τα παράπονα εκείνου που απαγγείλει τις κατηγορίες (Mc Williams, 2000).

Συχνά, τα άτομα με κατάθλιψη χειρίζονται την ασυνείδητη δυναμική της προσωπικότητας τους μέσω της βοήθειας που προσφέρουν στους άλλους, με φιλανθρωπική δραστηριότητα ή με κοινωνική προσφορά, αντιμετωπίζοντας έτσι την ενοχή τους. Πολλά άτομα με καταθλιπτική προσωπικότητα έχουν την ικανότητα να διατηρούν μια σταθερή αίσθηση αυτοεκτίμησης και να αποφεύγουν τη βίωση καταθλιπτικών επεισοδίων πράττοντας αυτό που θεωρείται καλό. Φαίνεται, ότι οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να δώσουν καταθλιπτικές λύσεις στα συναισθηματικά τους προβλήματα απ’ ό,τι οι άνδρες (Mc Williams, 2000).

2.4 Κλασσική ψυχανάλυση και κατάθλιψη

2.4.1 Abraham: Αμφιθυμία, Προβολή και Αρνητική Στάση προς τον Ίδιο τον Εαυτό

Ο Abraham, μαθητής του Freud, βασισμένος στις κλινικές τους παρατηρήσεις, υποστήριξε ότι τα άτομα που είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη ή τη μελαγχολία, βιώνουν μια έντονη αμφιθυμία σε σχέση με τους σημαντικούς «άλλους». Με άλλα λόγια, βιώνουν μια εναλλαγή θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, πράγμα που μπλοκάρει τη σχέση τους με τους άλλους. Αυτή η αμφιθυμία, σύμφωνα με τον Abraham, πηγάζει από τις προβληματικές σχέσεις αντικειμένου (object relations) κατά την παιδική ηλικία (Κλεφτάρας, 1998). Λόγω της τάσης να βιώνει ευχαρίστηση από τις στοματικές απολαύσεις, το άτομο με κατάθλιψη αντιμετωπίζει υπερβολικές ανάγκες εξάρτησης και υπερβολικές απογοητεύσεις που συνδέονται με τις στοματικές συμπεριφορές, όπως κατανάλωση φαγητού, ποτού και φίλημα. Ως αποτέλεσμα των πρώιμων και επαναλαμβανόμενων απογοητεύσεων και ματαιώσεων, το άτομο με κατάθλιψη βιώνει μια μόνιμη αλλά ασυνείδητη σύνδεση των λιβιδινικών επιθυμιών με τις εχθρικές και καταστροφικές επιθυμίες. Όταν το άτομο με κατάθλιψη βιώσει απογοητεύσεις αργότερα στη ζωή, αυτά τα αισθήματα εχθρότητας επανέρχονται, οδηγώντας σε ένα επεισόδιο μελαγχολίας. Τα αισθήματα εχθρότητας, αρχικά κατευθύνονται προς άλλους (π.χ. «Τους μισώ») και στη συνέχεια (π.χ. «Με μισούν»),

εσωτερικεύονται και κατευθύνονται προς τον εαυτό. Έπειτα, το άτομο που είναι επιρρεπές στην κατάθλιψη, δικαιολογεί αυτή την αυτό-υποτίμηση μεγεθύνοντας κάποιο σφάλμα ή ατέλεια. Είναι πολύ ενδιαφέρουσα η άποψη του Abraham, ότι οι ασυνείδητες καταστρεπτικές επιθυμίες ενός ατόμου με κατάθλιψη, οδηγούν σε υπερεκτίμηση αισθημάτων ενοχής και η απώλεια όρεξης που τόσο συχνά συναντάται σε αυτά τα άτομα είναι μια άμυνα ενάντια στην εχθρική επιθυμία να «ενσωματώσει» το αντικείμενο αγάπης (Gotlib & Hammen, 1992).

2.4.2 Rado: Χαμηλή Αυτοεκτίμηση, Διαπροσωπική Εξάρτηση και Ματαιώσεις

Σύμφωνα με τον ψυχαναλυτή Rado (1928), όπως τα παιδιά, τα άτομα που είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη εξαρτώνται πολύ για τη διατήρηση της αυτοεκτίμησης τους από την αγάπη και την αποδοχή των άλλων. Λόγω της μεγάλης εξάρτησης τους από τους άλλους, τα άτομα με κατάθλιψη επηρεάζονται περισσότερο από απογοητεύσεις και ματαιώσεις στο κοινωνικό τους περιβάλλον σε σχέση με τα άτομα με κατάθλιψη. Ο Rado υποστηρίζει πως αυτές οι ματαιώσεις οδηγούν σε συναισθήματα εχθρότητας που απομακρύνουν τους άλλους από το περιβάλλον του ατόμου με κατάθλιψη. Το καταθλιπτικό άτομο στη συνέχεια προσπαθεί να ξανακερδίσει την υποστήριξη των άλλων μέσα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τον πόνο που νιώθει, καθώς και την αρνητική στάση που το ίδιο υιοθετεί απέναντι στον εαυτό του. Αν η καταθλιπτική συμπεριφορά δεν ξανακερδίσει τη χαμένη αγάπη και στοργή, αυτά τα συμπτώματα χειροτερεύουν και γίνονται αυτοτιμωρία, μεταμέλεια, ενοχή και κατάθλιψη. Συνεπώς, η κατάθλιψη στην ουσία της αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια βελτίωσης της αυτοεκτίμησης μετά από μια σημαντική απώλεια (Κλεφτάρας, 1998).

2.4.3 Klein: Σχέση Μητέρας-Παιδιού και Κατάθλιψη

Σύμφωνα με την ψυχαναλύτρια Klein (1967), η προδιάθεση για κατάθλιψη δεν οφείλεται σε πρώιμα τραυματικά γεγονότα, όπως απώλειες, αλλά κυρίως στην ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής. Αν η σχέση με τη μητέρα δεν ευνοεί την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων στο παιδί, όπως ότι είναι καλό, αγαπητό και ασφαλές, το παιδί δεν θα μπορέσει να ξεπεράσει την αμφιθυμία που νιώθει σε σχέση με τα αντικείμενα αγάπης και θα είναι πάντοτε επιρρεπές σε καταθλιπτικά επεισόδια. Εκτός από την αποτυχία του παιδιού να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά άγχη και φόβους και να αναπτύξει αυτοεκτίμηση, η αμφιθυμία, σύμφωνα με την Klein, παίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη. Έως τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού, η μητέρα γίνεται αρχικά

αντιληπτή από το παιδί είτε ως καλή και ικανοποιητική είτε ως κακή και μη ικανοποιητική. Στη συνέχεια, οι εικόνες της μητέρας ενδοβάλλονται και οι καλές εμπειρίες με αυτήν εσωτερικεύονται ως ένα καλό αντικείμενο, ενώ οι κακές ως ένα κακό αντικείμενο (Κλεφτάρας, 1998).

Η σύγκρουση έρχεται όταν το εσωτερικευμένο καλό αντικείμενο απειλείται να καταστραφεί από το επίσης εσωτερικευμένο κακό αντικείμενο. Αυτή η σύγκρουση είναι χαρακτηριστική αυτού που η Klein ονομάζει «καταθλιπτική θέση». Στο σημείο αυτό, με τις πρώτες ενοχές, αρχίζει και η δημιουργία του υπερεγώ. Το παιδί που έχει ανάγκη τη μητέρα του, και είναι πλήρως εξαρτημένο από αυτήν για να επιβιώσει, αναγκάζεται από τις ενοχές που νιώθει, να αλλάξει την «κακή μητέρα» σε μια «καλή μητέρα», έτσι ώστε να παρεμποδιστεί μια επίθεση της «κακής μητέρας» ενάντια στην «καλή μητέρα». Οι ενοχές και η ένταση του παιδιού εκδηλώνονται με συχνά κλάματα, επιθετικότητα προς το ίδιο του το σώμα, αυτοτιμωρία και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Οι αυτοκαταστροφικές αυτές δυνάμεις, μπορεί να γίνουν αντιληπτές είτε ως εξωτερικές και καταδιωκτικές είτε ως εσωστρεφείς και καταθλιπτικές (Κλεφταρας,1998).

Για την Klein, η προδιάθεση για κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας πρώιμης αποτυχίας να ξεπεράσει καταθλιπτικούς φόβους και ανησυχίες και να εγκαθιδρύσει ένα άριστο επίπεδο αυτοεκτίμησης. Αυτή η διατύπωση άνοιξε το δρόμο για περισσότερο σύγχρονες θεωρίες, που τονίζουν τον ρόλο της πρώιμης σχέσης μητέρας-βρέφους στη διαμόρφωση της δομής της προσωπικότητας, αποτελώντας τη βάση της αναπαράστασης του εαυτού και άλλων, κάτι που ερμηνεύει τη συμπεριφορά και την προσαρμογή (Gotlib & Hammen, 1992).

2.4.4 Freud: Χαμηλή αυτοεκτίμηση, εσωτερικευμένη εικόνα μισητού αντικειμένου

Ο Freud, επηρεασμένος από τον Abraham, στο φημισμένο έργο του «Πένθος και Μελαγχολία», συγκρίνει την κατάθλιψη με την έντονη θλίψη και δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα της απώλειας της αυτοεκτίμησης που βιώνει το άτομο με κατάθλιψη. Ενώ λοιπόν τα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά των ατόμων που βρίσκονται σε πένθος, σε αντίθεση με αυτούς φαίνεται να κρατούν μια πιο αρνητική στάση απέναντι στον ίδιο τους τον εαυτό, και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Συχνά, κατηγορούν τους εαυτούς τους ως ανάξιους και ανεπαρκείς και θεωρούν ότι δεν υπάρχει δυνατότητα βοήθειας γι’ αυτούς. Σύμφωνα με τον Freud, αυτό στο οποίο επιτίθεται το άτομο με κατάθλιψη μέσα στον ίδιο του τον εαυτό, με

τόσο φανερά σκληρό τρόπο, είναι η εσωτερικευμένη εικόνα ενός μισητού αντικειμένου (Κλεφτάρας, 1998).

Με άλλα λόγια, ο θυμός και η απογοήτευση, που προηγουμένως είχαν στόχο τους ένα χαμένο αντικείμενο, εσωτερικεύονται και οδηγούν στην απώλεια της αυτοεκτίμησης και σε μια τάση για αρνητική αυτοκριτική. Συγκεκριμένα ο Freud διατύπωσε αυτό το μηχανισμό δηλώνοντας: «Αν κάποιος ακούσει υπομονετικά τις πολλές και ποικίλες αυτοκατηγορίες του μελαγχολικού, δεν μπορεί τελικά να αποφύγει την εντύπωση ότι συχνά οι πιο βίαιες από αυτές με δυσκολία ανταποκρίνονται στον ίδιο τον ασθενή, αλλά με ασήμαντες τροποποιήσεις ταιριάζουν σε κάποιον άλλο, κάποιο άτομο που ο ασθενής αγαπάει, έχει αγαπήσει ή πρέπει να αγαπάει. Αντιλαμβανόμαστε ότι οι αυτομομφές είναι μομφές ενάντια σε ένα αντικείμενο αγάπης που έχουν μεταστραφεί από αυτό προς το ίδιο το εγώ του ασθενή». Ο Freud υποστηρίζει πως η προδιάθεση για τέτοιου είδους αντιδράσεις στις απώλειες έχει τις ρίζες της σε κάποια ιδιαίτερη εμπειρία της παιδικής ηλικίας, όπου το μικρό παιδί βίωσε μια απώλεια της μητέρας ή της αγάπης της μητέρας. Για να μειώσει το αντίκτυπο αυτής της απώλειας, το παιδί μαθαίνει να εσωτερικεύει μια αναπαράσταση του χαμένου αντικειμένου. Όμως ο θυμός που κατευθυνόταν στο χαμένο αντικείμενο προσανατολίζεται τώρα προς ένα μέρος του ίδιου του εγώ του παιδιού, με αποτέλεσμα να προδιαθέτει για καταθλιπτικά επεισόδια στο μέλλον στις περιπτώσεις σημαντικών απωλειών (Κλεφτάρας, 1998).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτή η διατύπωση απαιτεί την ύπαρξη σχετικά καλά ανεπτυγμένων ενδοψυχικών κατασκευών. Συνεπώς, πολλοί ψυχαναλυτικοί θεραπευτές, πιστεύουν ότι τα νέα παιδιά δεν μπορούν να είναι σε θέση να έχουν κατάθλιψη (Gotlib & Hammen, 1992).

Ο Freud τόνισε το ρόλο της αυξημένης αμφιθυμίας στην κατάθλιψη, δηλαδή συναισθήματα αγάπης και μίσους που κατευθύνονται προς το ίδιο πρόσωπο. Στο πένθος, ο θυμός προς το χαμένο αντικείμενο έχει υπερνικηθεί από συναισθήματα θλίψης, νοσταλγίας και αγάπης, ενώ στην κατάθλιψη συναντάμε ένα υψηλότερο επίπεδο θυμού και καταστρεπτικότητας. Η ισορροπία ανατρέπεται και η αγάπη «χάνει», κάτι το οποίο θα οδηγήσει στην αποδοχή της απώλειας, όπως συμβαίνει κατά τη διάρκεια του πένθους. Η ικανότητα να πενθήσει κάποιος, είναι μια προσαρμοστική ικανότητα. Πρόκειται για ένα προϊόν ψυχικής υγείας και αντοχής αλλά και για ένα συστατικό αυτών. Στην κατάθλιψη από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχει καμία παραίτηση. Η αδυναμία να παραιτηθεί, προσκολλώντας στην ταύτιση,

το παράπονο και χωρίς την να έχει την ικανότητα να συγχωρήσει, σε αντίδραση για την πρώιμη απογοήτευση και απώλεια, εσωτερικοποιείται και μερικές φορές εκφράζεται ως χαρακτηριστικό του χαρακτήρα και περισσότερο ως μια ευπάθεια σε καταθλιπτική διαταραχή στην ενήλικη ζωή (Morgan & Taylor, 2005).

Παράλληλα με την αμφίθυμη διαδικασία της ταύτισης, ο Freud επισήμανε επίσης την αυξημένη σοβαρότητα της ηθικής κρίσης που εμφανίζεται στην κατάθλιψη («Είμαι τόσο κακός, δεν αξίζω να είμαι ευτυχισμένος»). Προσπάθησε να καταλάβει πως συμβαίνει αυτό. Περιέγραψε τη δημιουργία μιας «κρίσιμης λειτουργίας», κατά την οποία το Εγώ ως μέρος της ανάπτυξης του παιδιού, η οποία πλέον θα «κρίνει το Εγώ». Αυτό είναι το Υπερεγώ και ο Freud υποστηρίζει ότι οι σχέσεις ανάμεσα στο Εγώ και το Υπερεγώ γίνονται απολύτως κατανοητές, εφόσον μεταφερθούν πίσω στη στάση του παιδιού προς τους γονείς. Το Υπερεγώ είναι χρωματισμένο με τα εχθρικά και ανταγωνιστικά συναισθήματα του ίδιου του παιδιού, έτσι ώστε όσο πιο πολύ ένα παιδί ελέγχει την επιθετικότητα του προς τους άλλους, τόσο πιο τυραννικό γίνεται συνεχώς το Υπερεγώ του (Morgan & Taylor, 2005).

Το Υπερεγώ καλύπτει ένα ευρύτερο φάσμα των συνειδητών και ασυνείδητων λειτουργιών, απ’ ότι η έννοια της συνείδησης με την οποία είναι στενά συνδεδεμένο. Σε υγιή ανάπτυξη το Υπερεγώ μπορεί να αναλάβει, με την πάροδο του χρόνου, έναν καθολικό καθοδηγητικό ρόλο, αλλά σε άτομα με προδιάθεση για κατάθλιψη, το Υπερεγώ δρα σε μια αλλοιωμένη, ανώτερη, σαδιστική μορφή, καθώς γίνεται υπέρ-ηθικό και τυραννικό προς το Εγώ. Η ένταση μεταξύ του Εγώ και του Υπερεγώ, εκδηλώνεται ως μια αίσθηση ενοχής και αναξιότητας. Το Υπερεγώ έχει τη δύναμη να υποβαθμίσει την ικανότητα του Εγώ, μέσω δολοφονικών παρορμήσεων κατευθυνόμενων προς τον εαυτό, μερικές φορές με αποκορύφωμα την αυτοκτονία (Morgan & Taylor, 2005).

2.4.5 Πένθος και κατάθλιψη

Ο Freud (1917), ήταν ο πρώτος συγγραφέας που σύγκρινε και αντιπαράθεσε τις καταθλιπτικές (μελαγχολικές) καταστάσεις με τη φυσιολογική διεργασία του πένθους. Παρατήρησε ότι η ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στις δύο καταστάσεις εντοπίζεται στο ότι στις φυσιολογικές αντιδράσεις θλίψης ενός ατόμου ο εξωτερικός κόσμος βιώνεται ως συρρικνωμένος (όταν, για παράδειγμα, το άτομο έχει χάσει ένα σημαντικό πρόσωπο), ενώ στις καταθλιπτικές καταστάσεις αυτό που βιώνεται ως χαμένο ή κατεστραμμένο είναι ένα τμήμα του εαυτού του ατόμου. Σε ορισμένα

σημεία λοιπόν, η κατάθλιψη είναι το αντίθετο του πένθους. Τα άτομα που θρηνούν με φυσιολογικό τρόπο δεν παθαίνουν κατάθλιψη, ακόμη και όταν αισθάνονται διάχυτη λύπη κατά τη χρονική περίοδο που ακολουθεί το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου ή μια άλλη απώλεια. Στο πιο διαταραγμένο άκρο του καταθλιπτικού φάσματος συναντά κανείς ασθενείς με παραπλανητικές ιδέες και ανελέητο μίσος για τον εαυτό τους, οι οποίοι, μέχρι να ανακαλυφθούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, επί χρόνια και παρά τις προσπάθειες που κατέβαλλε μαζί τους ένας αφοσιωμένος θεραπευτής εξακολουθούσαν να πιστεύουν ότι ο καλύτερος τρόπος για να σώσουν τον κόσμο ήταν να καταστρέψουν τον εαυτό τους (Mc Williams, 2000).

Το πένθος άρχισε να θεωρείται ως ένα θέμα που χρήζει ψυχολογικής μελέτης, στις αρχές του 20ου αιώνα. Ο Freud, δημοσίευσε το δοκίμιο του για το πένθος και τη μελαγχολία το 1917. Πριν από αυτή τη δημοσίευση, υπήρχαν λίγοι ερευνητές που διερεύνησαν το φαινόμενο του πένθους. Το πένθος ως ψυχολογική έννοια και ο θρήνος ως αντίδραση στην απώλεια κάποιου που έχει πεθάνει, είναι διαφορετικές οντότητες. Όταν μιλάμε για πένθος ως ένα παγκόσμιο φαινόμενο, αναφερόμαστε στην εμπειρία ενός προσώπου που ανταποκρίνεται στο θάνατο ενός άλλου ανθρώπου, τον οποίο αυτός ή αυτή έχει αγαπήσει (Granek, 2010).

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι το πένθος και η κατάθλιψη είναι διαφορετικοί τύποι αντίδρασης στο ίδιο τύπου γεγονός, που αποκαλείται απώλεια. Η κοινή του βάση, εξηγεί γιατί έχουν μια οικογενειακή ομοιότητα. Το άτομο με κατάθλιψη κάποιες φορές δεν μπορεί να βρει κάποιο συνειδητό λόγο για τη δυσφορία του, αλλά παρουσιάζει ορισμένα παρόμοια χαρακτηριστικά με ένα άτομο που πενθεί. Ο Freud θεωρούσε ότι στην κατάθλιψη η απώλεια είναι ασυνείδητη και ο ασθενής δεν είναι σε θέση να την αναγνωρίσει, ενώ στο πένθος το άτομο δεν έχει αμφιβολία για το τι ή ποιον έχει χάσει. Ο Freud σημείωσε επίσης μια θεμελιώδη διαφορά: στο πένθος πιστεύεται ότι ο κόσμος έχει χάσει το νόημα, ενώ στην κατάθλιψη είναι ο εαυτός που βιώνεται ως χαμένος (Morgan & Taylor, 2005).

Η εξήγηση αυτής της βασικής διαφοράς έγκειται στη ψυχολογική έννοια του προσδιορισμού. Ο Freud υποστήριξε πως μέρος του εαυτού έχει υποστεί μια αλλαγή στην κατάθλιψη μέσω του προσδιορισμού του χαμένου αντικειμένου. Η κατάθλιψη προκύπτει από τον εσωτερικό (αλλά ασυνείδητο) ανταγωνισμό και τα παράπονα ανάμεσα σε ένα μέρος του εαυτού και σε ένα άλλο, το οποίο ταυτίζεται με την απώλεια και συνεπώς αποτελεί αντικείμενο απογοήτευσης. Σε αυτή την ταύτιση «η σκιά του αντικειμένου πέφτει πάνω στο Εγώ», είναι δηλαδή μια σύνθετη ταύτιση και

θεωρείται ότι περιέχει μια αρνητικά προσδιορισμένη πτυχή και συνεπώς είναι «κακή». Για παράδειγμα: «Αν είμαι όπως ο πατέρας μου, αυτό με κάνει «κακό», όπως αυτόν» (Morgan & Taylor, 2005).

Σήμερα, στην μοντέρνα ψυχολογία, το πένθος θεωρείται ότι έχει κατασκευαστεί ως ψυχολογική κατάσταση που απαιτεί ψυχολογική παρέμβαση, έτσι ώστε οι άνθρωποι να θεραπεύονται όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Στόχος είναι να γίνουν οι άνθρωποι λειτουργικοί και να γυρίσουν πίσω στην εργασία τους έγκαιρα και με αποδοτικό τρόπο (Granek, 2010).

Ενώ ο Freud ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την έννοια του πένθους στο ψυχολογικό λεξικό, υπήρχαν κάποιοι ερευνητές που το μελέτησαν πριν από αυτόν. Ο Burton (1577-1640), έγραψε για το πένθος και άλλες μορφές απώλειας, στο βιβλίο του, «Η Ανατομία της Μελαγχολίας», που δημοσιεύτηκε μετά το θάνατο του το 1651. Ο Burton ισχυρίστηκε ότι το πένθος είναι ένα είδος παροδικής μελαγχολίας που επηρεάζει του πάντες κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ενώ ο Burton αναφέρθηκε στη θλίψη ως ένα «σκληρό βασανιστήριο της ψυχής», υπογράμμισε επίσης τη διάκριση μεταξύ μελαγχολίας ως μια ασθένεια και της μελαγχολίας, ως φυσιολογική αντίδραση σε καθημερινά γεγονότα, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Πρότεινε ότι η μελαγχολία θα μπορούσε να εντοπισθεί είτε σε μια διάθεση είτε σε μία συνήθεια. Η πρώτη περίπτωση αναφέρεται στο πλαίσιο ειδικής μελαγχολίας, ενώ η δεύτερη σε ένα άτομο που έχει συνήθως μελαγχολικό χαρακτήρα. Σύμφωνα με τον Burton, όσον αφορά τη διάθεση, η παροδική μελαγχολία έρχεται και φεύγει με κάθε μικρή ευκαιρία θλίψης, ανάγκης, ασθένειας, δυσκολίας, φόβου, πένθους, πάθους ή διαταραχής του μυαλού. Και από αυτές τις μελαγχολικές διαθέσεις, κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να ζήσει ελεύθερος (Granek, 2010).

Ίσως ειρωνικά ο Burton, χρησιμοποιείται από τους σύγχρονους ψυχολόγους για να υποστηρίξουν ότι η έννοια της κατάθλιψης έχει μια ιστορική συνέχεια με το σύγχρονο ψυχολογικό ορισμό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Μια προσεκτική μελέτη του Burton, όμως, δεν αφήνει καμία αμφιβολία ότι η αντίληψη του για τη μελαγχολία αφορούσε πάντα ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, ενώ οι σύγχρονοι ορισμοί της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής γίνονται συνήθως με βάση τα συμπτώματα και δεν παρέχουν ένα επεξηγηματικό πλαίσιο ως προς το γιατί η κατάθλιψη αναπτύσσεται. Παρόμοια, κάποιοι ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι ο Burton ήταν ο πρώτος θεωρητικός που όρισε την έννοια του πένθους σε ψυχολογικό επίπεδο. Ενώ ο Burton όρισε το πένθος, το έκανε στο πλαίσιο περιγραφής ενός συγκεκριμένου

είδους μελαγχολίας, το οποίο έχει ελάχιστα κοινά με τον σύγχρονο ψυχολογικό ορισμό του πένθους. Παρόλο που ο Burton συνέβαλε στη βάση πάνω στην οποία το πένθος αναπτύχθηκε ως ψυχολογικός τύπος, δεν το όρισε με τον ίδιο τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται σήμερα (Granek, 2010).

Σύμφωνα με τον Freud, η υγεία και η παθολογία ήταν σε ένα συνεχές και δεν υπήρχαν σαφή όρια μεταξύ τους. Ο Freud, ως εκ τούτου, κατάφερε αποτελεσματικά να αποδυναμώσει τη διάκριση μεταξύ κανονικότητας και διαταραχής. Το 1912 ο Freud δημοσίευσε το «Τοτέμ και Ταμπού», στο οποίο περιέγραψε τις βασικές ιδέες σχετικά με το πένθος που αργότερα επεκτάθηκαν στο «Πένθος και Μελαγχολία». Ο Freud υποστήριξε πως ο πενθών αποσυνδέει τη λίμπιντο και τη συναισθηματική του ενέργεια από τον αποθανόντα και τη μεταφέρει σε άλλους τομείς της ζωής του. Το δοκίμιο του Freud έχει ερμηνευθεί υπό τη έννοια ότι εκείνοι που απέτυχαν να «πενθήσουν», θα μπορούσαν να νοσήσουν από μια ψυχιατρική ασθένεια η οποία προέκυψε από το παθολογικό πένθος τους (Granek, 2010).

Από αυτή την άποψη προέκυψαν πολλές δυτικές παραδοχές που θεωρούνται κεντρικές για την ψυχολογική έρευνα του πένθους, περιλαμβάνοντας την άποψη ότι το πένθος είναι μια ενεργή διαδικασία που περιλαμβάνει μια έντονη προσπάθεια εγκατάλειψης του συναισθηματικού δεσμού με το άτομο που έχει χαθεί, και ότι αυτός ο αγώνας είναι μια διαδικασία που προϋποθέτει χρόνο και ενέργεια από την πλευρά αυτών που πενθούν. Είναι κάπως ειρωνικό το γεγονός πως το έργο του Freud χρησιμοποιείται από μετέπειτα ψυχολόγους για να δικαιολογήσουν τη διαδικασία του πένθους και του παθολογικού πένθους, καθώς ο Freud ποτέ δεν θεώρησε παθολογικό το πένθος. Αντίθετα, ανέφερε ξεκάθαρα στο δοκίμιο του: «Αν και το πένθος περιλαμβάνει σημαντικές παρεκκλίσεις από τη φυσιολογική στάση ζωής, ποτέ δεν το θεωρούμε ως μια παθολογική κατάσταση και δεν το παραπέμπουμε σε ιατρική θεραπεία. Βασιζόμαστε στο ότι θα ξεπεραστεί μετά από κάποιο χρονικό διάστημα και θεωρούμε οποιαδήποτε παρέμβαση ως άχρηστη ή ακόμη και επιβλαβή» (Granek, 2010).

Ο Freud υποστήριξε ότι το πρόσωπο που θρηνεί έπρεπε να αποσπάσει τη λίμπιντο του ή τη συναισθηματική του ενέργεια από τον θανόντα και να την μετουσιώσει σε άλλους τομείς της ζωής του. Επίσης, υποστήριξε ότι πρόκειται για μια αργή και επίπονη διαδικασία, η οποία ποτέ δεν θα επιλυθεί εντελώς. Μια άλλη πτυχή του δοκιμίου του Freud που συχνά παρερμηνεύεται είναι η σύγχυση του πένθους ως αποτέλεσμα θανάτου (mourning) και του πένθους που προέρχεται από άλλες

απώλειες, συμπεριλαμβανόμενης της απώλειας μιας σχέσης λόγω χωρισμού (melancholia). Επανειλημμένα ο Freud τόνισε ότι παρόλο που το πένθος και η μελαγχολία μπορεί να φαίνονται ίδια συμπτωματικά, διαφέρουν ανάλογα με το πλαίσιο. Ο Freud πίστευε ότι το πένθος για το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου ήταν μια φυσιολογική και χρονοβόρα διαδικασία, αλλά όχι κάτι παθολογικό. Η μελαγχολία από την άλλη πλευρά θα μπορούσε να μετατραπεί σε ασθένεια επειδή ήταν μια αντίδραση που συμβαίνει έξω από κάθε κατανοητό πλαίσιο. Υποστήριξε: «Στο πένθος βρήκαμε ότι η αναστολή και η απώλεια ενδιαφέροντος αντιπροσωπεύονται πλήρως από τη διαδικασία του πένθους, στο οποίο το εγώ απορροφάται. Στη μελαγχολία, η άγνωστη απώλεια θα οδηγήσει σε μια παρόμοια εσωτερική διεργασία και συνεπώς θα είναι υπεύθυνη για την αναστολή της μελαγχολίας. Η διαφορά είναι ότι η αναστολή της μελαγχολίας φαίνεται ακατανόητη για εμάς, επειδή εμείς δεν μπορούμε να δούμε τι είναι αυτό που την απορροφά εντελώς» (Granek, 2010).

Ο Abraham δημοσίευσε και εκείνος ένα δοκίμιο που αφορούσε το πένθος, το 1924. Όπως ο Freud, ο Abraham υποστήριξε ότι το πένθος και η μελαγχολία είναι σχετικές καταστάσεις αλλά είναι αναμφισβήτητα διαφορετικές. Σύμφωνα με τον Abraham: «σε ένα φυσιολογικό άτομο, το πένθος ξεκινά με την πραγματική απώλεια (θάνατο) και ο κύριος σκοπός του είναι να διατηρήσει τις σχέσεις των ατόμων με το αντικείμενο απώλειας για να αντισταθμιστεί η απώλεια. Επιπλέον, η συνειδητή γνώση της απώλειας ποτέ δεν θα εγκαταλείψει το φυσιολογικό άτομο, όπως συμβαίνει με το μελαγχολικό. Ο Abraham επικεντρώθηκε στη διαδικασία της ενδοβολής του χαμένου αντικειμένου κατά τη διάρκεια του πένθους. Σύμφωνα με τον Abraham η διαδικασία του πένθους περιλαμβάνει ότι το άτομο που πενθεί, φέρει μαζί του το νεκρό άτομο, έτσι ώστε να θεραπευτεί από την απώλεια. Έτσι η διαδικασία του πένθους φέρνει την παρηγοριά: «Το αγαπημένο μου πρόσωπο δεν έφυγε, θα το μεταφέρω μέσα μου και ποτέ δεν θα το χάσω» (Granek, 2010).

Ίσως η πιο ενδιαφέρουσα προοπτική που προσφέρθηκε από τον Abraham (1924) και που αναφέρεται πιο συχνά από τους σύγχρονους ψυχολόγους, είναι η διατύπωση του για το «φυσιολογικό πένθος». Υποστήριξε πολλές φορές, ότι η ψυχανάλυση δεν ξέρει πραγματικά πως είναι το «φυσιολογικό πένθος» σε ένα υγιές άτομο, εκτός από εικασίες του Freud ότι η κύρια πτυχή της μελαγχολίας είναι η αμφιθυμία προς το χαμένο αντικείμενο, ενώ στο «αληθινό πένθος» είναι ο θρήνος για ένα νεκρό άτομο, χωρίς να υπάρχει αμφιθυμία (Granek, 2010).

Μέχρι το 1940, ψυχαναλυτές όπως η Melanie Klein (1882-1960), αναφερόταν ανοιχτά στη θλίψη ως μια ασθένεια, αν και με διαφορετικούς τρόπους απ' ότι θα μπορούσε κανείς να σκεφτεί σήμερα. Η Klein (1940) υποστήριξε ότι τα βρέφη που χωρίζονται από τις μητέρες τους με τον απογαλακτισμό η με πραγματικό διαχωρισμό από τη μητρική τους φιγούρα, θα μπορούσαν νε συγκριθούν με ενήλικες που πενθούν στη μετέπειτα ζωή. Κατά τη άποψη της, το φυσιολογικό πένθος περιλαμβάνει την ενεργοποίηση των πρόωρων ψυχωτικών ανησυχιών που αφορούν τον διαχωρισμό από τη μητέρα. Δήλωσε: «ο πενθών είναι στην πραγματικότητα άρρωστος, αλλά επειδή αυτή η κατάσταση του μυαλού είναι κοινή και φαίνεται τόσο φυσική σ' εμάς, δεν αποκαλούμε το πένθος, ασθένεια. Στο πένθος, το αντικείμενο περνά από μια μεταβατική και παροδική μανιοκαταθλιπτική κατάσταση και το ξεπερνάει. Έτσι, επαναλαμβάνεται, αν και σε διαφορετικές καταστάσεις και με διαφορετικές εκδηλώσεις, η διαδικασία που το παιδί φυσιολογικά περνά στην πρώιμη ανάπτυξη του».

Η θεωρία της Klein (1940) για τη θλίψη και το πένθος είναι περίπλοκη, πολυεπίπεδη και με πολλούς τρόπους αφορά περισσότερο την ανάπτυξη του παιδιού απ' ότι το πένθος. Κατά την άποψη της, το πένθος και η θλίψη των ενηλίκων, ήταν μια επανάληψη των πρώιμων απωλειών της παιδικής ηλικίας, όπου το βρέφος πέρασε μια παροδική καταθλιπτική φάση για να αντιμετωπίσει τις απώλειες που συνδέονται με τη μητέρα του. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η Klein (1940), πίστευε ότι η φάση του πένθους και για το βρέφος και για τον ενήλικα ήταν παροδική, φυσιολογική και μέρος της υγιούς ανάπτυξης. Η λύση της Klein στο πρόβλημα του πένθους των ενηλίκων, περιλαμβάνει κλάμα και συνειδητοποίηση ότι το πένθος και ο πόνος μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα. Φαίνεται ότι η Klein δεν είχε την πρόθεση κάποιου είδους παρέμβασης, αλλά έτεινε περισσότερο προς την υλοποίηση αναπτυξιακού δυναμικού στη διαδικασία του πένθους, παρά προς την προσπάθεια αντιμετώπισης του. Η προσέγγιση της ήταν περισσότερο θεωρητική παρά πρακτική (Granek, 2010).

2.4.6 Επιθετικότητα στραμμένη προς τον εαυτό

Ο Karl Abraham, επηρέασε τις σκέψεις σχετικά με τα αίτια της κατάθλιψης, τονίζοντας τον ρόλο της επιθετικότητας και της καταστροφικότητας. Κατά τη θεραπεία ασθενών με βαριά κατάθλιψη, παρατήρησε ότι η ικανότητα των ασθενών για αγάπη, είχε κατακλειστεί από συναισθήματα μίσους και ότι οι ασθενείς ήταν

βαθιά αναστατωμένοι από αυτό. Η Melanie Klein, που ανέλυε παιδιά, εντυπωσιάστηκε από το ρόλο μιας έμφυτης επιθετικότητας και καταστροφικότητας στην κατάθλιψη, πράγμα το οποίο θα μπορούσε να αυξηθεί κατά πολύ από αντίξοες εμπειρίες. Στις Η.Π.Α., η Edith Jacobson, τόνισε επίσης την επιθετικότητα και τον ρόλο της στην κατάθλιψη, αλλά έτεινε να το βλέπει πολύ περισσότερο σαν ένα αντιδραστικό φαινόμενο, παρά σαν ένα φαινόμενο με πρωτογενείς ρίζες (Morgan & Taylor, 2005).

Ένας πρώιμος ψυχοδυναμικός τρόπος περιγραφής μιας καταθλιπτικής διεργασίας, ο οποίος είναι και ευρύτερα γνωστός, αναφέρεται στην εφαρμογή της θεωρίας των ενορμήσεων σε συγκεκριμένα κλινικά προβλήματα. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που βιώνουν καταθλιπτικές καταστάσεις κατευθύνουν το μεγαλύτερο μέρος των αρνητικών τους συναισθημάτων μακριά από τους άλλους, προς τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να μισούν τον εαυτό τους με τρόπο που δεν αναλογεί προς τις πραγματικές τους αδυναμίες. Την εποχή που οι όροι «λίμπιντο» και «επιθετικότητα» αποτελούσαν τα κυρίαρχα κίνητρα της ανθρώπινης ψυχολογίας, η κατάσταση της κατάθλιψης είχε περιγραφεί ως «σαδισμός (επιθετικότητα) ενάντια στον εαυτό» ή ως «θυμός στραμμένος προς τα μέσα». Εξαιτίας της κλινικής της χρησιμότητας η διατύπωση αυτή ήταν ιδιαίτερα ευπρόσδεκτη από τους συναδέλφους του Freud, οι οποίοι άρχισαν να βοηθούν τους ασθενείς τους στην ανίχνευση και αναγνώριση όσων τους είχαν θυμώσει υπερβολικά, ώστε η παθολογική διεργασία να αντιστραφεί. Οι μεταγενέστεροι θεωρητικοί ανέλαβαν την αποστολή να εξηγήσουν για ποιό λόγο ένα άτομο έμαθε να στρέφει τις αντιδράσεις θυμού προς τον εαυτό του και ποιες λειτουργίες εξυπηρετούνται από τη διατήρηση ενός τέτοιου προτύπου (Mc Williams, 2000).

Το μοντέλο την ενδοστρεφούς επιθετικότητας βρίσκεται σε συμφωνία με τις παρατηρήσεις ότι τα καταθλιπτικά άτομα σπάνια αισθάνονται αυθόρμητο ή μη συγκρουσιακό θυμό. Αντίθετα, αισθάνονται ενοχή. Όχι τον τύπο της ενοχής την οποία βιώνει και αρνείται ένα παρανοϊκό άτομο, αλλά μια διάχυτη αίσθηση ενοχής η οποία είναι συνειδητή και συντονική προς το Εγώ του ασθενή. Η λύπη είναι άλλο ένα κεντρικό συναίσθημα των ατόμων που έχουν καταθλιπτική ψυχολογία. Η κακία και η αδικία τους στενοχωρεί, ωστόσο σπάνια τους προκαλεί την αγανάκτηση ενός παρανοϊκού ατόμου, την ηθικοποίηση ενός ιδεοληπτικού, τις ακυρωτικές πράξεις ενός ψυχαναγκαστικού ή το άγχος ενός υστερικού ατόμου. Η λύπη που αισθάνεται ένα άτομο το οποίο έχει διαγνωστεί ότι πάσχει από κλινική κατάθλιψη είναι τόσο

εμφανής και εντυπωσιακή, ώστε στον κοινό νου οι όροι λύπη και κατάθλιψη έχουν γίνει ουσιαστικά συνώνυμοι (Mc Williams, 2000).

Εκτός από την περίπτωση στην οποία τα άτομα με κατάθλιψη είναι τόσο διαταραγμένα ώστε να μην είναι σε θέση να λειτουργήσουν φυσιολογικά, τα περισσότερα άτομα με κατάθλιψη εύκολα εμπνέουν συμπάθεια και θαυμασμό. Επειδή κατευθύνουν την εχθρότητα και την κριτική προς τον εαυτό τους και όχι προς τα έξω, συνήθως επιδεικνύουν γενναιοδωρία, ευαισθησία και συμπόνια χωρίς όρια. Επειδή δεν αμφισβητούν εύκολα τους άλλους και αγωνίζονται για τη διατήρηση των διαπροσωπικών τους σχέσεων ακόμη και αν χρειαστεί να κάνουν πολλές παραχωρήσεις, από τη φύση τους αντιμετωπίζουν θετικά τη θεραπεία (Mc Williams, 2000).

2.5 Αμυντικές και προσαρμοστικές διεργασίες στην κατάθλιψη

Η πιο ισχυρή οργανωτική άμυνα που χρησιμοποιείται από τα καταθλιπτικά άτομα είναι η ενδοβολή. Κλινικά, η κατανόηση της έχει ιδιαίτερη σημασία για την τροποποίηση της καταθλιπτικής ψυχολογίας. Στην πορεία εξέλιξης της ψυχαναλυτικής κλινικής θεωρίας απλούστερες λειτουργικές απόψεις, για παράδειγμα, η επιθετικότητα που είναι στραμμένη προς τον εαυτό έναντι της επιθετικότητας που είναι στραμμένη προς τα έξω, υποχώρησαν και δόθηκε προσοχή στις διεργασίες εσωτερίκευσης που περιέγραψε πρώτος ο Freud στο έργο του «Πένθος και Μελαγχολία» (1917) και τις οποίες ο Abraham όρισε ως «ταύτιση του καταθλιπτικού ατόμου με το χαμένο αντικείμενο της αγάπης» (Mc Williams, 2000).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας των ασθενών με κατάθλιψη, ένας θεραπευτής ακούει το εσωτερικευμένο αντικείμενο να μιλά. Για παράδειγμα όταν ένα άτομο με κατάθλιψη λέει: «Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι επειδή είμαι εγωιστής», ο θεραπευτής θα μπορούσε να ρωτήσει: «Ποιος το λέει αυτό;». Συνήθως η απάντηση στην ερώτηση αυτή είναι: «Η μητέρα μου» (ή οποιοδήποτε πρόσωπο έχει ενδοβληθεί από το άτομο ως εσωτερικός κριτής). Το είδος της ενδοβολής που χαρακτηρίζει τα άτομα με κατάθλιψη είναι η ασυνείδητη εσωτερίκευση των πιο μισητών ιδιοτήτων ενός αντικειμένου αγάπης του παρελθόντος. Το άτομο θυμάται με αγάπη τα θετικά χαρακτηριστικά του απολεσθέντος αντικειμένου, ενώ βιώνει τα αρνητικά του χαρακτηριστικά ως κομμάτι του εαυτού του (Mc Williams, 2000).

Το εσωτερικευμένο αντικείμενο ενός καταθλιπτικού ασθενή δεν είναι κατ’ ανάγκη ένα άτομο πραγματικά εχθρικό, επικριτικό ή αδιάφορο απέναντι στον ασθενή, για να

έχει βιώσει ο ασθενής το αντικείμενο (άτομο) με τέτοιο τρόπο και να έχει εσωτερικεύσει αυτές τις εικόνες. Για παράδειγμα, ένα νεαρό αγόρι που αισθάνεται εγκαταλελειμμένο από τον πατέρα του τον οποίο αγαπά υπερβολικά, επειδή ο πατέρας του αναγκάστηκε να δουλέψει σε δυο δουλειές, θα νιώσει εχθρότητα για την εγκατάλειψη του, καθώς και λαχτάρα για τον πατέρα του και θα μεμφθεί τον εαυτό του που δεν τον είχε εκτιμήσει αρκετά όταν ακόμη τον είχε κοντά του. Τα παιδιά προβάλλουν τις αντιδράσεις τους πάνω στα αγαπημένα τους αντικείμενα από τα οποία εγκαταλείπονται με τη φαντασίωση ότι έφυγαν στενοχωρημένα ή θυμωμένα. Στη συνέχεια, επειδή η εικόνα ενός κακόβουλου ή πληγωμένου ατόμου που εγκαταλείπει το παιδί είναι υπερβολικά οδυνηρή για να την αντέξει και επειδή διαψεύδει την ελπίδα για επανένωση με το αγαπημένο πρόσωπο, απομακρύνεται από τη συνείδηση και βιώνεται ως ένα κακό τμήμα του εαυτού αυτών των παιδιών (Mc Williams, 2000).

Έτσι, ένα παιδί αναδύεται από τις εμπειρίες μιας τραυματικής ή πρώιμης απώλειας, εξιδανικεύοντας το χαμένο αντικείμενο και παραπέμποντας όλα τα αρνητικά συναισθήματα στον εαυτό του. Αυτή η πασίγνωστη καταθλιπτική δυναμική, δημιουργεί σε ένα παιδί το διάχυτο συναίσθημα ότι είναι κακό, ότι εκείνο έχει διώξει ένα καλό άτομο που το χρειαζόταν και ότι θα πρέπει να προσπαθήσει πολύ σκληρά για να εμποδίσει την κακότητα του να προκαλέσει παρόμοιες καταστάσεις εγκατάλειψης και στο μέλλον. Η διατύπωση αυτή είναι συμβατή με το μοντέλο του θυμού που στρέφεται προς τον εαυτό των καταθλιπτικών ατόμων. Στην πραγματικότητα, η συγκεκριμένη διατύπωση εξηγεί για ποιο λόγο ένα άτομο θα αποκτήσει τη συνήθεια να χειρίζεται τα εχθρικά του συναισθήματα με αυτό το συγκεκριμένο τρόπο. Εάν ένα άτομο αναδυθεί από κάποιες οδυνηρές εμπειρίες, πιστεύοντας ότι εξαιτίας της προσωπικής του κακότητας έδιωξε μακριά τα αγαπημένα του αντικείμενα, είναι πιθανό να προσπαθήσει πολύ σκληρά για να μην αισθάνεται τίποτα άλλο εκτός από θετικά συναισθήματα για τα αγαπημένα του άτομα. Σε αυτό το πλαίσιο, η αντίσταση των ατόμων με κατάθλιψη απέναντι στην αναγνώριση των συνηθισμένων και φυσιολογικών και εχθρικών συναισθημάτων είναι κατανοητή, όπως είναι κατανοητό και το βαθιά ενοχλητικό και γνωστό φαινόμενο του ατόμου το οποίο συνεχίζει να ζει με ένα σύντροφο που του συμπεριφέρεται αδιάφορα και το κακοποιεί. Αυτό το άτομο θεωρεί ότι, μόνο εάν με κάποιο τρόπο ήταν αρκετά καλά το ίδιο, θα σταματούσε η κακοποίηση εκ μέρους του συντρόφου του (Mc Williams, 2000).

Η στροφή ενάντια στον εαυτό, ένας ακόμη μηχανισμός άμυνας που παρατηρείται συχνά στα άτομα με κατάθλιψη, αποτελεί μια λιγότερο αρχαϊκή απόρροια της ενδοβλητικής δυναμικής. Η ενδοβολή, ως έννοια, καλύπτει τη συνολικότερη εμπειρία της βίωσης της μη πληρότητας χωρίς το αντικείμενο. Επιπλέον, περιλαμβάνει την ενσωμάτωση αυτού του αντικειμένου στην αίσθηση του εαυτού, προκειμένου το άτομο να αισθανθεί ολοκληρωμένο, ακόμη και αν αυτό σημαίνει ότι στην αναπαράσταση του εαυτού του θα συμπεριλάβει την αίσθηση της κακότητας που προέρχεται από επώδυνες εμπειρίες με το αντικείμενο. Η στροφή ενάντια στον εαυτό επιφέρει μείωση του άγχους, και ιδιαίτερα του άγχους του αποχωρισμού, επειδή εάν ένα άτομο πιστεύει ότι εξαιτίας του θυμού και της κριτικής του επήλθε η εγκατάλειψη, τότε αισθάνεται πιο ασφαλές εάν τα κατευθύνει ενάντια στον εαυτό του. Επίσης, διατηρεί μια αίσθηση δύναμης, επειδή θεωρεί ότι εάν η κακότητα είναι έμφυτη μέσα του, τότε είναι σε θέση να μεταβάλλει αυτή την ενοχλητική κατάσταση (Mc Williams, 2000).

Τις περισσότερες φορές οι άνθρωποι θα προτιμήσουν να υποφέρουν με οποιονδήποτε τρόπο, προκειμένου να μην αισθάνονται αβοήθητοι. Η κλινική εμπειρία, αποδεικνύει την τάση των ανθρώπων να προτιμούν τη βίωση της πιο παράλογης ενοχής αντί να παραδέχονται την αδυναμία τους. Η στροφή ενάντια στον εαυτό είναι ένα αποτέλεσμα το οποίο μπορεί να προβλεφθεί, όταν στο ιστορικό ενός ατόμου κυριαρχεί η συναισθηματική ανασφάλεια (Mc Williams, 2000).

Η εξιδανίκευση, είναι ένας ακόμη σημαντικός αμυντικός μηχανισμός που παρατηρείται στην παθολογία των ατόμων με κατάθλιψη. Επειδή, η αυτοεκτίμηση αυτών των ατόμων έχει μειωθεί, ως αποτέλεσμα των εμπειριών τους, ο θαυμασμός με τον οποίο αντιμετωπίζουν τους άλλους είναι αντίστοιχα υπερτονισμένος. Συνήθως, οι αυτοδιαιωνιζόμενοι κύκλοι που διαγράφουν τα άτομα με κατάθλιψη έχουν ως εξής: η υπερβολικά υψηλή εκτίμηση που τρέφουν για τους άλλους, ακολουθείται από μια σύγκριση του εαυτού τους με αυτούς. Η σύγκριση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την ανάδυση μειονεκτικών αισθημάτων για τον εαυτό των ατόμων με κατάθλιψη. Στη συνέχεια, ακολουθεί η αναζήτηση εξιδανικευμένων αντικειμένων που θα αντισταθμίσουν το αίσθημα μειονεξίας του εαυτού, διεργασία η οποία οδηγεί με τη σειρά της στην ανάπτυξη αισθήματος κατωτερότητας σε σχέση με τα αντικείμενα αυτά και ούτω καθεξής. Η εξιδανίκευση που πραγματοποιούν τα άτομα με κατάθλιψη, διαφέρει από την αντίστοιχη διαδικασία των ναρκισσιστικών ατόμων, ως

προς το ότι στην πρώτη περίπτωση αυτή οργανώνεται γύρω από ηθικά ζητήματα και όχι γύρω από ζητήματα κύρους και κοινωνικής ισχύος (Mc Williams, 2000).

2.6 Νεοφροϋδικές προσεγγίσεις και κατάθλιψη

2.6.1 Bibring: Απώλεια αυτοεκτίμησης, Σύγκρουση Φιλοδοξιών και Πραγματικής ή Φανταστικής Ανικανότητας

Ο Bibring (1953), μέσα από μια νεοφροϋδική προοπτική, επιμένοντας και πάλι στον ρόλο της αυτοεκτίμησης, υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη προκαλείται αφενός από την απώλεια της αυτοεκτίμησης, που μπορεί να οδηγήσει στην εσωτερίκευση των επιθετικών ορμών, και αφετέρου από τη σχέση που υπάρχει μεταξύ του ατόμου και του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης βρίσκεται στη βάση μιας σύγκρουσης μεταξύ της πραγματικής ή φανταστικής ανικανότητας (που έχει βιωθεί στην πρώιμη παιδική ηλικία και επανενεργοποιείται τώρα) και υπερβολικά υψηλών φιλοδοξιών. Η κατάθλιψη επανέρχεται όταν είναι αδύνατον να υπάρξει αντιστοιχία μεταξύ της ζωής ενός ατόμου και των ιδανικών που έχουν επιβληθεί από το ίδιο του το εγώ (Κλεφταρας,1998).

2.6.2 Jacobson: Συγχώνευση Αναπαραστάσεων Αντικειμένου και Εαυτού

Η Jacobson (1971) συνεχίζοντας προς την ίδια κατεύθυνση με την Klein (1934/1967), υποστηρίζει ότι η συγχώνευση των αναπαραστάσεων του ίδιου του εαυτού με τις αναπαραστάσεις αντικειμένου στην πρώτη παιδική ηλικία καταλήγει στην αυτό-αποδοκιμασία και την αυτό-κατηγορία που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη. Ο θυμός και η εχθρότητα απευθύνονται στο χαμένο αντικείμενο και στην εσωτερική του αναπαράσταση, αλλά μέσα από τη διαδικασία της συγχώνευσης οι εσωτερικές αναπαραστάσεις του αντικειμένου και του εαυτού γίνονται αδιαχώριστες. Συνεπώς, ο θυμός και η εχθρότητα, που αρχικά προσανατολίζονταν στο χαμένο αντικείμενο, βιώνονται ως αυτοκαταδίκη και μίσος προς τον ίδιο τον εαυτό (Κλεφταρας,1998).

2.6.3 Bowlby: Ανασφαλείς Δεσμοί Προσκόλλησης

Ο Bowlby (1981), παραμένοντας πάντα στο πλαίσιο των σχέσεων αντικειμένου, έδωσε μεγάλη έμφαση στη σπουδαιότητα των πρώτων εμπειριών προσκόλλησης του ατόμου για την ανάπτυξη καταθλιπτικής προδιάθεσης αργότερα στη ζωή του. Σύμφωνα με τον Bowlby, τα νεογέννητα έχουν μια έμφυτη τάση να αναζητούν κίνητρα για διέγερση, και να ενθαρρύνουν την προσκόλληση σε σημαντικά αντικείμενα, τα οποία μπορούν να προσφέρουν προστασία και υποστήριξη. Αυτή η

έμφυτη τάση πήρε τη σημερινή της μορφή σταδιακά μέσα από τη διαδικασία της φυσικής επιλογής (Κλεφταρας,1998). Ο Bowlby υποστήριξε, πως νωρίς στην ιστορία του ανθρώπινου είδους, ήταν θέμα επιβίωσης για τα ανήμπορα βρέφη να αναζητήσουν την προστατευτική εγγύτητα συγκεκριμένων ενηλίκων. Έτσι, οι συμπεριφορές των βρεφών, όπως κλάμα, χαμόγελο, πιπίλισμα και γράπωμα, εξυπηρετούν την ανάγκη για φροντίδα και βοηθούν στην επιβεβαίωση της ανάπτυξης ισχυρών δεσμών (Gotlib & Hammen, 1992). Σύμφωνα με τον Bowlby, οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως ηλικίας, είναι ευάλωτοι στις προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις, εάν για κάποιος λόγους δεν ανέπτυξαν ισχυρούς δεσμούς προσκόλλησης στην αρχή της ζωής τους (Κλεφταρας,1998). Έτσι, πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, οφείλονται στην ανικανότητα να δημιουργηθούν και να διατηρηθούν ασφαλείς δεσμοί. Η απειλή της απώλειας μιας σημαντικής μορφής δεσμού, δημιουργεί άγχος και λύπη. Αν οι δεσμοί (κυρίως με τη μητέρα) διαταραχθούν, είτε λόγω αποχωρισμού ή συναισθηματικής απάθειας ή μη διαθεσιμότητας, τότε σύμφωνα με τον Bowlby, τα άτομα αυτά είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη (Gotlib & Hammen, 1992).

3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1 Γενικά

Η κυρίαρχη συμπεριφορική θεωρία της κατάθλιψης υποστηρίζει ότι οι σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες της ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, επειδή διαταράσσουν τα φυσιολογικά συμπεριφορικά πρότυπα ενίσχυσης της συμπεριφοράς. Αυτή η θεωρία βλέπει την κατάθλιψη ως αποτέλεσμα έλλειψης ή μείωσης της αποτελεσματικότητας της θετικά ενισχυτικής συμπεριφοράς και ίσως ως προφανή τιμωρία για την έναρξη της συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της μείωσης της διαθεσιμότητας ενισχυτικών γεγονότων, των προσωπικών δεξιοτήτων ενός ατόμου για να ενεργεί στο περιβάλλον, της επίδρασης συγκεκριμένων γεγονότων ή ενός συνδυασμού από αυτά. Επιπλέον, η υποστήριξη από την οικογένεια ή άλλα κοινωνικά δίκτυα, μπορεί να οδηγήσει σε μια αρνητική αλληλεπίδραση για τις καταθλιπτικές συμπεριφορές (π.χ. κοινωνική απόσυρση). Με άλλα λόγια, σε περιόδους μεγάλου στρες λόγω απρόβλεπτων γεγονότων, οι άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν ένα χαμηλό ποσοστό θετικής ενίσχυσης για συμπεριφορές που σχετίζονται με θετική διάθεση και ένα υψηλότερο ποσοστό θετικής ενίσχυσης για καταθλιπτικές συμπεριφορές (Davidson & Rieckmann & Lesperance, 2004).

Σε αντίθεση με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης που επικεντρώνονται στις πρώτες εμπειρίες του ατόμου και στις ενδοψυχικές διαδικασίες, οι συμπεριφορικές θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη με βάση έννοιες όπως η ενίσχυση, η αντίδραση και η υπεργενίκευση του ερεθίσματος. Σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές η κατάθλιψη συνδέεται με μια υπεργενικευμένη απάντηση (π.χ. απώλεια ενδιαφέροντος, απώλεια όρεξης) σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα, όπως η απώλεια εργασίας. Το πρόβλημα της υπεργενίκευσης αν και έχει μελετηθεί από αρκετούς ψυχολόγους, δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τις εξηγήσεις που προτείνουν. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τους Goldfried και Davison (1994), οι καταθλιπτικές αντιδράσεις είναι συνήθως αποτέλεσμα ενός ή συνδυασμού περισσότερων από τους παρακάτω παράγοντες: α) οι προσπάθειες του ατόμου για θετική ενίσχυση είναι ανεπαρκείς, β) η αντίληψη του ατόμου για την ικανότητα του να ελέγχει το περιβάλλον του είναι αλλοιωμένη και διαστρεβλωμένη, και γ) το περιβάλλον του δεν αντιδρά ικανοποιητικά ή καθόλου, με την έννοια ότι παρέχει λίγες ενισχύσεις (Κλεφτάρας, 1998).

Η συμπεριφορική θεραπεία που προκύπτει από αυτή τη θεωρία της κατάθλιψης περιλαμβάνει βοήθεια στους ασθενείς να αυξήσουν τη συχνότητα και την ποιότητα των ευχάριστων δραστηριοτήτων, καθώς έχει βρεθεί ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς σημειώνουν χαμηλά ποσοστά ευχάριστων δραστηριοτήτων (Davidson & Rieckmann & Lesperance, 2004).

3.2 Απόσβεση και κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Skinner (1953), ο οποίος είναι από τους πρώτους συμπεριφοριστές που ασχολήθηκε με την κατάθλιψη, αυτή είναι αποτέλεσμα της εξασθένισης της μη καταθλιπτικής συμπεριφοράς, η οποία οφείλεται στη διακοπή της εγκαθιδρυμένης αλληλουχίας συμπεριφορών που είχαν θετικά ενισχυθεί από το κοινωνικό περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή, σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας απόσβεσης, υιοθετήθηκε στη συνέχεια και από άλλους θεωρητικούς.

Για παράδειγμα ο Ferster (1973, 1974) υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη οφείλεται στη μείωση της συχνότητας ορισμένων τύπων προσαρμοσμένων αντιδράσεων ή δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να δεχθούν θετική ενίσχυση. Σύμφωνα με τον Fester, το άτομο με κατάθλιψη βρίσκεται σε μια διαδικασία απόσβεσης, όπου δέχεται μειωμένο βαθμό ενίσχυσης. Ακόμη, πιστεύει πως η αποτυχία του καταθλιπτικού να παράγει προσαρμοσμένες συμπεριφορές μπορεί να οφείλεται σε έναν αριθμό παραγόντων που περιλαμβάνουν: α) απότομες περιβαλλοντικές αλλαγές που απαιτούν την εγκαθίδρυση νέων πηγών ενίσχυσης, β) εμπλοκή σε συμπεριφορές που προκαλούν αποστροφή και τιμωρία και που αποκλείουν ευκαιρίες για θετική ενίσχυση, και γ) ανακριβή παρατήρηση του περιβάλλοντος που οδηγεί σε κοινωνικά ακατάλληλη συμπεριφορά και σε χαμηλή συχνότητα θετικής ενίσχυσης. Πρόκειται λοιπόν για ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες, δηλαδή για ατελή ικανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών που θα τύχουν θετικής ενίσχυσης από τους άλλους, γεγονός που περιορίζει ακόμα περισσότερο τη δυνατότητα υπερνίκησης των ήδη μειωμένων θετικών ενισχύσεων που δέχεται το άτομο (Κλεφτάρας, 1998). Το καταθλιπτικό άτομο είναι συνεχώς σε επαγρύπνηση, προσπαθώντας να αποφύγει απωθητικά ερεθίσματα, με σκοπό να αποκλειστούν οι αποκρίσεις που θα παράγουν θετική ενίσχυση (Rehm, 1989).

Ο Fester χρησιμοποίησε την έννοια της αλυσίδας για να εξηγήσει τη γενίκευση της αντίδρασης που ακολουθεί μια μάλλον συγκεκριμένη απώλεια ενίσχυσης. Σύμφωνα

με τον Fester η απώλεια μιας κύριας πηγής ενίσχυσης οδηγεί σε μια μείωση όλων των συμπεριφορών που συνδέονται ή είναι οργανωμένες γύρω από το χαμένο ενισχυτή. Για παράδειγμα, η απώλεια εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε μείωση όλων των συμπεριφορών που συνδέονται με την εργασία. Έτσι, ένα άτομο που έχασε τη δουλειά του μπορεί να έχει δυσκολία να σηκωθεί το πρωί, να βγει με φίλους ή συναδέλφους, να φάει, να προγραμματίσει δραστηριότητες. Εφόσον βεβαίως όλες αυτές οι συμπεριφορές ήταν οργανωμένες γύρω από τη δουλειά, που στην προκειμένη περίπτωση αποτελούσε την κύρια πηγή ενίσχυσης του (Κλεφτάρας, 1998).

3.2.1 Άγχος και κατάθλιψη

Οι Wolpe (1971) και Wolpe Lazarus (1966) επικεντρώνονται στο ρόλο της κλασσικής εξάρτησης και του άγχους. Δεδομένου ότι μερικά ερεθίσματα μπορούν να προκαλέσουν εξαρτημένες συγκινησιακές αντιδράσεις, τα άτομα αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με αυτά τα ερεθίσματα. Όταν μάλιστα τα συγκεκριμένα ερεθίσματα είναι επίσης συνδεδεμένα και με σημαντικές πηγές ενίσχυσης (π.χ. άτομα του αντίθετου φύλου, συνεντεύξεις εργασίας, ανταγωνιστικές αλληλεπιδράσεις), το άτομο είναι τελικά αποκομμένο από σημαντικές πηγές ικανοποίησης. Σύμφωνα με τον Wolpe τα υπερβολικά υψηλά επίπεδα άγχους μπορούν άμεσα να μετατραπούν σε κατάθλιψη. Αυτή η πεποίθηση του Wolpe για τη σχέση κατάθλιψης και άγχους δείχνει να συμφωνεί με σχετικά πρόσφατες έρευνες, όπου φαίνεται η συννοσηρότητα και η σημαντική αλληλεπίδραση των δύο αυτών διαταραχών (Κλεφτάρας, 1998).

3.2.2 Αποτελεσματικότητα ενισχυτών και κατάθλιψη

Ο Costello (1972), διαφοροποιείται κατά κάποιο τρόπο από τον Ferster και κάνει τον διαχωρισμό μεταξύ της μείωσης του αριθμού των ενισχυτών που είναι διαθέσιμοι στο άτομο και της μείωσης της αποτελεσματικότητας των διαθέσιμων ενισχυτών. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, στο περιβάλλον του ατόμου με κατάθλιψη μπορεί να υπάρχουν διαθέσιμοι ενισχυτές και το άτομο μπορεί ακόμη και να είναι ικανό να τους προμηθευτεί, αλλά και για κάποιους λόγους οι ενισχυτές αυτοί να έχουν χάσει τη δύναμη τους.

Σύμφωνα με τον Costello, η απώλεια μιας μόνο πηγής ενισχύσεων δεν μπορεί εύκολα να εξηγήσει τη γενική απώλεια ενδιαφέροντος προς το περιβάλλον, την οποία παρουσιάζει το καταθλιπτικό άτομο. Προτείνει λοιπόν ότι η κατάθλιψη οφείλεται στη διάσπαση μιας αλυσίδας συμπεριφορών, που πιθανότατα οφείλεται στην απώλεια ενός από τους ενισχυτές της αλυσίδας. Ο Costello υποστηρίζει ότι η

αποτελεσματικότητα του ενισχυτή συνδέεται άμεσα με τη λειτουργία του συνόλου των συμπεριφορών της αλυσίδας. Όταν λοιπόν μια αλυσίδα συμπεριφορών διασπάται, υπάρχει μια απώλεια στην αποτελεσματικότητα των ενισχύσεων που συνδέεται και επηρεάζει όλους τους συντελεστές της αλυσίδας. Έτσι, σύμφωνα με τον Costello, η γενική απώλεια ενδιαφέροντος του καταθλιπτικού προς το περιβάλλον είναι μια εκδήλωση της μείωσης της αποτελεσματικότητας των ενισχυτών (Κλεφτάρας, 1998).

3.3 Lewinsohn: Χαμηλό Επίπεδο Ενίσχυσης και Κατάθλιψη

Ο Lewinsohn (1973, 1974, 1975) ανέπτυξε μια θεωρία και μια σειρά ερευνών που επικεντρώνονται στο ρόλο του χαμηλού ποσοστού ενίσχυσης που δέχεται ένα άτομο για μια συγκεκριμένη του συμπεριφορά-αντίδραση. Το χαμηλό αυτό ποσοστό ενίσχυσης θεωρείται ως ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Lewinsohn και τους συνεργάτες του, το χαμηλό ποσοστό θετικής ενίσχυσης που ακολουθεί μια συμπεριφορά-αντίδραση του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της ζωής του και το υψηλό ποσοστό απωθητικών εμπειριών οδηγεί στη δυσφορία και στη μείωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, καταλήγοντας στην κατάθλιψη.

Ο Lewinsohn υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις βασικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε χαμηλό επίπεδο ενίσχυσης:

α) Το έλλειμμα στο ρεπερτόριο συμπεριφορών ή δεξιοτήτων του ατόμου που εμποδίζουν τους ενισχυτές να φτάσουν στο άτομο ή μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να τα βγάζει πέρα όταν έρχεται αντιμέτωπο με απωθητικές εμπειρίες. Για παράδειγμα, άτομα που υποφέρουν από μια κοινωνική απώλεια, όπως αυτά που έχουν χάσει το/τη σύντροφο τους, μπορεί να μην έχουν τις απαραίτητες εκείνες δεξιότητες για να δημιουργήσουν νέες ενισχυτικές τάσεις.

β) Η έλλειψη των κατάλληλων ενισχυτών στο περιβάλλον του ατόμου, που μπορεί να οφείλεται σε αποδυνάμωση, απώλεια ή σε ένα πλεόνασμα απωθητικών εμπειριών. Έτσι, ένα άτομο που λόγω μακράς ανάρρωσης περιορίζεται στο σπίτι μπορεί να βρίσκει λίγα πράγματα ενισχυτικά. Ο θάνατος ή η αναχώρηση ατόμων που είχαν προσφέρει κοινωνική ενίσχυση ή η απώλεια εργασίας μπορούν επίσης να προκαλέσουν μια απώλεια ενισχύσεων στο περιβάλλον του ατόμου.

γ) Η μείωση τέλος, της ικανότητας του ατόμου να αντλεί ικανοποίηση και ευχαρίστηση από θετικές εμπειρίες ή ακόμη η αυξημένη ευαισθησία του στα αρνητικά γεγονότα (Κλεφτάρας, 1998).

Ένα ενδιαφέρον συμπέρασμα που προκύπτει από την ανάλυση του Lewinsohn είναι ότι η διάθεση είναι συνάρτηση της θετικής και αρνητικής ενίσχυσης που λαμβάνεται. Ακόμη, σύμφωνα με την θεωρία του Lewinsohn, η κατάθλιψη γίνεται δυσλειτουργική όταν οι άμεσες ενισχύσεις από τους άλλους χρησιμεύουν για να ενισχύσουν και να διατηρήσουν την καταθλιπτική συμπεριφορά αντί να προωθήσουν νέες προσπάθειες προσαρμοστικής συμπεριφοράς από την πλευρά του καταθλιπτικού ατόμου (Rehm, 1989).

Οι θεραπευτικές διαδικασίες έχουν ως στόχο τον εντοπισμό πιθανών πηγών ενίσχυσης στο περιβάλλον του ατόμου και την ανάπτυξη στρατηγικών με σκοπό να αυξήσουν την εμφάνιση τους. Σε άλλες περιπτώσεις η θεραπεία αποτελείται από την απομόνωση ελλειμμάτων στην κοινωνική αλληλεπίδραση και από την εκπαίδευση σε θέματα τροποποίησης αυτών των κοινωνικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών (Rehm, 1977).

3.3.1 Κοινωνικές δεξιότητες και κατάθλιψη

Αν και μια σημαντική απώλεια, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια εργασίας προκαλούν μια ολοφάνερη αλλαγή στο δυναμικό ενίσχυσης του περιβάλλοντος, σε πολλές περιπτώσεις η κατάθλιψη φαίνεται να μην έχει εκλυτικό γεγονός. Ο Lewinsohn επικεντρώνεται στο γενικό έλλειμμα στις κοινωνικές δεξιότητες θεωρώντας το μια μερική μόνον εξήγηση αυτού του φαινομένου. Οι καταθλιπτικοί θεωρείται ότι δεν έχουν τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες για να αντλήσουν ικανοποίηση και χαρά από τους άλλους, και έτσι γίνονται ευάλωτοι στις μικρές αυξομειώσεις των εξωτερικών ενισχύσεων. Οι Liber και Lewinsohn (1973) ορίζουν τις κοινωνικές δεξιότητες ως εξής: «… η πολύπλοκη ικανότητα για εκδήλωση συμπεριφορών που ενισχύονται θετικά ή αρνητικά, και για μη εκδήλωση συμπεριφορών που τιμωρούνται ή αποσβένονται από τους άλλους» (Κλεφτάρας, 1998).

Κατά συνέπεια, ένα άτομο θεωρείται ότι έχει κοινωνικές δεξιότητες όταν καταφέρνει αφενός να αποσπά από το κοινωνικό του περιβάλλον θετικές αντιδράσεις και αφετέρου να αποφεύγει τις αρνητικές συνέπειες των πράξεων του. Συμπληρώνοντας τον Lewinsohn, ο Coyne (1976) υποστηρίζει ότι οι καταθλιπτικοί

δημιουργούν ένα αρνητικό κοινωνικό περιβάλλον γύρω τους, όπου είτε η υποστήριξη των άλλων χάνεται είτε οι αντιδράσεις τους είναι διφορούμενες, δηλαδή τόσο υποστηρικτικές όσο και εχθρικές. Σύμφωνα με τον Coyne, όλα ξεκινούν με τα αρχικά καταθλιπτικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο καταθλιπτικός. Τα άτομα του κοινωνικού περίγυρου αντιδρούν συνήθως σε αυτή την περίπτωση με πραγματικό ενδιαφέρον και υποστήριξη. Σταδιακά, οι καταθλιπτικές συμπεριφορές γίνονται απατήσεις που εκδηλώνονται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα. Συνεπώς, η συμπεριφορά του καταθλιπτικού γίνεται απωθητική και προκαλεί συναισθήματα μνησικακίας και θυμού στα άλλα μέλη της οικογένειας. Φυσικά, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι το καταθλιπτικό άτομο σαφώς υποφέρει, γεγονός που, σε συνδυασμό με τα αισθήματα μνησικακίας και θυμού, προκαλεί ένοχές, οι οποίες λειτουργούν ανασταλτικά στην ανοικτή έκφραση της εχθρότητας (Κλεφτάρας, 1998).

Σε έρευνες για τις κοινωνικές δεξιότητες των καταθλιπτικών, οι Lewinsohn, Weinstein και Alper (1970) και οι Libet και Lewinsohn (1973) βρήκαν ότι τα καταθλιπτικά άτομα μιλούν λιγότερο, αρχίζουν μια συζήτηση λιγότερο συχνά, δίνουν επιλεκτικά περισσότερη προσοχή σε κάποια μόνο άτομα μιας ομάδας, απαντούν πιο αργά στους άλλους και ενισχύουν λιγότερο τους άλλους όταν αυτοί μιλούν. Από την άλλη πλευρά ο Coyne (1976) βρήκε ότι παρόλο που οι καταθλιπτικοί δεν παρουσίαζαν αξιοσημείωτες ενδείξεις προβληματικών κοινωνικών συμπεριφορών, εντούτοις στα πλαίσια μιας εικοσάλεπτης τηλεφωνικής συζήτησης κατέληγαν, χωρίς να το θέλουν να απομακρύνουν τους συνομιλητές τους. Το εύρημα αυτό ενισχύεται και από αποτελέσματα άλλων ερευνών (π.χ. Hammen & Peters, 1978, Howes & Hokanson, 1979). Αυτό υποδηλώνει ότι είναι μάλλον το περιεχόμενο της συζήτησης το οποίο είναι υπεύθυνο για την απωθητική επίδραση που έχουν οι καταθλιπτικοί πάνω στους άλλους και όχι οι κοινωνικές τους δεξιότητες (Κλεφτάρας, 1998).

Το περιεχόμενο λοιπόν της συζήτησης των καταθλιπτικών φαίνεται να χαρακτηρίζεται από υπερβολικά πολλές αποκαλύψεις και από πάρα πολλές αυτομομφές. Συνεπώς, φαίνεται ότι ίσως οι καταθλιπτικοί δεν έχουν πρόβλημα στο επίπεδο των κοινωνικών δεξιοτήτων, αλλά ότι μάλλον λόγων των θεμάτων που θέλουν να συζητήσουν βάζουν πιο συχνά τον εαυτό τους σε κοινωνικές περιστάσεις όπου οι περισσότεροι άνθρωποι δεν θα τα κατάφερναν (Κλεφτάρας, 1998).

Οι Coates και Wortman (1980), πρόσφεραν μια παρόμοια διατύπωση της αιτιολογίας της κατάθλιψης, αλλά έδωσαν μεγαλύτερη έμφαση στη διαδικασία κοινωνικής σύγκρισης των καταθλιπτικών ατόμων και στις προσπάθειες που γίνονται

από άλλα άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος για να ελέγξουν άμεσα την καταθλιπτική εμφάνιση απωθητικών συμπτωμάτων. Όπως και στο μοντέλο του Coyne (1976), οι Coates και Wortman πρότειναν ότι οι άλλοι αρχικά αντιδρούν με συμπάθεια στο καταθλιπτικό άτομο και προσπαθούν να βελτιώσουν τα αρνητικά του συναισθήματα, μέσω της ενθάρρυνσης και της απόσπασης προσοχής. Όμως, αυτές οι αρχικές προσπάθειες ελέγχου του καταθλιπτικού ατόμου, ίσως οδηγήσουν το άτομο να νιώσει χειρότερα, αμφισβητώντας την καταλληλότητα των αισθημάτων και των αντιδράσεων του. Με την πάροδο του χρόνου, άλλα άτομα από το κοινωνικό περιβάλλον του καταθλιπτικού αισθάνονται όλο και περισσότερο ενοχλημένα και απογοητευμένα με την εμφάνιση της κατάθλιψης και οι αρχικές τους υποστηρικτικές αντιδράσεις γίνονται περισσότερο αποσπασματικές και ασαφείς. Το άτομο με κατάθλιψη αρχίζει να εκδηλώνει περισσότερα συμπτώματα με σκοπό να ανακτήσει τη χαμένη υποστήριξη και καθώς οι προσπάθειες των άλλων να ελέγξουν τη συμπεριφορά γίνονται περισσότερο εμφανείς και επίμονες, το καταθλιπτικό άτομο βιώνει αισθήματα ανεπάρκειας, απομόνωσης και απόρριψης. Έτσι, και ο Coyne αλλά και οι Coates και Wortman εμπλέκουν τις αρνητικές αντιδράσεις των άλλων στη συντήρηση της κατάθλιψης (Gotlib & Hammen, 1992).

3.3.2 Δραστηριότητες και κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Lewinsohn (1973, 1974, 1975) το σημαντικότερο ρόλο στην κατάθλιψη παίζει το χαμηλό επίπεδο θετικής ενίσχυσης που δέχεται το καταθλιπτικό άτομο για μια συγκεκριμένη του συμπεριφορά. Η έννοια της ενίσχυσης λοιπόν αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα στην κατανόηση της κατάθλιψης. Ο Lewinsohn υποστήριξε πως το ρόλο της ενίσχυσης ουσιαστικά έχουν οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τα ευχάριστα γεγονότα στα οποία εμπλέκεται ένα άτομο και, κυρίως, αυτά που συνδέονται με τη διάθεση (Κλεφτάρας, 1998).

Έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική και αρνητική συνάφεια μεταξύ της καταθλιπτικής διάθεσης και της συχνότητας των ευχάριστων γεγονότων και δραστηριοτήτων στις οποίες εμπλέκεται ένα άτομο. Επιπλέον, η αύξηση των δυσάρεστων γεγονότων και δραστηριοτήτων και κατά συνέπεια η αύξηση της υποκειμενικής δυσφορίας που αυτά προκαλούν, θεωρείται ότι είναι επίσης υπεύθυνη για την καταθλιπτική συμπεριφορά (Κλεφτάρας, 1998).

Με βάση αυτά τα δεδομένα είναι πιθανό ότι η αρνητική διάθεση (κατάθλιψη) μειώνει ενδεχομένως τις συμπεριφορές του ατόμου που θα μπορούσαν να δεχτούν ενίσχυση, όπως επίσης και ότι ίσως υπάρχει μια τρίτη μεταβλητή που συνδέεται και με τις δύο προς μελέτη μεταβλητές (καταθλιπτική διάθεση και ενισχύσεις) και η οποία προκαλεί τις αλλαγές του. Μια τρίτη εξήγηση είναι αυτή του μοντέλου του Lewinsohn, σύμφωνα με την οποία η μείωση των ενισχύσεων είναι αυτή που προκαλεί την κατάθλιψη. Αυτό βέβαια αμφισβητήθηκε από άλλες έρευνες (Κλεφτάρας, 1998).

Έτσι, ο Lewinsohn και οι συνεργάτες του, υποστήριξαν ότι τόσο οι γνωστικές θεωρίες όσο και οι θεωρίες των ενισχύσεων είναι τελικά πολύ απλοϊκές και περιορισμένες για να εξηγήσουν την κατάθλιψη. Οι ερευνητές αυτοί πρότειναν λοιπόν ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο για την αιτιολογία και τη διατήρηση της κατάθλιψης, το οποίο επιχειρεί να λάβει υπόψη την πολυπλοκότητα αυτής της διαταραχής. Η κατάθλιψη σε αυτό το μοντέλο αντιμετωπίζεται ως το αποτέλεσμα τόσο περιβαλλοντικών όσο και προδιαθεσικών παραγόντων (Κλεφτάρας, 1998).

Ενώ λοιπόν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι σημαντικοί γιατί έχουν το ρόλο της «αφορμής» ή του ερεθίσματος που δίνει την ώθηση για την ενεργοποίηση της διαδικασίας που οδηγεί στην κατάθλιψη, οι γνωστικοί παράγοντες, από την άλλη μεριά, έχουν καθοριστικό ρόλο γιατί αποτελούν τους «ρυθμιστές» των επιδράσεων του περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια, οι γνωστικοί παράγοντες είναι το φίλτρο μέσα από το οποίο το άτομο αξιολογεί υποκειμενικά αυτό που του συμβαίνει, πράγμα που καθορίζει βεβαίως και την αντίδραση του. Τέλος, το πολυπαραγοντικό μοντέλο του Lewinsohn αναγνωρίζει την ύπαρξη σταθερών προδιαθεσικών παραγόντων, ιδιαίτερων για κάθε άτομο, που επίσης έχουν ρυθμιστικό ρόλο στον αντίκτυπο των αρνητικών καταστάσεων και, ως εκ τούτου, στον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης που ενδεχομένως θα παρουσιαστεί. Οι παράγοντες αυτοί αντιμετωπίζονται ως σημεία ευαλωτότητας ή ευαισθησίας, όπως αυτοεκτίμηση, φύλο, ιστορικό κατάθλιψης κ.λπ., και θεωρούνται ότι αυξάνουν ή μειώνουν ανάλογα τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998).

3.4 Θεωρίες αυτό-εστίασης (self-focus) και κατάθλιψη

Οι Lewinsohn, Hoberman, Teri και Hautzinger (1985) υποστήριξαν ότι και οι γνωστικές και οι θεωρίες ενίσχυσης της κατάθλιψης, είναι περιορισμένης αντίληψης και απλοϊκές. Πρότειναν ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο αιτιολογίας και συντήρησης

της κατάθλιψης που προσπαθεί να καταγράψει την πολυπλοκότητα της ασθένειας. Σε αυτό το μοντέλο, η ύπαρξη της κατάθλιψης θεωρείται ως προϊόν και περιβαλλοντικών και προδιαθεσικών παραγόντων. Περισσότερο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη γίνεται αντιληπτή ως το τελικό αποτέλεσμα περιβαλλοντικών αλλαγών στη συμπεριφορά. Ενώ οι περιστασιακοί παράγοντες είναι σημαντικοί, ως «έναυσμα» της διαδικασίας γένεσης κατάθλιψης, οι γνωστικοί παράγοντες είναι κρίσιμοι ως «συντονιστές» των επιπτώσεων του περιβάλλοντος (Gotlib & Hammen, 1992).

Η αλυσίδα των γεγονότων που οδηγεί στην ύπαρξη κατάθλιψης, πιθανολογείται ότι ξεκινά με προγενέστερους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι κινούν τη διαδικασία γένεσης κατάθλιψης, διαταράσσοντας σημαντικά προσαρμοστικά συμπεριφορικά πρότυπα. Οι στρεσογόνοι παράγοντες που αφορούν αρνητικά γεγονότα ζωής και καθημερινές δυσκολίες, είναι πιθανόν το καλύτερο παράδειγμα τέτοιων προγενέστερων παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες διαταράσσουν συμπεριφορικά πρότυπα που είναι απαραίτητα για τις καθημερινές αλληλεπιδράσεις των ατόμων με το περιβάλλον. Έτσι, για παράδειγμα, στρεσογόνα γεγονότα ζωής είναι πιθανόν να οδηγούν σε κατάθλιψη, στον βαθμό στον οποίο διαταράσσουν προσωπικές σχέσεις και εργασιακές ευθύνες. Αυτή η αποδιοργάνωση μπορεί από μόνη της να καταλήξει σε μια αρνητική συναισθηματική αντίδραση, η οποία σε συνδυασμό με μια αδυναμία να αντιστραφούν οι επιπτώσεις του άγχους, οδηγεί σε ένα αυξημένο επίπεδο αυτογνωσίας. Αυτή η αυξημένη αυτογνωσία, καθιστά ως προέχων το αίσθημα αποτυχίας του ατόμου να ανταποκριθεί στα εσωτερικά πρότυπα και καταλήγει, ως εκ τούτου, στην αύξηση της δυσφορίας και σε πολλά από τα άλλα γνωστικά, συμπεριφορικά και συναισθηματικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τελικά, αυτά τα αυξημένα συμπτώματα της κατάθλιψης συμβάλλουν στη διατήρηση και στην επιδείνωση της καταθλιπτικής κατάστασης, εν μέρει κάνοντας πιο προσιτές τις αρνητικές πληροφορίες για τον εαυτό και μειώνοντας την ευαισθησία του καταθλιπτικού ατόμου για τους άλλους στο περιβάλλον τους (Gotlib & Hammen, 1992).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το μοντέλο των Lewinsohn et al. (1985) αναγνωρίζει ότι οι σταθερές προδιαθεσικές ατομικές διαφορές ίσως να μετριάζουν την επίδραση των προγενέστερων γεγονότων στην έναρξη του κύκλου που οδηγεί στην κατάθλιψη και στη διατήρηση της κατάθλιψης τη στιγμή που ξεκινάει. Αυτές οι κατασκευές, μπορεί να θεωρηθούν ως ευπάθειες που αυξάνουν την πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης και ως ασυλίες που μειώνουν την πιθανότητα κατάθλιψης. Ο

Lewinsohn και οι συνεργάτες του υποστήριξαν ότι οι παράγοντες ευπάθειας ίσως περιλαμβάνουν το να είσαι γυναίκα, να έχεις ιστορικό προηγούμενης κατάθλιψης και να έχεις χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αντίθετα, παραδείγματα ασυλίας περιλαμβάνουν υψηλή αυτοαντίληψη κοινωνικής επάρκειας, διαθεσιμότητα εμπιστοσύνης και καλές δεξιότητες αντιμετώπισης. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το μοντέλο των Lewinsohn et al. δίνει έμφαση στη λειτουργία μιας σειράς ανατροφοδότησης ανάμεσα σε πολλούς παράγοντες. Η σειρά ανατροφοδότησης επιτρέπει είτε ένα «φαύλο κύκλο» ή έναν «ευνοϊκό κύκλο». Αντιστρέφοντας κάθε ένα από τα στοιχεία του μοντέλου, για παράδειγμα, η κατάθλιψη σταδιακά θα βελτιωθεί (Gotlib & Hammen, 1992).

Οι Pyszczynski και Greenberg (1987) πρότειναν μια θεωρία αυτό-ρυθμιστικού μοτίβου συμπεριφοράς, αντιδραστικής κατάθλιψης, το οποίο επίσης δίνει έμφαση στον κεντρικό ρόλο της αυτοεπίγνωσης ή της εστίασης της προσοχής στον εαυτό, στην έναρξη και στη διατήρηση αυτής της διαταραχής. Αυτή η θεωρία ενσωματώνει πτυχές ψυχαναλυτικών, γνωστικών και συμπεριφορικών θεωριών της κατάθλιψης με το κυβερνητικό μοντέλο αυτό-ρύθμισης των Carver και Scheier (1981). Οι Pyszczynski και Greenberg υποθέτουν μια ακολουθία γεγονότων που ξεκινούν με την απώλεια μια κεντρικής πηγής αυτοεκτίμησης, όπως τη διάλυση μιας σημαντικής διαπροσωπικής σχέσης ή την απώλεια της εργασίας. Η απώλεια πρέπει να αναπαριστά μια κεντρική πηγή συναισθηματικής ασφάλειας, ταυτότητας και αυτοαξίας. Εξαιτίας αυτής της σπουδαιότητας, η απώλεια όχι μόνο υπονομεύει τη σταθερότητα της αυτοεικόνας του ατόμου, αλλά περαιτέρω, οδηγεί σε αύξηση της αυτοεστίασης. Αυτή η αύξηση της αυτοεστίασης καθιστά ακόμα πιο κύρια τη σημασία της απώλειας (Gotlib & Hammen, 1992).

Οι Pyszczynski και Greenberg (1987) υπέθεσαν ότι η αύξηση στην αυτοεστίαση οδηγεί σε μία αύξηση των εσωτερικών αποδόσεων σχετικά με την απώλεια. Αυτή η κλιμάκωση της αυτοκατηγορίας, αυξάνει περαιτέρω την ένταση της αρνητικής επιρροής που βιώνεται από το άτομο και οδηγεί την αυτοεικόνα του ατομου σε μια αρνητική κατεύθυνση. Αυτή η τοποθέτηση της αρνητικής επιρροής και αυτοκριτικής, ίσως επίσης, παρεμβαίνει στην κοινωνική λειτουργία του ατόμου, πράγμα που επιδεινώνει τον αρνητικό κύκλο. Σύμφωνα με τους Pyszczynski και Greenberg, αυτή η παρατεταμένη αύξηση της αυτοεστίασης που ακολουθεί τα αρνητικά γεγονότα, αναπαριστά ένα «καταθλιπτικό στυλ αυτοεστίασης», το οποίο διατηρεί και

επιδεινώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία, με το να μεγεθύνει τις συνέπειες των αρνητικών γεγονότων (Gotlib & Hammen, 1992).

4. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

4.1 Αυτοέλεγχος και κατάθλιψη

Ο Rehm (1977), χρησιμοποίησε ένα μοντέλο αυτοελέγχου για να μελετήσει κλινικά την κατάθλιψη (Deutsch, 1978). Πρότεινε ένα μοντέλο κατάθλιψης το οποίο προσπαθεί να συνθέσει τόσο τις συμπεριφορικές όσο και τις γνωστικές πλευρές αυτής της διαταραχής (Κλεφταρας, 1998). Το μοντέλο του Rehm, όπως και του Kanfer, υποθέτει ότι η συμπεριφορά ελέγχεται εσωτερικά, στις περιπτώσεις όπου δεν προκύπτει εξωτερικός έλεγχος ή είναι σχετικά αδύναμος. Δηλαδή, όταν εξωτερικοί παράγοντες ελέγχου δεν αναγνωρίζονται, τότε λέγεται ότι η συμπεριφορά είναι υπό τον έλεγχο του εσωτερικού περιβάλλοντος, τον αυτοέλεγχο (Deutsch, 1978).

Το μοντέλο αυτοελέγχου του Rehm δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διαταραγμένη και προβληματική λειτουργία ορισμένων διαδικασιών, όπως η αυτοκαταγραφή ή αυτοπαρατήρηση, η αυτοεκτίμηση και η αυτοενίσχυση. Για παράδειγμα, τα καταθλιπτικά άτομα δίνουν επιλεκτικά προσοχή στις αρνητικές πλευρές του εαυτού τους και του κόσμου (Κλεφταρας, 1998).

Ο Rehm επηρεάστηκε από το μοντέλο της αυτορύθμισης του Kanfer (1977), το οποίο αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο ανθρώπινος οργανισμός αναπτύσσει τρόπους και μέσα για τη ρύθμιση της ίδιας του της συμπεριφοράς, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν άμεσες συνέπειες από το περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Kanfer, αυτό γίνεται μέσα από τη μάθηση σε τρία στάδια: α) αυτοκαταγραφή ή αυτοπαρατήρηση, όπου το άτομο παρατηρεί τόσο τη συμπεριφορά του όσο και το περιβάλλον, έτσι ώστε να εκτιμήσει αργότερα τη σπουδαιότητα και την καταλληλότητα τους για την επίτευξη του στόχου του, β) αυτοεκτίμηση ή αυτοαξιολόγηση, όπου η πληροφορία που έχει ληφθεί από την αυτοκαταγραφή του προηγούμενου σταδίου συγκρίνεται με κάποιο εσωτερικό κριτήριο ή μέτρο σύγκρισης σχετικό με την επιθυμητή συμπερφορά, και γ) αυτοενίσχυση, όπου το άτομο μετά τα δύο πρώτα στάδια της αυτοκαταγραφής και της αυτοεκτίμησης κρίνει την καταλληλότητα μιας ενδεχόμενης αυτοενίσχυσης, πράγμα που εξαρτάται από το κατά πόσον η δεδομένη συμπεριφορά πλησιάζει την επιθυμητή (Κλεφτάρας, 1998).

4.1.1 Προβλήματα στη συμπεριφορά αυτοελέγχου

Σύμφωνα με τον Rehm (1977), το μοντέλο του Kanfer μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στη μελέτη της κατάθλιψης. Πρότεινε λοιπόν ένα μοντέλο αυτοελέγχου της κατάθλιψης βασισμένο στα τρία στάδια που περιγράφηκαν προηγουμένως. Ο Rehm

υποστήριξε πως προβλήματα στις διαδικασίες αυτοκαταγραφής ή αυτοπαρατήρησης, αυτοεκτίμησης και αυτοενίσχυσης μπορούν ίσως να εξηγήσουν τα διάφορα συμπτώματα της κατάθλιψης. Υποστήριξε, λοιπόν, ότι η συμπεριφορά του καταθλιπτικού μπορεί να χαρακτηρίζεται από ένα μέχρι και έξι προβλήματα στη συμπεριφορά αυτοελέγχου. Τα προβλήματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

α) Όσον αφορά την αυτοκαταγραφή, τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στα αρνητικά γεγονότα που ακολουθούν τη συμπεριφορά τους, σε σημείο σχετικού αποκλεισμού των θετικών γεγονότων. Αυτό το χαρακτηριστικό της εστίασης των καταθλιπτικών στα αρνητικά γεγονότα μπορεί ίσως να εξηγεί την απαισιοδοξία και τη σκυθρωπή εμφάνιση τους (Κλεφτάρας, 1998). Ο όρος «αρνητικό συμβάν» προορίζεται να περιλαμβάνει ερεθίσματα που είναι απωθητικά και άλλα ερεθίσματα που γίνονται αντιληπτά ως νύξεις αρνητικών ερεθισμάτων. Σε πολύπλοκες εμπειρίες που συμπεριλαμβάνονται και αρνητικά αλλά και θετικά γεγονότα, τα άτομα με κατάθλιψη επιλεκτικά εστιάζουν στα αρνητικά γεγονότα, αγνοώντας τα θετικά. Ο Ferster (1973) υποστήριξε ότι οι καταθλιπτικοί αφιερώνουν δυσανάλογο χρόνο στην αποφυγή απωθητικών γεγονότων και έτσι αυτή η συμπεριφορά αποκλείει τη θετική ενισχυτική συμπεριφορά (Rehm, 1977). Σύμφωνα με έρευνες, οι αρνητικές αντιλήψεις που συμβαίνουν ως απόκριση σε ερεθίσματα, οφείλονται στην επιλεκτική προσοχή. Οι Wener και Rehm (1974) διαπίστωσαν ότι τα καταθλιπτικά άτομα υποτιμούν το ποσοστό της θετικής ανατροφοδότησης που λαμβάνουν. Έτσι, συμπεραίνουμε πως υπάρχει μια σχετική έλλειψη προσοχής στα θετικά γεγονότα (Rehm, 1977).

β) Τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στις άμεσες συνέπειες της συμπεριφοράς τους, σε σημείο σχετικού αποκλεισμού των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων, γεγονός που δεν τους επιτρέπει, όταν κάνουν τις επιλογές τους, να δουν πέρα από τις παρούσες απαιτήσεις (Κλεφτάρας, 1998).

γ) Τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα σε ότι αφορά τη διαδικασία της αυτοεκτίμησης, που φαίνεται να προκύπτει από τη σύγκριση μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης απόδοσης τους (από αυτοκαταγραφή) και του εσωτερικού τους κριτηρίου ή μέτρου σύγκρισης. Οι καταθλιπτικοί, σύμφωνα με τον Rehm, θέτουν μη ρεαλιστικά, τελειοθηρικά και σφαιρικά κριτήρια για τους ίδιους, πράγμα που δεν κάνει πιθανή την ικανοποίηση τους. Συχνά λοιπόν τα άτομα με κατάθλιψη δεν καταφέρνουν να φτάσουν τους στόχους τους και κατ' επέκταση εκτιμούν τους εαυτούς τους αρνητικά και με έναν γενικό και υπεργενικευμένο τρόπο (Κλεφτάρας,

1998). Ένας τέτοιος άνθρωπος είναι αβοήθητος σύμφωνα με τον Seligman και σπάνια υιοθετεί συμπεριφορά αυτοελέγχου, ακόμα και σε ένα απεχθές περιβάλλον (Rehm, 1977).

δ) Ένα άλλο στοιχείο που δημιουργεί πρόβλημα και σχετίζεται και πάλι με την αυτοεκτίμηση είναι ότι οι καταθλιπτικοί φαίνεται να έχουν δυσκολίες στην ακριβή και σωστή απόδοση αιτιών ή ευθυνών για τις επιδόσεις και τα επιτεύγματα τους. Έτσι, όταν η επίδοση τους είναι επιτυχημένη, συχνά την αποδίδουν σε εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι η τύχη. Αντίθετα, τείνουν να αποδίδουν τα αίτια για τις αποτυχημένες προσπάθειες τους σε εσωτερικούς παράγοντες, όπως έλλειψη δεξιοτήτων και προσπάθειας, και παίρνουν όλη την ευθύνη της αποτυχίας τους έστω και αν αυτό δεν ισχύει (Κλεφτάρας, 1998). Έτσι, το άτομο πιστεύει πως ο κόσμος διαθέτει νόμιμες σχέσεις απόδοσης συνεπειών, αλλά το ίδιο είναι ανίκανο ή αναποτελεσματικό (Rehm, 1977).

ε) Όσον αφορά την αυτοενίσχυση, ο Rehm (1977) υποστηρίζει ότι οι καταθλιπτικοί δεν δίνουν οι ίδιοι την απαραίτητη ενίσχυση στους εαυτούς τους για να διατηρήσουν τις καλά προσαρμοσμένες συμπεριφορές τους. Είναι πιθανό ότι αυτό το χαμηλό ποσοστό αυτοενίσχυσης μπορεί να εξηγήσει εν μέρει τα χαμηλά επίπεδα γενικής δραστηριότητας και φανερής συμπεριφοράς, καθώς και την έλλειψη επιμονής που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

στ) Εκτός από την έλλειψη επαρκούς αυτοεκτίμησης, φαίνεται ότι οι καταθλιπτικοί, σύμφωνα με τον Rehm (1977), εφαρμόζουν υπερβολικά αυστηρές τιμωρίες στους ίδιους τους εαυτούς τους (αυτοτιμωρίες), γεγονός που τελικά καταλήγει σε υπερβολική αναστολή (Κλεφτάρας, 1998). Τα καταθλιπτικά άτομα όχι μόνο αυτό-τιμωρούν συχνότερα τον εαυτό τους, αλλά και σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά αυτό-ανταμοιβής σε σχέση με τα μη καταθλιπτικά άτομα (Rehm, 1977).

Η κατάθλιψη μπορεί να εξηγηθεί από την άποψη των έξι ελλειμμάτων στη συμπεριφορά αυτό-ελέγχου: 1) επιλεκτική εστίαση σε αρνητικά γεγονότα, 2) επιλεκτική εστίαση στις άμεσες και όχι στις μακροπρόθεσμες συνέπειες της συμπεριφοράς, 3) αυστηρά κριτήρια αυτό-αξιολόγησης, 4) ανακριβείς αποδόσεις ευθυνών, 5) ανεπαρκής αυτό-ανταμοιβή, 6) υπερβολική αυτό-τιμωρία (Rehm, 1989).

4.1.2 Αιτιολογία

Το μοντέλο αυτοελέγχου παρέχει ένα πλαίσιο για τη μελέτη διαφόρων αιτιολογικών γεγονότων και μηχανισμών στην κατάθλιψη. Δεδομένου ότι η αυτό-ενίσχυση

θεωρείται ότι είναι συμπλήρωμα της εξωτερικής ενίσχυσης, η απώλεια ή η έλλειψη της, μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Η απώλεια της εξωτερικής ενίσχυσης χαρακτηρίζει μια αντιδραστική κατάθλιψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, προσαρμοστικές δεξιότητες αυτοελέγχου, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν για να αναπροσανατολίσουν το άτομο σε εναλλακτικές πηγές ενίσχυσης και συνεπώς να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης με τον καιρό. Οι φτωχές δεξιότητες αυτοελέγχου και συνεπώς η έλλειψη αυτό-ανταμοιβής, θα καταστήσει πιο δύσκολη για κάποιον την αντιμετώπιση της κατάθλιψης φυσιολογικά και θα τον κάνει πιο ευάλωτο στην κατάθλιψη. Ένα άτομο με σοβαρά ελλείμματα αυτοελέγχου, ακόμα και αν βρίσκεται σε ένα ιδιαίτερα ευεργετικό περιβάλλον, θα αντιμετωπίσει χρόνια κατάθλιψη. Αυτά τα άτομα χαρακτηρίζονται από την εξάρτηση τους από τους άλλους και από την ανάγκη για εξωτερική ενίσχυση, κατεύθυνση και διαβεβαίωση.

Διάφορες μεταβλητές που επηρεάζουν τον αυτό-έλεγχο, εμπλέκονται στην αιτιολογία της κατάθλιψης. Ο Marston (1969) απέδειξε ότι η αυτό-ενίσχυση μπορεί να επηρεαστεί άμεσα από ενδεχόμενη εξωτερική ενίσχυση. Οι ιστορίες των καταθλιπτικών ατόμων ίσως αντανακλούν δυσπροσαρμοστικά μοντέλα ή προγράμματα ενίσχυσης. Ο Bandura (1971) τόνισε πως η αυτοτιμωρία μπορεί να ενισχυθεί κάτω από συγκεκριμένα κοινωνικά ενδεχόμενα. Αυτές οι ιστορίες θα μπορούσαν να εξεταστούν στο περιβάλλον και την κοινωνική ιστορία των καταθλιπτικών ατόμων. Ξεχωριστά εξωτερικά γεγονότα, ίσως έχουν πολλαπλές επιδράσεις στη συμπεριφορά αυτοελέγχου. Ένα έντονο, μη ενδεχόμενο απωθητικό γεγονός, μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο να παρακολουθεί τα αρνητικά γεγονότα σε μια προσπάθεια να αποφύγει την επανάληψη και θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια αντίληψη της μη επέμβασης στο περιβάλλον και συνεπώς στην ανικανότητα (Rehm, 1977).

4.2 Επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων και κατάθλιψη

Η επίλυση διαπροσωπικών ή κοινωνικών προβλημάτων είναι μια γνωστική-συμπεριφορική θεωρία που αποτελεί το αντικείμενο μελέτης ενός διαρκώς αυξανόμενου αριθμού ερευνών και που φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την κατάθλιψη. Παρακάτω θα παρουσιαστεί συνοπτικά αυτή η θεωρία. Πρώτοι οι D'Zurilla και Goldfried (1971) πρότειναν ένα μοντέλο επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων. Αυτό το μοντέλο επικεντρώνεται στα προσωπικά ή διαπροσωπικά

προβλήματα που αφορούν το καθημερινό κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, η επίλυση των οποίων γίνεται σε πέντε στάδια:

α) Το «γενικό προσανατολισμό», που αναφέρεται αφενός στην αναγνώριση της ύπαρξης της προβληματικής κατάστασης και αφετέρου στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα προβλήματα αποτελούν ένα φυσιολογικό και αναπόσπαστο μέρος της ζωής και ότι στην πλειοψηφία τους είναι δυνατόν να επιλυθούν.

β) Τον «ορισμό και τη διατύπωση» του προβλήματος, που περιλαμβάνει την ξεκάθαρη περιγραφή του προβλήματος και των συντελεστών του, το διαχωρισμό της σημαντικής από τη μη σημαντική πληροφορία σχετικά με το πρόβλημα, την αναγνώριση των παραγόντων που κάνουν την κατάσταση προβληματική και, τέλος, τη διατύπωση ενός ρεαλιστικού στόχου.

γ) Την «παραγωγή εναλλακτικών λύσεων», η οποία αναφέρεται στην εύρεση όσο το δυνατόν περισσότερων εναλλακτικών λύσεων για το συγκεκριμένο πρόβλημα με σκοπό τη μεγιστοποίηση της πιθανότητας εύρεσης της καλύτερης λύσης μεταξύ αυτών.

δ) Τη «λήψη απόφασης», όπου το άτομο, αφού έχει σκεφτεί όλες τις δυνατές εναλλακτικές λύσεις του προηγούμενου σταδίου, πρέπει να τις αξιολογήσει και να επιλέξει την καλύτερη και πιο αποτελεσματική.

ε) Τέλος, την «εφαρμογή της απόφασης και την επαλήθευση» ή, αλλιώς, την πρακτική εφαρμογή ή εκτέλεση της λύσης που έχει επιλεγεί με σκοπό να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της στην πραγματική ζωή (Κλεφτάρας, 1998).

Ένα παρόμοιο μοντέλο επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων αναπτύχθηκε από την ομάδα των Spivack, Platt και Shure. Σύμφωνα με αυτούς τους συγγραφείς, η ικανότητα κοινωνικής ένταξης και προσαρμογής ενός ατόμου, αλλά και η ψυχική του υγεία είναι στενά συνδεδεμένη με τις γνωστικές του ικανότητες για επίλυση των προβληματικών καταστάσεων της καθημερινής ζωής.

Η πλειοψηφία των ερευνών όσον αφορά την κατάθλιψη, υποστηρίζουν το μοντέλο των Spivack, Platt και Shure. Δείχνουν ότι η κατάθλιψη ενός ατόμου έχει άμεση σχέση με τη μη αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων εκτιμώμενη μέσα από μια σειρά υποθετικών προβληματικών καταστάσεων, όπου το άτομο καλείται να επιλύσει κάποια διαπροσωπικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, τα καταθλιπτικά άτομα σε σχέση με τα μη καταθλιπτικά έχουν λιγότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να επιλύουν καινούρια προβλήματα, εκτιμούν ότι προσπαθούν λιγότερο ενεργά και συστηματικά

να βρουν εναλλακτικές μεθόδους και λύσεις σε ένα πρόβλημα και, τέλος, βρίσκουν λιγότερο αποτελεσματική την ικανότητα διατήρησης του αυτοελέγχου τους σε προβληματικές καταστάσεις. Δεδομένης της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και επίλυσης προβλημάτων, οι Nezu και Ronan (1985, 1988) όπως και οι Rich και Bonner (1987) υποστήριξαν ότι οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων μπορούν ενδεχομένως να μετριάσουν τη σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης. Υπέθεσαν, μάλιστα, ότι η αποτελεσματική ικανότητα επίλυσης προβλημάτων λειτουργεί, προφυλάσσοντας το άτομο από τις εν δυνάμει βλαπτικές επιδράσεις των αρνητικών γεγονότων της ζωής. Επιπλέον, ο Nezu ισχυρίστηκε ότι η επίλυση προβλημάτων μπορεί ίσως να μετριάσει τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αρνητικού στυλ απόδοσης αιτιών (Κλεφτάρας, 1998).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Nezu (1987), η κατάθλιψη μπορεί να προέλθει από προβλήματα ή αδυναμίες σε οποιοδήποτε από τα πέντε βασικά στάδια της επίλυσης προβλημάτων, δηλαδή στο γενικό προσανατολισμό, στον ορισμό και τη διατύπωση του προβλήματος, στην παραγωγή εναλλακτικών λύσεων, στη λήψη απόφασης και τέλος στην εφαρμογή της απόφασης και την επαλήθευση. Ανεξάρτητα πάντως από το σημείο στο οποίο εμφανίζεται το πρόβλημα, η κατάθλιψη εμφανίζεται όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με δύσκολες καταστάσεις. Η αδυναμία επίλυσης αυτών των καταστάσεων κάνει τη σοβαρότητα και τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου μεγαλύτερη. Αν λάβουμε υπόψη και το γεγονός ότι και άλλα επερχόμενα προβλήματα δεν θα επιλυθούν για τον ίδιο λόγο, γίνεται φανερό ότι η πιθανότητα υποτροπής αυξάνεται κατακόρυφα (Κλεφτάρας, 1998).

4.3 Θεωρία της μαθημένης ανικανότητας

Η θεωρία της μαθημένης ανικανότητας αναπτύχθηκε από τον Seligman (1975) και στηρίζεται στο συλλογισμό ότι η παθητικότητα ενός ατόμου και η αίσθηση ότι δεν είναι ικανό να δράσει και να ελέγξει τη ζωή του δημιουργούνται μέσα από δυσάρεστες και τραυματικές εμπειρίες, τις οποίες το άτομο προσπάθησε ανεπιτυχώς να ελέγξει. Αυτή η παθητικότητα και η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου της προσωπικής ζωής θεωρούνται υπεύθυνες και ικανές να οδηγήσουν ένα άτομο στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Ο Seligman (1975) υποστήριξε πως η έκθεση σε μη ελεγχόμενο στρες προάγει τη βάση στα ζώα και τους ανθρώπους, για να μάθουν ότι το στρες είναι μη ελεγχόμενο

(ανικανότητα), και αυτή η μάθηση περιλαμβάνει έναν αριθμό εξουθενωτικών συνεπειών, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης (Willner, 1994).

Αρχικά, η θεωρία της μαθημένης ανικανότητας διατυπώθηκε για να εξηγήσει τη συμπεριφορά σκύλων που είχαν δεχτεί σειρά από ηλεκτροσόκ, τα οποία δεν μπορούσαν να αποφύγουν. Σχετικά γρήγορα μετά τη χορήγηση των πρώτων ηλεκτροσόκ, οι σκύλοι αυτοί σταματούσαν να τρέχουν γύρω-γύρω προσπαθώντας να ξεφύγουν και δέχονταν παθητικά τα οδυνηρά ηλεκτροσόκ. Όταν, σε δεύτερη φάση, τα ίδια σκυλιά δέχονταν και πάλι ηλεκτροσόκ, τα οποία όμως αυτή τη φορά θα μπορούσαν να αποφύγουν, φάνηκε ότι δεν εκδήλωναν συμπεριφορά αποφυγής το ίδιο εύκολα και αποτελεσματικά όπως οι σκύλοι της ομάδας ελέγχου.

Με βάση αυτά τα δεδομένα ο Seligman υποστήριξε ότι τα ζώα μπορούν να αναπτύξουν αυτό που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε αίσθημα ανικανότητας ή έλλειψης βοήθειας όταν έχουν να αντιμετωπίσουν ερεθίσματα που απεχθάνονται και δεν μπορούν να ελέγξουν. Βεβαίως, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον ότι αυτό το αίσθημα ανικανότητας τείνει να γενικεύεται και να επηρεάζει σοβαρά και αρνητικά την απόδοση τους και σε στρεσογόνες καταστάσεις που θα μπορούσαν να ελεγχθούν. Φαίνεται λοιπόν ότι τα ζώα στην προκειμένη περίπτωση χάνουν την ικανότητα αλλά και τα κίνητρα να μάθουν να αντιδρούν με έναν αποτελεσματικό τρόπο στα επώδυνα ερεθίσματα.

Ο Seligman, μετά από περαιτέρω έρευνα στο χώρο της μαθημένης ανικανότητας, τόσο σε ζώα όσο και σε ανθρώπους, παρατήρησε ότι αυτό το φαινόμενο μοιάζει πολύ με την κατάθλιψη σε ό,τι αφορά τα συμπτώματα, την πιθανή αιτιολογία και την αντιμετώπιση. Έτσι, για παράδειγμα, όπως και πολλά άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, τα ζώα με μαθημένη ανικανότητα παρέμεναν παθητικά όταν αντιμετώπιζαν στρεσογόνες καταστάσεις και δεν κατάφερναν να βάζουν σε εφαρμογή κάποιες ενέργειες που θα μπορούσαν ίσως να βοηθήσουν (Κλεφτάρας, 1998). Η μαθημένη ανικανότητα διαθέτει τις παρακάτω ιδιότητες που παραλληλίζονται με τα συμπτώματα της κατάθλιψης: 1) μειωμένη έναρξη απόκρισης (παθητικότητα), 2) αρνητικό γνωστικό σύνολο (πεποίθηση ότι οι ενέργειες κάποιου είναι καταδικασμένες σε αποτυχία), 3) διάχυση με την πάροδο του χρόνου, 4) έλλειψη επιθετικότητας, 5) απώλεια της λίμπιντο και της όρεξης, 6) μείωση της νορεπινεφρίνης και της χολινεργικής δραστηριότητας. Η γνωστική λειτουργία κατέχει μια κεντρική θέση σε αυτό το μοντέλο (Rehm, 1977).

4.3.1 Απόδοση αιτιών και μαθημένη ανικανότητα

Οι Abramson, Seligman και Teasdale (1978), προχώρησαν στην αναθεώρηση του αρχικού μοντέλου της μαθημένης ανικανότητας. Υποστήριξαν, ότι η απλή έκθεση σε μη ελεγχόμενα ερεθίσματα και καταστάσεις είναι ανεπαρκής για να δημιουργήσει δυσλειτουργίες σε γνωστικό και συγκινησιακό επίπεδο, όπως επίσης και σε επίπεδο κινήτρων. Υπέθεσαν ότι ένα άτομο θα πρέπει επίσης να προσδοκά ότι και οι μελλοντικές καταστάσεις θα είναι μη ελεγχόμενες για να προκληθεί η μαθημένη ανικανότητα. Όταν ένα άτομο ανακαλύψει ότι βρίσκεται στην κατάσταση της μαθημένης ανικανότητας, αναρωτιέται γιατί. Η απόδοση αιτιών θα καθορίσει τη γενικότητα και τη διάρκεια των δυσλειτουργιών που οφείλονται στη μαθημένη ανικανότητα, καθώς επίσης και τη μετέπειτα αυτοεκτίμηση του (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με την προσθήκη της απόδοσης αιτιών στο αρχικό μοντέλο, οι Abramson, Seligman και Teasdale (1978), προτείνουν ότι οι αποδόσεις αιτιών ποικίλουν σύμφωνα με τρεις βασικές διαστάσεις:

α) Τα αίτια μιας κατάστασης μπορεί να πιστεύεται ότι είναι εσωτερικά ή εξωτερικά.

β) Τα αίτια μπορεί να αποδίδονται είτε σε σταθερούς είτε σε ασταθείς παράγοντες.

γ) Τα αίτια μπορεί να πιστεύεται ότι είναι σφαιρικά ή συγκεκριμένα.

Η καθεμία από τις παραπάνω τρεις διαστάσεις θεωρείται ότι έχει σχέση με μια συγκεκριμένη πλευρά της καταθλιπτικής εμπειρίας. Έτσι, άτομα που έχουν προδιάθεση για κατάθλιψη αντλούν αυτή την ευαισθησία από την τάση τους να αποδίδουν αφενός τα μη ελεγχόμενα και αρνητικά αποτελέσματα και επιδόσεις σε εσωτερικούς, σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες, και, αφετέρου σε μικρότερο βαθμό, τα θετικά αποτελέσματα σε εξωτερικούς, συγκεκριμένους και ασταθείς παράγοντες (Κλεφτάρας, 1998. Williams & Watts & MacLeod & Mathews, 1988). Η τάση ενός ατόμου για μια συγκεκριμένου τύπου απόδοση αιτιών ονομάζεται «στυλ απόδοσης αιτιών» και θεωρείται ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που έχει τις ρίζες του στην πρώτη παιδική ηλικία. Άτομα με καταθλιπτικό στυλ απόδοσης αιτιών, όταν αντιμετωπίζουν δυσάρεστες, αρνητικές και απωθητικές εμπειρίες και καταστάσεις, αντιδρούν με κατάθλιψη και η αυτοεκτίμηση τους μειώνεται κατά πολύ (Κλεφτάρας, 1998). Η κατάθλιψη προκύπτει από την εμπειρία ανεξέλεγκτων και αποστροφικών εμπειριών. Αυτό που επικρατεί είναι ένα υπεργενικευμένο αίσθημα ανικανότητας, όσον αφορά τον έλεγχο απωθητικών ερεθισμάτων σε καταστάσεις που ο έλεγχος είναι δυνατός. Η ανικανότητα προκύπτει

από την αλληλεπίδραση ενός απωθητικού γεγονότος με ένα αρνητικό στυλ απόδοσης (Rehm, 1989).

4.3.2 Θεωρία της έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας

Οι Abramson, Metalsky και Alloy (1989) αναθεώρησαν για δεύτερη φορά τη θεωρία της μαθημένης ανικανότητας. Η αναθεώρηση αυτή είναι γνωστή ως «Θεωρία της Έλλειψης Ελπίδας ή Απελπισίας» και υποστηρίζει την ύπαρξη ενός τύπου κατάθλιψης που αποκαλείται «κατάθλιψη έλλειψη ελπίδας» και είναι αποτέλεσμα της προσδοκίας ότι θετικά επιθυμητά γεγονότα και πράγματα δεν θα συμβούν και ότι κανενός είδους διαθέσιμη αντίδραση δεν θα αλλάξει την κατάσταση. Στην προκειμένη περίπτωση, η ύπαρξη αρνητικών γεγονότων στη ζωή του ατόμου λειτουργεί ως αφορμή για να αισθανθεί το άτομο απελπισμένο. Τα συμπεράσματα τα οποία εξάγει το άτομο σχετικά με τα αρνητικά γεγονότα αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στην όλη διαδικασία. Τρία είναι τα είδη αυτών των συμπερασμάτων που συμβάλλουν σύμφωνα με τον Abramson και τους συνεργάτες του, στην αίσθηση έλλειψης ελπίδας και οδηγούν στην κατάθλιψη:

α) Το άτομο αποδίδει σημαντικά αρνητικά γεγονότα της ζωής του σε σταθερές και σφαιρικές αιτίες.

β) Το άτομο αντιλαμβάνεται τις αρνητικές συνέπειες ενός γεγονότος ως σημαντικές, μη αναστρέψιμες και με επιρροή σε πολλούς τομείς της ζωής του.

γ) Η σπουδαιότητα των επιδράσεων ενός αρνητικού γεγονότος στα συμπεράσματα που εξάγει το άτομο για χαρακτηριστικά του ίδιου του εαυτού του, όπως αυτοαντίληψη, προσωπική αξία, ικανότητες, προσωπικότητα κ.λπ.

Η αίσθηση της έλλειψης ελπίδας επέρχεται στο βαθμό που το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως μη δυνάμενο να επηρεάσει τα γεγονότα και τις καταστάσεις του περιβάλλοντος του. Και πάλι δηλαδή η αίσθηση του ελέγχου πάνω στο περιβάλλον είναι καθοριστικής σημασίας. Οι Abramson, Metalsky και Alloy (1989), μιλούν και πάλι για «καταθλιπτικό στυλ απόδοσης αιτιών», το οποίο αναφέρεται σε μια γενική τάση ή προδιάθεση μερικών ατόμων να αντιλαμβάνονται τα αρνητικά γεγονότα ως πολύ σημαντικά και να τα αποδίδουν σε σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ένα άτομο δεν θα αναπτύξει κατάθλιψη έλλειψης ελπίδας αν αφενός δεν έχει την προδιάθεση, ή αλλιώς το καταθλιπτικό στυλ απόδοσης αιτιών και αφετέρου δεν έρθει αντιμέτωπο με

στρεσογόνα αρνητικά γεγονότα. Και οι δύο αυτοί παράγοντες θεωρούνται απαραίτητοι για την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998).

Αυτό που είναι ενδιαφέρον στο μοντέλο της έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας είναι ότι μπορεί ως ένα βαθμό να εξηγήσει τη συννοσηρότητα κατάθλιψης και άγχους μέσα από τον ακόλουθο συλλογισμό: ένα από τα χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι η προσδοκία ότι αρνητικά και ανεπιθύμητα γεγονότα θα συμβούν, και η πεποίθηση του ατόμου ότι δεν μπορεί και δεν είναι σε θέση να τα αντιμετωπίσει αποτελεσματικά. Μια τέτοια προσδοκία αδυναμίας και ανικανότητας προκαλεί άγχος. Και όταν η προσδοκία αυτή γίνεται βεβαιότητα, τότε έρχεται στην επιφάνεια ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται τόσο από στοιχεία άγχους όσο και κατάθλιψης. Στη συνέχεια, αν το άτομο πράγματι έρθει σε επαφή με σημαντικά γι' αυτό αρνητικά γεγονότα, αναπτύσσει ένα αίσθημα έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας που όπως είδαμε μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

4.3.3 Αιτιολογική Σχέση μεταξύ Κατάθλιψης και Απόδοσης Αιτιών

Και στις δύο αναθεωρήσεις που έγιναν στην αρχική θεωρία της μαθημένης ανικανότητας, η έννοια της απόδοσης αιτιών είναι ουσιαστικής σημασίας για την κατανόηση της κατάθλιψης. Το στυλ απόδοσης αιτιών θεωρείται σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου και καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί και αντιδρά στα αρνητικά γεγονότα που αντιμετωπίζει. Άτομα που έχουν την τάση να αποδίδουν τα αρνητικά γεγονότα σε εσωτερικές, σταθερές και σφαιρικές αιτίες θεωρούνται ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ως αντίδραση σε ένα στρεσογόνο γεγονός, συγκριτικά με άτομα που αποδίδουν τα αρνητικά γεγονότα σε εξωτερικές, ασταθείς και συγκεκριμένες αιτίες. Εφόσον λοιπόν το καταθλιπτικό στυλ απόδοσης αιτιών θεωρείται σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, θα πρέπει να προηγείται της κατάθλιψης και να συνεχίζει να υπάρχει και μετά το καταθλιπτικό επεισόδιο (Κλεφτάρας, 1998).

4.3.4 Κέντρο ελέγχου και κατάθλιψη

Ο Rotter με βάση τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης ανέπτυξε την έννοια του «κέντρου ελέγχου», η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τη δική του συμπεριφορά. Ο «εσωτερικός έλεγχος» περιγράφει τα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τη δική τους συμπεριφορά, ικανότητες

και δεξιότητες. Αντίθετα, ο «εξωτερικός έλεγχος» αναφέρεται στα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις δεν έχουν σχέση με τους ίδιους, αλλά μάλλον με τον έλεγχο ο οποίος ασκείται από άτομα που κατέχουν εξουσία, από την τύχη κ.λπ. Ένα άτομο που πιστεύει στον εξωτερικό έλεγχο θα έχει πιθανόν την τάση να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του χωρίς προσωπικό έλεγχο και αδύναμο να επιλύσει μια προβληματική κατάσταση. Αυτό το γεγονός μπορεί να του προκαλέσει αισθήματα απαισιοδοξίας και ανικανότητας, καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Η πλειοψηφία των ερευνών δείχνει ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την πεποίθηση για έναν εξωτερικό έλεγχο και ότι ο εσωτερικός έλεγχος αποτελεί, κατά κάποιο τρόπο προστασία ενάντια στην κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι οι έρευνες στο σύνολο τους φαίνεται να συμφωνούν ότι τα άτομα με εσωτερικό έλεγχο ξεπερνούν ευκολότερα, σε σχέση με αυτά που έχουν εξωτερικό έλεγχο, τα ψυχολογικά προβλήματα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, και προσαρμόζονται γρηγορότερα στο περιβάλλον τους (Κλεφτάρας, 1998).

4.4 Η γνωστική θεωρία του Beck για την κατάθλιψη

Η θεωρία του Beck είναι η πιο γνωστικά προσανατολισμένη από τις γνωστικές-συμπεριφορικές θεωρίες της κατάθλιψης και συχνά αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης (Κλεφτάρας,1998). Η γνωστική θεωρία του Beck τονίζει την αρνητικότητα της γνωστικής λειτουργίας και όχι τις αντιλήψεις ελέγχου (Rehm, 1989). Ο Beck ανακάλυψε ότι οι καταθλιπτικοί χαρακτηρίζονται από έναν ιδιαίτερο τρόπο σκέψης: έχουν την τάση να θεωρούν τον εαυτό τους «χαμένο» και συνεχώς «ματαιωμένο», «αποστερημένο» και «εμποδισμένο». Οι προοπτικές τους για το μέλλον είναι συνήθως σκοτεινές και απαισιόδοξες και αισθάνονται σχεδόν ανίκανοι να βελτιώσουν την τύχη τους. Παρατήρησε επίσης ότι οι καταθλιπτικοί εμπλέκονται σε ένα τυπικά σταθερό αρνητικό τρόπο σκέψης όσον αφορά τους εαυτούς τους και το μέλλον τους (Κλεφτάρας,1998).

Ακόμη, ο Beck πραγματοποίησε τη λειτουργική διάκριση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη, όπου το άγχος έχει να κάνει με αντιλήψεις κινδύνου και βλάβης, ενώ η κατάθλιψη έχει να κάνει με αντιλήψεις απώλειας (Rehm, 1989).

Εκτός από τον αρνητικό τρόπο σκέψης, ο Beck διαπίστωσε ότι οι καταθλιπτικοί κάνουν μερικά λάθη λογικού συλλογισμού και συμπέρανε ότι οι αρνητικές σκέψεις και ιδέες που τυπικά χαρακτηρίζουν τον καταθλιπτικό, όπως και η τάση για αρνητική

ερμηνεία των γεγονότων βρίσκονται πιθανόν στη βάση της καταθλιπτικής διάθεσης. Ο Beck είναι ουσιαστικά ο πρώτος που έδωσε έμφαση στην πρωταρχικότητα αυτών των γνωστικών διαδικασιών για την κατανόηση τόσο της αιτιολογίας και της διατήρησης της κατάθλιψης, όσο και των μηχανισμών που εμπλέκονται στη θεραπεία και αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις ο Beck ανέπτυξε μια καινούρια γνωστική θεωρία της κατάθλιψης, σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται ως συνέπεια της διαταραχής στις «σκέψεις» και στις «ιδέες» ενός ατόμου. Με τους όρους «σκέψεις» και «ιδέες», ο Beck (1963) αναφέρεται σε κάθε νοητική δραστηριότητα της οποίας το περιεχόμενο είναι λεκτικό ή αποτελείται από εικόνες. Συνεπώς, η κατάθλιψη δεν θεωρείται μια διαταραχή της διάθεσης, αλλά μάλλον η συνέπεια των αρνητικών, λανθασμένων και παράλογων ερμηνειών της πραγματικότητας και των αντικειμενικών εμπειριών και γεγονότων (Κλεφτάρας,1998).

Ο Beck δίνει έμφαση στις διαταραχές του τρόπου σκέψης που επηρεάζουν τα κίνητρα, καθώς και τις συναισθηματικές, συμπεριφορικές και νευροφυτικές εκδηλώσεις. Για τον Beck (1971) τα συναισθήματα είναι στενά συνδεδεμένα με τις σκέψεις και τις ιδέες ενός ατόμου. Με αυτή την έννοια, η συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ σκέψεων και συναισθημάτων θεωρείται ότι βρίσκεται στη βάση των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ της δυσφορίας και του διαταραγμένου τρόπου σκέψης. Ο Beck (1963, 1964, 1976) αφήνει να εννοηθεί ότι τα συναισθήματα οφείλονται, σε γενικές γραμμές, στη σημασία που αποδίδεται στα γεγονότα και ότι τα συναισθηματικά προβλήματα προκαλούνται από την αλλοιωμένη και μη αντικειμενική σημασία που δίνεται στα γεγονότα. Παρ’ όλα αυτά υποστήριξε ότι το γνωστικό μοντέλο που έχει αναπτύξει δεν θεωρεί δεδομένη ούτε απαραίτητη την ύπαρξη μιας σχέσης αιτίας-αιτιατού μεταξύ της κατάθλιψης και των γνωστικών διαταραχών, οι οποίες δεν αντιπροσωπεύουν τελικά παρά έναν μόνο από τους συντελεστές του καταθλιπτικού συνδρόμου (Κλεφτάρας,1998).

Σύμφωνα με τη βασική θέση του Beck, η συναισθηματική αντίδραση ενός ατόμου καθορίζεται ουσιαστικά από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αυτό δομεί και οργανώνει τις εμπειρίες του. Η διαφορά μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού βρίσκεται στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πραγματικότητα. Οι καταθλιπτικοί για παράδειγμα αντιλαμβάνονται τα γεγονότα με έναν τρόπο λανθασμένο και μη ρεαλιστικό (Κλεφτάρας,1998). Τα καταθλιπτικά

άτομα επίσης, θεωρείται ότι στρεβλώνουν την εικόνα για τον εαυτού τους, για τον κόσμο και για το μέλλον, συστηματικά και αρνητικά (Giles & Shaw, 1987).

Κατά την άποψη του Beck (1987), οι ψυχολογικές δυσκολίες οφείλονται σε αυτόματες σκέψεις, διεσλειτουργικές υποθέσεις και αρνητικές δηλώσεις για τον εαυτό μας (Pervin & John, 2001). Η θεωρία του για την κατάθλιψη επικεντρώνεται σε τρεις αλληλένδετες πλευρές του τρόπου σκέψης των καταθλιπτικών ατόμων: τη «γνωστική τριάδα», τα «γνωστικά σχήματα ή πεποιθήσεις» και τις «γνωστικές παραποιήσεις ή λανθασμένη πρόσληψη/επεξεργασία πληροφοριών» (Κλεφτάρας, 1998).

4.4.1 Η γνωστική τριάδα της κατάθλιψης

Η γνωστική υπόθεση του Beck για την κατάθλιψη τονίζει ότι το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη συστηματικά εκτιμά με λαθεμένο τρόπο τρέχουσες και προηγούμενες εμπειρίες και φτάνει να θεωρεί τον εαυτό του αποτυχημένο, τον κόσμο απογοητευτικό και το μέλλον ζοφερό. Αυτές οι τρεις αρνητικές θεωρήσεις είναι γνωστές ως γνωστική τριάδα και περιλαμβάνουν αρνητικές απόψεις του ατόμου για τον εαυτό του, όπως «Είμαι ανεπαρκής, ανεπιθύμητος, ανάξιος», αρνητικές απόψεις για τον κόσμο όπως «Ο κόσμος έχει πάρα πολλές απαιτήσεις από μένα και η ζωή είναι μια διαρκής ήττα» και αρνητικές απόψεις για το μέλλον όπως «Η ζωή θα έχει πάντα τα βάσανα και τις στερήσεις που ζω τώρα». Πέρα από αυτό, το άτομο που έχει κατάθλιψη είναι επιρρεπές σε εσφαλμένη επεξεργασία των πληροφοριών, όπως η μεγαλοποίηση των καθημερινών δυσκολιών τις οποίες βλέπει σαν καταστροφές και η υπεργενίκευση από μια μεμονωμένη περίπτωση απόρριψης στην πεποίθηση ότι «Κανείς δεν με συμπαθεί». Αυτά είναι τα προβλήματα της σκέψης, τα αρνητικά σχήματα και γνωστικά λάθη τα οποία προκαλούν την κατάθλιψη (Pervin & John, 2001).

Η γνωστική τριάδα συνεπώς αναφέρεται σε τρεις βασικούς τύπους σκέψεων και ιδεών όπου το καταθλιπτικό άτομο εκδηλώνει μια αρνητική θεώρηση για: α) τον εαυτό του, β) τον κόσμο, την τρέχουσα κατάσταση και τις εμπειρίες του, και γ) το μέλλον του. Σύμφωνα με τον Beck η γνωστική τριάδα είναι υπεύθυνη για πολλά από τα χαρακτηριστικά καταθλιπτικά συμπτώματα, μέσα στα οποία συμπεριλαμβάνονται και οι ανεπάρκειες σε επίπεδο κινήτρων, όπως και σε επίπεδο συναισθηματικής, συμπεριφορικής και οργανικής λειτουργικότητας.

Όσον αφορά την πρώτη φάση και την αρνητική θεώρηση του εαυτού, ο καταθλιπτικός αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανεπαρκή, ανάξιο και ελλειμματικό και τείνει να αποδίδει τις δυσάρεστες εμπειρίες σε νοητικά, σωματικά, κοινωνικά και ηθικά μειονεκτήματα και αδυναμίες του.

Στο δεύτερο σκέλος της γνωστικής τριάδας, δηλαδή την αρνητική θεώρηση του κόσμου και της τρέχουσας κατάστασης, ο καταθλιπτικός έχει την τάση να βλέπει έναν κόσμο που έχει υπερβολικές απαιτήσεις από αυτόν, που στερείται χαράς και ικανοποίησης, και που παρουσιάζει ανυπέρβλητα εμπόδια στην πραγματοποίηση των στόχων και των φιλοδοξιών του. Αντιλαμβάνεται με αρνητικό τρόπο την τρέχουσα κατάσταση και τις εμπειρίες του και ερμηνεύει τις αλληλεπιδράσεις του με το περιβάλλον ως αποτυχημένες.

Τέλος, το τρίτο μέρος της γνωστικής τριάδας αφορά την αρνητική θεώρηση του μέλλοντος, καθώς ο καταθλιπτικός περιμένει ότι οι δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτή τη στιγμή θα παραμείνουν και θα είναι κατά κάποιον τρόπο τα ίδια για πάντα. Αναφερόμενος στο μέλλον βλέπει μια ζωή ατέλειωτων δυσκολιών, στερήσεων και ματαιώσεων και περιμένει την αποτυχία (Κλεφτάρας, 1998).

4.4.2 Γνωστικά σχήματα

Σύμφωνα με τον Beck (1967) και τους Wright και Beck (1983), οι καταθλιπτικές εκδηλώσεις θεωρούνται ότι αποτελούν κατά κύριο λόγο συνέπειες λανθασμένων και ακατάλληλων γνωστικών σχημάτων. Μέσα από την έννοια των γνωστικών σχημάτων, και κυρίως του αρνητικού σχήματος εαυτού, ο Beck προσπαθεί να εξηγήσει γιατί τα καταθλιπτικά άτομα επιμένουν να έχουν αρνητικές στάσεις απέναντι στον ίδιο τους τον εαυτό, παρά το γεγονός ότι όλα δείχνουν το αντίθετο (Κλεφτάρας, 1998).

Ο Beck (1964) ορίζει το γνωστικό σχήμα ως μια σταθερή δομή που χρησιμοποιείται για την επιλογή, κωδικοποίηση και αξιολόγηση των πολυάριθμων ερεθισμάτων με τα οποία ένα άτομο έρχεται συνεχώς αντιμέτωπο. Στα πλαίσια της κατάθλιψης, τα σχήματα θεωρείται ότι παίζουν έναν αιτιολογικό ρόλο, επηρεάζοντας την επιλογή, την κωδικοποίηση, την οργάνωση και την αξιολόγηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, με αρνητικό όμως και απαισιόδοξο τρόπο. Αυτό οδηγεί με τη σειρά του στο καταθλιπτικό συναίσθημα. Ο Beck (1967) υπέθεσε ότι τα αρνητικά γνωστικά σχήματα που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη αναπτύσσονται μέσω αρνητικών εμπειριών και βιωμάτων της πρώτης παιδικής ηλικίας. Λόγω αυτών των βιωμάτων, το άτομο αναπτύσσει κάποιες αρνητικές στάσεις σε σχέση με τον εαυτό του, τον έξω

κόσμο και το μέλλον του. Αυτές οι στάσεις αντιπροσωπεύουν σταθερές γνωστικές δομές, τα γνωστικά σχήματα. Τα μη λειτουργικά και ανεπαρκή γνωστικά σχήματα θεωρούνται ότι αποτελούν συμπεράσματα για τις σχέσεις αιτίας- αιτιατού, στα οποία κατέληξε το καταθλιπτικό άτομο με βάση λανθασμένες πληροφορίες ή ατελή επαλήθευση (Κλεφτάρας, 1998).

Τα σχήματα αυτά συνεχίζουν να υπάρχουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και λειτουργούν ως παράγοντες ευαλωτότητας ή προδιάθεσης για κατάθλιψη. Επανενεργοποιούνται όταν το άτομο εκτεθεί στο κατάλληλο στρεσογόνο ερέθισμα. Κάθε φορά δηλαδή που ένα άτομο αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση ή ένα ιδιαίτερο γεγονός, ένα γνωστικό σχήμα συνδεδεμένο με αυτή την περίπτωση ή το γεγονός, μπαίνει σε λειτουργία. Τα επανενεργοποιημένα σχήματα παίρνουν τη μορφή υπερβολικά άκαμπτων και απρόσφορων πεποιθήσεων και στάσεων, που αφορούν το ίδιο το άτομο και τον κόσμο, καθώς και τη μορφή μη ρεαλιστικών και συχνά τελειοκρατικών κριτηρίων μέσα από τα οποία γίνεται η εκτίμηση του ίδιου του εαυτού. Τα αρνητικά αυτά σχήματα υποτίθεται ότι επηρεάζουν την αντίληψη και την οργάνωση των εμπειριών, και οι καταθλιπτικοί τα χρησιμοποιούν στην προσπάθεια τους να ερμηνεύσουν τις πληροφορίες που δέχονται από το περιβάλλον, έτσι ώστε αυτές να συμφωνούν με τα σχήματα, έστω και αν αυτό σημαίνει αλλοίωση των πληροφοριών προκειμένου να επιτευχθεί αυτή η συμφωνία. Έτσι, θετικά ερεθίσματα μπορεί επιλεκτικά να αποκλειστούν και αρνητικές ή ουδέτερες πληροφορίες να γίνουν αντιληπτές ως πιο αρνητικές απ' ότι πράγματι είναι. Τα αρνητικά σχήματα λοιπόν θεωρούνται ότι παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στο να προδιαθέτουν ένα άτομο για κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

4.4.3 Γνωστικές παραποιήσεις- λανθασμένη πρόσληψη/ επεξεργασία πληροφοριών

Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck οι καταθλιπτικοί ερμηνεύουν συστηματικά τις καταστάσεις με αρνητικό τρόπο, ακόμη και αν πιο πιθανές και εύλογες ερμηνείες είναι επίσης διαθέσιμες. Ο Beck και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν την ύπαρξη ενός αριθμού γνωστικών λαθών στην ερμηνεία των πληροφοριών που τυπικά κάνουν οι καταθλιπτικοί. Τα πιο σημαντικά από αυτά είναι:

α) Αυθαίρετα συμπεράσματα: διαδικασία εξαγωγής ενός συμπεράσματος με ανεπαρκή ή και ανύπαρκτα στοιχεία, ακόμα και όταν τα διαθέσιμα στοιχεία είναι αντίθετα προς το συμπέρασμα.

β) Επιλεκτική αφαίρεση: επικέντρωση σε μια λεπτομέρεια η οποία αποσπάται από το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται.
γ) Υπεργενίκευση: διαδικασία εξαγωγής ενός γενικού και σφαιρικού συμπεράσματος με βάση ένα μοναδικό και ίσως ασήμαντο συμβάν.
δ) Μεγέθυνση και ελαχιστοποίηση: ανακριβής εκτίμηση της σχετικής σπουδαιότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος.
ε) Προσωποποίηση: τάση του ατόμου να αποδίδει εξωτερικά πράγματα και γεγονότα στον εαυτό του, παρά τα υπάρχοντα στοιχεία που υποστηρίζουν το αντίθετο.
στ) Διχοτομική σκέψη: τάση του ατόμου να σκέπτεται με απόλυτο τρόπο, του τύπου ή όλα ή τίποτα (Κλεφτάρας, 1998).

Οι γνωστικές παραποιήσεις ή λάθη λογικής είναι γνωστά και ως «αυτόματες σκέψεις», και χαρακτηρίζονται από την ταχύτητα τους και από το γεγονός ότι το άτομο δεν μπορεί να τις αποφύγει. Είναι ακούσιες και συνειδητές και φαίνονται λογικές και πιθανές στα μάτια των καταθλιπτικών ατόμων (Κλεφτάρας, 1998).

4.4.4 Έρευνες πάνω στις εσφαλμένες γνωστικές διεργασίες

Πάρα πολλές έρευνες επιχείρησαν να καθορίσουν το ρόλο των εσφαλμένων γνωστικών λειτουργιών στην κατάθλιψη και σε άλλες ψυχολογικές δυσκολίες. Γενικά υποστηρίζεται η παρουσία της γνωστικής τριάδας του Beck καθώς επίσης και άλλων εσφαλμένων γνωστικών λειτουργιών. Ειδικότερα, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη, εκείνα που πάσχουν από κατάθλιψη φαίνεται πως εστιάζουν περισσότερο στον εαυτό τους, καταφεύγουν σε αρνητικές νοητικές κατασκευές και είναι περισσότερο απαισιόδοξα ιδιαίτερα σε σχέση με τον εαυτό τους. Αυτές όμως οι έρευνες δεν διευκρινίζουν αν οι γνωστικές λειτουργίες αυτού του είδους προκαλούν την κατάθλιψη ή, αντίθετα αν αποτελούν μέρος της κατάθλιψης. Επιπλέον, ακόμη και αν παίζουν αιτιακό ρόλο, παραμένει το ερώτημα πώς αναπτύσσονται αυτές οι εσφαλμένες γνωστικές λειτουργίες (Pervin & John, 2001).

4.4.5 Γνωστική θεραπεία

Η γνωστική θεραπεία η οποία περιγράφηκε από τον Beck, εξελίχθηκε μέσα από την εμπειρική του παρατήρηση, περιγραφών των σκέψεων ασθενών με κατάθλιψη, μέσω της λεκτικής τους έκφρασης. Η γνωστική ψυχοθεραπεία παίρνει τη μορφή της βοήθειας προς τους ασθενείς να αποκτήσουν επίγνωση των γνωστικών στρεβλώσεων τους ή των γνωστικών λαθών τους και τις βασικές παραδοχές αυτών των σκέψεων. Ο ασθενής ενθαρρύνεται τότε, να αναζητήσει τα στοιχεία με τα οποία θα υποστηρίξει ή

θα αντικρούσει αυτές τις γνωστικές παραδοχές και θα τροποποιήσει τις παραδοχές που βασίζονται σε μια περισσότερο ισορροπημένη άποψη όλων των διαθέσιμων πληροφοριών. Υπάρχει μια καλά υλοποιημένη θεραπευτική διαδικασία, σχεδιασμένη να αντικαταστήσει τις δυσπροσαρμοστικές γνωστικές διαδικασίες, με περισσότερο προσαρμοστικές. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης έχει μελετηθεί ευρέως και έρευνες έχουν δείξει πως όταν εφαρμόζεται από έμπειρους θεραπευτές είναι εξίσου αποτελεσματική με τη φαρμακοθεραπεία, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Και μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματική από την φαρμακοθεραπεία στην πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων (Davidson & Rieckmann & Lesperance, 2004).

Η γνωστική θεραπεία της κατάθλιψης σχεδιάστηκε για τον εντοπισμό και την διόρθωση των διαστρεβλωμένων νοητικών συλλήψεων και δυσλειτουργικών πεποιθήσεων. Η θεραπεία γενικά αναπτύσσεται σε 15 έως 25 συνεδρίες την εβδομάδα. Σύμφωνα με την περιγραφή της η προσέγγιση έχει να κάνει με πολύ συγκεκριμένες εμπειρίες μάθησης, σχεδιασμένες να διδάξουν τον ασθενή να παρακολουθεί τις αρνητικές, αυτόματες σκέψεις, να αναγνωρίζει πώς αυτές οδηγούν σε προβληματικά συναισθήματα και συμπεριφορές, να εξετάζει τις αποδείξεις υπέρ και κατά αυτών των σκέψεων και να αντικαθιστά αυτές τις προκατειλημμένες γνωστικές λειτουργίες με ερμηνείες περισσότερο προσανατολισμένες προς την πραγματικότητα. Ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να καταλάβει ότι οι ερμηνείες των γεγονότων οδηγούν σε καταθλιπτικά συναισθήματα. Θα μπορούσε λόγου χάρη, να λάβει χώρα ο ακόλουθος διάλογος ανάμεσα στον θεραπευτή (Θ) και τον ασθενή (Α):

Α: Παθαίνω κατάθλιψη όταν κάτι δεν πάει καλά. Όπως όταν αποτυγχάνω σε ένα τεστ.

Θ: Πώς γίνεται να σου δημιουργεί κατάθλιψη η αποτυχία σ’ ένα τεστ;

Α: Να, αν αποτύχω δε θα μπω ποτέ στη Νομική σχολή.

Θ: Επομένως η αποτυχία στο τεστ σημαίνει πολλά για σένα. Αν όμως η αποτυχία σ’ ένα τεστ οδηγούσε τους ανθρώπους σε κλινική κατάθλιψη, δε θα περίμενες να έχουν κατάθλιψη όλοι όσοι απέτυχαν στο τεστ;… Έπαθαν όλοι όσοι απέτυχαν κατάθλιψη τέτοια που να απαιτεί θεραπεία;

Α: Όχι αλλά εξαρτάται από το πόσο σημαντικό ήταν το τεστ για το άτομο.

Θ: Σωστά. Και ποιος το αποφασίζει αυτό;

Α: Εγώ (Pervin & John, 2001).

4.5 Υπόθεση της διαφοροποιημένης ενεργοποίησης

Η «Υπόθεση της Διαφοροποιημένης Ενεργοποίησης» είναι μια θεωρία κατάθλιψης η οποία αναπτύχθηκε από τον Teasdale (1983, 1988). Ο Teasdale παρατήρησε ότι όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους αρνητικά γεγονότα και καταστάσεις, που αναπόφευκτα προκαλούν κάποια ήπια τουλάχιστον και παροδική κατάθλιψη. Από αυτούς όμως μόνο μια μειοψηφία αναπτύσσει κατάθλιψη. Εφόσον λοιπόν όλοι, αργά ή γρήγορα, βιώνουν αυτή την κατάσταση, ο Teasdale πιστεύει ότι κάτι συμβαίνει σε γνωστικό επίπεδο κατά τη διάρκεια των αρχικών καταθλιπτικών φάσεων και μερικοί φθάνουν σε πιο σοβαρά κλινικά επίπεδα κατάθλιψης, ενώ άλλοι καταφέρνουν να αποφύγουν αυτή την κατάσταση. Υποστήριξε λοιπόν ότι είναι λόγω των αρνητικών τύπων ή προτύπων σκέψης που πιθανότατα κάποια άτομα αδυνατούν να ξεφύγουν από την κατάθλιψη. Ως αρνητικοί τύποι και πρότυπα σκέψης στην προκειμένη περίπτωση ορίζονται οι αποθηκευμένες στη μνήμη πεποιθήσεις, σκέψεις και αναμνήσεις που είναι αποτέλεσμα μάθησης κατά την παιδική ηλικία και έχουν ως χαρακτηριστικό τη σύνδεση καταθλιπτικού συναισθήματος και αρνητικών σκέψεων και ιδεών (Κλεφτάρας, 1998).

4.5.1 Καταθλιπτική διάθεση: μηχανισμός ενεργοποίησης δυσλειτουργικών γνωστικών διαδικασιών

Σύμφωνα με την Υπόθεση της Διαφοροποιημένης Ενεργοποίησης, οι τύποι ή πρότυπα σκέψης, που περιγράφτηκαν προηγουμένως, ενεργοποιούνται από την ίδια την καταθλιπτική διάθεση.

Αντίθετα με άλλες θεωρίες, στην Υπόθεση της Διαφοροποιημένης Ενεργοποίησης οι γνωστικές μεταβλητές ενεργοποιούνται από την ίδια την καταθλιπτική κατάσταση, αφού πρώτα αυτή έχει ήδη εγκαθιδρυθεί. Στη συνέχεια, ο αρνητικός τρόπος σκέψης επιδεινώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία και η κατάθλιψη γίνεται πιο σοβαρή, οι γνωστικές διεργασίες και ο τρόπος σκέψης αυτών των ατόμων γίνονται ακόμη πιο αρνητικά και οι δυσμενείς και αρνητικές αναμνήσεις και εμπειρίες ευκολότερα προσιτές. Πρόκειται λοιπόν για μια συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ καταθλιπτικής διάθεσης και δυσλειτουργικών γνωστικών διεργασιών. Είναι φανερό ότι όσο αυτός ο «φαύλος κύκλος» συνεχίζεται, η κατάθλιψη όλο και χειροτερεύει (Κλεφτάρας, 1998).

4.5.2 Ευαισθησία έναρξης και ευαισθησία επιμονής

Η εμφάνιση, αλλά και η διατήρηση του «φαύλου κύκλου», που οδηγεί στην επιδείνωση της κατάθλιψης έχει να κάνει και με μία άλλη σημαντική έννοια της Υπόθεσης της Διαφοροποιημένης Ενεργοποίησης: την έννοια της «ευπάθειας» ή «ευαισθησίας». Σύμφωνα με τον Teasdale, υπάρχουν δύο τύποι ευαισθησίας: η μια αναφέρεται στην έναρξη της κατάθλιψης και η άλλη στην επιμονή της κατάθλιψης. Η ευαισθησία έναρξης έχει σχέση με τους τύπους σκέψης που ενεργοποιούνται στην αρχική καταθλιπτική φάση και καθορίζουν το αν η κατάσταση θα είναι ήπια και παροδική ή αν θα εξελιχθεί σε πιο σοβαρή. Από την άλλη μεριά, η ευαισθησία επιμονής αναφέρεται στους τύπους σκέψης που ενεργοποιούνται σε πιο σοβαρές και προχωρημένες φάσεις κατάθλιψης και καθορίζουν το αν θα υπάρξει ύφεση ή επιμονή και συνέχιση της κατάστασης (Κλεφτάρας, 1998).

4.5.3 Αρχικό εκλυτικό γεγονός και σκέψεις: δυο διαφορετικά πράγματα

Αντίθετα με τις προηγούμενες θεωρίες, στην Υπόθεση της Διαφοροποιημένης Ενεργοποίησης αυτός ο θεαματικός συνδυασμός δεν είναι απαραίτητος για την πρόκληση κατάθλιψης. Όσο επιδεινώνεται η κατάθλιψη ενός ατόμου, τόσο πιο αρνητικός γίνεται και ο τρόπος σκέψης του και τόσο πιο εύκολα ανακαλεί δυσάρεστες και αρνητικές εμπειρίες και αναμνήσεις που έτυχε να συνδέονται με προηγούμενες εμπειρίες κατάθλιψης. Μέσα από αυτό το μηχανισμό ένα άτομο μπορεί να καταλήξει τελικά να έχει δυσάρεστες σκέψεις και αναμνήσεις εντελώς άσχετες με το αρνητικό γεγονός που αρχικά προκάλεσε την παρούσα κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

4.6 Θεωρία του «επιτόπιου νου»

Ο Teasdale και οι συνεργάτες του υποστήριξαν ότι όσον αφορά τις διαταραχές της διάθεσης, και ιδιαίτερα την κατάθλιψη, οι αναλύσεις θα πρέπει να στραφούν προς το επίπεδο του ενιαίου συνόλου των γνωστικών σχημάτων ή μοντέλων πρόσληψης/ επεξεργασίας πληροφοριών, που συνεχίζουν να βρίσκονται σε ενέργεια για μεγάλες χρονικές περιόδους και στα οποία εμπλέκονται πολλαπλά επίπεδα γνωστικών αναπαραστάσεων και αναπαραστάσεων πληροφοριών. Στην προσπάθεια του να κατανοήσει τη σχέση μεταξύ γνωστικών διεργασιών και συγκινήσεων ο Teasdale αναφέρεται μεταφορικά στην έννοια του «επιτόπιου νου». Για την κατανόηση λοιπόν

των διαταραχών της διάθεσης, και ιδιαίτερα της κατάθλιψης, ο Teasdale αναφέρεται σε τρεις βασικές ιδέες:

α) Δεν έχουμε έναν νου, αλλά πολλούς. Κάθε στιγμή, ένας από αυτούς μπορεί να επικρατεί και μπορεί να ιδωθεί ως ο τρέχων επιτόπιος νους.

β) Οι διαταραχές της διάθεσης μπορούν να ιδωθούν ως η εμμονή ενός συγκεκριμένου επιτόπιου νου. Κάτω από κανονικές συνθήκες ένας επιτόπιος νους δίνει τη θέση του σε κάποιον άλλον, καθώς οι περιστάσεις αλλάζουν, με τρόπο τέτοιο που μπορεί να υπάρξουν πολλές εναλλαγές επιτόπιου νου. Αυτό που συμβαίνει στις διαταραχές της διάθεσης είναι ότι ένα άτομο «κολλάει» σε έναν νου. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ σκέψεων/ιδεών και συγκινήσεων παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμμονή ενός τέτοιου νου.

γ) Οι γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες για τις διαταραχές της διάθεσης λειτουργούν με το να βοηθούν ένα άτομο να αντικαταστήσει τον επιτόπιο νου στον οποίο έχει κολλήσει από κάποιον άλλο. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αυτών των θεραπειών εξαρτώνται από την ικανότητα που αποκτά το άτομο να μην κολλάει σε έναν τέτοιο νου στο μέλλον.

Η αλλαγή από έναν επιτόπιου νου σε έναν άλλον γίνεται σχετικά αυτόματα και είναι περισσότερο μια απάντηση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα που δέχτηκε το άτομο, παρά μια ηθελημένη, από πρόθεση, ενέργεια (Κλεφτάρας, 1998).

4.6.1 Βασικά χαρακτηριστικά της θεωρίας του επιτόπιου νου σε σχέση με την κατάθλιψη

Μερικά βασικά χαρακτηριστικά του επιτόπιου νου σε σχέση με την κατάθλιψη είναι τα ακόλουθα:

α) Υπάρχουν δύο γνωστικά υποσυστήματα νοήματος: το ένα χειρίζεται συγκεκριμένα ειδικά νοήματα, ενώ το άλλο έχει να κάνει με ανώτερου επιπέδου νοήματα ή σχηματικά νοητικά μοντέλα εμπειρίας. Αυτά τα μοντέλα αντιπροσωπεύουν επαναλαμβανόμενα συστήματα, θέματα και βασικές συσχετίσεις βγαλμένες από την προσωπική εμπειρία του ατόμου.

β) Η κατάθλιψη προκαλείται από σχηματικά μοντέλα που κωδικοποιούν καταθλιπτογόνα θέματα. Τα ειδικά, συγκεκριμένα νοήματα μόνο έμμεσα συμβάλλουν στην κατάθλιψη μέσω της επιρροής τους σε ανώτερου επιπέδου νοήματα. Επίσης, ο «εσωτερικός λόγος» με τη μορφή των «αρνητικών αυτόματων σκέψεων» και πάλι

έμμεσα μόνον επηρεάζει την κατάθλιψη, μέσα από την επίδραση του στα ειδικά νοήματα που με τη σειρά τους επιδρούν στα ανωτέρου επιπέδου νοήματα.

γ) Το όλο σύστημα λειτουργεί δυναμικά. Η διατήρηση της κατάθλιψης εξαρτάται από τη συνεχή αναπαραγωγή καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων. Αν αυτή η διαδικασία για κάποιο λόγο παρεμποδιστεί, όπως για παράδειγμα μέσα από δραστηριότητες απόσπασης της προσοχής που απασχολούν τις γνωστικές διεργασίες αναπαραγωγής σχηματικών μοντέλων, η κατάθλιψη μειώνεται.

δ) Το όλο σύστημα από μόνο του κινείται προς τη μείωση της κατάθλιψης, μειώνοντας τη διαφορά μεταξύ της πραγματικής και της επιθυμητής κατάστασης πραγμάτων. Οι γνωστικές όμως στρατηγικές που χρησιμοποιεί για αυτό το σκοπό ο καταθλιπτικός επιτόπιος νους είναι δυσλειτουργικές. Τελικά, αντίθετα από τον επιδιωκόμενο σκοπό, οι δυσλειτουργικές αυτές στρατηγικές παράγουν συστήματα αρνητικών ειδικών νοημάτων, που με τη σειρά τους συμβάλλουν στη σύνθεση καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων (Κλεφτάρας, 1998).

4.6.2 Επιτόπιος νους και κατάθλιψη: κάποια ερευνητικά δεδομένα

Όσον αφορά τη μελέτη της κατάθλιψης, ο Teasdale σε συνεργασία με τον Barnard ανέπτυξαν και προσάρμοσαν κατάλληλα το Πλαίσιο των Αλληλεπιδρώντων Γνωστικών Υποσυστημάτων (The Interacting Cognitive Subsystems- ICS-framework), που αρχικά είχε αναπτυχθεί από τον Barnard στα πλαίσια των γνωστικών επιστημών. Οι μελέτες της κατάθλιψης που βασίστηκαν στο Πλαίσιο των Αλληλεπιδρώντων Γνωστικών Υποσυστημάτων (ICS) ενισχύουν ακόμα περισσότερο τους ισχυρισμούς του Teasdale και δείχνουν, για παράδειγμα ότι αυτό που μέχρι τώρα πιστευόταν, ότι δηλαδή η καταθλιπτική διάθεση επιλεκτικά αυξάνει την πρόσβαση σε αρνητικές ερμηνείες ή έννοιες, είναι μάλλον πολύ απλό και δεν λειτουργεί με αυτόν τον τρόπο. Φαίνεται ότι θα πρέπει να επικεντρωθούμε σε ανώτερα επίπεδα αναπαραστάσεων γιατί οι συνέπειες της διάθεσης δεν φαίνεται να επιδρούν στο επίπεδο των ατομικών εννοιών, αλλά σε ένα πιο γενικό επίπεδο αναπαραστάσεων. Σε αυτό το επίπεδο, ανώτερου βαθμού συσχετίσεις μεταξύ συστημάτων οργανώνονται σε σχηματικά νοητικά μοντέλα (Κλεφτάρας, 1998).

Όπως φαίνεται μέσα από τις αναλύσεις του ICS, η κατάθλιψη συνδέεται με μια μεταβολή στα σχηματικά αυτά μοντέλα. Στη μελέτη μάλιστα των Teasdale, Taylor, Cooper, Hayhurst και Paykel (1995), όπου μέσω του ICS έγινε σύγκριση μεταξύ μη

καταθλιπτικών και καταθλιπτικών ασθενών που παρουσίασαν βελτίωση ή αντίθετα χειροτέρεψαν μέσα σε μια περίοδο τριών μηνών, φαίνεται καθαρά ότι οι αλλαγές στον τρόπο σκέψης, που παρατηρήθηκαν όταν τα άτομα επανήλθαν στη φυσιολογική τους κατάσταση, δεν ήταν απλώς μια αντανάκλαση ατόμων που διατηρούσαν την ίδια άποψη για τον εαυτό τους σε σχέση με τον κόσμο, συνοδευόμενη από ταυτόχρονη μείωση της πρόσβασης σε αρνητικές έννοιες. Αυτές οι αλλαγές φαίνεται ότι μάλλον αντανακλούν μια ριζική μεταβολή στο νοητικό μοντέλο του «εαυτού σε σχέση με τον κόσμο», σε τέτοιο σημείο που οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν είναι υπερβολικό να μιλήσουμε για άτομα τα οποία πράγματι ζουν σε δυο διαφορετικές εναλλακτικές νοητικές πραγματικότητες, μια που αφορά την καταθλιπτική και μια τη φυσιολογική κατάσταση. Αυτό είναι απόλυτα συμβατό με την ιδέα ότι η καταθλιπτική κατάσταση χαρακτηρίζεται από έναν αρκετά διαφορετικό επιτόπιο νου σε σχέση με αυτόν που επικρατεί σε κατάσταση φυσιολογικής διάθεσης (Κλεφτάρας, 1998).

4.6.3 Εμμονή του καταθλιπτικού επιτόπιου νου

Σύμφωνα με το ICS, η συνεχής σύνθεση καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καταθλιπτικής κατάστασης. Σε μερικές καταστάσεις η ύπαρξη επανειλημμένων γεγονότων απώλειας ή δυσκολιών στο περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενη ανασύνθεση καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων. Πολύ συχνά, όμως, η κατάθλιψη φαίνεται να διατηρείται από πολύ δευτερεύουσας σημασίας αρνητικά γεγονότα, που αν συνέβαιναν σε μη καταθλιπτική κατάσταση δεν θα μπορούσαν να προκαλέσουν αξιοσημείωτη καταθλιπτική αντίδραση. Άλλες πάλι φορές, η κατάθλιψη φαίνεται να διατηρείται όχι τόσο από αρνητικά γεγονότα στο περιβάλλον, όσο από αρνητικές επαναλαμβανόμενες σκέψεις. Σύμφωνα με το ICS, σε όλες αυτές τις καταστάσεις η οποιαδήποτε συμβολή των γεγονότων του περιβάλλοντος στην παραγωγή καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων αυξάνεται και παρατείνεται ουσιαστικά, και ακόμη αντικαθίσταται από γνωστικές διεργασίες που υποστηρίζουν την «εσωτερική διατήρηση της κατάθλιψης» (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με τον Teasdale, τρία είναι τα βασικά στοιχεία που συντελούν στο να «κολλήσει» ένα άτομο σε ένα «καταθλιπτικό επιτόπιο νου»:

α) Το πρώτο αφορά την ανατροφοδότηση, μέσα από την οποία τα σχηματικά μοντέλα που σχετίζονται με την κατάθλιψη παράγουν συστήματα ειδικών νοημάτων που λειτουργούν αναπαράγοντας ακόμη περισσότερα καταθλιπτικά μοντέλα. Στην

προκειμένη περίπτωση τα καταθλιπτογόνα σχηματικά μοντέλα παράγουν αρνητικά ειδικά νοήματα (π.χ. αρνητικές προβλέψεις για το μέλλον, απόδοση αποτυχιών σε προσωπική ανεπάρκεια, αρνητική εκτίμηση διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων, ανάκληση αναμνήσεων σχετικά με παλαιότερες αποτυχίες ή δυσκολίες). Αυτή η κατάσταση συχνά ωθεί το άτομο να θέσει πολύ υψηλούς στόχους που δεν μπορεί ούτε να πραγματοποιήσει αλλά ούτε και να εγκαταλείψει, με αποτέλεσμα την αναπαραγωγή καταθλιπτογόνων μοντέλων παρόμοιων με αυτά από τα οποία τα ίδια προέρχονται.

β) Το δεύτερο στοιχείο που συμβάλλει στην εμμονή του καταθλιπτικού επιτόπιου νου έχει να κάνει με την αισθητηριακή ανατροφοδότηση που προέρχεται από τις οργανικές συνέπειες της κατάθλιψης και που επίσης συμβάλλουν στην αναπαραγωγή καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων. Δηλαδή στην προκειμένη περίπτωση τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, που γίνονται αντιληπτά μέσα από τα αισθητήρια όργανα, συντελούν στη σύνθεση καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων, δεδομένου ότι στο παρελθόν αυτά τα συμπτώματα είχαν συνδυαστεί με την κατάθλιψη και με τη σύνθεση καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων.

γ) Το τρίο στοιχείο που λειτουργεί διατηρώντας τον καταθλιπτικό επιτόπιο νου είναι αυτό που ονομάζεται «γνωστικός ιμπεριαλισμός». Ο «γνωστικός ιμπεριαλισμός» αναφέρεται στην τάση των καταθλιπτογόνων σχηματικών μοντέλων να θέτουν προτεραιότητες στην πρόσληψη/επεξεργασία πληροφοριών, με αποτέλεσμα να προτιμώνται και να διευκολύνονται εκείνες οι πληροφορίες που πιθανότατα θα βοηθήσουν στη διατήρηση της κατάθλιψης. Γεγονός που αποκλείει την πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικές με κάποιον άλλο νου. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι κάποιες γνωστικές δυσλειτουργίες που έχουν παρατηρηθεί πειραματικά φαίνεται να υποστηρίζουν την ύπαρξη αυτού του γνωστικού ιμπεριαλισμού στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

5. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

5.1 Γενικά

Υπάρχουν πολλά επιχειρήματα τα οποία συνηγορούν υπέρ της αναζήτησης βιολογικών αιτιών στις καταθλίψεις. Κατ' αρχήν, ορισμένα είδη κατάθλιψης επέρχονται χωρίς να υπάρχει κάποιος ψυχολογικός ή περιστασιακός παράγοντας, ο οποίος να τα θέτει σε ενέργεια. Ο τακτικός ρυθμός με τον οποίο παρουσιάζονται, ανεξάρτητα από τις περιστάσεις, ορισμένες υποτροπές, δίνει την εντύπωση ότι υπάρχει κάποια εσωτερική βιολογική απορρύθμιση (Loo & Loo, 2000).

Επίσης, τα ίδια τα συμπτώματα περιλαμβάνουν φυσικές μεταβολές: διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία), μεταβολές της όρεξης που οδηγούν στην απώλεια ή στην απόκτηση βάρους, ψυχοκινητικές αλλαγές, κούραση και απώλεια ενέργειας.

Έπειτα, είναι γνωστό πως η κατάθλιψη επηρεάζει οικογένειες (Hammen,1998). Τόσο η κατάθλιψη, όσο και η διπολική διαταραχή σχετίζονται με θετικό οικογενειακό ιστορικό. Περίπου το 10 έως το 20% των γονέων και των αδελφών των καταθλιπτικών και των διπολικών ασθενών υποφέρουν από την ίδια διαταραχή. Επιπλέον, τα υιοθετημένα παιδιά που εμφανίζουν κατάθλιψη έχουν, κατά μέσο όρο, περισσότερους βιολογικούς συγγενείς με κατάθλιψη απ' ό,τι θετούς (Kalat, 2001).

Ένα ακόμη επιχείρημα αποτελεί η ύπαρξη καταθλιπτικών συνδρόμων, παρόμοιων με τις κρίσεις κατάθλιψης της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, κατά τη διάρκεια γενικών ασθενειών, όπως είναι για παράδειγμα, οι ενδοκρινικές ασθένειες ή εκείνες που οφείλονται σε εγκεφαλικά τραύματα ή εμφανίζονται μετά από φαρμακευτικές αγωγές (αρτηριακή υπέρταση) και προκαλούν κάποιες βιολογικές αλλαγές, οι οποίες πιθανά να βρίσκονται στη βάση της κατάθλιψης (Loo & Loo, 2000).

Η ισχυρότερη ένδειξη που υποστηρίζει ένα βιολογικό αίτιο για την κατάθλιψη, προέρχεται από το γεγονός ότι περίπου το 70% των καταθλιπτικών ατόμων μπορούν να θεραπευτούν με ένα από τα πολλά διαθέσιμα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν στις συνάψεις, ειδικά στις νοραδρενεργικές και σεροτονινεργικές συνάψεις, αυξάνοντας τα επίπεδα των διαθέσιμων νευροδιαβιβαστών σε αυτές. Οι κύριες προβολές των νοραδρενεργικών και σεροτονινεργικών νευρώνων στο μεταιχμιακό σύστημα υποδηλώνουν ότι η δραστηριότητα των μεταιχμιακών περιοχών, συμπεριλαμβανομένου και του προμετωπιαίου φλοιού, εμφανίζεται παθολογική στην κατάθλιψη (Kolb & Whishaw 2009). Τέλος, είναι επίσης γνωστό ότι ορισμένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για

να θεραπεύσουν ιατρικές ασθένειες ίσως προκαλέσουν κατάθλιψη και αυτά τα συγκεκριμένα είδη εγκεφαλικών βλαβών και ασθενειών μπορεί επίσης να προκαλέσουν κατάθλιψη (Hammen,1998).

Όλες αυτές οι εκτιμήσεις υποστηρίζουν τη σημασία της αναγνώρισης της πιθανής βιολογικής προέλευσης της κατάθλιψης και σημαντική έρευνα έχει αφιερωθεί στη μελέτη της κατάθλιψης από μια βιολογική προοπτική (Hammen,1998).

5.2 Γενετική έρευνα στην κατάθλιψη

Η γενετική έρευνα στην κατάθλιψη περιλαμβάνει μελέτες οικογενειών και διδύμων. Σύμφωνα με έρευνες σε οικογένειες ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κατάθλιψη, βρέθηκε ότι τα ποσοστά της κατάθλιψης σε συγγενείς πρώτου βαθμού κυμαίνονται από 7-30%, ποσοστό μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό. Επίσης, κάποιες από τις γενετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ο αριθμός των μελών της οικογένειας που πάσχουν από κατάθλιψη αυξάνεται, μόνο όταν πρόκειται για μια σοβαρής μορφής κατάθλιψη. Επιπλέον, περίπου το 50-80% των παιδιών με καταθλιπτικούς γονείς, θα εμφανίσει μια διαγνώσιμη διαταραχή κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της ενήλικης ζωής. Περίπου το 50% των απογόνων εμφανίζουν κατάθλιψη σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές. Αυτό υποδεικνύει ότι η πρώιμη έναρξη της διαταραχής μπορεί να αποτελέσει ένδειξη της γενετικής μεταβίβασης των δυσλειτουργιών. Τα παιδία σε τέτοιες οικογένειες κληρονομούν όχι μόνο τους βιολογικούς παράγοντες των ψυχικών διαταραχών αλλά και μια ποικιλία ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Hammen,1998).

Οι μελέτες σε διδύμους έδειξαν ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα εμφάνισαν μείζων κατάθλιψη ταυτόχρονα στη διάρκεια της ζωής τους σε ποσοστό 46% και τα διζυγωτικά σε ποσοστό 20% (Hammen,1998).

Σύμφωνα με έρευνες το γονίδιο 5-HTT αποτελεί έναν από τους γενετικούς παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη που έχει μελετηθεί εντατικά. Τα επίπεδα του γονιδίου 5-HTT διαφέρουν έως επτά φορές ανάμεσα στον ανθρώπινο πληθυσμό και αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ύπαρξη λειτουργικών παραλλαγών του γονιδίου 5-HTT, πολλές από τις οποίες συνεχίζουν ακόμη να ανακαλύπτονται. Το γονίδιο 5-HTT ρυθμίζει τη σεροτονίνη. Σύμφωνα με έρευνες οι άνθρωποι με κατάθλιψη συχνά έχουν μειωμένα 5-HTT γονίδια. Υπάρχουν δύο μορφές 5-HTT γονιδίων και ο καθένας έχει δύο 5-HTT γονίδια. Υπάρχει μια μεγάλη μορφή του 5-HTT και μια σύντομη μορφή του 5-HTT. Η έρευνα δείχνει ότι τα άτομα με τα δύο 5-HTT γονίδια, που είναι η μεγάλη μορφή, είναι λιγότερο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη,

ενώ τα άτομα με ένα μικρό και ένα μεγάλο ή δύο σύντομες μορφές, είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη (Sharp & Cowen, 2011).

Έπειτα, οι γενετικοί παράγοντες συχνά θεωρούνται ως «προδιάθεση» σε ένα μοντέλο προδιάθεσης-άγχους. Όσον αφορά την κατάθλιψη, αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι μια γενετική προδιάθεση αλληλεπιδρά με έναν περιβαλλοντικό παράγοντα άγχους, παράγοντας μια καταθλιπτική αντίδραση. Παραδοσιακά, αυτή η μορφή αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος, προτείνει ότι ένας περιβαλλοντικός παράγοντας επηρεάζει τους ανθρώπους με τη γενετική προδιάθεση για μια διαταραχή, διαφορετικά από το πώς επηρεάζει ανθρώπους χωρίς τη γενετική προδιάθεση (Hammen,1998).

5.3 Η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου στην κατάθλιψη

Άτομα που αντιμετωπίζουν βλάβες ή εγκεφαλικά επεισόδια στο πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου έχει παρατηρηθεί συχνά ότι εμφανίζουν κατάθλιψη. Έχει υπολογισθεί ότι το 30-50% των ατόμων που έχουν υποστεί οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσησαν από κατάθλιψη μετά από αυτό. Η ποιότητα της κατάθλιψης είναι δυσδιάκριτη από τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που δεν οφείλονται σε ιατρικά προβλήματα. Η εξέταση της σύνδεσης ανάμεσα στην τοποθεσία του εγκεφαλικού τραύματος και στην εμφάνιση κατάθλιψης, υποστηρίζει ότι οι πρόσθιες περιοχές και η αριστερή πλευρά του εγκεφάλου είναι ιδιαίτερα σημαντικές, ειδικά η αριστερή πρόσθια περιοχή, αλλά και η δεξιά οπίσθια περιοχή των μετωπιαίων λοβών, μπορεί επίσης να είναι σημαντική για την κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό τραύμα. Οι μετωπιαίοι λοβοί ελέγχουν όχι μόνο τις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες, όπως την κρίση και τον προγραμματισμό, αλλά αποτελούν επίσης ένα σημαντικό ρυθμιστικό στοιχείο του μεταιχμιακού συστήματος, το οποίο ελέγχει τις συναισθηματικές διαδικασίες. Σύμφωνα με τους Starkstein και Robinson (1991) οι βλάβες που προκαλούνται από εγκεφαλικό επεισόδιο στις οδούς των βιογενών αμινών, που συνδέουν τις πρόσθιες περιοχές με το μεταιχμιακό σύστημα, ίσως να είναι υπεύθυνες για τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης (Hammen,1998).

Οι ερευνητές έχουν ερευνήσει την πιθανότητα για εγκεφαλικές ανωμαλίες σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Coffey και τους συνεργάτες του (1993), οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν μικρότερο όγκο στον μετωπιαίο λοβό, σε σχέση με μη καταθλιπτικά άτομα (Hammen,1998). Σε μια μελέτη ασθενών με δευτερογενή κατάθλιψη (κατάθλιψη δηλαδή που προήλθε μετά από

κάποια ασθένεια), διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με μείζων κατάθλιψη μετά από κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πλάγια και τρίτη κοιλία στον εγκέφαλο, σε σχέση με ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο, οι οποίοι όμως δεν είχαν κατάθλιψη. Αυτή η έρευνα υποστηρίζει πως οι υποφλοιώδεις ατροφίες από προηγούμενους τραυματισμούς του εγκεφάλου, θα μπορούσαν να προκαλέσουν ευπάθεια στην κατάθλιψη (Chemerinski & Robinson, 2002).

5.4 Υποφλοιώδεις αλλαγές

Νευροαπεικονίσεις των διαρθρωτικών αλλαγών στην κατάθλιψη, έχουν οδηγήσει σε μια σειρά κλινικών-παθολογικών ευρημάτων. Δομικές ανωμαλίες και βλάβες του εγκεφάλου συνδέονται με δυσλειτουργία του μετωπιαίου φλοιού και των βασικών γαγγλίων, όσον αφορά τις διαταραχές της διάθεσης. Επιπλέον ίσως να υπάρχει ένα φαινόμενο πλαγίωσης στην κατάθλιψη, με τη δυσλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου να σχετίζεται με την κατάθλιψη και του δεξιού με τη μανία. Οι μετωπιαίες αλλοιώσεις ή οι αλλοιώσεις των βασικών γαγγλίων θα μπορούσαν να διαταράξουν τη λειτουργία και την απελευθέρωση των νοραδρενεργικών, σεροτονινεργικών και ντοπαμινεργικών προβολών στο φλοιό (Chemerinski & Robinson, 2002).

5.5 Ιοί

Προκαταρτικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι μερικές περιπτώσεις κατάθλιψης μπορεί να συνδέονται με μια ελάχιστα γνωστή ίωση, που ονομάζεται ασθένεια Borna. Στη δεκαετία του 1980, η ασθένεια Borna θεωρείτο μια σπάνια λοίμωξη που προσβάλλει τον εγκέφαλο των ζώων που ζούσαν σε Ευρωπαϊκές φάρμες. Βαθμιαία οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι ο ιός επηρεάζει περισσότερα είδη, σε πολύ ευρύτερη γεωγραφική έκταση. Στις σοβαρότερες περιπτώσεις, ο ιός είναι θανατηφόρος. Στις ηπιότερες περιπτώσεις, χαρακτηρίζεται περισσότερο από τις συμπεριφορικές του επιδράσεις, όπως είναι η εναλλαγή περιόδων μανιώδους δραστηριότητας και περιόδων αδράνειας (Kalat, 2001).

Μια ομάδα ερευνητών έθεσε το ερώτημα κατά πόσον κάθε άνθρωπος θα μπορούσε να είναι φορέας αυτού του ιού. Το 1985 ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα από μια εξέταση αίματος στην οποία υποβλήθηκαν εκατοντάδες άτομα. Μόνο για 12 από αυτά η εξέταση για τον ιό της ασθένειας Borna ήταν θετική, αλλά και τα 12 υπέφεραν από κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Αυτά τα 12 άτομα ήταν ένα μικρό ποσοστό στο σύνολο των 265 καταθλιπτικών ατόμων που εξετάσθηκαν στη μελέτη. Επιπλέον

είναι σημαντικό το γεγονός ότι κανένα από τα 105 μη καταθλιπτικά άτομα δε βρέθηκε θετικό (Kalat, 2001).

Λίγα χρόνια αργότερα οι ιολόγοι βελτίωσαν τις μεθόδους τους για την εκτίμηση της παρουσίας του ιού Borna. Σε μελέτες που έγιναν στις αρχές της δεκαετίας του 1990, εξετάστηκαν εκατοντάδες άτομα σε τρεις ηπείρους, με αποτέλεσμα την εύρεση του ιού Borna περίπου στο 2% των φυσιολογικών ατόμων, στο 30% των σοβαρά καταθλιπτικών και στο 13-14% των ατόμων με ορισμένες χρόνιες εγκεφαλικές διαταραχές. Προφανώς απαιτείται περισσότερη έρευνα, αλλά αυτά τα στοιχεία δείχνουν κάποια σχέση ανάμεσα στον ιό αυτό και την κατάθλιψη (Kalat, 2001).

5.6 Δυσλειτουργίες στην ημισφαιρική επικράτηση

Ο ρυθμός μεταβολισμού της γλυκόζης, ένας αξιόπιστος δείκτης της συνολικής εγκεφαλικής δραστηριότητας, μεταβάλλεται σε συνάρτηση με τη μανία και την κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου, η δραστηριότητα είναι υψηλότερη από το φυσιολογικό. Κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, είναι χαμηλότερη από το φυσιολογικό, ειδικότερα στον αριστερό μετωπιαίο λοβό και σε τμήματα των κροταφικών και των βρεγματικών λοβών (Kalat, 2001).

Διάφορα άλλα δεδομένα υποδεικνύουν πως οι περισσότεροι πάσχοντες από κατάθλιψη έχουν μειωμένη δραστηριότητα στο αριστερό ημισφαίριο, ειδικότερα στον αριστερό μετωπιαίο λοβό. Το ΗΕΓ και άλλες μετρήσεις δείχνουν μεγαλύτερη δραστηριότητα στο δεξιό ημισφαίριο απ’ ό,τι στο αριστερό. Όταν αντιδρούν σε ένα διεγερτικό ερέθισμα, οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν μικρότερη από τη φυσιολογική αύξηση στην ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος στο αριστερό χέρι. Όταν ασχολούνται με ένα γνωστικό πρόβλημα, τα μάτια τους στρέφονται προς τα αριστερά, όχι προς τα δεξιά, όπως συμβαίνει στους περισσότερους ανθρώπους (Kalat, 2001).

Σύμφωνα με έρευνες, πολλοί άνθρωποι με βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο εκδηλώνουν σοβαρής μορφής κατάθλιψη. Λιγότεροι άνθρωποι με βλάβη στο δεξί ημισφαίριο εκδηλώνουν τη διαταραχή. Ανάλογα με την ακριβή θέση της βλάβης, πολλοί άνθρωποι με βλάβη στο δεξί ημισφαίριο δεν αντιδρούν σε συναισθηματικού περιεχομένου ερεθίσματα και έχουν δυσκολία στο να αποφασίσουν αν δύο πρόσωπα δείχνουν τις ίδιες ή διαφορετικές συναισθηματικές εκφράσεις. Συνολικά, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η βλάβη ή η έλλειψη δραστηριότητας στο αριστερό ημισφαίριο σχετίζονται με την κατάθλιψη (Kalat, 2001).

5.7 Γεγονότα που προκαλούν καταθλιπτικά επεισόδια

Σε πολλά άτομα, η κατάθλιψη εμφανίζεται με τη μορφή επεισοδίων ή κρίσεων. Ένα άτομο μπορεί να έχει φυσιολογικό ή ίσως ελαφρώς καταθλιπτικό συναίσθημα για λίγες εβδομάδες ή μήνες και μετά να εισέλθει σε μια περίοδο σοβαρότερης κατάθλιψης. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, η κατάθλιψη αίρεται και το άτομο αισθάνεται σχεδόν φυσιολογικά, μέχρι να εμφανιστεί το επόμενο καταθλιπτικό επεισόδιο (Kalat, 2001).

Διάφορα γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα γεγονότα αυτά δε χαρακτηρίζονται απαραιτήτως ως «αιτία» της κατάθλιψης: μάλλον αλλάζουν το χρόνο εμφάνισης και την ένταση των καταθλιπτικών επεισοδίων (Kalat, 2001).

Οι ορμονικές αλλαγές είναι ένα παράδειγμα γεγονότος που μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικό επεισόδιο (Kalat, 2001). Είναι πιθανό ότι οι γενετικές ορμόνες εμπλέκονται επίσης στην παθολογία της κατάθλιψης. Φαίνεται ότι ο κίνδυνος για κατάθλιψη είναι ουσιαστικά υψηλότερος στις γυναίκες απ’ ότι στους άνδρες και ότι αυτή η διαφορά ξεκινά στα χρόνια της εφηβείας και ευθύνεται έως την εμμηνόπαυση. Ο κίνδυνος για κατάθλιψη είναι 1.7 φορές μεγαλύτερος για τις γυναίκες, απ’ ότι για τους άνδρες (Fleming & Eisendrath, 2003). Σύμφωνα με έρευνα, από όλες τις γυναίκες που εισήχθησαν σε ένα ψυχιατρείο για κατάθλιψη, το 41% είχε εισαχθεί μια ημέρα πριν την εμμηνόρροια ή κατά την πρώτη ημέρα της εμμηνόρροιας. Παρομοίως ορισμένες περιπτώσεις κατάθλιψης εμφανίζονται συχνά σε γυναίκες αμέσως μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Οι περισσότερες γυναίκες βιώνουν θλίψη για μια ή δύο ημέρες μετά τον τοκετό εξαιτίας του πόνου, της συναισθηματικής αναστάτωσης, της ενόχλησης που προκαλεί η νοσοκομειακή φροντίδα και πιθανότατα λόγω των ορμονικών αλλαγών που προκαλούνται κατά την περίοδο αυτή. Περίπου το 20% των γυναικών βιώνει επιλόχειο κατάθλιψη μέτριας σοβαρότητας μετά από τη γέννηση ενός παιδιού. Περίπου μια γυναίκα στις χίλιες εκδηλώνει σοβαρότερη, μακράς διάρκειας κατάθλιψη. Ωστόσο, μια γυναίκα που εμφανίζει σοβαρή και διαρκή επιλόχειο κατάθλιψη, γενικώς έχει ήδη την προδιάθεση για κατάθλιψη και μπορεί να έχει εκδηλώσει προηγουμένως διάφορα καταθλιπτικά επεισόδια, άσχετα με τη γέννηση του παιδιού.

Οι αλλεργικές αντιδράσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν καταθλιπτικά επεισόδια σε ορισμένους ανθρώπους (Kalat, 2001).

5.8 Νευροδιαβιβαστές και κατάθλιψη

5.8.1 Γενικά δεδομένα πάνω στη χημική εγκεφαλική μεταβίβαση ή νευροδιαβίβαση

Τόσο οι δραστηριότητες, όσο και οι διανοητικές και συναισθηματικές συμπεριφορές, εξαρτώνται από συγκεκριμένα εγκεφαλικά συστήματα, τα οποία είναι δυνατόν, από μορφολογικής απόψεως, να εντοπιστούν και να περιγραφούν. Αυτά τα συστήματα αποτελούνται από ένα σύνολο εγκεφαλικών κυττάρων, τα οποία μεταβιβάζουν το ένα στο άλλο, τη νευρική επήρεια, δηλαδή μια ηλεκτρική εκπόλωση. Πρόκειται για μια δραστηριοποίηση εκείνων των κυττάρων που ευθύνονται για διάφορα είδη συμπεριφοράς και συναισθήματα. Κάθε εγκεφαλική δομή αναλαμβάνει έναν ή πολλούς ρόλους και αποτελείται από πολλές ομάδες κυττάρων. Αυτά τα κύτταρα δεν δένονται ούτε ακουμπούν το ένα πάνω στο άλλο, αλλά χωρίζονται μεταξύ τους από ένα διάστημα που ονομάζεται «σύναψη». Έτσι, η επήρεια, που είναι ένα ηλεκτρικό ρεύμα, δεν μπορεί να διαδοθεί χάριν συνάφειας όπως γίνεται μέσα στο ηλεκτρικό καλώδιο. Ανάμεσα σε δύο νευρικά κύτταρα (που ονομάζονται νευρώνες), η επήρεια διακινείται με τη βοήθεια χημικών ουσιών που επιτρέπουν τη μεσολάβηση ή τη μεταβίβαση μεταξύ τους: αυτές οι ουσίες ονομάζονται λοιπόν νευροδιαβιβαστές. Ο νευροδιαβιβαστής (NT) εγκαταλείπει το προσυναπτικό κύτταρο, όταν η επήρεια φτάσει στην άκρη αυτού του κυττάρου. Ο νευροδιαβιβαστής διασχίζει λοιπόν τη σύναψη και φθάνει, για να πλευρίσει, στο μετασυναπτικό κύτταρο, σ' ένα συγκεκριμένο του σημείο, το οποίο προορίζεται να το δεχτεί: πρόκειται για τον δέκτη του. Αυτή η σύνδεση δημιουργεί πάλι την επήρεια αυτή τη φορά, στο μετασυναπτικό κύτταρο η οποία θα διαδοθεί εκ νέου.

Η νευρική επήρεια είναι, λοιπόν, ανάμεσα σε δυο νευρώνες διαδοχικά: ηλεκτρική, χημική, ηλεκτρική. Στην πραγματικότητα, ο νευροδιαβιβαστής απελευθερώνεται σε μεγάλες ποσότητες, ώστε να μπορέσει να γίνει δεκτός στο σύνολο του από τη μετασυναπτική μεμβράνη.

Μέσα στις εγκεφαλικές ζώνες, οι κύριοι νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι ρυθμίζουν το συναίσθημα και τη διάθεση (τη θυμική λειτουργία), ονομάζονται μονοαμίνες διότι κατέχουν μια μόνο αμίνη (NH_2) μέσα στη χημική τους δομή.

Ουσιαστικά, μέσα στα μέρη του εγκεφάλου στα οποία οφείλεται η συναισθηματική λειτουργία, υπάρχουν δύο νευροδιαβιβαστές:

- η νοραδρεναλίνη (NA), η οποία, επίσης, παίζει κάποιο ρόλο στην κατάσταση του ξυπνήματος, στην προσπάθεια και στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης

- η σεροτονίνη (5HT), η οποία επεμβαίνει στη ρύθμιση του ύπνου, της όρεξης, της επιθετικότητας και της σεξουαλικότητας (Loo & Loo, 2000. Deakin & Crow, 1986).

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι αφού στην κατάθλιψη υπάρχει διαταραχή αυτών των ουσιών, τότε αυτή η ασθένεια θα συνοδεύεται από διαταραχές στην πρωτοβουλία, από κούραση, αρτηριακή υπόταση και διαταραχή του ύπνου, της όρεξης και της σεξουαλικότητας (Loo & Loo, 2000).

5.9 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ανεπάρκεια της χημικής εγκεφαλικής νευροδιαβίβασης

Λογικά, θα μπορούσαμε να φανταστούμε ότι οι ερευνητές αρχικά θα κατανοούσαν τα αίτια μιας ψυχικής διαταραχής και μετά θα ανέπτυσσαν μια θεραπεία για να τα αντιμετωπίσουν. Στην πραγματικότητα, η σειρά είναι σε γενικές γραμμές αντίθετη: Πρώτα οι ερευνητές βρίσκουν ένα φάρμακο ή κάποια άλλη θεραπεία που φαίνεται να βοηθά στην αντιμετώπιση της διαταραχής και μετά συμπεραίνουν ποιο είναι το βαθύτερο αίτιο που πρέπει να υπάρχει. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως πολλά άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα, ανακαλύφθηκαν τυχαία. Αυτές οι θεραπείες οδήγησαν στην κατανόηση των αιτιών της κατάθλιψης, αντί να γίνει αντίστροφο (Kalat, 2001).

Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα εμφανίσθηκαν στο προσκήνιο τη δεκαετία του 1950. Σταδιακά, διάφοροι ερευνητές, ξεχωριστά ο ένας από τον άλλον, παρατήρησαν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αύξαναν τη δραστηριότητα στις κατεχολαμινεργικές συνάψεις του εγκεφάλου. Έτσι, συμπέραναν ότι η κατάθλιψη θα μπορούσε να συσχετισθεί με περιορισμένη διέγερση των ντοπαμινεργικών και των νοραδρενεργικών συνάψεων (Kalat, 2001). Παρατηρήθηκε, ότι τα φάρμακα που αυξάνουν τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στις συνάψεις, αντιστρέφουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Tsiouris, 2005). Η ιδέα ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης οφείλονται στην ανεπάρκεια σεροτονίνης στον εγκέφαλο, μας πηγαίνουν πάνω από 40 χρόνια πίσω, στην ανακάλυψη ότι η πρώτη γενιά αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπλοκάρει τον μεταβολισμό ή την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης ως μέρος της φαρμακολογικής δράσης τους. Από τότε, οι μελέτες σχετικά με τη σχέση σεροτονίνης και κατάθλιψης συνέχισαν να παρέχουν μια πλούσια πηγή ανακαλύψεων, συμπεριλαμβανομένων των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), που αποτελούν σήμερα την πρώτη επιλογή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Sharp & Cowen, 2011).

Τα σημερινά αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανήκουν σε τρεις κύριες κατηγορίες: τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs) και τα «δεύτερης γενιάς» ή «άτυπα» αντικαταθλιπτικά. Τα τρικυκλικά (π.χ. ιμπραμίνη, εμπορικό όνομα Tofranil) λειτουργούν εμποδίζοντας τον προσυναπτικό νευρώνα να επαναπροσλάβει τις κατεχολαμίνες ή τη σεροτονίνη μετά από την απελευθέρωση τους. Έτσι, οι νευροδιαβιβαστές παραμένουν περισσότερο στο συναπτικό χάσμα και συνεχίζουν να διεγείρουν το μετασυναπτικό κύτταρο.

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs) (π.χ. φαιβελζίνη) αναστέλουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση (ΜΑΟ), το οποίο μεταβολίζει τις κατεχολαμίνες και τη σεροτονίνη σε αδρανείς μορφές. Όταν οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης αναστέλλουν τη δράση αυτού του ενζύμου, τα μόρια του νευροδιαβιβαστή που απελευθερώνονται παραμένουν περισσότερο απ’ ό,τι συνήθως στη σύναψη, χωρίς να έχουν αδρανοποιηθεί, επομένως διεγείρουν το μετασυναπτικό κύτταρο περισσότερο απ’ ό,τι συνήθως.

Τα αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς είναι φάρμακα που ασκούν πιο ειδικές επιδράσεις σε έναν μόνο νευροδιαβιβαστή. Για παράδειγμα, η φλουοξετίνη (Ladose) εμποδίζει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης από την προσυναπτική απόληξη. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων είναι λιγότερες και πιο προβλέψιμες από αυτές των τρικυκλικών και των MAOIs, που μπορούν να επηρεάσουν τέσσερις ή περισσότερους νευροδιαβιβαστές (Kalat, 2001).

Παρατηρήσεις από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών οδήγησαν στην ανάπτυξη της θεωρίας των μονοαμινών ή βιογενών αμινών για τη βιολογική ερμηνεία της κατάθλιψης, που καθορίζει ως κύριο αιτιολογικό παράγοντα την ασθενή νευροδιαβίβαση της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Έτσι, όλες οι επικρατούσες φαρμακευτικές θεραπείες της κατάθλιψης με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμινών, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς μονοαμινοξειδάσης, στοχεύουν στην ενίσχυση της μονοαμινεργικής νευροδιαβίβασης, ενώ εμφανίζουν σημαντικά μειονεκτήματα στη χρήση τους, όπως καθυστέρηση στη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες και μεγάλα ποσοστά μη αποκρινόμενων ασθενών (Χατζάκη, 2008).

Τα δεδομένα που συνηγορούν υπέρ της υπόθεσης αυτής προκύπτουν από φαρμακολογικές παρατηρήσεις:

Φάρμακα που παρεμποδίζουν τη μονοαμινική νευροδιαβίβαση προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα το αντιυπερτασικό ρεζερπίνη, που δρα παρεμποδίζοντας την παροχή κατεχολαμινών και σεροτονίνης στη σύναψη. Φάρμακα που δρουν ως ανταγωνιστές των μονοαμινοξειδασών (ΜΑΟ), ενζύμων δηλαδή που είναι υπεύθυνα για το μεταβολισμό και την αδρανοποίηση των μονοαμινών, βελτιώνουν τη διάθεση. Για παράδειγμα, η ιπρονιαζίδη, που χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως υλικό για φωτοβολίδες, βρέθηκε να έχει αντιφυματική δράση, ενώ δευτερευόντως παρατηρήθηκε ότι βελτίωνε τη διάθεση σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Φάρμακα με αντικαταθλιπτική δράση ενισχύουν με κάποιον τρόπο τη μονοαμινεργική νευροδιαβίβαση στο επίπεδο της συναπτικής διαδικασίας, όπως για παράδειγμα η ιμιπραμίνη, που εμποδίζει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης από τους προσυναπτικούς νευρώνες. Η συγκέντρωση των μονοαμινών έχει βρεθεί ελαττωμένη στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) καταθλιπτικών ασθενών και αποκαθίσταται μετά από την αντικαταθλιπτική θεραπεία. Από μεταθανάτιες μελέτες έχει βρεθεί αύξηση της δεσμευτικής ικανότητας των υποδοχέων σεροτονίνης στο φλοιό καταθλιπτικών ασθενών (Χατζάκη, 2008).

Στη θεωρία των βιογενών αμινών βασίζονται όλες οι σύγχρονες φαρμακευτικές θεραπείες της κατάθλιψης που στοχεύουν στην ενίσχυση της δράσης μονοαμινών. Έτσι, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, νορτριπτυλίνη, ιμιπραμίνη, χλωριμιπραμίνη) δρουν ως μη ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμινών, παρεμποδίζοντας τους ειδικούς μεταφορείς στην προσυναπτική μεμβράνη να αποσύρουν τους νευροδιαβιβαστές από τη σύναψη, παρατείνοντας έτσι τη δράση τους. Δεδομένου ότι η αντικαταθλιπτική δράση συνδέεται με αναστολή της επαναπρόσληψης είτε της νορεπινεφρίνης είτε της σεροτονίνης, αναπτύχθηκαν εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs, φλουοξετίνη, παροξετίνη, σερτραλίνη, σιταλοπράμη) και αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs, βενλαφαξίνη, δουλοξετίνη), που είναι φάρμακα περισσότερο ανεκτά, με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και αντενδείξεις από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Τέλος, αναπτύχθηκαν οι μη συναγωνιστικοί αποκλειστές των μονοαμινοξειδασών (MAOs), που παρεμποδίζουν το μεταβολισμό των μονοαμινών καθώς αναστέλλουν τη δράση των MAOs μη αντιστρεπτά (φαινελζίνη, τρανυλκυπρομίνη) ή αντιστρεπτά (μοκλοβεμίδη, μπροφαραμίνη). Όλες οι ουσίες αυτές παρουσιάζουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, που προκύπτουν

ως επί το πλείστον από αλληλεπίδραση με το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα, επιπρόσθετα όμως οι μη εκλεκτικοί αναστολείς ΜΑΟ απαιτούν ιδιαίτερους διατροφικούς περιορισμούς και παρουσιάζουν επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, εξαιτίας της «αντίδρασης τυραμίνης», που μπορεί να οδηγήσει σε υπερτασική κρίση (Χατζάκη, 2008).

Η επιλογή του αντικαταθλιπτικού θα εξαρτηθεί από το προηγούμενο ιστορικό απόκρισης, από τις παρενέργειες και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά στις σοβαρές και μελαγχολικές καταθλίψεις και ότι οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικοί στην άτυπη κατάθλιψη (με συμπτώματα υπερυπνίας, αυξημένης όρεξης για φαγητό και ευαισθησίας στην απόρριψη) (Fleming & Eisendrath, 2003).

Αν και αυτά τα φάρμακα ξεκινούν να επηρεάζουν τις συνάψεις πολύ γρήγορα, η αντικαταθλιπτική δράση τους εμφανίζεται μετά από εβδομάδες. Περίπου το 20% των ασθενών με κατάθλιψη δεν ανταποκρίνονται στα αντικαταθλιπτικά. Συνεπώς, η κατάθλιψη μπορεί να έχει και πολλές άλλες αιτίες, όπως δυσλειτουργία κι άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων ή ακόμα και βλάβη στον εγκέφαλο, π.χ. στους μετωπιαίους λοβούς (Kolb & Whishaw 2009).

Δεν δρουν όλα τα αντικαταθλιπτικά με την ίδια ένταση προκειμένου να ευνοηθεί η συσσώρευση αυτών των δύο νευρομεταβιβαστών μέσα στη σύναψη. Μερικά από αυτά αυξάνουν κυρίως την νοραδρεναλίνη και άλλα τη σεροτονίνη. Αυτή η αποκάλυψη υποδεικνύει δύο βιολογικές κατηγορίες κατάθλιψης ανάλογα με την εν λόγω ανεπάρκεια (ΝΑ ή 5ΗΤ).

Ερευνήθηκε λοιπόν αν μπορεί να αποδειχθεί μια ιδιαίτερη ανεπάρκεια ενός νευροδιαβιβαστή στα καταθλιπτικά άτομα. Το μειονέκτημα είναι πως και οι δύο ουσίες που αναφέρθηκαν είναι πολύ διαδεδομένες στον ανθρώπινο οργανισμό και κυρίως μέσα σε ορισμένα περιφερειακά όργανα. Για παράδειγμα, η νοραδρεναλίνη εκκρίνεται από όλες τις ίνες του συμπαθητικού συστήματος και η σεροτονίνη εκκρίνεται σε μεγάλη ποσότητα από τα κύτταρα του εντέρου. Δεν έχει λοιπόν κανένα νόημα να τις μετρήσει κανείς μέσα από βιολογικά υγρά (αίμα, ούρα, κεφαλοραχητικό υγρό), διότι το ποσοστό τους, προκύπτει από την εγκεφαλική και την περιφερειακή παραγωγή. Αυτό που έχει σημασία στις καταθλίψεις είναι η ποσότητα τους στο επίπεδο του εγκεφάλου.

Αποδείχθηκε (πειραματικά σε ζώα) ότι η καταστροφή αυτών των νευρομεταβιβαστών ούτε ακολουθεί τον ίδιο δρόμο στον εγκέφαλο και στα περιφερειακά όργανα ούτε καταλήγει στις ίδιες ουσίες (καταβολίτες). Αρκεί, λοιπόν, να μετρηθούν στα καταθλιπτικά άτομα εκείνες οι ουσίες, οι οποίες προκύπτουν από την καταστροφή των μεταβιβαστών στο επίπεδο του εγκεφάλου και είναι ικανές να αξιολογήσουν με συγκεκριμένο τρόπο την ανεπάρκεια νευρομεταβιβαστών στο κεντρικό επίπεδο.

Έτσι:

- η νοραδρεναλίνη καταβολίζεται σε μια ουσία, η οποία μετριέται στα ούρα: μεθοξύ-υρδοξύ-φαινύλ-γκλυκόλ ή MHPG.
- η σεροτονίνη καταβολίζεται σε 5 υδροξύ-ινδολασετικό οξύ ή 5HIAA, το οποίο μετριέται μέσα στο κεφαλοραχητικό υγρό (LCR).

Το μέρος στο οποίο γίνεται η κάθε μέτρηση δεν είναι τυχαίο. Πειράματα που έγιναν στα ζώα έδειξαν ποιό συγκεκριμένα (το αίμα, τα ούρα, το κεφαλοραχητικό υγρό) ήταν το πιο κατάλληλο μέρος, το οποίο αντικατοπτρίζει κάθε εγκεφαλικό μεταβολισμό.

Οι δοσολογίες των ουσιών που προέρχονται από τους νευρομεταβιβαστές πράγματι έδειξαν ότι:

- Ορισμένα καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν αφύσικα χαμηλά ποσοστά 5HIAA μέσα στο κεφαλοραχητικό υγρό, σε σύγκριση με υγιή άτομα, γεγονός που δείχνει μια εγκεφαλική ανεπάρκεια σεροτονίνης. Αυτοί οι καταθλιπτικοί χαρακτηρίζονται από βίαιες αυτοκτονικές τάσεις. Οι δομές στις οποίες η σεροτονίνη χρησιμεύει ως χημικός μεταβιβαστής, παίζουν κάποιο ρόλο στη ρύθμιση της παρορμητικότητας, της επιθετικότητας, του ύπνου και της όρεξης. Βλέποντας τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η θεωρία της σεροτονίνης μέσα στην κατάθλιψη θα μπορούσε να αποτελεί ένα αξιόπιστο μοντέλο.
- Άλλα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν μειωμένη απόκριση MHPG (το οποίο προέρχεται από τη νοραδρεναλίνη) στα ούρα. Αυτά τα άτομα εμφανίζουν ευκολότερα κούραση, αναστολή και μείωση της πρωτοβουλίας.

Η διερεύνηση στον άνθρωπο παγιώνει λοιπόν την υπόθεση της ανεπαρκούς νευρομεταβίβασης.

Ωστόσο οι αποδεδειγμένες βιολογικές ανωμαλίες είναι πιθανό να μην αποτελούν την αιτία, αλλά μόνο το αποτέλεσμα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Έτσι η

μειωμένη κινητικότητα του καταθλιπτικού ατόμου μπορεί να ευθύνεται για τη μείωση του MHPG (το οποίο προέρχεται από τη νοραδρεναλίνη). Κάθε παθολογική ένδειξη μπορεί να έχει ένα βιολογικό σύγχρονο. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή η θεωρία είναι αρκετά απλουστευμένη, αν λάβει κανείς υπ' όψιν του τον μεγάλο αριθμό των βιοχημικών συστημάτων, τα οποία επεμβαίνουν στη ρύθμιση των συμπεριφορών (Loo & Loo, 2000).

5.10 Ασθένεια των εγκεφαλικών δεκτών

Αυτή η θεωρία υποστηρίζει την ύπαρξη κάποιας ανωμαλίας όσον αφορά τον αριθμό των μετασυναπτικών δεκτών (πάνω στη μεμβράνη του μετασυναπτικού κυττάρου), όπου έρχονται να δέσουν οι νευροδιαβιβαστές. Πρόκειται για μια θεωρία, που επίσης αφορά τις νευρομεταδότες μονοαμίνες, όμως στηρίζεται πάνω σ' ένα διαφορετικό μοντέλο.

Ο αριθμός των δεκτών πάνω στους οποίους έρχονται να καταλήξουν οι νευροδιαβιβαστές, αφού διασχίσουν τη σύναψη δεν είναι καθορισμένος, αλλά αλλάζει ανάλογα με την ποσότητα τους έτσι ώστε να διατηρηθεί ένα επίπεδο μεταβίβασης της επήρειας αρκετά σταθερό:

- εάν υπάρχουν πολλοί νευροδιαβιβαστές, ο αριθμός των δεκτών έχει την τάση να μειώνεται για να αποφευχθεί υπερβολική διέγερση.
- εάν, αντίθετα, υπάρχουν λίγοι νευροδιαβιβαστές, ο αριθμός των δεκτών αυξάνει για να τους δεχτεί καλύτερα, ώστε να προφυλαχτεί όσο το δυνατό περισσότερο η μεταβίβαση, να αντισταθμιστεί η έλλειψη.
- όλες οι αντικαταθλιπτικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένου και του ηλεκτροσόκ, επιφέρουν προοδευτική μείωση του αριθμού πολλών ειδών μετασυναπτικών δεκτών των μονοαμινών (5HT και NA). Στα ζώα αποδείχθηκε ότι αυτή η μείωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας πραγματοποιούνταν μέσα σε 15 μέρες, έως 3 εβδομάδες, δηλαδή το χρονικό διάστημα που είναι απαραίτητο στα αντικαταθλιπτικά για να αρχίσουν να δρουν με θετικό τρόπο πάνω στην κατάθλιψη. Οι κλινικές και οι βιολογικές εξελίξεις μοιάζουν να είναι παράλληλες.

Είναι λοιπόν λογικό να υποστηρίζει κανείς την ύπαρξη μιας υπερευαισθησίας των μετασυναπτικών δεκτών στην κατάθλιψη. Όμως, τότε, πώς να εξηγήσει κανείς την ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών που γίνεται καμία φορά φανερή; Θα μπορούσε να αποτελεί μόνο τη συνέπεια αυτής της υπερευαισθησίας. Πράγματι, υπάρχει ένας

κύκλος αναδρομικού ελέγχου (feed-back) ανάμεσα στα μετασυναπτικά και τα προσυναπτικά κύτταρα. Κατά κάποιο τρόπο αποτελεί έναν σηματοφόρο πάνω στη μετασυναπτική όχθη, ο οποίος πληροφορεί την προσυναπτική όχθη για την άφιξη των νευροδιαβιβαστών. Μια άφιξη νευροδιαβιβαστών σε μεγάλο αριθμό προκαλεί το εξής μήνυμα: «Σταματήστε να στέλνετε νευροδιαβιβαστές, υπάρχουν ήδη αρκετοί». Έτσι, πολυάριθμοι ή πολύ ευαίσθητοι δέκτες, στέλνουν τέτοιου είδους επιστολή, στην οποία ο προσυναπτικός νευρώνας απαντά μειώνοντας της αναχώρηση καινούριων νευροδιαβιβαστών. Ένας μεγάλος αριθμός δεκτών μπορεί λοιπόν να προξενήσει μείωση της παραγωγής μονοαμινών (5HT και NA).

Η διαταγή που δίνεται μπορεί επίσης να είναι η αντίστροφη: «Δεν λαμβάνω πια αρκετούς νευροδιαβιβαστές για τη σωστή διάδοση της επήρειας, πρέπει να σταλούν κι άλλοι». Υπάρχει λοιπόν πάντα μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στις δύο όχθες της σύναψης έτσι ώστε να διατηρηθεί η ισορροπία στη μεταβίβαση. Έτσι η υπερευαισθησία των μετασυναπτικών δεκτών θα μπορούσε να αποτελεί ένα αιτιολογικό στοιχείο μέσα στην κατάθλιψη, λαμβάνοντας δευτερευόντως υπ' όψιν την ποσοτική ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών.

Αποδείχθηκε, επίσης η αύξηση του αριθμού ορισμένων δεκτών σεροτονίνης μέσα στον εγκέφαλο ατόμων που αυτοκτόνησαν. Αυτό το γεγονός θα μπορούσε να φανερώσει μια μετατροπή, η οποία θα ερχόταν να αντισταθμίσει την ανεπάρκεια σεροτονίνης. Ορισμένα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν μεγάλη πυκνότητα ορισμένου τύπου δεκτών σεροτονίνης μέσα σε μερικές ζώνες του εγκεφάλου, όταν τα συγκρίνει κανείς με υγιή άτομα (Loo & Loo, 2000).

5.11 Η θεωρία του ενδογενούς «ligand»

Η ύπαρξη μιας χημικής ουσίας η οποία συνδέεται με λειτουργικούς δέκτες (ligand) και ρυθμίζει τη διάθεση, έχει επίσης μελετηθεί. Πράγματι, ανακαλύφθηκαν υποδοχείς, όπου η ιμπραμίνη (η οποία είναι ένα αντικαταθλιπτικό) έρχεται να δεθεί με πολύ μεγάλη έλξη, όπως μια φυσιολογική ουσία δένεται με τον δέκτη της. Υπάρχουν στο επίπεδο των αιμοπεταλίων και του εγκεφάλου, τόσο στα ζώα όσο και στον άνθρωπο, υποδοχείς στους οποίους η ιμπραμίνη έρχεται να δεθεί με πολύ μεγάλη έλξη, όπως μια φυσιολογική ουσία δένεται με τον δέκτη της. Υπάρχουν στο επίπεδο των αιμοπεταλίων και του εγκεφάλου, τόσο στα ζώα όσο και στον άνθρωπο, υποδοχείς στους οποίους η ιμπραμίνη έρχεται να δεθεί, με πολύ μεγάλη έλξη. Τα αιμοπετάλια έχουν την ίδια εμβρυολογική προέλευση με το νευρικό σύστημα και

φέρουν παρόμοιους μεταβολικούς εξοπλισμούς με εκείνους των νευρικών κυττάρων (νευρώνες) σεροτονίνης. Για τον λόγο αυτό, το αιμοπετάλιο θεωρείται ως ένα καλό περιφερειακό μοντέλο του εγκεφαλικού νευρώνα σεροτονίνης, ο οποίος δεν είναι άμεσα προσιτός για έρευνα. Η παρουσία παρόμοιων υποδοχέων σύνδεσης της ιμπραμίνης μέσα στον εγκέφαλο και πάνω στα αιμοπετάλια φαίνεται να αποδεικνύει αυτή την αφομοίωση. Αυτοί οι υποδοχείς σύνδεσης πάνε ζευγάρι με το σύστημα της επαναιχμαλώτισης σεροτονίνης. Θα μπορούσαν λοιπόν να παίζουν κάποιον ρόλο στη ρύθμιση της σεροτονίνης του εγκεφάλου.

Τέλος έχει αποδειχθεί ότι ο αριθμός των υποδοχέων σύνδεσης ιμπραμίνης ήταν κατά μέσο όρο, μειωμένος στα καταθλιπτικά άτομα, σε σχέση με τα υγιή. Ορισμένοι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν χαμηλό αριθμό υποδοχέων, σε άλλους πάλι, βρίσκονται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια. Η μείωση αυτή αφορά τόσο τις ενδογενείς καταθλίψεις, όσο και τις νευρωτικές και αντιδραστικές. Αυτή η διαπίστωση στηρίζει την άποψη ότι η καταθλιπτική ασθένεια είναι ενιαία.

Δεν έχει αποδειχθεί να υπάρχει κανένα ιδιαίτερο κλινικό χαρακτηριστικό (σοβαρότητα της ασθένειας) στα καταθλιπτικά άτομα, τα οποία παρουσιάζουν μείωση του αριθμού των υποδοχέων. Ίσως αυτοί οι υποδοχείς να κατέχουν έναν λειτουργικό ρόλο και να αποτελούν πραγματικούς δέκτες που πλησιάζονται από ένα ιδιαίτερο ligand, το οποίο πιθανά συμμετέχει στη ρύθμιση της διάθεσης, δια μέσου ίσως, των συστημάτων της σεροτονίνης (Loo & Loo, 2000).

5.12 Ενδοκρινικές θεωρίες

Σχεδόν όλες οι ενδοκρινικές ασθένειες (όπως: θυρεοειδής, κορτικο-επινεφρίδιος) μπορεί να περιπλακούν με καταθλιπτικές κρίσεις. Κατά τη διάρκεια των καταθλίψεων αναφέρθηκαν πολλές ποικίλες τροποποιήσεις στις ορμόνες που όμως είναι ευμετάβλητες και ελάχιστα χαρακτηριστικές. Η συχνότερη ενδοκρινική ανωμαλία, η οποία συναντάται στο ήμισυ των καταθλιπτικών ατόμων, είναι η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης από τον κορτικο-επινεφρίδιο αδένα (Loo & Loo, 2000).

Πολλοί ερευνητές έχουν εξετάσει τη δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης- επινεφριίων (YYE) στην κατάθλιψη (Brown & Steinberg & Praag, 1994. Rose, 1987). Και η σεροτονίνη αλλά και η νορεπινεφρίνη έχουν ένα σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του άξονα YYE. Η σεροτονίνη διεγείρει την έκκριση του εκλυτικού παράγοντα απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης (CRF) και της ορμόνης αδρενοκορτικοτροπίνης (ACTH), και είναι απαραίτητη για την αναστολή από τα

κορτικοστεροειδή του CRF και ACTH, ενώ η NE αναστέλλει την CRF και μπορεί επίσης να διεγείρει την έκκριση ACTC (Brown & Steinberg & Praag, 1994).

Συγκεκριμένα, η παραγωγή της κορτιζόλης διεγείρεται από μια υποφυσική ορμόνη, την ACTH (αδενο-κορτικο-τροπίνη), η οποία έχει προηγουμένως διεγερθεί από μια νευροορμόνη, την CRF (κορτικοτροπίνη), η οποία προέρχεται από τον διεγκέφαλο, μια δομή που βρίσκεται τοποθετημένη στο κατώτερο μέρος του εγκεφάλου.

Η παραγωγή της κορτιζόλης μέσα στο αίμα συγκρατεί, μέσω ενός αναδρομικού ελέγχου την παραγωγή της CRF και της ACTH. Στις καταθλίψεις, υπάρχει αυξημένη παραγωγή κορτιζόλης, η οποία φαίνεται να είναι ανίκανη να μειώσει με αναδρομικό έλεγχο την παραγωγή της CRF και της ACTH. Το τεστ του σταματήματος μέσω ντεξαμεθαζόνης αποδεικνύει αυτή την υπερέκκριση, η οποία μπορεί να περάσει απαρατήρητη εάν γίνει μια μόνο φορά μέτρηση της κορτιζόλης του αίματος. Πράγματι, η κορτιζόλη υφίσταται σημαντικές μεταβολές μέσα στη διάρκεια μιας ημέρας και κάτω από την επιρροή πολλών άλλων παραγόντων (όπως: της συγκίνησης, του άγχους, της άσκησης, της πέψης, κ.λπ.).

Η ντεξαμεθαζόνη είναι μια συνθετική κορτιζόνη. Όταν χορηγηθεί 1mg σε ένα άτομο, αυτή συγκρατεί την CRF και την ACTH και κατά συνέπεια, η παραγωγή κορτιζόλης μειώνεται. Αυτή η επίδραση διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες μετά από μια μόνο λήψη ντεξαμεθαζόνης. Στα μισά περίπου από τα καταθλιπτικά άτομα, η απορρόφηση ντεξαμεθαζόνης δεν προκαλεί πτώση του ποσοστού της κορτιζόλης του αίματος (απουσία συγκράτησης) ή μια εφήμερη πτώση της, διότι η κορτιζόλη επιστρέφει πολύ γρήγορα στα προηγούμενα ποσοστά που είχε (διαφυγή συγκράτησης). Αυτό λοιπόν το τεστ ονομάζεται μη φυσιολογικό. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει ενδοκρινική ασθένεια, η ανωμαλία αυτή είναι αρκετά χαρακτηριστική της καταθλιπτικής ασθένειας και εξαφανίζεται μετά τη θεραπεία της.

Αυτή η ενδοκρινική διαταραχή δεν αποκλείει τις μονοαμινεργικές θεωρίες, διότι οι μονοαμίνες επεμβαίνουν επίσης στη ρύθμιση του κορτικοτρόπου άξονα (CRF, ACTH, κορτιζόλη). Η σεροτονίνη διεγείρει την παραγωγή της CRF και η νοραδρεναλίνη την αναστέλλει (Loo & Loo, 2000).

Είναι γνωστό ότι ασθενείς με κατάθλιψη έχουν ανωμαλίες στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης- επινεφριδίων (YYE) και πιστεύεται ότι αυτές οι ανωμαλίες μπορεί να εμπλέκονται στενά στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Η υπερκορτιζολαιμία που εμφανίζουν συχνά ασθενείς με κατάθλιψη, υποχωρεί με την επιτυχή θεραπεία. Επιπλέον στους καταθλιπτικούς ασθενείς εμφανίζεται αυξημένο μέγεθος του

επινεφριδιακού αδένα, πράγμα που επίσης αντιμετωπίζεται με θεραπεία. Μια υπόθεση είναι ότι ασθενείς με κατάθλιψη είναι γενετικά ευάλωτοι στο στρες και παρουσιάζουν είτε κάποια ανώμαλη αντίδραση του άξονα YYE σε στρεσογόνα γεγονότα, ή κάποιες ανώμαλες αποκρίσεις σε υψηλούς τόνους του άξονα YYE (Fleming & Eisendrath, 2003).

5.13 Χρονοβιολογικές θεωρίες

Πολλά βιολογικά στοιχεία (ορμονικές εκκρίσεις, μονοαμινεργικές ουσίες..) παρουσιάζουν ρυθμικές μεταβολές μέσα στον χρόνο. Αυξάνονται σε ορισμένες ώρες της ημέρας και μειώνονται σε άλλες. Αυτές οι διακυμάνσεις πρέπει να βρίσκονται κάτω από την επιρροή κάποιων εσωτερικών ρυθμιστικών ρολογιών, τα οποία είναι τοποθετημένα μέσα σε μια ιδιαίτερη εγκεφαλική ζώνη, τον υποθάλαμο. Αυτά τα ρολόγια επηρεάζονται από διαφορετικά στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος (όπως για παράδειγμα, την εναλλαγή μέρας-νύκτας) και ονομάζονται εξωτερικοί συγχρονιστές.

Οι καταθλίψεις θα μπορούσαν να προέρχονται από μια αυτοδιοργάνωση των βιολογικών ρυθμών, οι οποίοι θα πρέπει να είναι «αποσυγχρονισμένοι». Τέτοιου είδους ανωμαλίες είναι φανερές, κυρίως στις καταθλίψεις της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Στους καταθλιπτικούς και κυρίως στους ενδογενείς, υπάρχουν αλλοιώσεις στους ρυθμούς: της θερμοκρασίας του σώματος, των διαφορετικών φάσεων του ύπνου, πολυάριθμων ορμονικών εκκρίσεων (κορτιζόλης, ACTH, προλακτίνης, θυρεοειδικών ορμονών), των μονοαμινών (5HT, NA) και των προϊόντων καταστροφής τους και τέλος, της μελατονίνης. Οι αλλοιωμένοι βιολογικά ρυθμοί ομαλοποιούνται μετά τη θεραπεία της κατάθλιψης (Loo & Loo, 2000).

6. ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΕΣ-ΥΠΑΡΞΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

6.1 Γενικές αρχές

Το υπαρξιστικό μοντέλο, είναι ένα μοντέλο με αρκετούς εκπροσώπους και θεωρίες που αφορούν την ανθρώπινη ύπαρξη αλλά και την ψυχοπαθολογία. Όμως, ελάχιστα είναι τα ευρήματα που αναφέρονται στην κατάθλιψη καθαυτή. Παρακάτω γίνεται αναφορά στις βασικές θεωρητικές αρχές της υπαρξιστικής προσέγγισης, στους σημαντικότερους εκπροσώπους της και στις θεωρίες που ο καθένας ανέπτυξε.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 εμφανίστηκε ένα νέο κίνημα με επικεφαλής τον Abraham Maslow, το οποίο ονομάστηκε 3^{η} Δύναμη της ψυχολογίας και υποστήριζε πως ο συμπεριφορισμός και η ψυχανάλυση παραμελούσαν σημαντικούς παράγοντες ανθρωπίνων γνωρισμάτων. Σύμφωνα με αυτό το κίνημα, χρειαζόταν ένα μοντέλο ανθρώπων που θα έδινε έμφαση στη μοναδικότητα και στις θετικές πλευρές των ανθρώπων, όχι στις αρνητικές. Το μοντέλο έρχεται σε αντίθεση με τα περισσότερα άλλα μοντέλα, διότι δεν δέχεται την αιτιοκρατία στην εξήγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν το δικό τους τύπο ύπαρξης και πως το πιο σημαντικό αίτιο όπισθεν της συμπεριφοράς είναι η υποκειμενική πραγματικότητα και όχι ερεθίσματα, καταστάσεις ενορμήσεων ή πρώιμες εμπειρίες (Hergenhahn, 2005).

Το μοντέλο αυτό ονομάζεται υπαρξισμός και είναι ένα πνευματικό κίνημα που γεννήθηκε και ξεκίνησε μέσα από τη φιλοσοφία και στη συνέχεια διείσδυσε κι αποτέλεσε μια από τις πιο σημαντικές σχολές της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής στον τομέα της ψυχοθεραπείας. Ο υπαρξισμός εμφανίστηκε στη Ρωσία στις παραμονές του 1ου παγκοσμίου πολέμου, στη Γερμανία μετά τον 1ο παγκόσμιο πόλεμο και στη Γαλλία κατά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο, κυρίως χάρη στον Jean Paul Sartre και στον Albert Camus (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Ίσως το πιο χαρακτηριστικό στοιχείο του υπαρξισμού είναι η ενασχόληση με την ύπαρξη, με το άτομο ως άνθρωπο. Ο υπαρξιστής βλέπει το άτομο ως ξεχωριστό, μοναδικό και αναντικατάστατο και ασχολείται με φαινόμενα έμφυτα στην ιδιότητα που έχει κάποιος να είναι ζωντανός, να είναι άνθρωπος και να υπάρχει. Η ουσία της ύπαρξης είναι διαφορετική για τον κάθε υπαρξιστή, όλοι όμως συμφωνούν ότι ορισμένα ζητήματα είναι θεμελιώδη για την ίδια την ύπαρξη μας ώστε να μην μπορούμε να τα αγνοήσουμε, να τα απωθήσουμε, να απαλλαγούμε από αυτά με πρόχειρες εξηγήσεις, ή να τα κάνουμε ευτελή. Ίσως περισσότερο από οτιδήποτε, οι

άνθρωποι και η εμπειρία πρέπει, για τον υπαρξιστή, να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη (Pervin & John, 2001).

Θα μπορούσε κανείς να αναγάγει την υπαρξιστική φιλοσοφία σε αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους όπως ο Σωκράτης που προέτρεπε τους ανθρώπους να κατανοήσουν τον εαυτό τους και τόνιζε ότι ο «ο δε ανεξέταστος βίος ου βιωτός ανθρώπω» (Hergenhahn, 2005).

Για τους υπαρξιστές οτιδήποτε μπορούμε να ονομάσουμε «ουσία», είναι το αποτέλεσμα των ελεύθερων επιλογών που συνθέτουν την ύπαρξη μας. Δεν είμαστε προγραμματισμένοι εκ των προτέρων. Γινόμαστε αυτοί που είμαστε. Η ουσία προκύπτει από την ύπαρξη. Σύμφωνα με τον υπαρξισμό, η ύπαρξη μας, οι ελεύθερες επιλογές μας, προηγούνται και προσδιορίζουν την ουσία μας, τη φύση μας και δεν είναι αδύνατο να αλλάξουν τους τρόπους μας (Ogilvy, 2012).

Κάποιες από τις αρχές του υπαρξισμού που αναφέρονται στη σπουδαιότητα του ατόμου είναι οι παρακάτω:

- Ο άνθρωπος είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα των επιμέρους στοιχείων του, και για το λόγο αυτό απαιτείται να αντιμετωπίζεται και ως μια ενιαία και αδιαίρετη ολότητα.
- Ο άνθρωπος, ουσιαστικά, πραγματώνεται στις διανθρώπινες σχέσεις.
- Ο άνθρωπος ζει συνειδητά.
- Ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα επιλογής και λήψης αποφάσεων.
- Ο άνθρωπος προσανατολίζει τη ζωή του σε στόχους (Μπρούζος, 2004).

Έπειτα, σύμφωνα με τις θεωρητικές απόψεις του υπαρξισμού, δεν υπάρχουν σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος στην ανθρώπινη ύπαρξη. Αυτό που υπάρχει είναι μια ακολουθία, μια διαδοχή στην ανθρώπινη συμπεριφορά αλλά είναι ανεπίτρεπτο να αναζητούμε αιτιότητα σε αυτή τη διαδοχή. Και αυτό γιατί, κάτι που συνέβη σε έναν άνθρωπο όταν ήταν παιδί, δεν αποτελεί την αιτία της κατοπινής συμπεριφοράς του ως ενήλικα. Επίσης, η υπαρξιστική ψυχολογία απορρίπτει τον θετικισμό, τον ντετερμινισμό και τον υλισμό. Θεωρεί ότι η ψυχολογία δεν μοιάζει με τις άλλες επιστήμες και για τον λόγο αυτό χρειάζεται να εφαρμόζει τη δική της μέθοδο, που είναι η φαινομενολογική ανάλυση και να στηρίζεται στις δικές της αρχές, όπως είναι: η ύπαρξη μέσα στον κόσμο, η ελευθερία, η υπευθυνότητα, η αυτοϋπέρβαση, η χωρητικότητα κ.α.

Η φαινομενολογία πρωτοεφαρμόστηκε από τους υπαρξιστές φιλοσόφους και αποτελεί το πρώτο στάδιο του υπαρξιστικού ψυχοθεραπευτικού κινήματος. Φαινομενολογία, λοιπόν, είναι η περιγραφή των γεγονότων, των φαινομένων μέσα από την άμεση εμπειρία μας, η προσπάθεια δηλαδή να πάρουμε τα φαινόμενα όπως μας παρουσιάζονται. Το σημαντικό είναι να καταλάβουμε, να νιώσουμε τα φαινόμενα και όχι απλώς να τα παρατηρήσουμε και να τα εξηγήσουμε. Η υπαρξιστική ψυχολογία χρησιμοποιεί τη μέθοδο της φαινομενολογικής ανάλυσης και θα μπορούσε γι' αυτό να ορισθεί ως η εμπειρική επιστήμη της ανθρώπινης ύπαρξης.

Ακόμη, η υπαρξιστική ψυχολογία δεν δέχεται ότι κάτι βρίσκεται πίσω από τα φαινόμενα. Απορρίπτει ερμηνείες της ανθρώπινης ύπαρξης, όπως το ασυνείδητο, την ψυχική ή φυσική ενέργεια, τα ένστικτα, τις ορμές, διότι θεωρεί ότι τα φαινόμενα της ανθρώπινης συμπεριφοράς πρέπει να εξετάζονται άμεσα, όπως ακριβώς παρουσιάζονται.

Σύμφωνα με τον υπαρξισμό, ο ψυχολόγος θα πρέπει να απαλλάξει το νου του από προϋποθέσεις, ερμηνείες, αξιολογήσεις, θεωρίες που καλλιεργούν μια βαθιά υποκειμενικότητα και μια αυταπάτη για την κατάσταση του ασθενή, με σκοπό να μπορέσει να κατανοήσει τα φαινόμενα. Σκοπός της επιστήμης της ψυχολογίας σύμφωνα με τον υπαρξισμό είναι η φαινομενολογική περιγραφή ή εξήγηση και όχι η αιτιολογική ερμηνεία ή απόδειξη. Η υπαρξιστική ψυχολογία διαφωνεί με την αντιμετώπιση του ατόμου σαν αντικείμενο και μάχεται εναντίον της αποξένωσης, της αλλοτρίωσης, που προκαλεί η τεχνολογία, η γραφειοκρατία και η μηχανοποίηση.

Όσον αφορά την ελευθερία στον υπαρξισμό, όπως υποστηρίζει ο Boss, η ελευθερία δεν είναι κάτι που οι άνθρωποι έχουν, αλλά κάτι που είναι. Το κοινωνικό περιβάλλον, η κληρονομικότητα και οι ένστικτες ορμές μπορούν να περιορίσουν την ελεύθερη δράση του ατόμου, όχι όμως και τη δυνατότητα να επιλέξει μια στάση προς αυτές τις συνθήκες. Οι άνθρωποι επιθυμούν να ξεπεράσουν, να ανυψωθούν πέρα από τον κόσμο. Εάν ένας άνθρωπος επιλέξει να προχωρήσει προς το μέλλον, θα βιώσει το υπαρξιακό άγχος, εάν επιλέξει το status quo θα βιώσει την υπαρξιακή ενοχή (αίσθημα χαμένων ευκαιριών) (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Όταν οι άνθρωποι αισθάνονται ότι η ζωή τους δεν έχει κανένα νόημα, βιώνεται ένα υπαρξιακό κενό. Αυτή η υπαρξιακή ματαίωση μαζί με άλλες αιτίες μπορεί να οδηγήσει σε νευρώσεις. Η λογοθεραπεία αυτού του είδους ονομάζει τις νευρώσεις νοογενείς, για να τις διαφοροποιήσει από τις ψυχογενείς νευρώσεις. Οι ψυχογενείς προέρχονται από τις συγκρούσεις μεταξύ διαφόρων ορμών ή των συγκρούσεων

μεταξύ του id, του ego, και του superego. Ενώ οι νοογενείς οφείλονται στις συγκρούσεις μεταξύ διαφόρων αξιών ή στην αποτυχία του ανθρώπου να βρει νόημα στη ζωή του. Βέβαια, η αναζήτηση νοήματος στη ζωή και η αμφιβολία για το αν ένα τέτοιο νόημα μπορεί να βρεθεί, είναι κάτι φυσιολογικό και καθόλου παθολογικό και αποτελεί σημάδι μιας πραγματικής ανθρώπινης ύπαρξης. Έτσι, από μόνο του το υπαρξιακό κενό δεν είναι παθολογικό. Όμως, μπορεί να γίνει αν καταλήξει στη νοογενή νεύρωση. Σ' αυτήν την περίπτωση χρειάζεται να εφαρμοσθεί η λογοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία που προσανατολίζεται στο νόημα και στο πνεύμα, και επομένως μπορεί να χειριστεί τις νοογενείς νευρώσεις, που όπως είπαμε είναι αποτέλεσμα ηθικών συγκρούσεων και υπαρξιακών κρίσεων και όχι ψυχολογικών συμπλεγμάτων και τραυμάτων (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

6.2 Κύριοι εκπρόσωποι

6.2.1 Sartre

Ο Sartre (1905-1980), ήταν ένας διακεκριμένος φιλόσοφος, συγγραφέας και πολιτικός δημοσιογράφος (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996). Αν και ο Sartre δεν ανήκει στους φιλοσόφους που θεωρούνται θεμελιωτές του υπαρξισμού, είναι αυτός που έφερε στο προσκήνιο τον υπαρξισμό και δημιούργησε το ομώνυμο γαλλικό κίνημα. Υποστήριξε και επικοινώνησε τις ιδέες του μέσα από τα λογοτεχνικά του έργα.

Ο Sartre ενδιαφερόταν να δώσει μια περιγραφή με φιλοσοφικό τρόπο για τα ανθρώπινα όντα και τον κόσμο τους όπως εμφανίζονται στη συνείδηση, δηλαδή όπως είναι ή όπως βιώνονται. Υποστήριζε ότι «η ύπαρξη προηγείται της ουσίας», την ανυπαρξία του θείου και τη δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής του ατόμου (McCulloch, 1994). Με την περίφημη του φράση «Η ύπαρξη προηγείται της ουσίας», εννοεί πως το μόνο συστατικό με το οποίο γεννιόμαστε είναι η ελευθερία του να επιλέγουμε τη φύση της ύπαρξης μας. Για τον Sartre, όπως και για τους περισσότερους υπαρξιστές φιλοσόφους, δεν υπάρχει ανθρώπινη ουσία κατά τη γέννηση. Ο άνθρωπος είναι ελεύθερος να επιλέξει τη δική του ουσία ως μοναδικό ανθρώπινο ον. Συγκεκριμένα ο Sartre δηλώνει: «Ο άνθρωπος δεν είναι τίποτε άλλο παρά οι επιλογές του». Είμαστε σε θέση να χρησιμοποιήσουμε την ελευθερία μας, έτσι ώστε να δημιουργήσουμε οποιοδήποτε τύπο ζωής επιθυμούμε, καλό ή κακό (Hergenhahn, 2005). Δήλωνε πως ο άνθρωπος «είναι καταδικασμένος να είναι ελεύθερος» και πως είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του. Άποψη του ήταν πως

ανεξάρτητα των συνθηκών που επικρατούν, το κάθε άτομο κρίνεται από τις πράξεις του, οι οποίες είναι μη αναστρέψιμες. Ιδανικό για τον Sartre είναι η ελευθερία επιλογής της δράσης και η ανάληψη ευθύνης που αντιστοιχεί σε κάθε άνθρωπο.

Μια από τις θέσεις του ήταν πως όλες οι συνειδητές πράξεις έχουν κάποια πρόθεση. Η ιδέα είναι ότι, σε όλα τα συνειδητά επεισόδια υπάρχει κάτι, ένα γεγονός, ένα πράγμα ή οτιδήποτε, που είναι συνειδητό και συνεπώς χαρακτηρίζεται ως το αντικείμενο πρόθεσης του συνειδητού επεισοδίου. Επίσης ο Sartre υποστήριξε πως η συνείδηση από μόνη της είναι άδεια, δεν έχει περιεχόμενο, έτσι ώστε τίποτα δεν είναι κυριολεκτικό στη συνείδηση. Δεν υπάρχει τίποτα ανεξαιρέτως στη συνείδηση, ούτε καν ομοιότητες ή αναπαραστάσεις των εκ προθέσεως αντικειμένων. Επιπλέον, η συνείδηση χαρακτηρίζεται και είναι η πηγή της ανυπαρξίας και υπόκεινται σε υπερβολική ελευθερία. Για τον Sartre, είμαστε πολύ πιο ελεύθεροι απ' ό,τι συνήθως νομίζουμε. Επιλέγουμε τον εαυτό μας, σε ποιο κόσμο θα ζήσουμε, τις αξίες μας (McCulloch, 1994). Ο Sartre αναμφισβήτητα δεν είναι ένας φιλόσοφος της χαράς. Αν και δεν τονίζουν όλοι οι υπαρξιακοί συγγραφείς την αγωνία για την αντιμετώπιση της πιθανότητας του κενού, όλοι υπογραμμίζουν την κακή πίστη του να μην αναγνωρίζουμε τη διαθεσιμότητα τουλάχιστον κάποιου βαθμού επιλογής (Fischer, 1998).

Έπειτα, ο Sartre ανέπτυξε μια εναλλακτική υπαρξιακή ψυχανάλυση, όχι ως σύστημα θεραπείας αλλά ως μια μελέτη κινήτρων, συγκρούσεων και αυτού που άλλοι αναγνωρίζουν ως νεύρωση. Η επιρροή του Sartre στην ψυχιατρική και την κλινική ψυχολογία υπήρξε πολύ σημαντική. Οι υπαρξιακοί- φαινομενολογικοί κλινικοί έχουν τονίσει ότι συχνά αυτό που διαγιγνώσκουμε ως παθολογική κατάθλιψη είναι η κατάσταση ενός ατόμου που παλεύει με τις επιλογές, οι οποίες θεωρεί ότι καθορίζουν την ύπαρξη του. Αν και φαίνεται παράδοξο, είναι απελευθερωτικό να γνωρίζει ότι κάποιος παλεύει καταδικασμένος σε ένα υπαρξιακό δίλημμα, παρά έχοντας κατάθλιψη. Ακόμη και ένα άτομο που αντιμετωπίζει μια εγκεφαλική βλάβη ή διαθέτει μια προδιάθεση για σχιζοφρένεια, εντούτοις εξακολουθεί να συμμετέχει στον σχηματισμό του νοήματος της κατάστασης, στη λήψη συνεχιζόμενων επιλογών και στη διαμόρφωση της ζωής του με την εγκεφαλική βλάβη και τη σχιζοφρένεια (Fischer, 1998).

Ακόμη, ο Satre υποστηρίζει πως το συναίσθημα οικοδομείται με τις πράξεις που κάνουμε. Συνεπώς, δεν μπορούμε να το συμβουλευτούμε και να το χρησιμοποιήσουμε ως οδηγό. Η ανάλυση του Sartre για τα συναισθήματα ως μια

κακή πίστη προσπαθεί μαγικά να ξεφύγει από την έννοια ότι η κατάσταση κάποιου ήταν χρήσιμη στην καθημερινή ζωή και στην κλινική πράξη. Σύμφωνα με τον Sartre η φαινομενικά ισχυρή διαμαρτυρία ενός οργισμένου ατόμου ενάντια σε οτιδήποτε εμποδίζει το δρόμο του, είναι μια προσπάθεια αυτό-εξαπάτησης για να μην αποδεχτεί το αίσθημα της ανημπορίας και του εξευτελισμού (Fischer, 1998).

Η Ναυτία είναι το πρώτο μυθιστόρημα του Sartre το οποίο δημοσιεύτηκε το 1938. Η πλοκή της Ναυτίας, είναι περίπου η εξής: ο Αντουάν Ροκαντέν, ένας άντρας που έχει ταξιδέψει και έχει ζήσει έντονη ζωή, εγκαθίσταται σε μια επαρχιακή γαλλική πόλη, την Μπουβίλ (τοπωνύμιο επινοημένο από τον συγγραφέα) για να γράψει τη βιογραφία του μαρκήσιου ντε Ρολμπόν (πρόσωπο επινοημένο, επίσης) μελετώντας τα στοιχεία που υπάρχουν για τη ζωή του στη δημοτική βιβλιοθήκη της πόλης. Η διαμονή του στη Μπουβίλ θα εξελιχθεί σε μια ιδιάζουσα υπαρξιακή κατάρρευση, που παίρνει τη μορφή αλλεπάλληλων κρίσεων, τις οποίες ο ίδιος βαφτίζει «ναυτία». Οι κρίσεις αυτές συνοδεύονται και ενισχύονται από μια όλο και πιο απογυμνωμένη θέαση του κόσμου, ο οποίος εμφανίζεται σαν ένα τυχαίο συνονθύλευμα στοιχείων όπου πράγματα και άνθρωποι συνυπάρχουν ισότιμα έξω και πέρα από κάθε νόημα. Στο τέλος, υπό τους ήχους ενός τζαζ κομματιού, ανακαλύπτει ότι η δημιουργία, που στην περίπτωσή του ταυτίζεται με τη γραφή, είναι το μοναδικό αντίδοτο στην α-νοησία της ύπαρξης, ο μοναδικός τρόπος να αποτινάξει κανείς από πάνω του το βάρος της πραγματικότητας.

Η Ναυτία είναι ένα μεταφυσικό μυθιστόρημα, η έκθεση και ανάλυση ενός κόσμου απωθητικού, η αποκάλυψη του παραλόγου μέσω μιας αφήγησης που στηρίζεται στη φιλοσοφία. Παρά τη μελαγχολική του διάσταση και την απαισιοδοξίας που απλώνεται στις σελίδες του, είναι ένα έργο ξέχειλο από ενέργεια.

Στο μυθιστόρημα αυτό ουσιαστικά περιγράφεται η ιστορία της «ναυτίας της ύπαρξης», του άγχους της ύπαρξης, όπου ο φιλόσοφος ανάμεσα στη διανοητική παντοδυναμία και στην απόλυτη αδυναμία και με μοναδική του βεβαιότητα την ύπαρξη της συνείδησης διαπραγματεύεται μυθιστορηματικά το δυσάρεστο ανθρώπινο συναίσθημα που δημιουργείται μέσα από τα ίδια τα πράγματα και μέσα από τις βιωμένες καταστάσεις, στις οποίες ο άνθρωπος εμπλέκεται και όπου ανήκει θέλοντας και μη θέλοντας (Κοκκινάκη, 2006).

Στο βιβλίο αυτό ο Sartre, μεταφέρει τη δική του κατάθλιψη στην ιστορία του ιστορικού Ροκαντέν, ο οποίος έχει τη μεγάλη “έμπνευση” να εκφράσει την ιδέα ότι η ιδία η ανθρώπινη ιστορία δεν έχει νόημα διότι δεν εμπεριέχει περιπέτεια. Όπως

αναφέρει ο ίδιος στην αυτοβιογραφία του, αλλά και η Σιμόν, η χρήση ουσιών οδήγησε τον Sartre στην κατάθλιψη. Δεχόταν καθημερινά τις επιθέσεις μιας πολύ κακής ψυχολογικής κατάστασης την οποία ονόμασε Ναυτία, μια ξαφνική αίσθηση ασημαντότητας, ματαιότητας των πάντων, στη διάρκεια της οποίας τα πράγματα αποχωρίζονται από την ονομασία τους, και το νόημά τους και μετατρέπονταν σε άσχημα αντικείμενα. Η Ναυτία αυτή σημαίνει ολοφάνερα έλλειψη ενέργειας και διάθεσης. Ο Σαρτρ προσπαθεί να μας πείσει ότι αυτή η Ναυτία περιγράφει τέλεια την πραγματικότητα γύρω μας, ότι τα πράγματα γύρω μας είναι έτσι ακριβώς όπως τα βλέπουμε κάτω από την επίδραση της Ναυτίας, τόσο μαύρα και τόσο μάταια, όσο κι ο ίδιος ο άνθρωπος τον οποίο χαρακτήρισε ως άχρηστο πάθος (Αθανασόπουλος, 2010).

6.2.2 Camus

Το έργο του τοποθετείται αρχικά στο χώρο του υπαρξισμού και εκθέτει την αδυναμία του ανθρώπου να κατανοήσει το σκοπό της ύπαρξής του σ' έναν κόσμο που κυριαρχείται από άλογες δυνάμεις. Γι αυτό το λόγο και προτείνει την επανάσταση του ανθρώπου απέναντι στο παράλογο του κόσμου. Το άτομο μπορεί να βγει από αυτήν την κατάσταση μοναξιάς και απελπισίας στην οποία βρίσκεται, μέσα από την εξέγερση, που έχει ως σκοπό να σώσει τις πνευματικές αξίες της ανθρωπότητας.

Ο ισχυρισμός του Camus ότι στη ζωή δεν υπάρχει νόημα, η εμφανής άρνηση του για ελπίδα και η άρνηση του για όλη τη μυστικιστική υπερβατικότητα ήταν απλώς μια επέκταση της τότε φιλοσοφικής άποψης του σύμπαντος. Μας τοποθετεί σε έναν κόσμο που είναι διαφορετικός από τις αντιλήψεις και τις επιθυμίες μας και περιορίζει την εμπειρία μας λόγω του αναπόφευκτου θανάτου. Έτσι, ο Camus ακολούθησε την ίδια κατεύθυνση με τον Heidegger και τον Sartre, αλλά η σύνδεση του με αυτούς του φιλοσόφους δεν βασίζεται σε κοινές, συστηματικά ανεπτυγμένες έννοιες (Rhein, 1989).

Ο Camus όπως και άλλοι φιλόσοφοι, υποστηρίζει την υπαρξιστική άποψη ότι υπάρχουμε και σχετιζόμαστε αναπόφευκτα με τον κόσμο και ότι μέσα από την ελευθερία επιλογής βρισκόμαστε συνεχώς σε μια διαδικασία δημιουργίας της ύπαρξης μας και συνεπώς καθορίζουμε τους εαυτούς μας. Και πως επίσης ο θάνατος είναι το αναπόφευκτο και οριστικό τέλος της ζωής μας. Ο Camus όμως δεν αποδέχεται το υπαρξιακό δόγμα ότι η ανθρώπινη ύπαρξη δεν έχει «ουσία». Ολόκληρη η σκέψη του στηρίζεται στην πεποίθηση μιας έμφυτης ανθρώπινης φύσης (Rhein, 1989).

Σύμφωνα με τον Camus, πριν ο άνθρωπος γνωρίσει το παράλογο θεωρούσε τον εαυτό του ελεύθερο, αν και ότι συνέβαινε πήγαινε αντίθετα στην ελευθερία του. Γνωρίζοντας το παράλογο συνειδητοποιεί ότι η υψηλή αλήθεια της ύπαρξης που θέτει τις βάσεις για την αλήθεια δεν υπάρχει. Ο παράλογος άνθρωπος συνειδητοποιεί ότι δεν είχε πραγματική ελευθερία, γιατί περιόριζε τη ζωή του με το να θέτει κάποιο σκοπό, να σχεδιάζει πως θα ενεργήσει. Ουσιαστικά ήταν δούλος της ίδιας της ελευθερίας του. Οδηγούμενος ο άνθρωπος στο παράλογο αντιλαμβάνεται την αυταπάτη της ελευθερίας και θεωρεί ως μοναδική λύτρωση τον θάνατο. Η παραδοχή ότι η ελευθερία μου δεν έχει άλλη έννοια παρά μόνο είναι ανάλογη με την περιορισμένη μοίρα της οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν έχει τόσο σημασία να ζεις όσο πιο καλά γίνεται αλλά όσο πιο πολύ γίνεται. Όταν αισθάνεσαι όσο πιο πολύ μπορείς τη ζωή σου, την ελευθερία σου, αυτό σημαίνει πως ζεις όσο περισσότερο είναι δυνατό. Ο άνθρωπος δε διαλέγει το παράλογο και το θάνατο, αλλά η παράταση ζωής που επιθυμεί δεν εξαρτάται από τη θέληση, αλλά από το θάνατο που είναι το αντίθετο της θέλησης (Rhein, 1989).

6.2.3 Kierkegaard

Ο Kierkegaard θεωρείται γενικά ο πρώτος σύγχρονος υπαρξιστής. Ασπάστηκε τον χριστιανισμό και ασχολήθηκε σε βάθος με τη θρησκεία. Σύμφωνα με τον Kierkegaard, αλήθεια είναι πάντα αυτό που ένας άνθρωπος πιστεύει προσωπικά και συναισθηματικά. Η αλήθεια δεν μπορεί να διδαχθεί με λογικά επιχειρήματα, πρέπει να βιωθεί.

Η προσέγγιση της πλήρους προσωπικής ελευθερίας για τον Kierkegaard, συμβαίνει σταδιακά. Τα στάδια από τα οποία περνάει είναι το αισθητικό, ηθικό και τέλος το θρησκευτικό στάδιο. Σ’ αυτό το στάδιο οι άνθρωποι αναγνωρίζουν και αποδέχονται την ελευθερία τους και εισέρχονται σε μια προσωπική σχέση με το Θεό (Hergenhahn, 2005).

6.2.4 Nietzche

Ο Nietzche συμφωνούσε με τον Schopenhauer ότι πολλές ανθρώπινες επιθυμίες είναι παράλογες, αλλά διαφωνούσε μαζί του ως προς το ότι θα πρέπει να απωθούνται ή να μετουσιώνονται. Για τον Nietzche, το βασικό ανθρώπινο κίνητρο είναι η βούληση για δύναμη, που ικανοποιείται όταν ένας άνθρωπος ενεργεί όπως αισθάνεται. Η δράση βάσει άλογων ενστίκτων κάνει τον άνθρωπο να έχει νέες εμπειρίες και να αναπτύσσει έτσι μεγαλύτερο δυναμικό ως άνθρωπος. Σύμφωνα με

τον Nietzche, η επιστήμη, η θρησκεία, η λογοκρατία και ο εμπειρισμός καταπνίγουν τον παραλογισμό και, ως εκ τούτου, εμποδίζουν την ανθρώπινη ανάπτυξη. Πίστευε δε ότι η λογική φιλοσοφία και η επιστήμη είχαν δώσει έμφαση στην απολλώνια, ή λογική, πλευρά της ανθρώπινης φύσης εις βάρος της διονυσιακής, ή άλογης, πλευράς. Προέκρινε ότι είναι καλύτερο να δίνεται λογική έκφραση και στις δύο πλευρές της ανθρώπινης φύσης.

Θεωρούσε επίσης ότι επιστήμη και φιλοσοφία είχαν καταστήσει αδύνατον για τους ανθρώπους το να δέχονται τη θρησκευτική δεισιδαιμονία ως οδηγό για τη ζωή. Ως υποκατάστατο, πρότεινε ατομικά καθορισμένες αξίες και πεποιθήσεις. Η μοναδική πηγή πληροφοριών για το τι είναι καλό ή κακό, επιθυμητό ή ανεπιθύμητο, είναι το άτομο. Σύμφωνα με τον Nietzche, η απάντηση μας στη δυσχερή μας θέση μπορεί να ανευρεθεί μόνο εντός μας. Οι άνθρωποι χρειάζεται να αποκτήσουν γνώση του εαυτού τους και έπειτα να ενεργήσουν βάσει αυτής της γνώσης. Το νόημα και η ηθική δεν μπορούν να επιβάλλονται έξωθεν. Πρέπει να ανακαλυφθούν εντός μας. Σύμφωνα με αυτόν, δεν υπάρχουν καθολικές αλήθειες, μόνο ατομικές προοπτικές.

Έπειτα, αρνιόταν την αιτιοκρατία και υποστήριζε πως: «Κάθε άνθρωπος είναι ένα μοναδικό θαύμα». «Είμαστε υπεύθυνοι απέναντι στον εαυτό μας για την ύπαρξη μας» και «Η ελευθερία μας κάνει υπεύθυνους για τον χαρακτήρα μας, όπως ακριβώς οι καλλιτέχνες είναι υπεύθυνοι για τα δημιουργήματα τους». Ωστόσο, είμαστε μόνο δυνάμει ελεύθεροι. Η προσωπικότητα είναι δημιουργία ενός καλλιτέχνη, αλλά μερικοί άνθρωποι είναι καλύτεροι καλλιτέχνες από άλλους (Hergenhahn, 2005). Ακόμη, υποστήριζε: «Αυτός που ξέρει το "γιατί" στη ζωή θα υπερπηδήσει και κάθε εμπόδιο και για το "πως"» (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Ο Nietzche αναφερόταν στους ανθρώπους που έχουν το θάρρος να ζουν σύμφωνα με τις δικές τους αξίες, εξυψούμενοι έτσι πάνω από τη συμβατική ηθική, ως υπερανθρώπους. Οι υπεράνθρωποι πειραματίζονται με τη ζωή και ευρίσκονται συνεχώς στη διαδικασία του να γίνουν κάτι άλλο από αυτό που ήταν (Hergenhahn, 2005).

6.2.5 Heidegger

Το έργο του Heidegger θεωρείται γενικά η γέφυρα μεταξύ υπαρξιστικής φιλοσοφίας και υπαρξιστικής ψυχολογίας. Ο Heidegger επεξέτεινε τη φαινομενολογία σε υπαρξιακή αναζήτηση (Hergenhahn, 2005). Έστρεψε την

προσοχή του σε ζητήματα της ανθρώπινης ύπαρξης και επικέντρωσε τη μελέτη του στην ύπαρξη στον κόσμο (being in the world) (Fischer, 1998).

Ο Heidegger μελέτησε το Dasein ή «ύπαρξη εν τω κόσμω». Dasein σημαίνει «είμαι εκεί», αλλά για τον άνθρωπο το «είμαι εκεί» σημαίνει «υπάρχω εκεί», και η ύπαρξη είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την ερμηνεία και την αξιολόγηση της εμπειρίας κάποιου και τις επιλογές που κάνει σχετικά με αυτές τις εμπειρίες (Hergenhahn, 2005). Ο όρος του Heidegger για την ανθρώπινη ύπαρξη (dasein) τονίζει ότι η ανθρώπινη πραγματικότητα τοποθετείται πάντα σε σχέση με το περιβάλλον: «εκεί» (Fischer, 1998).

Έπειτα, ο Heidegger πίστευε ότι, αν και οι άνθρωποι έχουν ελεύθερη βούληση, ρίχνονται μέσα στις περιστάσεις της ζωής τους από γεγονότα πέρα από τον έλεγχο τους. Η διάρριψη καθορίζει πράγματα όπως το αν ένας άνθρωπος είναι άντρας ή γυναίκα, πλούσιος ή φτωχός και ούτω καθεξής. Κάθε άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να πράξει ό,τι καλύτερο μπορεί με τη ζωή του, ανεξάρτητα από τις περιστάσεις. Η θετική ανάπτυξη επέρχεται όταν ένας άνθρωπος διερευνά δυνατότητες για να ζήσει με τις επιλογές του. Όμως, η επιλογή απαιτεί να εισέλθει κανείς στο άγνωστο και αυτό προκαλεί άγχος. Σύμφωνα με τον Heidegger, η άσκηση της ελευθερίας απαιτεί θάρρος αλλά μόνο ασκώντας κανείς την ελευθερία του μπορεί να ζήσει μια αυθεντική ζωή. Αν κάποιος ζει τη ζωή του σύμφωνα με τις αξίες των άλλων, ζει μη αυθεντική ζωή. Για τον Heidegger το πρώτο βήμα για να ζήσει κανείς μια αυθεντική ζωή είναι να αντιμετωπίσει το αναπόφευκτο του θανάτου. Από τη στιγμή που ένας άνθρωπος θα κατανοήσει το πεπερασμένο και θα το αντιμετωπίσει με επιτυχία, μπορεί να ζήσει μια πλούσια, πλήρη, αυθεντική ζωή (Hergenhahn, 2005).

6.2.6 May

Ο May ήταν ο κύριος υπεύθυνος για την θέσπιση της υπαρξιστικής ψυχολογίας στις ΗΠΑ. Μια ακόμη από τις μεγαλύτερες συνεισφορές του, ήταν η ανάμειξη του με τις υπαρξιακές και φαινομενολογικές απόψεις. Υιοθετώντας τη φαινομενολογική άποψη, πίστευε ότι η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας για την γνώση και την κατανόηση και τόνιζε ότι ένα άτομο θα μπορούσε να ερμηνευθεί από τις προσωπικές του εμπειρίες επαρκέστερα, απ’ ότι μέσω της θεωρίας ενός θεραπευτή για τους ανθρώπους. Επίσης, ο May σκέφτηκε ότι η πρόσβαση στο κίνητρο ενός ασθενή για αλλαγή πραγματοποιείται καλύτερα μέσω της εξερεύνησης

των εννοιών, των ιδανικών και των στόχων που καθορίζουν τη ζωή τους (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Ο May, όπως και οι άλλοι υπαρξιστές ψυχολόγοι, υποστήριζε πως στη φυσιολογική, υγιή ζωή περιλαμβάνεται η εμπειρία του άγχους, επειδή το να ζει κανείς αυθεντική ζωή καθιστά απαραίτητο το να αποτολμήσει την είσοδο στο άγνωστο. Αν ένας άνθρωπος δεν μπορεί να επικρατήσει του φυσιολογικού άγχους, θα αναπτύξει νευρωσικό άγχος και θα οδηγηθεί από μια αυθεντική ζωή σε μια συμμόρφωση ή σε μια ζωή που είναι υπερβολικά περιοριστική. Επιπλέον, επειδή ένας άνθρωπος με νευρωσικό άγχος δεν ασκεί την ανθρώπινη ικανότητα του να επιλέγει, βιώνει ενοχή. Συνεπώς, μια αυθεντική ζωή χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό άγχος και ενοχή και μια μη αυθεντική ζωή από νευρωσικό άγχος και ενοχή. Σύμφωνα με τον May οι υγιείς άνθρωποι ενστερνίζονται μύθους που παρέχουν μια αίσθηση ταυτότητας και κοινότητας, υποστηρίζουν ηθικές αξίες και προσφέρουν έναν τρόπο αντιμετώπισης της ιστορίας της ζωής. Οι άνθρωποι χωρίς τέτοιους μύθους αισθάνονται απομονωμένοι και φοβισμένοι και συχνά ζητούν επαγγελματική βοήθεια (Hergenhahn, 2005).

6.2.7 Maslow

Συνήθως ο Abraham Maslow (1908-1970) ορίζεται ως ο υπεύθυνος για τον καθορισμό της ανθρωπιστικής ψυχολογίας ως επίσημο κλάδο της ψυχολογίας (Hergenhahn, 2005).

Σύμφωνα με τον Maslow, οι άνθρωποι είναι στη βάση τους καλοί ή ουδέτεροι και όχι κακοί, όλοι έχουν την παρόρμηση να αναπτυχθούν ή να εκπληρώσουν τις δυνατότητες τους και η ψυχοπαθολογία είναι αποτέλεσμα της στρέβλωσης και της ανατροπής της στοιχειώδους φύσης του ανθρώπινου οργανισμού. Η κοινωνία προκαλεί συχνά αυτή τη στρέβλωση και ανατροπή και είναι λάθος να υποθέτουμε ότι έτσι προκύπτει η στοιχειώδεις φύση του οργανισμού. Αντίθετα, θα πρέπει να αναγνωρίσουμε τι θα μπορούσε να συμβεί αν απομακρυνόταν αυτά τα εμπόδια. Ο Maslow ενθαρρύνει την πεποίθηση ότι η κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί, αν οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να εκφραστούν και είναι ο εαυτός τους (Pervin & John, 2001).

Πρότεινε μια θεώρηση της ανθρώπινης παρώθησης, η οποία διαχωρίζει τις βιολογικές ανάγκες όπως η πείνα, ο ύπνος και η δίψα από τις ψυχολογικές ανάγκες όπως η αυτοεκτίμηση, η τρυφερότητα και η αίσθηση του ανήκειν (Pervin & John,

2001). Σύμφωνα με τον Maslow οι ανθρώπινες ανάγκες είναι διατεταγμένες σε ιεραρχία. Όσο πιο χαμηλά βρίσκονται στην ιεραρχία, τόσο πιο βασικές είναι και παρόμοιες με των ζώων. Ενώ όσο πιο υψηλότερα βρίσκονται, τόσο πιο ανθρώπινες είναι. Κατώτερα στην ιεραρχία βρίσκονται οι βιολογικές ανάγκες, ακολουθούν οι ανάγκες για ασφάλεια, οι ανάγκες για ανήκειν και αγάπη, οι ανάγκες εκτίμησης και τέλος έρχεται η αυτοπραγμάτωση. Για τον Maslow, η αυτοπραγμάτωση αποτελεί την επίτευξη του πλήρους ανθρώπινου δυναμικού. Όμως, λόγω του ότι είναι αδύνατον για οποιονδήποτε άνθρωπο να προσεγγίσει εντελώς το πλήρες δυναμικό του, ο Maslow θεωρούσε αυτούς που έχουν ικανοποιήσει ιεραρχικά τις ανάγκες τους, ως αυτοπραγματούμενους (Hergenhahn, 2005).

Πάρα πολύ συχνά, όπως λέει ο Maslow, οι ψυχολόγοι ασχολήθηκαν με τις βιολογικές ανάγκες και διατύπωσαν απόψεις για την παρώθηση λέγοντας ότι οι άνθρωποι αντιδρούν μόνο στην ατέλεια και ζητούν μόνο τη μείωση της έντασης. Ενώ παραδέχεται ότι αυτό το είδος παρώθησης υπάρχει, ο Maslow μας καλεί να αναγνωρίσουμε μια παρώθηση που δε βασίζεται στην ανεπάρκεια και που συχνά περιλαμβάνει την αύξηση της έντασης, παρώθηση που εκφράζεται μέσα από τη δημιουργικότητα των ανθρώπων και την πραγμάτωση του δυναμικού τους (Pervin & John, 2001).

Μια ακόμη μεγάλη συμβολή του Maslow (1954), ήταν η εντατική μελέτη του πάνω σε υγιή άτομα τα οποία επιτυγχάνουν την αυτοεκπλήρωση και την αυτοπραγμάτωση. Αναφέρθηκε σε προσωπικότητες τόσο του παρελθόντος όσο και σύγχρονες. Από αυτή την έρευνα ο Maslow έβγαλε το συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι που φτάνουν στην αυτοπραγμάτωση έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: αποδέχονται τον εαυτό τους και τους άλλους όπως είναι, είναι δυνατόν να τους απασχολεί ο εαυτός τους αλλά είναι και ελεύθεροι να αναγνωρίσουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες των άλλων. Έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται στη μοναδικότητα των ανθρώπων και των καταστάσεων παρά να έχουν μια μηχανική και στερεότυπη συμπεριφορά. Είναι σε θέση να δημιουργήσουν στενές σχέσεις έστω και με λίγα ξεχωριστά άτομα. Μπορούν να είναι αυθόρμητοι και δημιουργικοί και έχουν τη δυνατότητα να αντιστέκονται στη συμβατικότητα και να επιβάλλονται, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της πραγματικότητας (Pervin & John, 2001).

Ο Maslow υποστήριζε πως η ψυχολογία πέρα από την προσπάθεια να βοηθήσει όσους έχουν ψυχολογικά προβλήματα, πρέπει να προσπαθήσει να κατανοήσει τους ανθρώπους που βρίσκονται στη διαδικασία κατάκτησης του πλήρους δυναμικού τους.

Είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε πως σκέπτονται αυτοί οι άνθρωποι και τι τους κινητοποιεί (Hergenhahn, 2005).

6.2.8 Gestalt

Αν και η εμφάνιση της Gestalt γενικά πιστεύεται ότι ήταν στα μεταπολεμικά χρόνια της δεκαετίας του 1940, η γέννηση της ήταν στην πραγματικότητα περίπου 20 χρόνια νωρίτερα. Ιδρυτής της ήταν ο Fritz Perls, Γερμανός ψυχίατρος και ψυχαναλυτής. Το μεγαλύτερο μέρος της θεραπείας Gestalt προήλθε από διάφορες συνθέσεις ψυχολογικών θεωριών και φιλοσοφικών ρευμάτων, όπως του Freud, Reich, Friedlander, Moreno, την ψυχολογία Gestalt και τον υπαρξισμό (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Σύμφωνα με τη θεωρία της ψυχολογίας Gestalt, η αντίληψη του ανθρώπου στηρίζεται σε κάτι πιο σύνθετο από μια φωτογραφική λήψη των ερεθισμάτων. Αυτό το κάτι άλλο το ονόμασαν Gestalt. Η βασική αρχή της μορφολογικής ψυχολογίας δέχεται ότι με την επενέργεια του Gestalt, το όλο είναι κάτι παραπάνω από το σύνολο των στοιχείων που το αποτελούν. Ο άνθρωπος λοιπόν, έχει την τάση ν' αντιλαμβάνεται σύνολα από ερεθίσματα και μάλιστα μορφοποιημένα, σύμφωνα με κάποιους κανόνες (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Η Gestalt θεραπεία υιοθετεί μια ολιστική άποψη για τη συμπεριφορά και διερευνά την εμπειρία στο εδώ και τώρα. Θεωρεί ότι η συμπεριφορά των ανθρώπων αντικατοπτρίζει ένα ολοκληρωμένο σύστημα, του οποίου η συλλογική δραστηριότητα δεν μπορεί να κατανοηθεί με την απλή προβολή μεμονωμένων πράξεων (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Πυρήνας της ψυχοθεραπείας Gestalt είναι η αύξηση της επίγνωσης, δηλαδή με έναν τρόπο η αφύπνιση της ευθύνης γι' αυτό που τα άτομα αισθάνονται, σκέφτονται και κάνουν στο εδώ και τώρα. Έτσι, τα άτομα αντιλαμβάνονται τη ζωή όπως είναι τώρα και μπορούν να αναλάβουν οποιαδήποτε δράση για να την αντιμετωπίσουν. Με ένα τρόπο προτρέπονται να αποκτήσουν επίγνωση πως αποφεύγουν το προφανές, δηλαδή τα συναισθήματα και τις επιθυμίες τους (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

- ***Αίτια ψυχικής διαταραχής***

Για την καλύτερη οργάνωση της αντίληψης του συνόλου, το άτομο χρειάζεται μια πλήρη γνώση της πραγματικότητας, του εαυτού του, μέσω των εμπειριών του, αλλά και μέσω της πλήρους αντίληψης των άλλων. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο σχηματίζει τη συνολική μορφή (Gestalt) της προσωπικότητας. Αν όμως λείπει κάποιο

στοιχείο από αυτή τη συνολική αντίληψη, το άτομο δεν μπορεί να φτάσει στην απόλυτη επίγνωση του εαυτού του, κατέχεται από άγχος και υπαρξιακές αγωνίες, ώσπου τελικά οδηγείται στην ψυχική διαταραχή (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996). Η προσωπικότητα αντιμετωπίζεται ως ένα δυναμικό σύνολο από πλευρές του ατόμου που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Τα προβλήματά μας προέρχονται, σύμφωνα με την Gestalt, από την ατελή ενσωμάτωση ορισμένων πλευρών μας στο σύνολο του Εαυτού μας (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Ο Perls θεωρεί ένα άτομο νευρωτικό, όταν αυτό χρησιμοποιεί το δυναμικό του για να χειραγωγήσει τους άλλους, να ελέγχει, να αποκτά δύναμη όταν δεν στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις για να αντιμετωπίσει τη ζωή, όταν υιοθετεί το δυϊσμό ακραίων τάσεων και απόλυτων στάσεων (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Έπειτα, η θεωρία Gestalt ισχυρίζεται ότι οι άνθρωποι βιώνουν συγκρούσεις, λόγω της δυσκολίας να ενσωματώσουν νέες πληροφορίες στις αντιλήψεις που βασίζονται σε παλαιότερες γνώσεις. Η αυτοπραγμάτωση για τη Gestalt αντανακλάται στην ισορροπία, στη διαφοροποίηση και στην ενσωμάτωση των γνωστικών, αισθητήριων και συναισθηματικών προβλημάτων. Ακόμη η Gestalt ενθαρρύνει την κοινωνική εξέγερση και τον ατομικισμό (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Είναι μια πολύ «δυνατή» και άμεση θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση ψυχολογικών συμπτωμάτων και για την ανάπτυξη της προσωπικότητας. Στην Gestalt, ο κύριος στόχος είναι η συνειδητοποίηση. Αυτό περιλαμβάνει μεγαλύτερη συνειδητοποίηση σε μια συγκεκριμένη περιοχή και επίσης μεγαλύτερη ικανότητα του ασθενή να φέρνει αυτόματες συμπεριφορές στη συνειδητότητα.

Η θεραπεία Gestalt είναι ιδιαίτερα κατάλληλη γι’ αυτούς που γνωρίζουν, διανοητικά, για τον εαυτό τους αλλά ωστόσο δεν εξελίσσονται (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

6.2.9 Rogers

Σύμφωνα με τον Rogers, η φαινομενολογική-υπαρξιστική κατεύθυνση στην ψυχολογία οδηγεί σε μια περιεκτικότερη επιστήμη για τον άνθρωπο, αφού δεν περιορίζεται μόνο στην εξωτερική παρατηρήσιμη συμπεριφορά, αλλά ασχολείται και με τα εσωτερικά βιώματα (Μπρούζος, 2004).

Τον Rogers μολονότι δεν ήταν αλλά ούτε αντιλαμβανόταν τον εαυτό του ως φιλόσοφο, εντούτοις τον απασχόλησε ιδιαίτερα το «ευ ζην» του ανθρώπου (Μπρούζος, 2004). Ανέπτυξε τη θεωρία του για την προσωπικότητα με σκοπό να

εξηγήσει τα φαινόμενα που είχε παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας (Hergenhahn, 2005). Για τον Rogers ο πυρήνας της φύσης μας είναι ουσιαστικά θετικός. Η βασική κατεύθυνση μας στρέφεται προς την αυτοπραγμάτωση (Pervin & John, 2001). Υποστήριζε πως το μόνο έμφυτο στον άνθρωπο ένστικτο, εκτός από την ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του, είναι η ορμή προς την αυτοπραγμάτωση. Η αυτοπραγμάτωση αντανακλά την ανάγκη του να αναπτυχθεί και να επεκτείνει την εμπειρία του με περιπλοκότερους και δημιουργικότερους τρόπους, καθώς ωριμάζει. Υπάρχει μια ποικιλία τρόπων συμπεριφοράς που βοηθούν την ανάπτυξη και μπορούν να ικανοποιήσουν την ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης, το άτομο είναι ελεύθερο να διαλέξει ανάμεσα σε εναλλακτικές λύσεις και συνέπειες που είναι προσιτές στην αντίληψη του (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996). Αν η αυτοπραγμάτωση επιτευχθεί είναι πολύ πιθανό οι άνθρωποι να ζήσουν ολοκληρωμένες ζωές και τελικά να προσεγγίσουν το πλήρες δυναμικό τους (Hergenhahn, 2005).

Για τον Rogers, το φυσικό και ψυχολογικό περιβάλλον μπορεί να επιδράσει κατά τέτοιον τρόπο στο άτομο, ώστε να εμποδιστεί σχετικά ή απόλυτα η τάση αυτοπραγμάτωσης, με αποτέλεσμα να εξωτερικεύεται με διαστρεβλωμένο τρόπο και να εξωθεί το άτομο σε αντικοινωνικές συμπεριφορές. Όταν λοιπόν η τάση αυτοπραγμάτωσης δεν εμποδίζεται, προωθείται στο άτομο η ανάπτυξη, η ωρίμανση και ο εμπλουτισμός της ζωής. Στην περίπτωση αυτή η τάση πραγμάτωσης προσανατολίζεται σε στόχους, όπως αυτονομία, ωρίμανση και ανύψωση, υπευθυνότητα για τον εαυτό και κοινωνικότητα και, τέλος, στην αυτοπραγμάτωση. Καθίσταται σαφές, λοιπόν, ότι η τάση πραγμάτωσης αποτελεί «το βασικό κινητήριο έλασμα της ζωής» (Μπρούζος, 2004).

Η δομική έννοια κλειδί στη θεωρία του Rogers για την προσωπικότητα είναι ο εαυτός. Κατά τον Rogers, το άτομο αντιλαμβάνεται τα εξωτερικά αντικείμενα και τις εμπειρίες και τους αποδίδει κάποιο νόημα. Το όλο σύστημα των αντιλήψεων και των σημασιών συνιστούν το πεδίο φαινομένων του ατόμου. Τα μέρη του πεδίου φαινομένων τα οποία το άτομο θεωρεί ως τον «εαυτό» του ή το «εγώ» του, συνιστούν την έννοια του εαυτού. Η έννοια του εαυτού αντιπροσωπεύει έναν οργανωμένο και σταθερό τύπο αντιλήψεων. Παρότι ο εαυτός αλλάζει, διατηρεί πάντα αυτή τη σταθερότητα, ενότητα και οργάνωση (Pervin & John, 2001).

Η δομή της προσωπικότητας και η φύση της προσαρμογής που περιγράφεται από την πελατοκεντρική θεραπεία, βρίσκονται στην έννοια του εαυτού. Η εμφάνιση του

εαυτού ως βιώσιμη επεξηγηματική έννοια παρέχει μια βάση από την οποία ο θεραπευτής θα μπορούσε να δικαιολογήσει μια προσωπική ταυτότητα στη θεραπεία και θα μπορούσε να ενθαρρύνει άμεσα και να ενισχύσει την προσωπική επιλογή από την πλευρά των ασθενών και πελατών. Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος σχετικά με την επιλογή και την ελευθερία, η πελατοκεντρική θεραπεία έχει τις ρίζες της, όχι σε υπαρξιακές κρίσεις, αλλά σε μια αντίδραση ενάντια στον έλεγχο και τις καταπιεστικές θρησκείες που απειλούν τις ηθικές επιλογές και την αυτό-διαχείριση (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Με τον τίτλο «πελατοκεντρική θεραπεία» ήθελε να δείξει πως μόνο ο πελάτης ή ασθενής και όχι ο θεραπευτής, μπορούσε να καθορίσει την κατεύθυνση της ψυχοθεραπείας (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

- ***Αίτια ψυχικής διαταραχής κατά τον Rogers***

Η αρχή της ψυχικής διαταραχής βρίσκεται στην ασυμφωνία που δημιουργείται ανάμεσα στην εμπειρία του ατόμου και στον εαυτό του. Πηγή της ασυμφωνίας αποτελούν ορισμένες εμπειρίες του που οδηγούν σε αρνητική αυτο-εκτίμηση (όταν δηλαδή το άτομο κάνει διαφορετικά πράγματα απ' ότι πιστεύει). Αμέσως δημιουργείται ο φόβος που βάζει σε κίνηση τον μηχανισμό άμυνας του ατόμου, ο οποίος παραμορφώνει αυτές τις εμπειρίες, κάνει επιλογές ή απλά τις αρνείται (δηλαδή το άτομο δέχεται ότι δεν συμβαίνει τίποτα ή ότι δεν είναι σπουδαίο γεγονός).

Ταυτόχρονα, στο σύστημα αξιών, δηλαδή στον εσωτερικό έλεγχο του ατόμου που θα κρίνει, αν η συγκεκριμένη εμπειρία συμφωνεί με τις αρχές του, δημιουργούνται ψεύτικες παραπλανητικές αξίες για να επέλθει συμφωνία με τις αρνητικές πράξεις. Επειδή όμως το άτομο έχει την ανάγκη της εκτίμησης του εαυτού του, δεν μπορεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ν' ανέχεται τις ψεύτικες αρχές και τις αρνητικές εμπειρίες, μια και έτσι εμποδίζεται η αυτοπραγμάτωση.

Η παραμορφωμένη εικόνα για τον εαυτό του και η συνεχής σύγκρουση ανάμεσα στις αξίες (αρχές) και στην εμπειρία (πράξεις) του, το οδηγούν σε πρώτο στάδιο στο άγχος. Το άγχος, ως βασικός συντελεστής του αμυντικού μηχανισμού που έχει προέλθει από ψεύτικες αξίες, ωθεί το άτομο σε μια διαστρεβλωμένη συνείδηση, που γενικά εμποδίζει το άτομο να αντιληφθεί τις πραγματικές αξίες και ανάγκες του (αυτοπραγμάτωση) με αποτέλεσμα τη νεύρωση. Σύμφωνα με τον Roger, το άγχος είναι ο βασικός μηχανισμός αντίστασης στην απειλή. Είναι επίσης και το βασικό

σύμπτωμα γιατί αποκαλύπτει την ύπαρξη της διαστρεβλωμένης συνείδησης του ατόμου.

Καθώς όλο και περισσότερες αξίες αντικαθίστανται από ψεύτικες, μειώνοντας συνεχώς την αυτοεκτίμηση και την ταύτιση για αυτοπραγμάτωση, καταλήγει το άτομο σε ακραίες καταστάσεις συνολικής αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας, με αποτέλεσμα να εμφανίζει ψυχωτικές συμπεριφορές (σχιζοφρένεια, κτλ.) (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Κατά τον Rogers, η ψυχολογική παθολογία υποδηλώνει ότι διαταράσσεται η σχέση ανάμεσα στην αυτοαντίληψη και την πραγματική εμπειρία. Μια σχετική έρευνα κατά το μεγαλύτερο μέρος της εξέτασε τις σχέσεις ανάμεσα στον εαυτό και στον ιδανικό εαυτό. Σε αυτή την έρευνα, η διαφορά ανάμεσα στην αξιολόγηση του εαυτού και του ιδανικού εαυτού χρησιμοποιείται συχνά ως μέτρο της προσαρμογής- όσο μικρότερη είναι η διαφορά ανάμεσα στον εαυτό και τον ιδανικό εαυτό, τόσο καλύτερα προσαρμόζεται το άτομο. Έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες υπέρ της άποψης ότι η υγεία και η αυτοεκτίμηση συνδέονται με τη σχέση ανάμεσα στον εαυτό και τον ιδανικό εαυτό. Οι Higgins, Bond, Klein και Strauman (1986), για παράδειγμα, διαπίστωσαν ότι οι άνθρωποι με μεγάλη διαφορά ανάμεσα στον εαυτό και τον ιδανικό εαυτό έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν κατάθλιψη. Άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι το πόσο κοντά βρίσκεται κάποιος στον εαυτό που φοβάται (ή δεν επιθυμεί) μπορεί να είναι ακόμη πιο αποφασιστικό για την προσαρμογή του. Με άλλα λόγια η αυτοεκτίμηση και η ικανοποίηση από τη ζωή ενδέχεται να στηρίζονται περισσότερο στο να μην είναι κάποιος σαν τον εαυτό που φοβάται και λιγότερο στο να είναι σαν τον ιδανικό του εαυτό.

Ο Higgins (1987) στη θεωρία του, συσχετίζει τον εαυτό με το συναίσθημα. Η θεωρία αυτή αποτελεί μια ενδιαφέρουσα σύγχρονη ανάπτυξη της ιδέας του Rogers ότι οι ασυνέπειες του εαυτού παράγουν συναισθηματικά προβλήματα. Εκτός από τον ιδανικό εαυτό του Rogers, ο Higgins εισήγαγε την έννοια του «αναγκαίου εαυτού». Ενώ η έννοια του ιδανικού εαυτού περιλαμβάνει τις ελπίδες του ατόμου, τις φιλοδοξίες και τις επιθυμίες του, η έννοια του αναγκαίου εαυτού αποτελείται από τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τα καθήκοντα, τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Higgins, οι διαφορές ανάμεσα στον εαυτό και τον ιδανικό εαυτό οδηγούν σε συναισθήματα συγγενή της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, αν κάποιος έχει έναν ιδανικό εαυτό σύμφωνα με τον οποίο είναι μαθητής του Α, αλλά παίρνει Γ σε ένα μάθημα, τότε το πιθανότερο είναι να απογοητευθεί, να λυπηθεί ή και

να πάθει κατάθλιψη. Αντίθετα, οι διαφορές ανάμεσα στον εαυτό και τον αναγκαίο εαυτό θα πρέπει να οδηγήσουν σε συναισθήματα συγγενή της ταραχής. Για παράδειγμα, αν ο αναγκαίος εαυτός κάποιου λέει ότι είναι μαθητής του Α, αλλά παίρνει Γ, το πιθανότερο είναι να φοβηθεί, να αγχωθεί ή να νιώσει ότι απειλείται. Έτσι, ο διαχωρισμός ανάμεσα στον ιδανικό και τον αναγκαίο εαυτό είναι σημαντικός γιατί μας βοηθάει να ξεχωρίσουμε δύο είδη συναισθημάτων σχετικών με τον εαυτό: αυτά που σχετίζονται με την κατάθλιψη (π.χ. απογοήτευση, λύπη, κατάθλιψη) και αυτά που σχετίζονται με την ταραχή (π.χ. φόβος, απειλή, άγχος).

Ο Higgins υποστηρίζει ότι ο ιδανικός και ο αναγκαίος εαυτός χρησιμεύουν ως ατομικός οδηγός που κατευθύνει και οργανώνει την κοινωνική συμπεριφορά. Εντούτοις, αν και ορισμένες φορές συνεργάζονται, αυτοί οι οδηγοί του εαυτού μας μπορεί να έλθουν σε σύγκρουση. Αυτό που εξιδανικεύουμε για τον εαυτό μας και αυτό που νιώθουμε υποχρεωμένοι να κάνουμε δεν είναι πάντοτε το ίδιο. Κάποιες γυναίκες, για παράδειγμα, νιώθουν πως η επιθυμία τους για επαγγελματική επιτυχία (έναν ιδανικό εαυτό) έρχεται σε σύγκρουση με τις προσδοκίες της κοινωνίας να γίνουν μητέρες (έναν αναγκαίο εαυτό). Αυτού του είδους οι συγκρούσεις πίστευε ο Rogers ότι έπρεπε να συνειδητοποιήσουν οι πελάτες του και ότι πάνω σε αυτές θα έπρεπε να δουλέψουν κατά τη θεραπεία ώστε να επιτύχουν την αλλαγή.

Κεντρική σημασία είχε γα τον Rogers η ίδια η θεραπευτική διαδικασία. Τον απασχολούσε κυρίως το πώς συντελείται η αλλαγή της προσωπικότητας. Αφοσιώθηκε σε μία διαρκή υποκειμενική και αντικειμενική ενασχόληση με τη διαδικασία της αλλαγής (Pervin &John, 2001).

- ***Ψυχοπαθολογία και αλλαγή***

Στη θεωρία του Rogers για την ψυχοπαθολογία γίνεται λόγος για την έλλειψη συμφωνίας ανάμεσα στην εμπειρία ενός ατόμου και τον εαυτό του, ενώ η μέτρηση της σχέσης εαυτού- ιδανικού εαυτού δεν έχει ζωτική σημασία για τη θεωρία.

Σε αντίθεση με τον Freud, οι αναφορές στο σεξ και την επιθετικότητα ή σε συναισθήματα όπως οι ενοχές και η κατάθλιψη είναι εντυπωσιακά λίγες, κι ας απασχολούν αυτά τα συναισθήματα μεγάλο μέρος της ζωής μας. Η θεωρία φαίνεται να είναι οικονομική, ιδιαίτερα ως προς τη διαδικασία της αλλαγής. Μέσα στην πολυπλοκότητα της ψυχοθεραπείας, ο Rogers επιχείρησε να προσδιορίσει τις λίγες αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες για τη θετική αλλαγή της προσωπικότητας (Pervin & John, 2001).

6.2.10 Kelly

- ***Μοντέλο συμβατότητας***

Το μοντέλο συμβατότητας στη πρώτη του μορφή διατυπώθηκε από τον George Kelly (1905-1966). Κατά τον Kelly, ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από τη συνεχή του προσπάθεια να προβλέψει και να ελέγξει τις εμπειρίες του. Το χαρακτηριστικό αυτό εκδηλώνεται στο γεγονός ότι κάθε άνθρωπος αντιμετωπίζει τη ζωή ακριβώς όπως ένας επιστήμονας που δημιουργεί θεωρίες και πειραματίζεται με αυτές. Σκοπός του κάθε πειράματος είναι η αναζήτηση της αλήθειας, ανεξάρτητα από το εάν αυτή είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη ή αν είναι συμβατή ή όχι με τη θεωρία. Στην περίπτωση που υπάρχει ασυμβατότητα μεταξύ θεωρίας και πραγματικών γεγονότων, τότε το άτομο αλλάζει τη θεωρία του και την κάνει να συμφωνεί με την αντικειμενική πραγματικότητα (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

Ο Kelly παρατήρησε ότι ο σημαντικότερος στόχος των επιστημόνων είναι να μειώσουν την αβεβαιότητα. Πίστευε επίσης ότι αυτός είναι ο στόχος και όλων των ανθρώπων. Έτσι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι είναι σαν τους επιστήμονες. Η αντίθεση βρίσκεται στο ότι οι επιστήμονες δημιουργούν θεωρίες με τις οποίες προσπαθούν να προβλέψουν μελλοντικά περιστατικά, ενώ οι μη επιστήμονες δημιουργούν συστήματα εννοιολογικών κατασκευασμάτων για να προβλέψουν μελλοντικά περιστατικά (Hergenhahn, 2005).

Η θεωρία των προσωπικών νοητικών κατασκευών του Kelly, δίνει βαρύτητα στο καθολικό άτομο, στις ατομικές διαφορές και τη σταθερότητα της συμπεριφοράς μέσα στο χρόνο και τις διαφορετικές περιστάσεις. Ο πρώτος στόχος της θεωρίας είναι το μεμονωμένο άτομο και όχι κάποιο μέρος του ατόμου, κάποια ομάδα προσώπων ή κάποια συγκεκριμένη διεργασία στη συμπεριφορά του ατόμου αυτού. Η θεωρία του Kelly συνιστά μια εξαιρετικά δημιουργική προσπάθεια ερμηνείας της συμπεριφοράς μέσα σε ένα γνωστικό πλαίσιο. Με άλλα λόγια, τονίζει τους τρόπους με τους οποίους αντιλαμβανόμαστε τα γεγονότα, ερμηνεύουμε αυτά τα γεγονότα σε σχέση με ήδη υπάρχουσες δομές και συμπεριφερόμαστε σύμφωνα με αυτές τις ερμηνείες. Για τον Kelly η νοητική κατασκευή είναι ένας τρόπος αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων (Pervin & John, 2001).

Ο Kelly έθεσε την έννοια της εναλλακτικότητας των εννοιολογικών κατασκευασμάτων, με την οποία ευθυγραμμίστηκε με τους υπαρξιστές. Υποστήριζε πως οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τα εννοιολογικά κατασκευάσματα που

χρησιμοποιούν στην αλληλεπίδραση τους με τον κόσμο. Η ερμηνεία δηλαδή των γεγονότων είναι ατομική υπόθεση και μπορεί να γίνει με άπειρους τρόπους (Hergenhahn, 2005).

Η θεωρία του Kelly θεωρήθηκε φαινομενολογική, αφού δίνει έμφαση στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα ερμηνεύουν τον κόσμο. Επειδή δίνει έμφαση και στην ιδέα ότι το άτομο αναλαμβάνει ενεργό δράση στον κόσμο, η θεωρία του χαρακτηρίστηκε και υπαρξιστική. Επειδή η θεραπευτική του προσέγγιση δίνει έμφαση σε αυτά που μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι για να αλλάξουν τον τρόπο που σκέφτονται, η θεωρία των ατομικών νοητικών κατασκευών χαρακτηρίστηκε και συμπεριφορική. Επειδή η θεωρία δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των στοιχείων του εννοιολογικού συστήματος του ατόμου και επειδή, όπως επισημάναμε, ο Kelly θεωρούσε ότι το άτομο αναλάμβανε ενεργό ρόλο στην ενασχόληση του με τον κόσμο, η θεωρία των ατομικών νοητικών κατασκευών χαρακτηρίστηκε και ως δυναμική θεωρία (Pervin & John, 2001).

Σύμφωνα με τον Kelly, το άγχος αποτελεί τη διαπίστωση ασυμβατότητας μεταξύ των προσωπικών δομημάτων και των πραγματικών γεγονότων. Το άγχος δηλαδή παρουσιάζεται όταν το άτομο αποτυγχάνει να προβλέψει τις εμπειρίες του. Έπειτα, η επιθετικότητα για τον Kelly, αποτελεί την προσπάθεια να διατηρηθούν λανθασμένα προσωπικά δομήματα παρά το γεγονός ότι δεν είναι συμβατά με τα πραγματικά γεγονότα. Επιθετικότητα δηλαδή σημαίνει, να επιμένει κάποιος ότι μια θεωρία είναι σωστή και να συνεχίζει να την εφαρμόζει, αγνοώντας τα πραγματικά γεγονότα που αποδεικνύουν ότι είναι λανθασμένη. Όσον αφορά την ενοχή, ο Kelly υποστήριζε ότι ενοχή αποτελεί η διαπίστωση εκτόπισης του εαυτού από τα δομήματα που θεωρεί ότι χαρακτηρίζουν τον πυρηνικό ρόλο του στη ζωή (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990/1996).

- ***Ψυχοπαθολογία***

Για τον Kelly, η ψυχοπαθολογία ορίζεται ως διαταραγμένη λειτουργία του συστήματος νοητικών κατασκευών. Μόνο ένας αδύναμος επιστήμονας επιμένει σε μια θεωρία και κάνει τις ίδιες προβλέψεις παρά τις επανειλημμένες αποτυχίες της έρευνας. Ομοίως, στην παθολογική συμπεριφορά το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει το περιεχόμενο και τη δομή του συστήματος νοητικών κατασκευών παρά τις επαναλαμβανόμενες λαθεμένες προβλέψεις ή αναιρέσεις. Στη ρίζα αυτής της αμετακίνητης προσκόλλησης σ’ ένα σύστημα νοητικών κατασκευών βρίσκεται το

άγχος, ο φόβος και η απειλή. Ο Kelly δήλωσε ότι μπορεί κανείς να δώσει την ερμηνεία ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά κατευθύνεται μακριά από το έντονο άγχος. Οι ψυχολογικές διαταραχές εκδηλώνονται με άγχος και με ατελέσφορες προσπάθειες για επαναφορά της αίσθησης ότι το άτομο είναι σε θέση να προβλέψει τα γεγονότα. Ο Kelly δηλώνει: «Από μια άποψη, όλες οι διαταραχές στην επικοινωνία έχουν να κάνουν με το άγχος». Το «νευρωτικό» άτομο αναζητά πυρετωδώς νέες ερμηνείες για ό,τι συμβαίνει στον κόσμο. Μερικές φορές επεξεργάζεται «μικρά» γεγονότα, άλλες «μεγάλα» γεγονότα, πάντα όμως καταπολεμώντας το άγχος. Το «ψυχωτικό» άτομο φαίνεται να έχει βρει κάποια προσωρινή λύση για το άγχος του. Στην καλύτερη, όμως, περίπτωση πρόκειται για αβέβαιη λύση που πρέπει να συντηρείται παραβλέποντας αποδείξεις οι οποίες, για τους περισσότερους από εμάς, δρουν ακυρωτικά.

Η προσπάθεια αποφυγής του άγχους, δηλαδή της εμπειρίας ότι το σύστημα των νοητικών κατασκευών δεν ανταποκρίνεται στα γεγονότα και η προσπάθεια αποφυγής της απειλής, δηλαδή της επίγνωσης κάποιας επικείμενης ριζικής αλλαγής στο σύστημα των νοητικών κατασκευών, είναι θεμελιώδεις στις απόψεις του Kelly για την ψυχοπαθολογία.

Ακόμη, ο Kelly (1961) ερμήνευσε την αυτοκτονία ως πράξη επιβεβαίωσης της αξίας της ζωής του ατόμου ή ως πράξη εγκατάλειψης.

- ***Αλλαγή***

Ο Kelly κάνει λόγο για τη διαδικασία της θετικής αλλαγής όσον αφορά την ανάπτυξη καλύτερων συστημάτων νοητικών κατασκευών. Αν η ασθένεια αντιστοιχεί στη συνεχή χρήση νοητικών κατασκευών παρά τη συνεχή ανατροπή τους, τότε μέσα από την ψυχοθεραπεία βοηθούμε τους ασθενείς να βελτιώσουν τις προβλέψεις τους.

Η θεωρία του Kelly προσφέρει μια ενδιαφέρουσα ανάλυση του άγχους, δε λέει όμως τίποτα για το σημαντικό συναίσθημα της κατάθλιψης. Πράγματι, παρ' όλη την αξιοσημείωτη βαρύτητα που δίνει στη γνωστική λειτουργία, η θεωρία παρέχει μια περιορισμένη εικόνα του ανθρώπου. Αν και ο Kelly αρνήθηκε την αλλαγή, είναι αισθητή η έλλειψη έμφασης στα ανθρώπινα αισθήματα και συναισθήματα (Pervin & John, 2001).

6.3 Ανρωπιστική-υπαρξιστική προσέγγιση και κατάθλιψη

6.3.1 Ατομικότητα, Ολοκλήρωση, Ελευθερία και Προσωπική Ευθύνη

Η ανθρωπιστική και η υπαρξιστική θεώρηση απορρίπτουν την έννοια του προκαθορισμού της ανθρώπινης συμπεριφοράς και σκέψης, που χαρακτηρίζει τις ψυχοδυναμικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Οι θεωρητικοί που πρόσκεινται τόσο στην ανθρωπιστική όσο και στην υπαρξιακή προσέγγιση δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανθρώπινη ατομικότητα και ενσυνείδηση, στην ικανότητα για ανάπτυξη και ολοκλήρωση, στην ελευθερία του κάθε ανθρώπου να επιλέγει την τύχη του και στην προσωπική του ευθύνη για τις αποφάσεις τους. Οι υπαρξιστές στην προσπάθεια τους να εξηγήσουν την κατάθλιψη, φαίνεται να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην αίσθηση «μη ύπαρξης» του καταθλιπτικού, που απορρέει από την αποτυχία του να ζήσει αυθεντικά και με πληρότητα με όποιο τρόπο ο ίδιος την εννοεί. Με άλλα λόγια η κατάθλιψη είναι μια αναμενόμενη αντίδραση σε μια μη αυθεντική ύπαρξη και τρόπο ζωής, όπου κυριαρχεί η αίσθηση ότι κάποιος δεν αξιοποιεί και δεν ζει σύμφωνα με το πραγματικό του δυναμικό. Σύμφωνα με τους υπαρξιστές και τους ανθρωπιστές, οι καταθλιπτικοί δεν έχουν απλώς, όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν, αισθήματα ενοχής, αλλά είναι ένοχοι, γιατί απέτυχαν να κάνουν επιλογές, να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους και να πάρουν την ευθύνη για την ίδια τη ζωή τους (Κλεφτάρας, 1998).

Επιπλέον, οι υπαρξιακοί-φαινομενολογικοί κλινικοί έχουν τονίσει ότι συχνά αυτό που διαγιγνώσκουμε ως παθολογική κατάθλιψη είναι η κατάσταση ενός ατόμου που παλεύει με τις επιλογές του, τις οποίες αυτός ή αυτή βλέπει ως προσδιοριστικό παράγοντα του ποίος ή ποια είναι. Υποστηρίζουν πως είναι απελευθερωτικό να γνωρίζει ότι κάποιος παλεύει καταδικασμένος σε ένα υπαρξιακό δίλημμα, παρά έχοντας κατάθλιψη. Ακόμη και ένα άτομο που αντιμετωπίζει μια εγκεφαλική βλάβη ή διαθέτει μια προδιάθεση για σχιζοφρένεια, εντούτοις εξακολουθεί να συμμετέχει στον σχηματισμό του νοήματος της κατάστασης, στη λήψη συνεχιζόμενων επιλογών και στη διαμόρφωση της ζωής του με την εγκεφαλική βλάβη και τη σχιζοφρένεια (Fischer, 1998).

6.3.2 Αυθεντικότητα, Μοναξιά και Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης

Ο φόβος της μοναχικότητας είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να εκδηλωθεί η έλλειψη αυθεντικότητας. Οι καταθλιπτικοί εξαρτώνται συχνά από τους άλλους και η κατάθλιψη συχνά ακολουθεί την απώλεια μιας σημαντικής σχέσης.

Έρευνες έδειξαν ότι η μοναξιά αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα της κατάθλιψης και ότι βρίσκεται σε στατιστικά σημαντική συνάφεια με αυτήν. Φαίνεται, μάλιστα, ότι η μοναξιά επηρεάζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα με δύο τρόπους: α) άμεσα, λόγω της αδυναμίας του ατόμου να δημιουργήσει μια ουσιαστική σχέση που να του προσφέρει επαρκή οικειότητα, και β) έμμεσα, λόγω των επιπτώσεων που η μοναξιά μπορεί να έχει στην αυτοεκτίμηση του ατόμου, που με τη σειρά της συχνά αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Αντίθετα με τους καταθλιπτικούς που παραπονιούνται για τη μοναξιά που νιώθουν και προσπαθούν να την αποφύγουν, και παρά το γεγονός ότι αρκετές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν αναπτύξει μεθόδους καταπολέμησης της, η μοναξιά για τους υπαρξιστές δεν είναι κάτι που πρέπει να αποφεύγεται ή να θεραπεύεται. Σύμφωνα με τους υπαρξιστές, η μοναξιά αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης φύσης και ως τέτοια θα πρέπει να γίνει αποδεκτή και να χρησιμοποιηθεί ως μέσο προσωπικής εξέλιξης και ολοκλήρωσης. Βεβαίως η μοναξιά είναι οδυνηρή και οι άνθρωποι γενικά έχουν μεγάλη δυσκολία να αναγνωρίσουν και ακόμη περισσότερο να δεχτούν την αξία της. Συχνά μάλιστα εμπλέκονται σε ένα μάταιο αγώνα ανούσιων και επιφανειακών κοινωνικών δραστηριοτήτων προκειμένου να την αποφύγουν, γεγονός που αποτελεί, σύμφωνα με τους υπαρξιστές, έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998).

Συνεπώς, σύμφωνα με την υπαρξιακή θεραπεία της κατάθλιψης, ο καταθλιπτικός πρέπει: α) να αντιληφθεί ότι δεν θα μπορέσει ποτέ να αισθανθεί εσωτερική ικανοποίηση αν συνεχώς προσπαθεί να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των άλλων, και ότι μόνο αν λειτουργεί με αυθεντικότητα, δηλαδή με βάση τις δικές του αξίες και πεποιθήσεις, θα μπορέσει να έχει κάποια στιγμή την αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης. Και β) να καταλάβει ότι η μοναξιά είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, να αναγνωρίσει την αξία της και να τη δεχτεί ως στοιχείο ποιότητας και ως κίνητρο εξέλιξης και επίτευξης των προσωπικών του στόχων (Κλεφτάρας, 1998).

6.3.4 Victor Frankl: Αναζήτηση Νοήματος και Κατάθλιψη

Ένας από τους πιο γνωστούς υπαρξιστές είναι ο Victor Frankl, ο οποίος στη διάρκεια του Ναζισμού πέρασε τρία χρόνια σε στρατόπεδα συγκέντρωσης, όπου και θανατώθηκαν οι γονείς του, ο αδελφός του και η σύζυγος του. Ο Frankl (1959, 1962) στα βιβλία του περιγράφει με γλαφυρότητα τον εξευτελισμό, την ταπείνωση, τον

πόνο και τον τρόμο που βίωναν οι φυλακισμένοι στα στρατόπεδα συγκέντρωσης (Κλεφτάρας, 1998). Η εμπειρία του Frankl στου Άουσβιτς και στο Νταχάου τον οδήγησαν να βρεθεί κοντά στην απόγνωση, την απελπισία, την κατάθλιψη και τον επικείμενο θάνατο (Beutler & Booker & Peerson, 1998). Αυτή του η εμπειρία υπήρξε καταλυτική και αποτέλεσε τη βάση της θεωρίας του. Στα στρατόπεδα συγκέντρωσης παρατήρησε ότι οι φυλακισμένοι που ήταν ικανοί να επιβιώσουν ψυχολογικά και να αντισταθούν στην απελπισία ήταν αυτοί που μπορούσαν να βρουν κάποιο πνευματικό νόημα στον πόνο τους (Κλεφτάρας, 1998).

Η έμφαση στο πνευματικό νόημα, αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της υπαρξιακής θεωρίας του Frankl. Σύμφωνα με τον Frankl, το βασικό κίνητρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι η αναζήτηση νοήματος ή με άλλα λόγια, ο αγώνας των ανθρώπων να βρουν κάποιο λόγο ή κάποιο «γιατί» για την ταραγμένη, μπερδεμένη και πεπερασμένη ύπαρξη τους (Κλεφτάρας, 1998). Αντανακλώντας τα δικά του βάσανα και τη δική του δυστυχία, ο Frankl κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι για να ζήσει κάποιος, θα υποφέρει και για να επιβιώσει πρέπει να βρει νόημα στο ότι υποφέρει. Ο Frankl πίστευε ότι κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για την εύρεση ενός σκοπού στη ζωή του και ότι ο καθένας πρέπει να αναλάβει την ευθύνη που προβλέπεται από αυτή την έννοια. Έτσι, ο Frankl πίστευε, όπως και ο Νίτσε, ότι αυτός που έχει ένα «γιατί» για να ζήσει, μπορεί να τα καταφέρει με οποιονδήποτε τρόπο (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Η θεωρία του «είναι», του Frankl, περιλαμβάνει την πνευματικότητα, την ελευθερία και την ευθύνη. Η πνευματική συνειδητοποίηση, ήταν πρωτεύουσα κατά τη διαδικασία του «είναι», έχοντας προβάδισμα από την ελευθερία και την ευθύνη. Ο προβληματισμός σχετικά με τον εαυτό, η προβολή νοήματος στις εμπειρίες και η συσχέτιση με τις δυνάμεις που είναι μεγαλύτερες από τον εαυτό, είναι τα προϊόντα της πνευματικής συνειδητοποίησης. Η ελευθερία ορίστηκε ως η ικανότητα να ξεπεράσει τα ένστικτα, να αποδεχθεί ή να απορρίψει την εμπειρία, να δράσει ή όχι. Έτσι, ένα άτομο έχει την ελευθερία για την επίτευξη των στόχων που καθορίζονται από την πνευματική συνειδητοποίηση και αυτή η ελευθερία αντιπροσωπεύει μια πρωταρχική διάκριση ανάμεσα στους ανθρώπους και τα ζώα. Για τον Frankl, η ελευθερία και η επιδίωξη του νοήματος επιτυγχάνονται επειδή οδηγούν τους ανθρώπους στη δράση και όχι επειδή προκύπτουν τυχαία ή εξαναγκάζουν αυτούς να δράσουν. Ο Frankl μέσα από τα γεγονότα που βίωσε, ανακάλυψε πως όταν η ζωή κάποιου ρυθμίζεται από άλλους και χάνονται εξωτερικά αντικείμενα και σχέσεις,

κάποιες βασικές ανθρώπινες ελευθερίες παραμένουν. Ο θεός δίνει τη δυνατότητα να επιλέξει το νόημα που δίνει κάποιος στις εμπειρίες του και τη στάση που θα κρατήσει μέσα και γύρω από τις υπάρχουσες συνθήκες και περιστάσεις (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Έπειτα, ο Frankl πιστεύει ότι τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα και η κατάθλιψη επέρχονται όταν το άτομο δεν έχει σκοπό στη ζωή του. Η θεραπευτική του προσέγγιση αποκαλείται «λογοθεραπεία» (Κλεφτάρας, 1998). Στη λογοθεραπεία τα ανθρώπινα προβλήματα θεωρείται ότι προκύπτουν με τη μορφή νευρωτικού άγχους, το οποίο συνδέεται με τις σωματικές, τις ψυχολογικές και τις σωματικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου. Έδωσε ιδιαίτερη προσοχή στις πνευματικές νευρώσεις, αυτές που απορρέουν από τις υπαρξιακές ανησυχίες, σε αντίθεση με αυτές που προκύπτουν από τις ενδοψυχικές συγκρούσεις. Επίσης, έδειχνε μεγάλη πίστη και ελπίδα στην ικανότητα των ανθρώπων να ξεπερνούν τις ανησυχίες τους (Beutler & Booker & Peerson, 1998).

Η λογοθεραπεία προσπαθεί να φέρει το άτομο, και στην προκειμένη περίπτωση τον καταθλιπτικό, αντιμέτωπο με την προσωπική του ευθύνη για την ύπαρξη του και να τον βοηθήσει να επιλέξει αξίες. Αυτή η απαιτητική διαδικασία απαλύνεται από τη φύση της σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου. Σύμφωνα με τον Frankl, αυτή η σχέση είναι ένας υπαρξιακός «συνεταιρισμός», όπου ο θεραπευτής διερευνά τον κόσμο του καταθλιπτικού μαζί με αυτόν. Και οι δύο μαζί στη συνέχεια προσπαθούν να διορθώσουν τις ατέλειες στον τρόπο με τον οποίο ο καταθλιπτικός προσεγγίζει τη ζωή, έτσι ώστε να μπορέσει πάλι να ξαναρχίσει να αναζητά νόημα μέσα από τις αξίες (Κλεφτάρας, 1998).

Η λογοθεραπεία αποσκοπεί λοιπόν στην απόδοση νοήματος στη ζωή του καταθλιπτικού. Αυτό επιτυγχάνεται: α) με την αποδοχή της υποκειμενικής εμπειρίας του «πόνου» που βιώνει το άτομο ως κάτι φυσιολογικό και όχι ως κάτι αρρωστημένο ή λανθασμένο, και β) με τη βοήθεια που δέχεται το άτομο για να βρει κάποιο νόημα στον πόνο που βιώνει, τοποθετώντας τον σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ή φιλοσοφία ζωής, μέσα στην οποία αναλαμβάνει την ευθύνη για την ύπαρξη του και για τη συνέχιση των αξιών που είναι συνυφασμένες με τη ζωή. Αναλαμβάνοντας την ευθύνη της ζωής τους και αναζητώντας κάποιο νόημα ακόμη και σε περιστάσεις «δοκιμασίας», οι καταθλιπτικοί μπορούν να επιτύχουν μια αίσθηση ελέγχου και επάρκειας απαραίτητης για την ανάπτυξη μιας αποδεκτής από τους ίδιους ύπαρξης (Κλεφτάρας, 1998).

7. ΣΥΣΤΗΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

7.1 Γενικές αρχές

Η συστημική επιστήμη έχει τις ρίζες της στις ιδέες του Αριστοτέλη. Διότι ο Αριστοτέλης ήταν ο πρώτος που δίδαξε ότι το σύνολο είναι περισσότερο απ' ότι το άθροισμα των μερών του (Παρίτσης, 2003).

Η οικογενειακή θεραπεία εμφανίστηκε περίπου στο τέλος της δεκαετίας του 1940 με αρχές της δεκαετίας του 1950 ως αποτέλεσμα της έρευνας, της μελέτης και της παρατήρησης της συμπεριφοράς των ατόμων στο «οικογενειακό τους περιβάλλον» (Ζαφείρης & Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999). Η οικογενειακή θεραπεία δέχτηκε την έντονη επίδραση της συστημικής θεωρίας, η οποία βασιζόταν στην υπόθεση ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά αποκτά νόημα μόνο αν ληφθεί υπόψη το ευρύτερο επικοινωνιακό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα (Τσαμπαρλή, 2004).

Το θεωρητικό υπόβαθρο της οικογενειακής θεραπείας δεν αποτελεί ένα συνεκτικό επιστημονικό υπόδειγμα. Η οικογενειακή προσέγγιση μέσω μιας πληθώρας θεωρητικών μοντέλων συμπεριφοράς (συμπεριφορικό, υπαρξιακό, ψυχαναλυτικό, γνωσιακό), τα οποία εντάχθηκαν στο συστημικό τρόπο σκέψης (προσέγγιση του ατόμου εντός του περιβάλλοντος του, αμφίδρομος χαρακτήρας της συμπεριφοράς, εγκαθιδρυμένα πρότυπα αλληλεπίδρασης, ρόλοι) και η Γενική Θεωρία των Συστημάτων λειτούργησαν ως ένας επιστημονικός θύλακας, μια μεταθεωρία, ο ιστός της οποίας συνέχει μέχρι σήμερα τα ποικίλα θεωρητικά μοντέλα (Τσαμπαρλή, 2004).

Μέχρι και σήμερα, ένα μεγάλο φάσμα προσεγγίσεων της οικογενειακής θεραπείας ασχολούνται κυρίως με την παροχή βοήθειας στις οικογένειες, προκειμένου αυτές να τροποποιήσουν τα προβληματικά μοντέλα επικοινωνίας που χρησιμοποιούν (Ζαφείρης & Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999). Όσον αφορά την οικογένεια, αυτή είναι το άθροισμα των μελών της. Τα μέλη της και οι ιδιότητες του καθορίζουν την οικογένεια που δημιουργείται. Για να κατανοηθεί η οικογένεια θα πρέπει να γνωρίζει κανείς τα μέλη της και τον χαρακτήρα τους και στη συνέχεια να συμπεράνει για τη λειτουργία της οικογένειας. Κατά τη συστημική άποψη, η οικογένεια είναι αναδυόμενη ιδιότητα όχι μόνο των μελών και των ιδιοτήτων τους, αλλά κυρίως των σχέσεων που αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου και των αναδυόμενων ιδιοτήτων που αναπτύσσονται μέσα από αυτές, π.χ. απόψεις και πιστεύω που δεν υπήρχαν πριν σε κανένα από τα μέλη της και προήλθαν, για παράδειγμα, από τις συζητήσεις των μελών της. Επίσης, μπορούν να εμφανιστούν και συναισθήματα και

στάσεις της οικογένειας που δεν υπήρχαν πριν σε κανένα από τα μέλη της. Όταν αρχίσει να δημιουργείται η οικογένεια και εμφανιστούν οι ιδιότητες της, τότε μπορούν να προκύψουν ιδιότητες στα μέλη της που δεν υπήρχαν πριν (Παρίτσης, 2003).

Στην οικογενειακή θεραπεία, η οικογένεια αντιμετωπίζεται ως ένα δυσλειτουργικό σύστημα που ο «ειδήμων» μπορεί να «επισκευάσει» με παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην τροποποίηση των κομβικών σημείων δυσλειτουργίας, των προτύπων συμπεριφοράς, των κανόνων που διέπουν τις οικογενειακές σχέσεις και της γενικότερης δομής της οικογένειας (Τσαμπαρλή, 2004).

Όσον αφορά τον συστημικό επιστήμονα, εκείνος βλέπει έναν κόσμο εμπλουτισμένο και πολύπλοκο, προσεγγίζει τον κόσμο γύρω του, τα αντικείμενα, τα φαινόμενα, τα γεγονότα, σε σχέση το ένα με το άλλο. Δηλαδή, βλέπει τον κόσμο ως ένα σύνολο από συστήματα, τα οποία αλληλοεξαρτώνται. Ως σύστημα ορίζεται ένα σύνολο από μέλη, από τις ιδιότητες των μελών, από τις σχέσεις ανάμεσα σε αυτά τα μέλη, από τις ιδιότητες που προκύπτουν και από την αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον (Παρίτσης, 2003). Το ενδιαφέρον του θεραπευτή επικεντρώνεται στο λόγο και στις αφηγήσεις των μελών της οικογένειας. Η θεραπεία έχει ως στόχο να εφεύρει η οικογένεια, μέσα από την επικοινωνιακή συναλλαγή με το θεραπευτή, μια νέα δική της πραγματικότητα, με τη βοήθεια νέων αφηγήσεων που συνιστούν αναδόμηση των παλιών και αφορούν στο πως αυτή η ίδια βλέπει και επιλύει τα προβλήματα της. Ο θεραπευτής είναι αυτός που στηρίζει την οικογένεια στη διερεύνηση της αφήγησης της, επιδεικνύοντας γνήσιο ενδιαφέρον, υποβάλλοντας ερωτήσεις, με το να είναι δεκτικός στις νέες αφηγήσεις και κυρίως βοηθώντας την οικογένεια να αποστασιοποιηθεί από τις συμβατικές αφηγήσεις που κυριαρχούν στο πολιτισμικό της πλαίσιο και να προσανατολιστεί προς άλλες πιο λειτουργικές γι' αυτήν (Τσαμπαρλή, 2004).

Ο Bowen διαμόρφωσε την αντίληψη ότι η οικογενειακή θεραπεία προσέγγιζε τον πελάτη ως ένα σύστημα, γι' αυτό και άρχισε να παραπέμπει ολόκληρη την οικογένεια σε έναν θεραπευτή. Η θεωρία που ανέπτυξε ο Bowen στο τέλος της δεκαετίας του 1950, αναφερόταν στη διεργασία με βάση την οποία μεταδίδεται από γενιά σε γενιά η δυσλειτουργία που υπάρχει σε μια οικογένεια.

Έπειτα, ο Haley υποστήριζε ότι κάθε θεραπευτική συνάντηση πρέπει να συνοδεύεται από παράδοξες παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τη θεραπεία. Ακόμη, υποστήριξε ότι ο θεραπευτής διατηρεί μια

καλοπροαίρετη στάση στη θεραπεία η οποία προάγει την αλλαγή στο σύστημα του πελάτη και του επιτρέπει συγχρόνως να διατηρήσει τη συμπεριφορά του αμετάβλητη. Αυτό το παράδοξο εξακολουθεί να υφίσταται όσο η υπό εξέταση συμπεριφορά παραμένει αμετάβλητη. Ο συγκεκριμένος τρόπος με τον οποίο ο Haley προσέγγισε την οικογενειακή θεραπεία ονομάστηκε στρατηγική οικογενειακή θεραπεία.

Σήμερα, η αυστηρή διάκριση μεταξύ της ατομικής και οικογενειακής θεραπευτικής παρέμβασης είναι κάτι που έχει υποχωρήσει. Οι οικογενειακοί θεραπευτές χρησιμοποιούν αυτό που είναι πιο λειτουργικό και θεραπευτικά αποτελεσματικό για τους πελάτες. Γι' αυτούς η αποτελεσματικότητα δεν συνδέεται με μια σωστή ή λαθεμένη θεωρία, αλλά με μια κλινική υπόθεση που οδηγεί σε μια επιτυχή ή όχι θεραπεία. Οι περισσότεροι θεραπευτές οικογενειακής θεραπείας απευθύνονται είτε στο άτομο είτε στο ζεύγος είτε στην οικογένεια και συνδυάζουν ποικίλες τεχνικές θεραπευτικής παρέμβασης. Επίσης, έχουν επικρατήσει συνδυαστικά μοντέλα θεραπείας που ανταποκρίνονται στην εμφάνιση διαφορετικών μορφών της σύγχρονης οικογένειας (Τσαμπαρλή, 2004).

Τα τελευταία χρόνια η οικογενειακή θεραπεία εξελίχθηκε πέρα από το πεδίο στο οποίο είχε αρχικά αναπτυχθεί, το οποίο αφορούσε τη μελέτη και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και της εφηβικής παραπτωματικότητας. Οι θεωρίες που αφορούσαν την οικογενειακή αλληλεπίδραση διερευνήθηκαν, τροποποιήθηκαν και μετασχηματίστηκαν προκειμένου να εφαρμοστούν σε ένα ευρύτερο φάσμα προβλημάτων. Η οικογενειακή θεραπεία εξακολουθεί να αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδο για ασθενείς με σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές και τις οικογένειες τους. Όμως, εκτός από αυτές τις περιπτώσεις συνίσταται επίσης και για την ανάπτυξη και αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων, συναισθηματικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς, χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, σωματικές ασθένειες, συναισθηματικές διαταραχές παιδιών και ενηλίκων και γενικότερα για προβλήματα προσαρμογής που παρουσιάζονται στον γάμο και στις σχέσεις γονέων-παιδιών (Ζαφείρης & Ζαφείρη & Μουζακίτης, 1999).

7.2 Συστημική προσέγγιση και κατάθλιψη

Ξεκινώντας με το έργο του Freud «Πένθος και Μελαγχολία» πολλές θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία και τη διατήρηση της κατάθλιψης, έχουν προταθεί. Αυτές οι θεωρίες μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις γενικές κατηγορίες: α) βιολογικές, β) ψυχαναλυτικές, γ) γνωστικές, δ) συμπεριφοράς. Πολλές από τις θεωρίες στις τρεις

πρώτες κατηγορίες έχουν επικεντρωθεί αποκλειστικά στις βιολογικές ή ενδοψυχικές λειτουργίες του καταθλιπτικού ατόμου και αγνοούν το διαπροσωπικό πλαίσιο στο οποίο η κατάθλιψη αναπτύσσεται και διατηρείται. Εκείνοι που έχουν ασχοληθεί με τη διαπροσωπική διάσταση έχουν περιορίσει το ενδιαφέρον τους στο οικογενειακό ιστορικό του καταθλιπτικού ατόμου, στις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της κατάθλιψης ή στις διαπροσωπικές συνέπειες της συμπεριφοράς του καταθλιπτικού ατόμου. Οι συμπεριφορικές θεωρίες δίνουν προσοχή στο ενδοπροσωπικό πλαίσιο της κατάθλιψης, αλλά δεν έχουν ασχοληθεί με τις ιδιότητες του συστήματος του διαπροσωπικού κόσμου, στον οποίο ζει το άτομο με κατάθλιψη. Στο μοντέλο αυτό, η ενδοψυχική έννοια των γνωστικών σχημάτων και οι διαπροσωπικές έννοιες των κοινωνικών ερεθισμάτων και της κοινωνικής ενίσχυσης, έχουν ενταχθεί στο πλαίσιο της θεωρίας των συστημάτων.

Η έννοια του γνωστικού σχήματος προέρχεται από το έργο του Beck, ο ποίος υποστήριξε πως η ευπάθεια του καταθλιπτικού ατόμου οφείλεται στη συνεχή αρνητική στάση για τον εαυτό του, για τον κόσμο και για το μέλλον. Μολονότι οι εννοιολογικές συλλήψεις του Beck είναι διαφωτιστικές όσον αφορά την ενδοψυχική λειτουργία του καταθλιπτικού ασθενή, περιορίζονται από το γεγονός ότι τα διαπροσωπικά συστήματα στα οποία ο καταθλιπτικός συμμετέχει, ουσιαστικά αγνοούνται. Από την πλευρά των θεωριών των οικογενειακών συστημάτων, ο καταθλιπτικός ασθενής είναι μέρος ενός πολύπλοκου και διασυνδετικού συστήματος συμπεριφορών, γνώσεων και επιρροών. Σε οποιοδήποτε τέτοιο σύστημα, το σύνολο είναι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του. Οι πρόσθετες διαστάσεις είναι οι πολλαπλές και πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ των μερών και ανάμεσα σε κάθε μέρος και το σύνολο. Οι σχέσεις διέπονται από την άμεση ή την έμμεση σχέση κανόνων που χρησιμεύουν για τον καθορισμό της δομής του συστήματος. Οι κανόνες σχέσης προκύπτουν από παρατηρήσιμες μορφές των επαναλαμβανόμενων οικογενειακών αλληλεπιδράσεων, με τις οποίες τα μέλη της οικογένειας αμοιβαία ενθαρρύνουν και ενισχύουν τη συμπεριφορά του άλλου. Η εσωτερική σταθερότητα (ομοιόσταση) διατηρείται με αρνητική ανατροφοδότηση (απόκλιση- αντιμετώπιση), ενώ η αλλαγή του συστήματος (μορφογένεση) επέρχεται με θετική ανατροφοδότηση (απόκλιση-ενίσχυση) (Larry & Feldman, 1976).

Σε αυτό το μοντέλο έχει υποτεθεί ότι τα τρέχοντα πρότυπα της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης των καταθλιπτικών ατόμων με άλλα οικεία άτομα (ειδικά το συζυγικό ταίρι, αν το άτομο είναι παντρεμένο), ασκούν μια ισχυρή επίδραση στην

κατεύθυνση της πρόκλησης και της διατήρησης της κατάθλιψης. Μπορεί να φανεί ότι η διαδικασία αντιμετωπίζεται ως κυκλική και όχι ως γραμμική, γεγονός που συνεπάγεται την αμοιβαία αιτιότητα. Συμπληρωματικές γνωστικές δομές και στους δύο συζύγους ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης και οδηγούν σε επαναλαμβανόμενα πρότυπα αμοιβαίας διέγερσης και ενίσχυσης. Σε ένα τέτοιο κυκλικό μοτίβο αλληλεπίδρασης, κάθε ιδιαίτερη συμπεριφορά είναι ταυτόχρονα ένα ερέθισμα (για τις επόμενες συμπεριφορές και γνωστικά σχήματα των άλλων), μια απάντηση (στις προηγούμενες συμπεριφορές του άλλου και στα γνωστικά σχήματα κάποιου), και ένας ενισχυτής (από τις προηγούμενες ακολουθίες των συμπεριφορών του εαυτού και των άλλων) (Larry & Feldman, 1976).

Ο μη καταθλιπτικός σύζυγος με τη συμπεριφορά του υπονομεύει τον καταθλιπτικό σύζυγο και τον χτυπά σε ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο σημείο, στην ασταθή έννοια της αυτό-αξίας. Αυτό οδηγεί σε μια καταθλιπτική απόκριση (π.χ. θλίψη, δυσφορία, αυτό-υποτίμηση, ενοχή), η οποία υποκινεί στον μη καταθλιπτικό σύζυγο ένα γνωστικό σχήμα υπερπροστασίας και παντοδυναμίας, που οδηγεί σε συμπεριφορές που ενισχύουν την κατάθλιψη (π.χ. προσοχή, υπερβολική ανησυχία). Στο σημείο αυτό συμβαίνει μια σημαντική αλλαγή. Παρά το γεγονός ότι η προσοχή και η ανησυχία του μη καταθλιπτικού συζύγου ενισχύονται, έχουν επίσης αποτρεπτικές ιδιότητες. Αυτό το μέρος της προσωπικότητας του καταθλιπτικού ατόμου που επιθυμεί να είναι αυτόνομο και υπεύθυνο, είναι επανειλημμένα απογοητευμένο από την υπερβολική προστασία και ανησυχία του συζύγου, που οδηγεί σε αισθήματα απελπισίας και αγανάκτησης. Ο καταθλιπτικός σύζυγος πιθανόν να ανταποκριθεί με απόσυρση (παθητική επιθετικότητα), απροκάλυπτη εχθρότητα ή δείχνοντας ανεξάρτητη αυτοπεποίθηση. Κάθε μια από αυτές τις πιθανές αντιδράσεις προκαλεί γνωστικά σχήματα αυτό-υποτίμησης στον μη καταθλιπτικό σύζυγο. Αυτό με τη σειρά του, οδηγεί σε επαγόμενη καταθλιπτική συμπεριφορά από τον μη καταθλιπτικό σύζυγο και ο κύκλος έχει ολοκληρωθεί (Larry & Feldman, 1976).

Σε διαφορετικές στιγμές, η διαδικασία μπορεί να ξεκινήσει σε οποιοδήποτε σημείο του κύκλου. Για παράδειγμα, ο καταθλιπτικός σύζυγος μπορεί να προκαλέσει τη διαδικασία με εκφράσεις λύπης ή δυσφορίας, παθητική επιθετική απόσυρση ή απροκάλυπτη εχθρότητα. Ο μη καταθλιπτικός σύζυγος μπορεί να το ξεκινήσει από υπερβολική προστασία ή την υπονόμευση. Με οποιονδήποτε τρόπο ξεκινήσει η διαδικασία, όταν ξεκινήσει, η ίδια ακριβώς αλληλουχία επαναλαμβάνεται (Larry & Feldman, 1976).

Οι εξηγήσεις της κατάθλιψης από την οπτική της αλληλεπίδρασης τονίζουν την κεντρική θέση των διάφορων πτυχών των συζυγικών και οικογενειακών σχέσεων στην αιτιολογία, τη συντήρηση και τη θεραπεία της κατάθλιψης (Byrne & Carr & Clark, 2004). Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά στο πλαίσιο μιας συνεχούς συζυγικής ασυμφωνίας, που μπορεί να επιδεινώσει, να διατηρήσει ή να αυξήσει την πιθανότητα υποτροπής μετά το καταθλιπτικό επεισόδιο. Σε δυστυχισμένους γάμους υπάρχει 50% πιθανότητα ένας από τους συντρόφους να έχει κατάθλιψη. Υπάρχει μια δεκαπλάσια αύξηση στον κίνδυνο για κατάθλιψη σε νεόνυμφα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν ασυμφωνίες. Η υποτροπή είναι περισσότερο πιθανή για τους καταθλιπτικούς ασθενείς που επιστρέφουν σε μη ικανοποιητικούς γάμους (Byrne & Carr, 2000).

Έπειτα, υπάρχουν θεωρητικές διατυπώσεις και εμπειρικά στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στη σχέση των ζευγαριών και επίσης ότι οι προβληματικές σχέσεις μπορεί να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, οι Beach και O'Leary (1993) υποστηρίζουν ότι η δυσφορία στη σχέση μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια υποστήριξης, η οποία με τη σειρά της μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη κατάθλιψης. Υποστηρίζοντας αυτή τη θέση είναι αξιοσημείωτο ότι έχει αποδειχθεί ότι σοβαρά προβλήματα στις σχέσεις μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης δέκα φορές περισσότερο στις γυναίκες. Λόγω του ότι η κατάθλιψη περιλαμβάνει συμπεριφορές που τα ζευγάρια βρίσκουν απωθητικές, όταν αυτή προηγείται της έναρξης της δυσφορίας στη σχέση, μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια υποστήριξης, σύγκρουση λόγω της απώλειας και δυσκολίες στη σχέση, που με τη σειρά τους μπορεί να διατηρήσουν την κατάθλιψη. Προς υποστήριξη αυτής της θέσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ζευγάρια είναι πιο πιθανό να χωρίσουν όταν η κατάθλιψη προηγείται των δυσκολιών στη σχέση.

Όταν η κατάθλιψη και οι δυσκολίες στη σχέση εδραιωθούν, τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να διατηρηθούν από πολλούς παράγοντες. Αυτά περιλαμβάνουν καθοριστικά γεγονότα που συνεπάγονται από την καταθλιπτική συμπεριφορά μέσα στη σχέση. Σε μια δημιουργική θεωρητική εργασία του ο Haley (1963) υποστήριξε ότι μέσα στον γάμο η κατάθλιψη, εμφανίζεται ως μέρος μια συζυγικής μάχης για την εξουσία. Ο λιγότερο ισχυρός σύζυγος αναπτύσσει κατάθλιψη και με τον τρόπο αυτό αλλάζει το ιεραρχικό καθεστώς εντός του γάμου. Το να είναι κάποιος καταθλιπτικός κινείται από μια αδύναμη κατάσταση σε μια άλλη, όπου τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρέχουν έναν τρόπο να ασκήσουν εξουσία και έλεγχο μέσα στη σχέση.

Ο Price (1991) σε αντίθεση, υποστήριξε ότι ο μη καταθλιπτικός σύζυγος, χρειάζεται να συνειδητοποιεί ότι η ισχύς του καταθλιπτικού συζύγου είναι λιγότερη από τη δική του. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, αν η διάθεση του ενός συζύγου είναι χαμηλή, αυτός ή αυτή ίσως χρειάζεται να διατηρήσει τη διάθεση του συζύγου εντός του εύρους της κατάθλιψης και κάθε προσπάθεια για ανύψωση της (π.χ. θεραπεία), θα αντιμετωπίζεται.

Η ισχύς, ένα κεντρικό επεξηγηματικό κατασκεύασμα σε αυτές τις συνθέσεις των Haley (1967) και Price (1991), είναι ένας σχετικά αδιαφοροποίητος όρος. Οι Cromwell και Olson (1975) σε μια στοχαστική ανάλυση, υποστηρίζουν ότι η εξουσία μπορεί να κατανοηθεί ως ένα κατασκεύασμα που ενσωματώνει τρία αναλυτικώς διαφορετικά, αλλά αλληλένδετα πεδία: βάσεις ισχύος, διαδικασίες και αποτελέσματα. Οι βάσεις ισχύος είναι τα οικονομικά και προσωπικά στοιχεία (όπως εισόδημα, οικονομική ανεξαρτησία, έλεγχος των εξόδων, δέσμευση, στάσεις για τα δυο φύλλα, επιθυμία για στενές σχέσεις, σωματική και ψυχολογική επιθετικότητα) που αποτελούν τη βάση του ελέγχου του ενός συζύγου πάνω στον άλλον. Οι διεργασίες ισχύος είναι οι τεχνικές αλληλεπίδρασης όπως η πειθώ, η επίλυση προβλημάτων ή η απαιτητικότητα που τα άτομα χρησιμοποιούν στην προσπάθεια τους να αποκτήσουν τον έλεγχο της σχέσης τους. Τα αποτελέσματα ισχύος αφορούν το ποιος έχει τον τελευταίο λόγο. Δηλαδή ποιος καθορίζει το αποτέλεσμα της επίλυσης προβλημάτων και της λήψης αποφάσεων.

Σύμφωνα με μια έρευνα των Byrne και Carr (2000), λαμβάνοντας υπόψη τις βάσεις ισχύος, η κατάθλιψη συνδέθηκε με τα χαμηλά εισοδήματα των γυναικών και με τα υψηλά επίπεδα παθητικής επιθετικότητας και των δύο συζύγων μέσα στη σχέση. Σύμφωνα με τις διεργασίες ισχύος, οι αναφορές των γυναικών συζύγων για περισσότερες αλληλεπιδράσεις απαιτήσεων-απόσυρσης, συνδέθηκαν με την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ισχύος, οι παράγοντες που συνδέονται με την κατάθλιψη περιλαμβάνουν το επίπεδο των καθηκόντων που αναφέρονται από τις γυναίκες και αφορούν το νοικοκυριό και την φροντίδα των παιδιών, τη δυσαρέσκεια των γυναικών για τις υπερβολικές απαιτήσεις της φροντίδα των παιδιών και την ικανοποίηση και των δυο συζύγων για την κατανομή της λήψης αποφάσεων.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας προηγούμενης μελέτης των Byrne και Carr (2000), η οποία έδειξε ότι σε σύγκριση με μια φυσιολογική ομάδα ελέγχου, τα ζευγάρια στα οποία υπάρχει μια καταθλιπτική σύντροφος έχουν μεμονωμένα χαρακτηριστικά που συνεπάγονται ελλείμματα στις

βάσεις ισχύος, στις διαδικασίες και στα αποτελέσματα, κάποια από τα οποία είναι ανεξάρτητα από την ικανοποίηση της σχέσης. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν τη μοναδική σύνδεση μεταξύ κατάθλιψης (σε αντιδιαστολή με άλλα ψυχολογικά προβλήματα) μέσα σε μακροχρόνιες σχέσεις και την αίσθηση οικονομικής αδυναμίας από την πλευρά των καταθλιπτικών γυναικών και την ενδοοικογενειακή βία μέσα στις σχέσεις τους.

Τα ευρήματα που αφορούν την υψηλή συχνότητα εμφάνισης ενδοοικογενειακής βίας, την υψηλή συχνότητα αλληλεπιδράσεων απαίτησης-απόσυρσης, τη χαμηλή συχνότητα εποικοδομητικής επικοινωνίας, σε συνδυασμό με τα ευρήματα σχετικά με τα φτωχά αποτελέσματα ισχύος για τους καταθλιπτικούς συντρόφους, είναι πιο συνεπή με τη θεωρία του Price (1991) απ’ ότι με του Haley (1963). Δηλαδή, τα αποτελέσματα ταιριάζουν καλύτερα με την άποψη ότι ο μη καταθλιπτικός σύζυγος μπορεί να χρησιμοποιεί απωθητικές συναλλαγές για να κρατήσει την ισχύ του καταθλιπτικού συζύγου σε ένα σταθερό επίπεδο κάτω από τη δική του και αυτό ίσως διατηρήσει την καταθλιπτική διάθεση του συζύγου, σε αντίθεση με τη θεωρία ότι η καταθλιπτική συμπεριφορά επιτρέπει στους καταθλιπτικούς συντρόφους να διορθώσουν την ανισορροπία της συζυγικής ισχύος.

Επίσης, τα αποτελέσματα της μελέτης υπογραμμίζουν την αξία της θεραπείας ζευγαριών ως κεντρική για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε μακροχρόνιες σχέσεις. Τα ευρήματα υποδεικνύουν συγκεκριμένους στόχους για παρέμβαση όπως την προώθηση της εποικοδομητικής επικοινωνίας, την επαναδιαπραγμάτευση όσον αφορά την εξουσία, τη λήψη αποφάσεων και τα καθήκοντα φροντίδας των παιδιών μέσα στη σχέση και τη διερεύνηση των ρόλων των γυναικών (Byrne & Carr & Clark, 2004).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Feldman (1976), οι αλληλεπιδράσεις του καταθλιπτικού ατόμου με τους σημαντικούς άλλους (ιδιαίτερα με τον ή την σύζυγο, αν το άτομο είναι παντρεμένο), διατηρεί την κατάθλιψη. Η αλληλεπίδραση στο ζευγάρι στο οποίο ο ένας σύντροφος είναι καταθλιπτικός είναι τέτοια, που οδηγεί σε επαναλαμβανόμενα πρότυπα αμοιβαίας διέγερσης και ενίσχυσης που ενεργοποιούν υποτιμητικά γνωστικά σχήματα και κατάθλιψη. Ο Feldman εξηγεί αυτή την αλληλεπίδραση επισημαίνοντας τις συμπληρωματικές ανάγκες και κίνητρα και των δύο συζύγων. Ο καταθλιπτικός σύζυγος βρίσκεται σε μια συνεχή αναζήτηση επιβεβαίωσης της αυτοεκτίμησης του, την οποία αυτός ή αυτή αποσπά από τον μη καταθλιπτικό σύζυγο εκδηλώνοντας αδυναμία, εξάρτηση, θλίψη και ο μη

καταθλιπτικός σύζυγος που επίσης υποφέρει από χαμηλή αυτοεκτίμηση χρειάζεται να νιώσει ότι είναι παντοδύναμος σωτήρας. Η κατάθλιψη καλλιεργεί το γνωστικό σχήμα της παντοδυναμίας και στον μη καταθλιπτικό σύζυγο, κάτι που οδηγεί σε υπερπροστατευτική συμπεριφορά προς τον καταθλιπτικό σύζυγο και στην ενίσχυση της κατάθλιψης. Αν το καταθλιπτικό άτομο δυσανασχετεί με την υπερπροστατευτικότητα και εκδηλώσει απόσυρση, εχθρότητα ή ανεξαρτησία, ερμηνεύεται από τον σύζυγο ως απόρριψη και ενισχύεται το γνωστικό σχήμα της απαξίωσης. Με σκοπό να περιοριστεί αυτή η επώδυνη κατάσταση, ο μη καταθλιπτικός σύζυγος αρχίζει να εκδηλώνει κατάθλιψη περιλαμβάνοντας συμπεριφορές όπως κριτική ή απόσυρση και ο συμπληρωματικός κύκλος, ο οποίος παράγει την κατάθλιψη, ξεκινάει ξανά. Η κατάθλιψη σύμφωνα με αυτό το μοντέλο είναι λειτουργική και για τους δύο συζύγους και η θεραπεία ενός μέρους αυτής της αμοιβαία «κλειδωμένης» σχέσης, δεν υπόσχεται πολλά (Freeman & Epstein & Simon, 1986).

Στη συνέχεια, ο Coyne (1976, 1984) ανέπτυξε ένα συστημικό μοντέλο κατάθλιψης. Στο διαδραστικό συστημικό μοντέλο του για την κατάθλιψη, ελαχιστοποιεί την ιδέα της προσωπική επένδυσης του μη καταθλιπτικού συζύγου στην ψυχική κατάσταση του καταθλιπτικού συζύγου και επικεντρώνεται μόνο στα προβλήματα που διατηρούν τη συμπεριφορά του. Η ακολουθία αλληλεπίδρασης που περιγράφεται από τον Coyne (1984) έχει ως εξής: «Η συμπεριφορά του καταθλιπτικού ατόμου είναι απωθητική, έχοντας την ισχυρή ικανότητα να προκαλεί αρνητικές διαθέσεις στους άλλους, αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσει ή να αναστείλει ενοχές. Το καταθλιπτικό άτομο αποσπά ενδείξεις υποστήριξης, μειώνει τις απαιτήσεις και αναστέλλει την εχθρότητα των άλλων, μεταδίδοντας τη δυσφορία τους. Οι σημαντικοί άλλοι από την πλευρά τους, προσωρινά μειώνουν την απωθητικότητα των καταθλιπτικών ατόμων, παρέχοντας φαινομενικά αυτό που τους ζητιέται, ενώ ακόμα και η αυξανόμενη ανυπομονησία τους, εχθρότητα και απόσυρση μεταβιβάζονται στο καταθλιπτικό άτομο. Η εχθρότητα και η απόρριψη που τα καταθλιπτικά άτομα λαμβάνουν, προκαλούν ως εκ τούτου περεταίρω δυσφορία, ενδυναμώνοντας το πρότυπο» (Freeman & Epstein & Simon, 1986).

Έπειτα, η διαπροσωπική προσέγγιση της κατάθλιψης μπορεί να αναγνωριστεί ως μια συστημική προσέγγιση. Η σκέψη τους έχει τις ρίζες της στους πρωτοπόρους της κοινωνικής ψυχιατρικής. Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε στην Αμερική τη δεκαετία του 50’ και αντιπροσωπεύεται από τους Meyer (1957), Sullivan (1956) και Fromm-

Reichman (1960). Όλοι αυτοί οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η προσαρμογή και η αδυναμία προσαρμογής επηρεάζονται δυναμικά από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το κοινωνικό περιβάλλον.

Ο Klerman και οι συνεργάτες του (1984), υποστήριξαν ότι η κατάθλιψη ανήκει σε κοινωνικό και διαπροσωπικό πλαίσιο και καθορίζεται από τις διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στο καταθλιπτικό άτομο και τους σημαντικούς άλλους. Η έννοια των διαπροσωπικών σχέσεων αναφέρεται σε όλες τις κοντινές σχέσεις, όπως οικογενειακές, ερωτικές, φιλικές, εργασιακές, γειτονικές ή κοινωνικές.

Η διαπροσωπική προσέγγιση υποδεικνύει διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, που προηγούνται της ψυχικής ασθένειας. Η κατάθλιψη προκαλείται από προηγούμενες ή συνεχιζόμενες στρεσογόνες διαπροσωπικές καταστάσεις. Η προσωπικότητα του ατόμου, χαρακτηριστικά όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, λανθασμένες γνωστικές λειτουργίες, δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων και δυσκολία στην επικοινωνία με άλλους, θεωρείται ότι αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες της κατάθλιψης στους ανθρώπους. Όμως, η κύρια σημασία αυτών των χαρακτηριστικών αποδίδεται στο γεγονός ότι αυτοί καθορίζουν τις αλληλεπιδράσεις σε διαπροσωπικές καταστάσεις. Σύμφωνα με τον Klerman και τους συνεργάτες του, μόλις η κατάθλιψη γίνει μέρος μιας διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, η γραμμή μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος εξαφανίζεται και η κατάθλιψη διαιωνίζει τα προβλήματα στη σχέση και ενισχύεται. Συνεπώς, η διαπροσωπική προσέγγιση της κατάθλιψης το αντιλαμβάνεται αυτό εννοιολογικά σύμφωνα με τις συστημικές αρχές (Freeman & Epstein & Simon, 1986).

Ποια είναι η σχέση μεταξύ του μοντέλου οικογενειακών συστημάτων και προηγούμενων εννοιών της κατάθλιψης; Η σημασία των βιολογικών παραγόντων στην αιτιολογία τουλάχιστον κάποιων καταθλίψεων έχει αποδειχθεί πειστικά. Ομοίως, υπάρχει σημαντική υποστήριξη για τον ρόλο τόσο των ενδοψυχικών όσο και των συμπεριφορικών μεταβλητών. Η προοπτική οικογενειακού συστήματος προσθέτει τις σημαντικές διαστάσεις των διαπροσωπικών κυκλωμάτων ανατροφοδότησης, ομοιόστασης και μορφογένεσης, ενώ την ίδια στιγμή αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα των βιολογικών, ενδοψυχικών και συμπεριφορικών απόψεων. Μια ολοκληρωμένη θεωρία της κατάθλιψης απαιτεί την συμβολή και των τεσσάρων επιπέδων ανάλυσης, παρά τη στενή προσκόλλησε σε οποιαδήποτε προσέγγιση.

Ο Senay υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη αποτελεί μια αποτυχία των κυβερνητικών μηχανισμών μέσα στο καταθλιπτικό άτομο, ώστε να διορθώσει μια κατάσταση εσωτερικής ανισορροπίας που ξεκίνησε με μια αλλαγή στις εξωτερικές συνθήκες (π.χ. απώλεια, άγχος). Αν και χρήσιμη αυτή η διατύπωση εστιάζει κυρίως στις ιδιότητες του συστήματος του καταθλιπτικού ατόμου και όχι σε εκείνες τις διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνονται από το καταθλιπτικό άτομο και από τους σημαντικούς για αυτό άλλους. Από την επιμέρους προοπτική, η κατάθλιψη αναπαριστά μια αποτυχία της ομοιόστασης. Από την άποψη ενός διαπροσωπικού συστήματος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι σημαντική πτυχή της ομοιοστατικής διαδικασίας που λειτουργεί πολύ καλά. Είναι μόνο όταν το σύστημα μπορεί να μετακινηθεί μακριά από την υπάρχουσα ομοιόσταση και προς μια διαδικασία μορφογένεσης, όπου τα καταθλιπτικά συμπτώματα χάνουν το σύστημα συντήρησης της λειτουργίας και αρχίζουν να αλλάζουν (Larry & Feldman, 1976).

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης των πιο σημαντικών και διαδεδομένων θεωριών που αφορούν την κατάθλιψη. Οι θεωρίες αυτές κατατάσσονται ανάλογα με την προσέγγιση την οποία αντιπροσωπεύουν. Ο αριθμός των θεωριών διαφέρει από μοντέλο σε μοντέλο. Για παράδειγμα το γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο διαθέτει πληθώρα θεωριών σε αντίθεση με το ανθρωπιστικό-υπαρξιστικό μοντέλο.

Η πρώτη προσέγγιση για την οποία έγινε λόγος είναι η ψυχοδυναμική. Η κλασσική ψυχανάλυση αντιλαμβάνεται την κατάθλιψη ως μια αποτυχία της φυσιολογικής διαδικασίας του πένθους. Επίσης, οι ψυχοδυναμικοί συγγραφείς δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της έννοιας της «απώλειας» κατά την πρώτη παιδική ηλικία, καθώς και στην ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού στον πρώτο χρόνο της ζωής, θεωρώντας τα παράγοντες που προδιαθέτουν και κάνουν τα άτομα αυτά ευάλωτα στην κατάθλιψη (Κλεφτάρας, 1998). Ο Freud (1917) διατύπωσε τη θεωρία του για την απώλεια του αντικειμένου και υποστήριξε πως η κατάθλιψη αποτελεί αντίδραση στην απώλεια. Ο Bowlby (1960), υποστήριξε ότι η κατάθλιψη στους ενήλικες συνδέεται με την αποτυχία δημιουργίας σταθερών και ασφαλών δεσμών προσκόλλησης με τους γονείς στην πρώτη παιδική ηλικία ή με την εμπειρία μιας πραγματικής απώλειας ενός γονιού με τα ανάλογα συναισθήματα έλλειψης βοήθειας και αρνητικών αναπαραστάσεων του εαυτού και των άλλων (Gotlib & Hammen, 1992). Επίσης, η Klein (1967) υποστήριξε πως πρώιμα τραυματικά γεγονότα, όπως απώλειες αλλά και η ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού κατά τον πρώτο χρόνο ζωής, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή (Fonagy, 1998).

Επιπλέον, ο Abraham (1911), υποστήριξε το μοντέλο της ενδοστρεφούς επιθετικότητας (επιθετικότητα η οποία στρέφεται προς τον εαυτό) το οποίο αναγνωρίζει τον ρόλο της επιθετικότητας και της καταστροφικότητας στην κατάθλιψη (Morgan & Taylor, 2005). Ακόμη, η ψυχοδυναμική προσέγγιση της κατάθλιψης υποστηρίζει τη σημασία της χαμηλής αυτοεκτίμησης στην κατάθλιψη. Η θεωρία αυτή υποστηρίχθηκε από τον Bibring (1953), αλλά αναφορές έγιναν και από τον Rado (1928) και τον Freud (Κλεφτάρας, 1998).

Η ψυχοδυναμική θεραπεία για την κατάθλιψη επικεντρώνεται στη συνειδητοποίηση των αναγκών, των επιθυμιών και των ενδόμυχων σκέψεων που επηρεάζουν τις

επιλογές της ζωής του καταθλιπτικού ατόμου. Ακόμη, εστιάζει σε αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας από τις οποίες προκύπτει η κατάθλιψη. Στόχος της είναι να μειωθεί η αυτοκριτική και οι αρνητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και να ενισχυθεί η ανάπτυξη προσαρμοστικών αμυντικών μηχανισμών (Luyten & Blatt, 2012).

Έπειτα, σύμφωνα με το γνωσιακή προσέγγιση, η αρνητική σκέψη είναι μάλλον η αιτία παρά το αποτέλεσμα της κατάθλιψης. Αυτό υποστηρίζεται και από τη θεωρία του Beck (1976), σύμφωνα με την οποία οι πρώιμες εμπειρίες οδηγούν στην ανάπτυξη συνολικά αρνητικών υποθέσεων που ονομάζονται σχήματα και οδηγούν σε αρνητική αντίληψη του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος, επηρεάζοντας τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά και οδηγώντας στην κατάθλιψη (Zauszniewski & Rong, 1999). Επιπλέον, ο Seligman (1975) ανέπτυξε τη θεωρία της μαθημένης ανικανότητας που αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι η κατάστασή του δεν επιδέχεται καμία βοήθεια, λόγω μάθησης από προηγούμενη αρνητική εμπειρία. Η εκμάθηση αδυναμίας μοιάζει με την παθητική συμπεριφορά απόσυρσης στην κατάθλιψη και η αντίσταση στην αναστροφή μίας αρνητικής εμπειρίας υπενθυμίζει τις αρνητικές απαιτήσεις αυτοικανοποίησης της κατάθλιψης (Alloy & Seligman, 1979).

Οι συμπεριφορικές θεωρίες της κατάθλιψης, οι οποίες σχετίζονται με την εκμάθηση αδυναμίας, υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από την έλλειψη ενίσχυσης των μη καταθλιπτικών συμπεριφορών, που έχει ως αποτέλεσμα προβλήματα σε κοινωνικές συμπεριφορές επαφής, όπως η θετικότητα, η θετική απάντηση στις προκλήσεις και η αναζήτηση με άλλους τρόπους σημαντικών ενισχύσεων, όπως η αγάπη, η φροντίδα και η προσοχή. Η θεωρία του Lewinsohn (1974) για την κατάθλιψη αναφέρεται στα χαμηλά επίπεδα θετικής ενίσχυσης και βασίζεται στη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ρυθμού ενίσχυσης (Ευθυμίου & Ψωμά, 2012). Ακόμη, ο Rehm (1977) διατύπωσε τη θεωρία «αυτοελέγχου» η οποία προσπαθεί να συνδυάσει τις συμπεριφορικές με τις γνωσιακές πλευρές της κατάθλιψης. Η θεωρία του τονίζει ιδιαίτερα την προβληματική λειτουργία διαδικασιών όπως η αυτοκαταστροφή, η αυτοπαρατήρηση, η αυτοεκτίμηση και η αυτοενίσχυση (Kanfer, 1977).

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποτελεί σύνθεση γνωσιακών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Στόχος της παρέμβασης είναι η αναγνώριση των προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα σε ορισμένες

φάσεις της θεραπείας να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές και σε άλλες φάσεις σε γνωσιακές τεχνικές. Οι θεραπευτές συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης ερμηνεύουν τη θεραπευτική βελτίωση μέσω των νόμων της μάθησης, ενώ οι θεραπευτές γνωσιακής κατεύθυνσης την ερμηνεύουν ως αποτέλεσμα αλλαγής των αντιλήψεων, πεποιθήσεων και του τρόπου σκέψης του ατόμου (Ευσταθίου, 2003).

Η βιολογική προσέγγιση, υποστηρίζει τη γενετική συνιστώσα της κατάθλιψης, η οποία ενισχύεται από έρευνες σε οικογένειες και διδύμους (Cadoret & O'Gorman & Heywood & Throughton, 1985). Η πιο διαδεδομένη βιολογική θεωρία για την κατάθλιψη αναφέρει πως η κατάθλιψη οφείλεται σε διαταραχή της χημικής εγκεφαλικής νευροδιαβίβασης και συγκεκριμένα στην ασθενή νευροδιαβίβαση της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από τον τρόπο δράσης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Leo & Lacasse, 2008). Ακόμη, σύμφωνα με τη βιολογική προσέγγιση η κατάθλιψη σχετίζεται με ορμονικές ανωμαλίες, όπως για παράδειγμα τη δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (YYE), με υποφλοιώδεις αλλαγές και με δυσλειτουργίες στην ημισφαιρική επικράτηση (Jacobs, 2004).

Σύμφωνα με την υπαρξιστική προσέγγιση η κατάθλιψη είναι μια αναμενόμενη αντίδραση σε μια μη αυθεντική ύπαρξη και προκύπτει από την αποτυχία του ατόμου να ζήσει αυθεντικά και ολοκληρωμένα σύμφωνα με το πραγματικό του δυναμικό. Οι υπαρξιστές θεωρούν τους καταθλιπτικούς ένοχους γιατί απέτυχαν να κάνουν επιλογές, να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους και να αναλάβουν ευθύνη για την ίδια τους τη ζωή. Η μοναξιά για τους υπαρξιστές αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα της κατάθλιψης που επηρεάζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Όμως, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης φύσης και θα πρέπει να γίνει αποδεκτή και να χρησιμοποιηθεί ως μέσο προσωπικής ανάπτυξης και ολοκλήρωσης. Σύμφωνα με την υπαρξιακή θεραπεία της κατάθλιψης, ο καταθλιπτικός οφείλει να συνειδητοποιήσει ότι δεν θα καταφέρει ποτέ να αισθανθεί εσωτερική ικανοποίηση αν προσπαθεί συνεχώς να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των άλλων. Ο μόνος τρόπος για να βιώσει την προσωπική ολοκλήρωση, είναι να λειτουργήσει με αυθεντικότητα στη ζωή του (Κλεφτάρας, 1998).

Σύμφωνα με την υπαρξιακή θεραπεία της κατάθλιψης, ο καταθλιπτικός οφείλει να συνειδητοποιήσει ότι δεν θα καταφέρει ποτέ να αισθανθεί εσωτερική ικανοποίηση αν προσπαθεί συνεχώς να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των άλλων. Ο μόνος τρόπος για

να βιώσει την προσωπική ολοκλήρωση, είναι να λειτουργήσει με αυθεντικότητα στη ζωή του (Κλεφτάρας, 1998).

Όσον αφορά τη συστημική προσέγγιση ο καταθλιπτικός ασθενής είναι μέρος ενός πολύπλοκου και διασυνδετικού συστήματος συμπεριφορών, γνώσεων και επιρροών. Τα τρέχοντα πρότυπα της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης των καταθλιπτικών ατόμων με άλλα οικεία άτομα, ιδιαίτερα με τον σύντροφο, επιδρούν σημαντικά στην πρόκληση και τη διατήρηση της κατάθλιψης. Η διαδικασία αυτή λειτουργεί κυκλικά, πράγμα που συνεπάγεται την αμοιβαία αιτιότητα (Larry & Feldman, 1976). Οι θεωρίες των οικογενειακών συστημάτων υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά στο πλαίσιο μιας συνεχούς συζυγικής ασυμφωνίας, σχεδόν σε ποσοστό 50% (Byrne & Carr, 2000). Σύμφωνα με τον Haley (1963) μέσα στον γάμο η κατάθλιψη, εμφανίζεται ως μέρος μια συζυγικής μάχης για την εξουσία. Ο λιγότερο ισχυρός σύζυγος αναπτύσσει κατάθλιψη και με τον τρόπο αυτό αλλάζει το ιεραρχικό καθεστώς εντός του γάμου (Byrne & Carr & Clark, 2004).

Η συστημική θεραπεία της κατάθλιψης εστιάζεται στις συμπεριφορές και αλληλεπιδράσεις του καταθλιπτικού ασθενή με την οικογένεια. Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της θεραπείας είναι η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων μέσα στην οικογένεια και η αύξηση της αυτοεκτίμησης (Byrne & Carr & Clark, 2004).

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως υπάρχει μια πληθώρα θεωριών που αναφέρονται στην κατάθλιψη. Η κάθε θεωρία ανήκει σε μία συγκεκριμένη προσέγγιση και διαθέτει πλεονεκτήματα αλλά και αδυναμίες ή περιορισμούς. Το περιεχόμενο των θεωριών διαφοροποιείται από θεωρία σε θεωρία. Όμως, κάποιες θεωρίες συγκλίνουν σε ορισμένα σημεία και μοιράζονται κοινές θέσεις. Τέλος, οι θεωρίες ακολουθούνται από τις ανάλογες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Είναι κατανοητό πως για τη θεραπεία του καταθλιπτικού ασθενούς θα πρέπει να επιλεχθεί η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση ανάλογα με τις ανάγκες του, τα βιώματα του, την ιδιομορφία του χαρακτήρα του και την προσωπικότητα του. Σε πολλές περιπτώσεις ο συνδυασμός των θεραπευτικών προσεγγίσεων για τη θεραπεία του ασθενούς είναι χρήσιμος και λειτουργικός.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασόπουλος, Τ. (2010). Σάρτρ και αρνητικότητα. *Ελευθεροτυπία*. Retrieved from http://dialogoi.enet.gr/
- Alexopoulos, G. S., Borson, S., Cuthbert, B. N., Devanand, D. P., Mulsant, B. H., Olin, J. T., Oslin, D. W. (2002). Assessment of Late Life Depression. *Biological Psychiatry*, **52**, 164-174.
- Alloy, L. B., Seligman, M. E. P. (1979). On the Cognitive Component of Learned Helplessness and Depression. *Psychology of Learning and Motivation*, **13**, 219-276.
- Beutler, L. E., Booker, K., Peerson, S. (1998). Experiental Treatments: Humanistic, Client-centered, and Gestalt Approaches. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp.163-181). Pergamon Press.
- Brown, S. L., Steinberg, R. L., Praag, H. M. (1994). The Pathogenesis of Depression: Reconsideration of Neurotransmitter Data. In J. A. den Boer & J. M. Ad Sitsen (Eds), *Handbook of Depression and Anxiety. A biological Approach* (pp. 317-347). New York: Marcel Dekker.
- Burns, D. D. (2011). *Αισθανθείτε καλά! Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης χωρίς φάρμακα*. Αθήνα: Πατάκη.
- Byrne, M., Carr, A. (2000). Depression and power in marriage. *Journal of Family Therapy*, **22**, 408-427.
- Byrne, M., Carr, A., Clark, M. (2004). Power in relationships of women with depression. *Journal of Family Therapy*, **26**, 407-429.
- Cadoret, R. J., O'Gorman, T. W., Heywood, E., Troughton, E. (1985). Genetic and Environmental Factors in Major Depression. *Journal of Affective Disorders*, **9**, 155-164.
- Chemerinski, E., Robinson, R. G. (2002). Mood Disorders. *Encyclopedia of the Human Brain*, **3**, 103-116.
- Davey, G. (2008). *Psychopathology. Research, Assessment and Treatment in Clinical Psychology*. Oxford: British Psychological Society and Blackwell Publishing.

- Davidson, K. W., Rieckmann, N., Lesperance, F. (2004). Psychological Theories of Depression: Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosomatic Medicine*, **66**, 165-173.
- Deakin, J. F. W., Crow, T. J. (1986). Monoamines, rewards and punishments: the anatomy and psychology of affective disorders. In J. F. W. Deakin (Ed.), *The Biology of Depression* (pp. 1-25). North America: American Psychiatry Press.
- Deutsch, A. M. (1978). Self-Control and Depression: An Appraisal. *Behavior Therapy*, **9**, 410-414.
- Ευθυμίου, Κ., Ψωμά, Μ. Ι. (2012). Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος. *Εγκέφαλος*, **49**, 60-66.
- Ευσταθίου, Γ. (2003). Μέθοδοι και τεχνικές στη γνωσιακή–συμπεριφοριστική θεραπεία ενηλίκων. Στο Α. Καλαντζή Αζίζι (Επιμ. Έκδ.), *Γνωσιακές –συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία* (Διδακτικές σημειώσεις) (σσ. 5 – 18). Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Fischer, C. T. (1998). Phenomenological, Existential and Humanistic Foundations for Psychology as a Human Science. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 449-472). Pergamon Press.
- Fleming, A., Eisendrath, S. (2003). Depression. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, 853-860.
- Fonagy, P. (1998). Psychodynamic Theory. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 423-447). Pergamon Press.
- Freeman, A., Epstein, N., Simon, K. M. (1986). *Depression in the Family*. New York- London: The Haworth Press.
- Ζαφείρης, Α. Γ., Ζαφείρη, Ε. Α., Μουζακίτης, Χ. Μ. (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία. Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Giles, D. E., Shaw, B. F. (1987). Beck's Cognitive Theory of Depression: Convergence of Constructs. *Comprehensive Psychiatry*, **5**, 416-427.
- Gotlib, I. H., Hammen, C. L. (1992). *Psychological Aspects of Depression Towards a Cognitive- Interpersonal Integration.* England: John Wiley & Sons.

- Granek, L. (2010). Grief as Pathology: The Evolution of Grief Theory in Psychology From Freud to the Present. *History of Psychology*, **1**, 46-73.
- Greenberg, D., Padesky, C. (2007). *Σκέφτομαι άρα Αισθάνομαι. Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Μέθοδος για τη Θεραπεία της Κατάθλιψης και του Άγχους*. Αθήνα: Πασχαλίδη.
- Halbreich, U., Kahn, L. S. (2007). Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender-preferred phenotypes? *Journal of Affective Disorder*, **102**, 245-258.
- Hammen, C. (1998). *Depression*. Los Angeles: Psychology Press.
- Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy and Behavior*, **8**, 102-114.
- Hergenhahn, B. R. (2005). *Εισαγωγή στην Ιστορία της Ψυχολογίας*. Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη.
- Jacobs, B. L. (2004). Depression. The Brain Finally Gets Into the Act. *Current Directions in Psychological Science*, **13**, 103-106.
- Kalat, J. W. (2001). *Βιολογική Ψυχολογία*. Αθήνα: Έλλην.
- Kanfer, F. H. (1977). The many faces of self-control or behavior modification changes in focus. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavior self-management* (pp. 1-48). New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2000). *Ψυχιατρική 2*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κοκκινάκη, Ν. (2006). Σαρτρ, η παράλογη ύπαρξη. *Η Καθημερινή*. Retrieved from http://www.kathimerini.gr/
- Kolb, B., Whishaw, I. Q. (2009). *Εγκέφαλος και Συμπεριφορά*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Κόλλιας, Κ. Θ. (2010). *Οικογένεια και Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: Αρχονταρίκι.
- Larry, B., Feldman, M. D. (1976). Depression and Marital Interaction. *Family Process*, **15**, 389-395.
- Leo, J., Lacasse, J. R. (2008). The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression. *Society*, **45**, 35-45.
- Loo, H., Loo, P. (2000). *Η κατάθλιψη*. Αθήνα: Δαίδαλος.

- Luyten, P., Blatt, S. J. (2011). Psychodynamic Approaches to Depression: Whither Shall We Go? *Psychiatry*, **1**, 1-3.
- Luyten, P., Blatt, S. J. (2012). Psychodynamic Treatment of Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, **35**, 111-129.
- McCulloch, G. (1994). *Using Sartre. An analytical Introduction to Early Sartrean Themes*. London and New York: Routledge.
- McWilliams, N (2000). *Ψυχαναλυτική Διάγνωση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Morgan, N., Taylor, D. (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*, **5**, 6-9.
- Μπαλλής, Θ. Ι. (2000). *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής. Απλή, Πρακτική και Εύκολη Προσέγγιση της Κλινικής Εικόνας και Θεραπείας των Ψυχικών Παθήσεων*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μπρούζος, Α. (2004). *Προσωποκεντρική Συμβουλευτική. Θεωρία, Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Νέστορος, Ι., Βαλλιανάτου, Ν. (1990/1996). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία Με Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ogilvy, J. (2012). Existentialism and the environment. *The Journal of Global Education*, **68**, 461-470.
- Παρίτσης, Ν. (2003). *Συστημική Ψυχιατρική. Η Νοημοσύνη της Ζωής*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Pervin, L. A., John, O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Rehm, L. P. (1977). A Self-Control Model of Depression. *Behavior Therapy*, **8**, 787-804.
- Rehm, L. P. (1989). Theories of Depression. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds), *Anxiety and Depression. Distinctive and Overlapping Features* (pp. 68-79). San Diego: Academic Press.
- Rhein, P. H. (1989). *Albert Camus. Revised Edition.* New York: G.K. Hall & Company.
- Rizzo, M., Creed, F., Goldberg, D., Meader, N., Pilling, S. (2011). A systematic review of non-pharmacological treatments for depression in people with chronic physical health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, **71**, 18-27.

- Rose, R. M. (1987). Endocrine Abnormalities in Depression and Stress- An Overview. In Halbreich, U. (Ed.), *Hormones and Depression* (pp.31-47) New York: Raven Press.
- Rustin, M. (2009). The psychology of depression in young adolescents: A psychoanalytic view of origins, inner workings and implications. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **3**, 213-224.
- Safran, J. D., Greenberg, L. S. (1989). Depression. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds), *Anxiety and Depression. Distinctive and Overlapping Features* (pp. 474-485). San Diego: Academic Press.
- Segrin, C. (2000). Social Skills Deficits Associated With Depression. *Clinical Psychology Review*, **3**, 379-403.
- Sharp, T., Cowen, P. J. (2011). 5HT and depression: is the glass half-full? *Current Opinion in Pharmacology*, **11**, 45-51.
- Σικλαφίδου, Π., Ζελένη, Δ., Λειβαδίτης, Μ. (2011). Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και Κατάθλιψη. *Εγκέφαλος*, **48**, 146-150.
- Τσαμπαρλή, Α. (2004). *Η Ψυχαναλυτική Προσέγγιση της Οικογένειας*. Αθήνα: Άτραπος.
- Tsiouris, J. A. (2005). Metabolic depression in hibernation and major depression: An explanatory theory and an animal model of depression. *Medical Hypotheses*, **65**, 829-840.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., Mathews, A. (1988). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Willner, P. (1994). Animal Models of Depression. In J. A. den Boer & J. M. Ad Sitsen (Eds), *Handbook of Depression and Anxiety. A biological Approach* (pp. 291-315). New York: Marcel Dekker.
- Χατζάκη, Α. (2008). Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές προοπτικές. *Archive of Hellenic Medicine*, **4**, 456-462.
- Zauszniewski, J. A., Rong, J. R. (1999). Depressive Cognitions and Psychosocial Functioning: A Test of Beck's Cognitive Theory. *Archives of Psychiatry Nursing*, **6**, 286-293.