

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ  
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ  
ΣΥΝΘΕΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο: Μαργαρίτα Κρομμύδα

Επιβλέπων Καθηγητής: Νέστορος, Ι. Ν.

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2016

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
Ορισμός και ερμηνεία του άγχους.....	4-5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
Σεξουαλικές διαταραχές (Παραφιλίες)	
2.1 Επιδειξιομανία.....	6-7
2.2 Ηδονοβλεψία.....	8-9
2.3 Φετιχισμός.....	9-10
2.4 Τρανσβεστισμός.....	10-11
2.5 Εφαψιομανία.....	11-12
2.6 Σεξουαλικός Σαδισμός.....	12-13
2.7 Σεξουαλικός Μαζοχισμός.....	13
2.8 Παιδοφιλία.....	13-15
2.9 Παραφιλίες μη προσδιοριζόμενες αλλιώς.....	15-18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
Παραδοσιακά Μοντέλα Ψυχοθεραπείας.....	19-26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
Αιτιολογία - Παρέμβαση στις Παραφιλικές Διαταραχές.....	27-35
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>36</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>37-40</b>

## Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία θα μελετήσουμε και θα προσεγγίσουμε το θέμα των Σεξουαλικών ( Παραφιλικών ) Διαταραχών. Όπως αναδεικνύεται και από τον τίτλο, θα γίνει μία προσπάθεια διερεύνησης της επίδρασης που έχει το άγχος στη συγκεκριμένη ομάδα Διαταραχών.

Προκειμένου να μελετήσουμε την επίδραση του άγχους στις Σεξουαλικές ( Παραφιλικές ) Διαταραχές, είναι αναγκαίο να προχωρήσουμε στον ορισμό ορισμένων εννοιών, ώστε να γίνει απρόσκοπτα η προσέγγιση του συγκεκριμένου θέματος.

Για αυτό το λόγο, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται μια μικρή αναφορά στο άγχος. Είναι σημαντικό να είναι ξεκάθαρο τί εννοούμε όταν κάνουμε λόγο στον όρο άγχος, καθώς και τη διαφοροποίησή του από το στρες. Λανθασμένα πολλές φορές αυτοί οι δύο όροι συγχέονται. Η αναφορά μας στο άγχος θα επικεντρωθεί στον κλινικό χαρακτήρα του, αφού άγχος βιώνουμε όλοι οι άνθρωποι χωρίς να σημαίνει ότι σε όλους αγγίζει τα όρια της ψυχοπαθολογίας. Με άλλα λόγια, μας ενδιαφέρει να εξετάσουμε τις μορφές άγχους που όταν τις βιώνει το άτομο γίνεται δυσλειτουργικό.

Αφού γίνουν σαφείς οι παραπάνω όροι, θα προχωρήσουμε στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας, το οποίο αναφέρεται κατ' αποκλειστικότητα στον ορισμό των Σεξουαλικών ( Παραφιλικών ) Διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή του κεφαλαίου γίνεται μια προσπάθεια, βασιζόμενοι στο DSM-IV και σε κάποιες αναφορές από το DSM-V, ορισμού της γενικότερης ορολογίας των Σεξουαλικών ( Παραφιλικών ) Διαταραχών. Εν συνεχεία, παρουσιάζονται τα οχτώ είδη Παραφιλιών, τα οποία ασφαλώς επεξηγούνται με τη βοήθεια βιβλιογραφικών αναφορών. Σε κάθε είδος Παραφιλίας που παρουσιάζεται και επεξηγείται, γίνεται αναφορά στο ρόλο που μπορεί να παίζει ή να μην παίζει το άγχος στο άτομο με τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται μια σύντομη παρουσίαση των διαφόρων ρευμάτων ψυχοθεραπείας, για να καταλήξουμε να αναφερθούμε στο Συνθετικό Μοντέλο Ψυχοθεραπείας, που αποτελεί και το μεγαλύτερο τμήμα του συγκεκριμένου κεφαλαίου. Όπως θα δούμε, γίνεται μία ενδελεχής αναφορά στην ανάπτυξη και εξέλιξη του Συνθετικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας, τους στόχους του καθώς και τις βασικές αρχές του συγκεκριμένου μοντέλου.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, θα αναφερθούμε στον τρόπο με τον οποίο το Συνθετικό Μοντέλο Ψυχοθεραπείας συμβάλει στη θεραπεία ατόμων με Σεξουαλική ( Παραφιλική ) Διαταραχή.

## Κεφάλαιο 1

### Ορισμός και ερμηνεία του άγχους

<< Το άγχος αποτελεί φόβο, του οποίου η αιτία δεν είναι σαφής και δεν μπορεί να προσδιοριστεί, από το άτομο που τον βιώνει, την δεδομένη χρονική στιγμή. Η αιτία, όμως, του φόβου αυτού μπορεί να εντοπιστεί από το άτομο είτε μετά από περαιτέρω σκέψη του ίδιου, είτε μετά από συζήτηση με κάποιο άλλο άτομο, όπως συμβαίνει κατά την ψυχοθεραπεία >> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

Όταν ένα άτομο αισθάνεται απειλή, τότε αυτόματα του δημιουργείται το αίσθημα του φόβου, το οποίο έχει πάντα δύο διαστάσεις. Η μία διάσταση είναι η υποκειμενική αντίληψη και η δεύτερη διάσταση είναι οι σωματικές αντιδράσεις. Ως σωματικές αντιδράσεις εννοούμε την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και την ταχυκαρδία, ώστε να αιματωθούν οι ιστοί του σώματος, αύξηση του μυϊκού τόνου των σκελετικών μυών, ανόρθωση των τριχών του σώματος ( Kennerley, 1995).

Στις περιπτώσεις που η πηγή του φόβου είναι κάποιο εξωτερικό ερέθισμα, τότε το άτομο δεν παρουσιάζει δυσκολία να το αντιληφθεί και να το αναγνωρίσει. Ωστόσο, σε πολλά άτομα γίνεται φανερό το γεγονός ότι παρουσιάζουν δυσκολία να έρθουν σε επαφή με το εκάστοτε συναισθημά τους, και κατ' επέκταση να το περιγράψουν και να το επικοινωνήσουν. Γι' αυτό το λόγο, λοιπόν, παρατηρείται σε πολλά άτομα η χρήση των όρων φόβος ή άγχος για να περιγράψουν την συναισθηματική τους κατάσταση αντί των όρων στρες, αγωνία, νευρικότητα, ανησυχία, διέγερση ή υπερένταση. Οι παραπάνω έννοιες είναι διαφορετικές μεταξύ τους, καθώς η καθεμιά αντανακλά διαφορετική συναισθηματική κατάσταση ( Kennerley, 1995).

Είναι σημαντικό, ωστόσο, να αναφέρουμε ότι το άγχος μπορεί να είναι και δημιουργικό. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να ενισχύσει ευεργετικά το άτομο στις διαφορετικές και διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Όταν, όμως, τα επίπεδα του άγχους ξεπερνούν κάποια φυσιολογικά όρια, τότε το άγχος μετατρέπεται από δημιουργικό σε παθολογικό, επιδρώντας ανασταλτικά στην επίδοση του ατόμου, προκαλώντας προβλήματα συγκέντρωσης, μνήμης και προσοχής ( Kennerley, 1995).

Ένα συχνό φαινόμενο είναι ότι το άγχος και το στρες συχνά θεωρούνται ταυτόσημες έννοιες. Σύμφωνα με τον Χάνς Σέλνυ, ως στρες ορίζεται, οποιαδήποτε αλλαγή στο εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, η οποία απαιτεί από αυτόν να προσαρμοστεί. Λανθασμένα το στρες γίνεται αντιληπτό από πολλά άτομα ως άγχος, ενώ άνθρωποι που δεν έχουν επαφή με τα συναισθήματά τους μπορεί να είναι στρεσαρισμένοι χωρίς να έχουν επίγνωση για αυτή τη κατάσταση ( Kennerley, 1995).

### Ερμηνεία του άγχους με διάφορες ψυχολογικές θεωρίες

#### Ψυχαναλυτική θεωρία (Freud)

<<Η Ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι το άγχος λειτουργεί ως σήμα κινδύνου. Σύμφωνα με τον Freud, το άγχος έχει δύο διακρίσεις. Το αντικειμενικό άγχος και το νευρωτικό άγχος.

Αντικειμενικό άγχος βιώνουμε όταν ο κίνδυνος προέρχεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Αντίθετα, το νευρωτικό άγχος αντανακλά τον κίνδυνο, ο οποίος

προέρχεται από εσωτερικές συγκρούσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση τόσο του άγχους όσο και των φοβιών του ατόμου>> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

## Θεωρία Μάθησης

<<**Εξαρτημένη Μάθηση ( Παβλώφ):** Όταν ένα ουδέτερο ερέθισμα, οποιασδήποτε μορφής, συνδέεται χωροχρονικά με ένα φυσικό ερέθισμα που προκαλεί φόβο (π.χ με πόνο ή με πραγματική απειλή)>> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

<<**Συντελεστική Μάθηση ( Σκίνερ):** Λειτουργία μηχανισμών διαδοχικής ενίσχυσης ερεθισμάτων που καθίστανται αγχογόνα>> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

<<**Κοινωνική Μάθηση ( Μπαντούρα):** Το άτομο υιοθετεί την αγχώδη συμπεριφορά ενός προτύπου>> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

<<**Γνωστικός Συμπεριφορισμός:** Λαμβάνονται υπόψη τα γνωστικά σχήματα του ατόμου (π.χ το άτομο μπορεί να θεωρεί λανθασμένα ότι το άγχος είναι μια φυσιολογική κατάσταση, για την οποία δεν χρειάζεται κανενός είδους θεραπεία)>> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

## Υπαρξιστική Προσέγγιση

<<Ο Ρόλο Μεί θεωρεί ότι το άγχος αποτελεί την εντύπωση του ατόμου, ότι τα στηρίγματά του, που είναι βασικά για την ύπαρξή του ως προσωπικότητας, παραμερίζονται σε ένα βαθμό από μία απειλή>> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

## Μοντέλο της Συμβατότητας ( Kelly)

<<Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο κάθε άνθρωπος αντιμετωπίζει τη ζωή όπως κάθε σωστός επιστήμονας, ο οποίος δημιουργεί θεωρίες και πειραματίζεται με αυτές. Αναζητά την αλήθεια, ανεξάρτητα από το αν αυτή είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη, και κυρίως ανεξάρτητα από το αν η αλήθεια είναι συμβατή ή όχι με τη θεωρία του. Το άγχος παρουσιάζεται όταν το άτομο αποτυγχάνει να προβλέψει τις εμπειρίες του>> ( Νέστορος, & Βαλλιανάτου, 1990).

## Κεφάλαιο 2

### Σεξουαλικές διαταραχές (Παραφιλίες)

Σύμφωνα με το DSM-IV οι Σεξουαλικές διαταραχές ή Παραφιλίες αποτελούν ένα βιοιατρικό όρο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την σεξουαλική διέγερση με αντικείμενα, καταστάσεις, ή μη συναινούα άτομα, και η οποία αυτή διέγερση βρίσκεται εκτός των ορίων του συνήθους σεξουαλικού ενδιαφέροντος (Beech & Harkins, 2012). Με άλλα λόγια, υπάρχει απόκλιση ( παρά) σε αυτό από το οποίο ελκύεται το άτομο (φιλία) (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Αποτελούν επίμονες και επαναλαμβανόμενες σεξουαλικές φαντασιώσεις, παρορμήσεις ή πράξεις που αφορούν σε ασυνήθιστα αντικείμενα. Για να δοθεί η σχετική διάγνωση το άτομο πρέπει να έχει πράξει σύμφωνα με αυτές τις φαντασιώσεις/ παρορμήσεις, να βιώνει κλινικά σημαντικό υποκειμενικό άγχος ή έκπτωση σε κάποιο τομέα της λειτουργικότητάς του και η διαταραχή να είναι παρούσα για τουλάχιστον έξι μήνες.

Το παραφιλικό ερέθισμα μπορεί να χαρακτηρίζεται από αποκλειστικότητα, δηλαδή το άτομο να μην μπορεί να διεγερθεί με κανένα άλλο ερέθισμα, ή να είναι παρόν μόνο σε περιόδους έντονου στρες.

Όταν το άτομο με παραφιλία στρέφει το ενδιαφέρον του σε κάποιο άλλο άτομο που δεν συναινεί στις προτιμήσεις του ή παραβιάζει τα δικαιώματα των άλλων με επιζήμιο τρόπο, τότε τα άτομα που πάσχουν από Σεξουαλικές διαταραχές έχουν νομικές συνέπειες ( Kring et al., 2010).

Στο DSM- IV, περιλαμβάνονται οχτώ είδη Παραφιλιών: Επιδειξιομανία (Exhibitionism), Ηδονοβλεψία (Voyeurism), Φετιχισμός (Fetishism), Τρανσβεστισμός (παρενδυσιακός ή τρανσβεστικός φετιχισμός, φετιχιστική παρενδυμασία) (Transvestism, Transvestic Fetishism), Εφαψιομανία (Frotteurism, Toucherism), Σεξουαλικός Σαδισμός (Sexual Sadism), Σεξουαλικός Μαζοχισμός (Sexual Masochism), Παιδοφιλία (Παιδεραστία) (Pedophilia, Paedophilia, Pederasty). Προκειμένου να γίνουν κατανοητοί οι παραπάνω όροι, θα γίνει παρακάτω μία ενδελεχή προσπάθεια προσδιορισμού για καθέναν από αυτούς.

#### 2.1) Επιδειξιομανία

Η **επιδειξιμανία** είναι η επανειλημμένη και έντονη επιθυμία του ατόμου να αποκτήσει σεξουαλική ικανοποίηση, εκθέτοντας τα γεννητικά του όργανα σε κάποιο άγνωστο πρόσωπο που δεν συναινεί, ενίοτε και σε παιδιά. Η διαταραχή αυτή συνήθως εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εφηβεία. Σπάνια υπάρχει απόπειρα πραγματικής επαφής με το άγνωστο πρόσωπο, όπως και στην περίπτωση της ηδονοβλεψίας, η οποία θα παρουσιαστεί παρακάτω. Παρ' όλα αυτά, ορισμένα άτομα με επιδειξιμανία συλλαμβάνονται για άλλα αδικήματα που αφορούν την επαφή με κάποιο θύμα (DeFazio & Cunningham, 1987). Πολλά άτομα με επιδειξιμανία αυνανίζονται είτε ενώ φαντασιώνουν την έκθεσή τους σε κάποιο άγνωστο άτομο είτε ακόμη και κατά την διάρκεια της ίδιας της έκθεσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις το άτομο με επιδειξιμανία θέλει να σοκάρει ή να φέρει σε αμήχανη θέση το άτομο στο οποίο εκθέτει τα γεννητικά του όργανα. Ο αποδέκτης της επιδεικτικής συμπεριφοράς μπορεί να είναι συνήθως έφηβα κορίτσια ή νέες γυναίκες, αλλά μπορεί να είναι και παιδιά.

Η παρόρμηση αυτών των ατόμων για έκθεση των γεννητικών τους οργάνων φαίνεται να τα κατακλύζει συναισθηματικά και να είναι εντελώς ανεξέλεγκτη. Η παρόρμηση αυτή φαίνεται να πυροδοτείται από άγχος και ανησυχία και όχι μόνο από σεξουαλική διέγερση (DeFazio & Cunningham, 1987). Η επιδειξιμανία διαφοροποιείται από τον γυμνισμό και την επαγγελματική επίδειξη, καθώς εδώ έχουμε απώλεια του ελέγχου της συμπεριφοράς και επίδειξη σε ανυποψίαστα και μη συναινούντα άτομα.

Το άτομο απολαμβάνει την ικανοποίηση της πράξης του από την έκφραση έκπληξης, αηδίας, φόβου ή ευχαρίστησης στο πρόσωπο της γυναίκας. Σε αντίθετη περίπτωση (αδιαφορία ή περιφρόνηση) ο δράστης δεν απολαμβάνει σεξουαλική ικανοποίηση. Κάποιοι επιδειξιμανείς φαντασιώνουν ότι η αποδέκτης διεγείρεται από το θέαμα ή επιδιώκει σεξουαλική επαφή. Βέβαια, για ένα ποσοστό επιδειξιμανών η ικανοποίηση έγκειται στην ανακούφιση από την εσωτερική πίεση (Kring et al., 2010). Επιπλέον, τίθεται πάντα το θέμα της συννοσηρότητας της επιδειξιμανίας με κάποια άλλη επικίνδυνη παραφιλία. Η πλειοψηφία των επιδειξιμανών έχει διάγνωση τουλάχιστον άλλης μίας παραφιλίας. Οι πιο συχνά αναφερόμενες είναι η παιδοφιλία, η εφρασιομανία, η ηδονοβλεψία, ο βιασμός.

Οι δράστες είναι κατά κύριο λόγο ετεροφυλόφιλοι άνδρες, οι οποίοι εκκινούν την εκθετική συμπεριφορά στα μέσα της εφηβείας μέχρι τα εικοσιπέντε έτη με συχνά επεισόδια και τείνουν να μειώνουν την συμπεριφορά με την ηλικία (Kring et al., 2010).

## 2.2) Ηδονοβλεψία

Άτομα, τα οποία παρουσιάζουν μια έντονη και επίμονη επιθυμία να αντλούν σεξουαλική ικανοποίηση, μέσω της παρακολούθησης άλλων -ανυποψίαστων- ατόμων που είναι γυμνά ή έχουν σεξουαλική επαφή, ανήκουν σε αυτή την κατηγορία των Παραφιλικών Διαταραχών. Κάποιοι άνδρες έχουν ως μοναδική σεξουαλική δραστηριότητα την ηδονοβλεψία, ενώ κάποιοι άλλοι διεγείρονται σεξουαλικά και με αυτή χωρίς, ωστόσο, να αποτελεί για αυτούς απαραίτητη προϋπόθεση ( Kaplan & Kreuger, 1997). Υπάρχει, βέβαια, και μια τρίτη κατηγορία, στην οποία ανήκουν άντρες που καταφεύγουν στην ηδονοβλεψία μόνο σε περιόδους έντονου στρες. Τα θύματα είναι συνήθως γυναίκες ή ζευγάρια. Η διάγνωση της ηδονοβλεψίας απαιτεί από το άτομο να παρουσιάζει επαναλαμβανόμενες φαντασιώσεις και συμπεριφορές για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών. Η δυσφορία μπορεί να απουσιάζει κατά την πράξη ή να εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως κίνδυνος να αποκαλυφθεί. Ωστόσο, υπάρχουν και άτομα που βιώνουν δυσφορία από την συμπεριφορά τους και ενοχλούνται που δεν μπορούν να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους. Η ηλικία έναρξης της διαταραχής υπολογίζεται πριν από τα δεκαπέντε έτη.

Κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί ότι, το σημείο στο οποίο η ηδονοβλεψία χαρακτηρίζεται ως Παραφιλική Διαταραχή, είναι εκείνο στο οποίο τα άτομα που παρακολουθούνται, δηλαδή τα θύματα, είναι ανυποψίαστα. Επομένως, η ευχαρίστηση που βιώνει ένα μέρος του πληθυσμού παρακολουθώντας παραδείγματα χάρη ταινίες πορνογραφικού περιεχομένου ή στρίπερ, δεν θεωρείται ότι βιώνουν Παραφιλική Διαταραχή, καθώς το αντικείμενο της παρακολούθησης είναι ενήμερο.

Η ηδονοβλεπτική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από την έννοια του ρίσκου, του κινδύνου που ενέχει η παρακολούθηση. Αυτό αυξάνει την διέγερση του ατόμου καθώς και την ευχαρίστηση που αντλεί, λόγω της προσμονής της αντίδρασης που θα είχε η γυναίκα αν αντιλαμβανόταν ότι την παρακολουθεί. Η έννοια της παραβίασης της ιδιωτικής ζωής χωρίς τιμωρία αποτελεί επίσης βασικό στοιχείο της ηδονής ( Kaplan & Kreuger, 1997).

Όπως οι επιδειξιμανείς έτσι και οι ηδονοβλεπτικοί δεν επιδιώκουν σεξουαλική επαφή με τα άτομα που παρακολουθούν, χωρίς αυτό φυσικά να σημαίνει ότι κάποιοι μπορεί και να φαντασιώνουν μια σεξουαλική επαφή με αυτά.

Περιπτώσεις στις οποίες τα θύματα ανακάλυψαν το άτομο να αυνανίζεται ενώ τα παρακολουθούσε αναφέρονται ως επιδειξιμανία. Άλλα είδη Παραφιλικών



Διαταραχών, εκτός της επιδειξιομανίας, που συνυπάρχουν με την ηδονοβλεψία είναι η παιδοφιλία, η εφασιομανία και ο σεξουαλικός σαδισμός, και συνήθως δεν εμφανίζεται υψηλό ποσοστό άλλων ψυχικών διαταραχών (Kring et al., 2010). Κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί και το γεγονός ότι σε κάποιες περιπτώσεις ηδονοβλεψίας, ο απώτερος στόχος είναι η αναζήτηση θύματος για βιασμό ή ο θύτης έχει αποκτήσει σεξουαλική εμμονή με μια συγκεκριμένη γυναίκα. Σε αυτές τις περιπτώσεις η διάγνωση είναι "Σεξουαλική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς" (Kring et al., 2010).

### 2.3) Φετιχισμός

Σε αυτή την μορφή Παραφιλικής Διαταραχής, το άτομο προκειμένου να βιώσει σεξουαλική διέγερση και ικανοποίηση βασίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο (Kring et al., 2010). Το εν λόγω αντικείμενο μπορεί να είναι είτε άψυχο, χωρίς να σχετίζεται απαραίτητα με σεξουαλική δραστηριότητα είτε συγκεκριμένα σημεία του σώματος. Το αντικείμενο της σεξουαλικής διέγερσης ενυπάρχει τόσο σε φαντασιακό επίπεδο όσο και στην σεξουαλική ζωή του ατόμου, και χρησιμοποιείται με συγκεκριμένο τρόπο ώστε το άτομο να βιώσει ευχαρίστηση. Ο φετιχισμός εμφανίζεται σε άνδρες, κυρίως ετεροφυλόφιλους αλλά και ομοφυλόφιλους. Η περίοδος έναρξης της διαταραχής θεωρείται η εφηβεία.

Τα φετίχ που αποτελούν αντικείμενο σεξουαλικής διέγερσης και ευχαρίστησης ποικίλουν, και μπορεί να είναι: σημεία του σώματος (πόδια, στήθος, μαλλιά), είδη ένδυσης ( γυναικεία εσώρουχα, ψηλοτάκουνα παπούτσια, μπότες), συγκεκριμένα υλικά (δέρμα, μετάξι, λάστιχο ή γούνα). Το διεγερτικό στοιχείο σε ένα φετίχ μπορεί να είναι η μορφή και το σχήμα του ή υφή του. Τα φετίχ μπορεί να έχουν μια αισθησιακή σημασία για το άτομο ή να λειτουργούν σε συμβολικό επίπεδο, όπως παραδείγματος χάρη τα γυναικεία παπούτσια συμβολίζουν την θηλυκότητα του φετίχ για ετεροφυλόφιλους φετιχιστές και τα αντρικά παπούτσια την αρρενωπότητα για ομοφυλόφιλους φετιχιστές ( Mason, 1997).

Το άτομο με την διαταραχή επιθυμεί να κοιτάζει, να χαιδεύει, να μυρίζει ή να τρίβει το φετίχ του ενώ αυνανίζεται και φαντασιώνει, ή μπορεί να ζητά από την σύντροφό του να φορέσει το φετίχ ή να το χρησιμοποιήσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο ώστε να διεγερθεί. Το φετίχ αποτελεί το αντικείμενο πλήρους προσοχής του φετιχιστή, και δεν ασχολείται με την σύντροφό του αν υπάρχει.

Ένα βασικό στοιχείο αυτής της διαταραχής είναι ότι το άτομο έλκεται με καταναγκαστικό τρόπο από το φετίχ του και βιώνει αυτή την έλξη ακούσια και με ανεξέλεγκτο τρόπο. Ο διαχωρισμός του φετιχισμού από κάποια άλλη μορφή συνηθισμένης έλξης έγκειται στην αποκλειστική ιδιότητα που κατέχει το αντικείμενο ως πηγή σεξουαλικής διέγερσης (Kring et al., 2010).

Ο φετιχισμός δεν έχει επιπλοκές στην ζωή του ατόμου, αφού τα φετίχ γίνονται αντικείμενο χρήσης κατά τον αυνανισμό ή την επαφή του ατόμου με κάποιο συναινούντα σύντροφο. Σε περιπτώσεις, όμως, που το άτομο συλλέγει μανιωδώς τα φετίχ του, υπάρχει η πιθανότητα κλοπής ή άλλης μορφής κινδύνου, προκειμένου να το αποκτήσει. Για παράδειγμα, η κλεπτομανία ή η πυρομανία που συνοδεύονται από σεξουαλική διέγερση είναι μορφές φετιχισμού (Mason, 1997).

Ο φετιχισμός μπορεί να συνυπάρχει με άλλες παραφυλίες όπως είναι ο σαδομαζοχισμός, η ζωοφιλία, η παιδοφιλία, ο παρενδυσιακός φετιχισμός και η τηλεφωνική αισχροφιλία. Αναφέρονται, επίσης, φετιχιστικές προτιμήσεις σε σαδιστές, κατά συρροή βιαστές ή δολοφόνους σε εγκλήματα σεξουαλικής φύσεως.

Η διαταραχή αυτή, συνήθως, εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εφηβεία, αν και το φετίχ μπορεί να έχει αποκτήσει ξεχωριστή σημασία και νωρίτερα, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Kring et al., 2010).

## **2.4) Τρανσβεστισμός (παρενδυσιακός ή τρανσβεστικός φετιχισμός, φετιχιστική παρενδυμασία)**

Ο Τρανσβεστισμός αφορά ετεροφυλόφιλους άντρες, οι οποίοι διεγείρονται σεξουαλικά φορώντας ή φαντασιώνοντας ότι ντύνονται με γυναικεία ρούχα. Στο DSM-IV ο τρανσβεστισμός αναφέρεται ως τρανσβεκτικός (παρενδυσιακός) φετιχισμός, καθώς η γυναικεία ένδυση έχει την μορφή φετίχ. Η παρενδυμασία συνοδεύεται από αυνανισμό ή συνουσία.

Τυπικά η διάγνωση αφορά ετεροφυλόφιλους άντρες, αν και κάποιοι από αυτούς μπορεί να έχουν περιστασιακά κάποιες ομοφυλοφιλικές εμπειρίες. Κρίνεται σημαντικό να τονιστεί ότι η διάγνωση δεν αφορά άτομα που εμπλέκονται σε παρενδυσιακές δραστηριότητες για άλλους λόγους, δηλαδή σε τρανσέξουαλς και ομοφυλόφιλους.

Ο παρενδυσιακός φετιχιστής μπορεί να φορά ένα μόνο είδος γυναικείου εσωρούχου, ή να βάζεται, να χτενίζεται, να ντύνεται σαν γυναίκα και να κυκλοφορεί δημόσια ή

μεταξύ άλλων παρενδυσιακών φετιχιστών. Για κάποιους η παρενδυσιασμία αποτελεί πηγή σεξουαλικής διέγερσης, ενώ κάποιοι άλλοι άλλους ντύνονται με γυναικεία ρούχα σε περιόδους έντονου στρες προκειμένου να χαλαρώσουν. Η διαταραχή εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία, αλλά η συμπεριφορά υιοθετείται κατά την εφηβεία. Ωστόσο, το άτομο δεν εκδηλώνει δημόσια την συμπεριφορά πριν την ενηλικίωσή του (Zucker & Blanchard, 1997).

Αν και οι περισσότεροι παρενδυσιακοί φετιχιστές δεν εκδηλώνουν παράνομη ή αντικοινωνική συμπεριφορά, έχουν αναφερθεί συσχετίσεις ανάμεσα σε τρανσβεστισμό και σαδομαζοχισμό, βιασμό, ή σεξουαλικό σαδιστικό φόνο.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι διαφοροδιάγνωση του τρανσβεστισμού θα πρέπει να γίνεται με τον φετιχισμό, τον τρανσεξουαλισμό, την διαταραχή ταυτότητας φύλου και μια συγκεκριμένη μορφή σεξουαλικού μαζοχισμού. Πιο συγκεκριμένα, στον φετιχισμό η σεξουαλική διέγερση του ατόμου, όπως προαναφέρθηκε, προέρχεται από το φετίχ που το άτομο αγγίζει, μυρίζει ή χαιδεύει, αλλά δεν φοράει, ενώ στον τρανσβεστισμό η διέγερση οφείλεται στην ίδια την πράξη της ένδυσης. Όσον αφορά την διάκριση μεταξύ τρανσβεστισμού και τρανσεξουαλισμού, η παρενδυσιασμία στην πρώτη περίπτωση είναι διεγερτική και το άτομο διατηρεί την σωστή αντίληψη για το φύλο του, ενώ στην δεύτερη περίπτωση η παρενδυσιασμία δεν είναι σεξουαλικά διεγερτική αλλά το άτομο πιστεύει ότι ανήκει στο αντίθετο φύλο και δεν νιώθει άνετα ανατομικά. Η διαφοροδιάγνωση από την διαταραχή ταυτότητας φύλου μπορεί να γίνει με δυσκολία σε περιπτώσεις ατόμων που η παρενδυσιασμία δεν λειτουργεί σεξουαλικά διεγερτικά αλλά χαλαρωτικά. Τέλος, υπάρχει μια μορφή μαζοχισμού στην οποία ένας άντρας ντύνεται με γυναικεία ρούχα. Η πράξη αυτή καθαυτή δεν είναι σεξουαλικά διεγερτική για το άτομο αλλά έχει την μορφή εξευτελισμού. Σε άλλες περιπτώσεις ο τρανσβεστικός μαζοχισμός συνυπάρχει με τον σεξουαλικό μαζοχισμό (Zucker & Blanchard, 1997).

## **2.5) Εφαψιομανία**

Η εφαψιομανία αφορά το άγγιγμα ενός μη συναινούντος- ανυποψίαστου ατόμου με σεξουαλική πρόθεση (Kring et al., 2010). Ενδεικτικά, ο εφαψιομανής άντρας πλησιάζει μια γυναίκα σε ένα δημόσιο χώρο με πολύ κόσμο, παραδείγματος χάρη στο λεωφορείο, ή σε εμπορικό κέντρο και αγγίζει το στήθος, τους γλουτούς ή την περιοχή των γεννητικών της οργάνων ή τρίβει τα δικά του γεννητικά όργανα πάνω της.

Η συμπεριφορά αυτή στοχεύει στην σεξουαλική διέγερση και ευχαρίστηση και κατά την διάρκειά της το άτομο φαντασιώνει σεξουαλική επαφή με το θύμα του. Οι εφραψιομανείς επιλέγουν κυριώς γυναίκες για την εκδήλωση της παραφιλικής συμπεριφοράς και σπανιότερα άντρες. Δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις γυναικών εφραψιομανών. Όταν τα θύματα είναι παιδιά τότε η διάγνωση είναι παιδοφιλία. Η διάγνωση δεν δίνεται όταν η παραπάνω συμπεριφορά επεκτείνεται σε περαιτέρω σεξουαλική επαφή ή όταν οφείλεται σε έκπτωση της κρίσης π.χ. σε νοητική υστέρηση, ελαττωματικές κοινωνικές δεξιότητες ή σε προβλήματα ελέγχου της συμπεριφοράς. Η διαταραχή εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εφηβεία και συνήθως παρουσιάζεται σε συνδυασμό με άλλες παραφυλίες (Kreuger & Kaplan, 2000).

## **2.6) Σεξουαλικός Σαδισμός**

Στην δεδομένη παραφιλική διαταραχή η έννοια της σωματικής ή/και της ψυχολογικής κακοποίησης παίζει κεντρικό ρόλο.

Σύμφωνα με το DSM-IV, η διάγνωση προϋποθέτει το άτομο να παρουσιάζει για τουλάχιστον έξι μήνες επαναλαμβανόμενες σκέψεις, φαντασιώσεις ή συμπεριφορές που αφορούν στην πρόκληση πόνου ή στον εξευτελισμό κάποιου άλλου ατόμου. Οι σκέψεις, οι φαντασιώσεις ή οι συμπεριφορές αυτές είναι σεξουαλικά διεγερτικές για το άτομο. Για να δοθεί η διάγνωση θα πρέπει να συνυπάρχει και κλινικά σημαντική δυσφορία του ατόμου ή σημαντική έκπτωση σε κάποιο τομέα της ζωής του. Η έναρξη της διαταραχής γίνεται συνήθως στην ενήλικη ζωή.

Συνήθως, οι συμπεριφορές αυτές δεν προκαλούν πραγματικό πόνο και δεν αποτελούν πραγματικό κίνδυνο για την ακεραιότητα ή και τη ζωή του ερωτικού συντρόφου. Η διαφοροποίηση του σεξουαλικού σαδισμού από τις μη παραφιλικές σχετικές συμπεριφορές έγκειται στην αποκλειστικότητα του σαδιστικού στοιχείου. Πιο συγκεκριμένα, ο σεξουαλικός σαδιστής αδυνατεί να νιώσει σεξουαλική διέγερση ή ευχαρίστηση χωρίς να φαντάζεται ή να προκαλεί πόνο ή εξευτελισμό ( Spengler, 1977).

Η διαταραχή αφορά ετεροφυλόφιλους άντρες, με την διαταραχή να παραμένει σταθερή στο πέρασμα του χρόνου. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται σταθερά μεγαλύτερη αύξηση πόνου για την ικανοποίηση του ατόμου, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες για εγκληματική ενέργεια. Πολλοί σαδιστές

επιλέγουν ως σύντροφο ένα σεξουαλικό μαζοχιστή, ενώ άλλοι άτομα άγνωστα και μη συναινούντα ( Spengler, 1977).

## **2.7) Σεξουαλικός Μαζοχισμός**

Όπως συμβαίνει στον σεξουαλικό σαδισμό, έτσι και στον σεξουαλικό μαζοχισμό παρατηρείται έντονο το στοιχείο της υπερβολής που ενέχει σε μικρό ή συμβολικό βαθμό στις μη παραφιλικές σεξουαλικές σχέσεις. Αν και τα άτομα μπορούν να υιοθετούν τόσο τον κυρίαρχο ρόλο όσο και τον υποτακτικό, υπάρχουν περισσότερα άτομα με σεξουαλικό μαζοχισμό απ' ό τι με σεξουαλικό σαδισμό (Kring et al., 2010).

Τα κριτήρια του DSM-IV για τον σεξουαλικό μαζοχισμό προϋποθέτουν την ύπαρξη επανηλημμένων και έντονων σεξουαλικώς διεγερτικών φαντασιώσεων, παρορμήσεις ή συμπεριφορές που αφορούν πράξεις ( και όχι την αντίστοιχη φαντασίωση) στις οποίες το άτομο ταπεινώνεται ή δέρνεται, και οι οποίες εμφανίζονται για διάστημα έξι μηνών. Παράλληλα το άτομο βιώνει έντονο άγχος ή υπάρχει σημαντική έκπτωση σε κάποιο τομέα της λειτουργικότητάς του. Η έναρξη της διαταραχής παρατηρείται στην ενήλικη ζωή, αλλά οι φαντασιώσεις μπορούν να ξεκινήσουν από την παιδική ηλικία.

Ο Σεξουαλικός Μαζοχισμός παρατηρείται σε άνδρες ή γυναίκες, ετεροφυλόφιλους ή ομοφυλόφιλους, κατά τον αυνανισμό ή την επαφή με άλλους. Η ένταση του πόνου ή της ταπείνωσης που απαιτείται ώστε να διεγερθεί κάποιος σεξουαλικά, διαφέρει από άτομο σε άτομο. Κάποιοι διεγείρονται απλώς με την λεκτική κακοποίηση, ενώ κάποιοι άλλοι φτάνουν στον ακρωτηριασμό τους. Ο Σεξουαλικός Μαζοχισμός διακρίνεται από τρία στοιχεία: πόνο, απώλεια ελέγχου και ταπείνωση.

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητο να διευκρινιστεί ότι τα άτομα με την διαταραχή βιώνουν τον πόνο σε πραγματικό βαθμό, χωρίς να επέρχεται κάποιου είδους ευχαρίστηση. Απόρροια του πόνου που προκαλούν στον εαυτό τους, μπορεί να είναι σοβαρά και μόνιμα προβλήματα ή ακόμη και ο θάνατος. Προκειμένου να αυξήσουν την σεξουαλική τους ευχαρίστηση, τα άτομα καταφεύγουν σε τεχνικές όπως είναι ασφυξιοφιλία ή υποξυφιλία, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο το λαμβανόμενο οξυγόνο χρησιμοποιώντας πλαστική σακούλα, θηλιά κτλ. Η διαταραχή αυτή κατατάσσεται στις πλέον επικίνδυνες για την ζωή παραφυλίες.

## **2.8) Παιδοφιλία (παιδεραστία)**

Σύμφωνα με το DSM-IV, ο όρος παιδοφιλία αφορά στην πρόθεση, διάθεση ή συμπεριφορά σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης παιδιών ή εφήβων, συμπεριλαμβανομένης και της έκδηλης συμπεριφοράς. Το DSM-IV προβλέπει ότι η διάγνωση της Παιδοφιλίας απαιτεί <<μια περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών με επανειλημμένες, έντονες σεξουαλικά διεγερτικές φαντασιώσεις, παρορμήσεις ή συμπεριφορές που αφορούν σεξουαλική δραστηριότητα με ένα παιδί ή παιδιά της προεφηβικής ηλικίας (13 χρονών ή μικρότερα)>>.

Ο παιδόφιλος παρακινείται από μια ισχυρή υποκειμενική έλξη, όπως συμβαίνει και στις περισσότερες παραφυλίες (Kring et al., 2010). Μάλιστα, επιχειρεί να πείσει το θύμα του για το επιτρεπόμενο της σεξουαλικής τους επαφής. Μερικές τυπικές παιδοφιλικές συμπεριφορές είναι το άτομο να χαιδεύει το παιδί καθώς αυνανίζεται κρυφά ή φανερά, γδύνει το παιδί και το κοιτάζει, χαιδεύει τα γεννητικά όργανα του παιδιού ή επιδεικνύει τα δικά του, αυνανίζεται ανάμεσα στα πόδια του παιδιού, προτρέπει το παιδί να τον διεγείρει στοματικά ή με το χέρι. Μάλιστα, ορισμένοι παιδόφιλοι χρησιμοποιούν ομάδα παιδιών για σεξουαλική δραστηριότητα ή φωτογραφήσεις πορνογραφικής φύσης.

Το DSM-IV προσδιορίζει τρεις παιδοφιλικές διαστάσεις:

1) Σεξουαλική έλξη από το αντρικό φύλο/το γυναικείο φύλο/και από τα δύο φύλα. Παρ' όλο που η πλειονότητα των παιδόφιλων ελκύεται περισσότερο από κορίτσια παρά από αγόρια, τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι τα θύματα αυτών που προτιμούν αγόρια ανέρχονται σε πολύ περισσότερα. Σημαντικό, μάλιστα, είναι το γεγονός ότι οι παιδόφιλοι που ελκύονται από αγόρια, δεν τους ελκύουν οι ενήλικοι άντρες.

2) Αιμομιξία. Η αιμομιξία αποτελεί διακριτό τύπο παιδοφιλίας στο DSM-IV, και αναφέρεται στις σεξουαλικές σχέσεις που μπορεί να αναπτυχθούν μεταξύ ατόμων με συγγενική σχέση, στα οποία απαγορεύεται ο γάμος (Kring et al., 2010). Η αιμομιξία στην πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά αδέρφια αντίθετου φύλου, ενώ η αμέσως επόμενη κατηγορία αιμομιξίας, η οποία και θεωρείται περισσότερο παθολογική, αφορά πατέρα και κόρη (Kring et al., 2010).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οικογένειες στις οποίες παρατηρείται κάποια αιμομικτική σχέση, είναι δομημένες με βάση το πατριαρχικό πρότυπο (Alexander & Lupfer, 1987). Σε αυτές τις οικογένειες παρατηρείται συνήθως μια παραμέληση των παιδιών εκ μέρους των γονιών καθώς και ελλιπείς συναισθηματικά σχέσεις (Madonna, Van Scoyk, & Jones, 1991).

Η παιδοφιλία εντός της οικογένειας έχει ως θύματα κυρίως τα κορίτσια, καθώς τα αγόρια συνήθως κακοποιούνται από οικογενειακούς φίλους ή ξένους.

3) Αποκλειστικός τύπος/ μη αποκλειστικός τύπος. Στον αποκλειστικό τύπο το άτομο έχει σεξουαλικό ενδιαφέρον ή / και δραστηριότητα μόνο με παιδιά. Αντίθετα, ο μη αποκλειστικός τύπος ελκύεται και από ενήλικες, του αντίθετου φύλου.

Οι παιδόφιλοι, συνήθως, επιλέγουν παιδιά μίας συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, τα οποία έχουν σωματικά χαρακτηριστικά τέτοια που ο παιδόφιλος θεωρεί διεγερτικά. Συνηθισμένο φαινόμενο αποτελεί και το συναισθηματικό δέσιμο του παιδόφιλου με το θύτη του. Προκειμένου, μάλιστα, να εξασφαλίσουν την σιωπή του παιδιού σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα, καταφεύγουν σε δωροδοκίες και εκφοβισμούς.

Η παιδοφιλία μπορεί να παρατηρηθεί και σε γυναίκες, με την διάγνωση *γυναικεία παιδοφιλία*, όπως απαντάται στο DSM-IV. Βέβαια, είναι πιο σπάνια και είναι αναγνωρισμένοι δύο τύποι γυναικών παιδόφιλων. Ο πρώτος τύπος αφορά ανήλικες που συνήθως κακοποιούν συγγενικά πρόσωπα, και ο δεύτερος τύπος αφορά ενήλικες που επιλέγουν άτομα που γνωρίζουν, αλλά δεν χρησιμοποιούν βία.

Η παιδοφιλία είναι από τους πιο συχνούς τύπους εμφάνισης παραφιλίας, μαζί με την επιδειξιμανία. Θεωρείται ότι εμφανίζει συννοσηρότητα με αλκοολισμό, και με κάποια ψυχολογική διαταραχή αλλά όχι ψυχωσική. Συνήθης είναι και η διάγνωση της σχιζοειδούς προσωπικότητας σε ενήλικες παιδόφιλους και της διαταραχής διαγωγής με φτωχό έλεγχο των παρορμήσεων και αντικοινωνική συμπεριφορά στους ανήλικους παιδόφιλους.

## **2.9) Παραφιλίες μη προσδιοριζόμενες αλλιώς**

Η κατηγορία αυτή αφορά παρεκκλίσεις σεξουαλικής συμπεριφοράς που δεν περιλαμβάνονται στις κατηγορίες που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Σε αυτή την κατηγορία δεν υπάρχουν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, παρά μόνο τα κριτήρια που ορίζουν όλες τις παραφιλικές διαταραχές. Έτσι, λοιπόν, ως πρώτο κριτήριο απαιτούνται για διάστημα έξι μηνών επανειλημμένες, έντονες σεξουαλικά διεγερτικές φαντασιώσεις, παρορμήσεις ή συμπεριφορές που αφορούν σε άψυχα αντικείμενα, στην πρόκληση πόνου ή ταπείνωσης του εαυτού ή του άλλου, σε ανήλικους ή άλλα μη συναινούμενα άτομα. Το δεύτερο κριτήριο απαιτεί αυτές οι φαντασιώσεις, παρορμήσεις, ή συμπεριφορές να προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση σε τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Υπάρχουν αναφορές για τουλάχιστον 37 είδη Παραφιλικών Διαταραχών, αλλά οι περισσότερες σχετίζονται ή επικαλύπτονται από ένα ή περισσότερα από τα οχτώ είδη που προαναφέρθηκαν. Μερικές από τις πιο γνωστές είναι η ζωοφιλία, η νεκροφιλία, η κλυσμαφιλία, η ουρολαγνία, η τηλεφωνική αισχρολογία και η υποξυφιλία (ασφυξιοφιλία).

Όσον αφορά στη σημερινή αναθεωρημένη έκδοση του DSM, το DSM-5 δηλαδή, έχουν γίνει μερικές μόνο τροποποιήσεις. Ο όρος παραφιλία επαναπροσδιορίζεται ώστε να αναφέρεται σε ένα επίμονο, έντονο, άτυπο σεξουαλικό μοτίβο διέγερσης, ανεξάρτητα από το εάν αυτό προκαλεί δυσφορία ή βλάβη, το οποίο από μόνο του δεν πρέπει να θεωρηθεί διαταραχή. Γίνεται, λοιπόν, διάκριση ανάμεσα στον όρο παραφιλία και τον όρο παραφιλική διαταραχή. Σκοπός αυτής της τροποποίησης είναι η μείωση του στίγματος, με την διευκρίνιση ότι οι άτυπες μορφές σεξουαλικής διέγερσης δεν αποτελούν απόδειξη ψυχοπαθολογίας.

Επιπλέον, στο DSM-5 περιγράφεται ότι η διάγνωση αυτών των διαταραχών απαιτεί το άτομο να εκδηλώνει μια άτυπη εστίαση της σεξουαλικής διέγερσης και ένα μοτίβο διέγερσης, που είναι έντονα επαναλαμβανόμενα και επιμένουν για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών (Κριτήριο Α). Επιπλέον, προστίθεται το στοιχείο της βλάβης, που απαιτεί την παρουσία δυσφορίας, τη δυσλειτουργία και τη συμμετοχή μη συναινούντων θυμάτων (Κριτήριο Β).

Στο DSM-5, λοιπόν, συναντάται η παρουσία τριών διαφορετικών προτύπων διαγνωστικών κριτηρίων. Το πρώτο αφορά Παραφιλική Διαταραχή που συνεπάγεται τη συμμετοχή μη συναινούντων ατόμων (Ηδονοβλεπτική Διαταραχή, Επιδεικτική Διαταραχή, Σεξουαλική Σαδιστική Διαταραχή). Το δεύτερο αφορά στη Παιδοφιλική Διαταραχή που δεν περιλαμβάνει μη συναινούντα άτομα (Σεξουαλική Μαζοχιστική Διαταραχή, Φετιχιστική Διαταραχή, Τρανσβεστική Διαταραχή), και το τρίτο αφορά στην Παιδοφιλική Διαταραχή.

Στο DSM-5 παρατηρείται μια αλλαγή στην συνολική δομή του Κριτηρίου Α, προκειμένου να αντιμετωπιστεί ένα σημαντικό ιατροδικαστικό σφάλμα που περιελάμβανε το DSM-IV. Η αλλαγή, λοιπόν, στο Κριτήριο Α από <<που περιλαμβάνει επαφή ή τριβή σε μη συναινούντα πρόσωπα>> σε <<άγγιγμα ή τριβή σε μη συναινούντα πρόσωπα>>, επιτρέπει στη διάγνωση μιας παραφιλίας να βασίζεται ολοκληρωτικά στην ύπαρξη σεξουαλικής συμπεριφοράς που διώκεται



ποινικά, παρακάμπτοντας με αυτό τον τρόπο την προϋπόθεση η συμπεριφορά να είναι εκδήλωση ενός αποκλίνοντος μοτίβου σεξουαλικής διέγερσης ( First, 2014).

Οι αναθεωρήσεις στους ορισμούς της Σεξουαλικής Σαδιστικής Διαταραχής, της Τρανσβεστικής Διαταραχής και της Φετιχιστικής Διαταραχής μπορούν να οδηγήσουν σε μια πιο ολοκληρωμένη εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων. Πιο συγκεκριμένα, στο DSM-IV το Κριτήριο Α για την Σεξουαλική Σαδιστική Διαταραχή, σε αντίθεση με το DSM-5 δεν περιλαμβάνει την προϋπόθεση οι σαδιστικές πράξεις να είναι "πραγματικές" και όχι προσομοίωση. Όσον αφορά τον περιορισμό στο DSM-IV για την Τρανσβεστική Διαταραχή στους ετεροφυλόφιλους άνδρες, έχει αφαιρεθεί επιτρέποντας η διάγνωση να περιλαμβάνει γυναίκες και ομοφυλόφιλους άνδρες. Τέλος, ο ορισμός για την Φετιχιστική Διαταραχή έχει επεκταθεί πέρα από την εστίαση σε άψυχα αντικείμενα, προκειμένου να συμπεριλάβει και φετίχ για μη γενετικά μέρη του σώματος ( First, 2014).

Όσον αφορά το Κριτήριο Β, διευκρινίζεται στο DSM-5 ότι οι παραφιλικές παρορμήσεις πληρούν τις προϋποθέσεις για διάγνωση Παραφιλικής Διαταραχής μόνο εάν η συμπεριφορά περιλαμβάνει μη συναινούντα άτομα. Παραδείγματος χάριν, η συμπεριφορά που εκδηλώνεται με την συγκατάθεση του εταίρου, όπως η σαδιστική σεξουαλική δράση με έναν έταίρο με σεξουαλικό μαζοχισμό, εξαιρείται από την διάγνωση. Το δεύτερο μισό του κριτηρίου έχει τροποποιηθεί, με την αντικατάσταση της φράσης του DSM-IV "σημειώνονται δυσφορία ή διαπροσωπικές δυσκολίες" σε "κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη στην κοινωνική, επαγγελματική, ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας". Με αυτό τον τρόπο, η τροποποίηση αυτή δεν περιορίζει την διάγνωση σε διαπροσωπικό επίπεδο, αλλά σε όλους τους τομείς της λειτουργικότητας.

Τέλος, στο DSM-5 εισάγεται ένα νέο Κριτήριο, το Κριτήριο Γ. Το Κριτήριο αυτό έχει προστεθεί για τις προϋποθέσεις διάγνωσης της Ηδονοβλεπτικής Διαταραχής, και απαιτεί μια ελάχιστη ηλικία εμφάνισης της διαταραχής στα δεκαοχτώ έτη. Σύμφωνα με το DSM-5 "λόγω της εφηβείας αυξάνεται γενικά η σεξουαλική περιέργεια και δραστηριότητα". Το κριτήριο αυτό προστέθηκε "για να ανακουφίσει από τον κίνδυνο παθολογίας κανονιστικού σεξουαλικού ενδιαφέροντος και συμπεριφοράς κατά την εφηβεία". Έτσι, λοιπόν, οι έντονες και επίμονες ηδονοβλεπτικές παρορμήσεις, φαντασιώσεις, ή συμπεριφορές μπορεί να θεωρηθούν ενδεικτικές Παραφιλικής Διαταραχής μόνο εάν επιμένουν και στην ενήλικη ζωή.

Για να συνοψίσουμε, λοιπόν, η διάγνωση μιας Παραφιλικής Διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-5, απαιτεί τα άτομα να αισθάνονται μια προσωπική αγωνία σχετικά με το ενδιαφέρον τους, και όχι απλώς δυσφορία που προκύπτει από την αποδοκιμασία της κοινωνίας και επιπλέον, να εμφανίζουν μια σεξουαλική επιθυμία/ συμπεριφορά που περιλαμβάνει ψυχολογική καταπόνηση, τραυματισμό ή θάνατου κάποιου άλλου, ή μια επιθυμία για σεξουαλικές συμπεριφορές που αφορούν απρόθυμα πρόσωπα ή πρόσωπα που αδυνατούν να δώσουν νομική συγκατάθεση (McManus et al., 2013).

Το DSM-5 περιλαμβάνει, λοιπόν, τα ίδια οχτώ είδη Παραφιλικών Διαταραχών, τα οποία έχουν επιλεγεί αφενός επειδή είναι τα πιο συχνά εμφανιζόμενα και αφετέρου επειδή ορισμένες από αυτές τις συμπεριφορές διώκονται ποινικά.

## Κεφάλαιο 3

### Παραδοσιακά μοντέλα ψυχοθεραπείας

<<Κάθε μορφή ψυχοθεραπείας στηρίζεται σε μια συγκεκριμένη θεωρία για την ανθρώπινη φύση, την προσωπικότητα, την ψυχοπαθολογία και την ψυχοθεραπεία. Στις αρχές του 20ού αιώνα υπήρξαν κυρίως τρία ρεύματα στην ψυχοθεραπεία: η ψυχοδυναμική σχολή, όπου κυρίαρχο ρόλο έχουν οι ασυνείδητες συγκρούσεις, η συμπεριφοριστική σχολή, όπου η φυσιολογική και η παθολογική συμπεριφορά θεωρούνται προϊόν μάθησης, και η ανθρωπιστική-υπαρξιακή σχολή, που δίνει πρωταρχική σημασία στην ελευθερία βούλησης του ατόμου.>> (Νέστορος, 2012).

#### Ψυχοδυναμικό μοντέλο

Η **ψυχοδυναμική σχολή** ιδρύθηκε από τον Sigmund Freud (1856-1939). Η ψυχοδυναμική σχολή πρωτοεμφανίστηκε στα τέλη του 19ου αιώνα, αλλά γρήγορα γνώρισε μεγάλη απήχηση, ώσπου από τις αρχές του 20ού αιώνα έως τη δεκαετία του 1970 ήταν η κυρίαρχη δύναμη.

Τα έργα που δημοσίευσε σταδιακά ο Freud, οδήγησαν στην συγκρότηση πρώτα της Ψυχαναλυτικής Εταιρείας της Βιέννης και έπειτα το 1910, στην συγκρότηση της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, με πρόεδρο τον Carl G. Jung. Η αποχώρηση του Alfred Adler και του Carl G. Jung από τον ψυχαναλυτικό κύκλο του Freud, οδήγησε στην δημιουργία νέων ρευμάτων, με τους συνεχιστές του Freud αποκαλούνται νεοφρουδιστές, ενώ οι διαφωνήσαντες σχισματικοί (Νέστορος, 2012).

#### Συμπεριφοριστικό μοντέλο

Η **συμπεριφοριστική σχολή** εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη δεύτερη δεκαετία του 20ού αιώνα. Ιδρυτής της ήταν ο John B. Watson (1878-1958). Η συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στις εσωτερικές διεργασίες που ενυπάρχουν σε ένα άτομο και παρεμβάλλονται μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης. Αυτές αποτελούν τις γνωστικές διεργασίες της αντίληψης, της μνήμης και της κρίσης (Νέστορος, 2012). Έτσι, ο γνωστικός συμπεριφορισμός πλησίασε την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (Lobitz et al., 1986).

## Ανθρωπιστικό- Υπαρξιακό μοντέλο

Το μοντέλο αυτό δίνει πρωταρχική σημασία στην ελευθερία βούλησης του ατόμου (Νέστορος, 2012). Η πρώτη εμφάνιση αυτού του ρεύματος έγινε το 1940 με κύριο εκπρόσωπό του τον Carl Rogers (Rogers, 1951).

## Βιολογικό μοντέλο

Η κεντρική ιδέα του μοντέλου είναι η πεποίθηση ότι υπάρχει μία βιολογική βάση, σύμφωνα με την οποία οι φυσιολογικές και παθολογικές λειτουργίες ταυτίζονται με τις ανώτερες λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Έτσι, κατανοώντας την βιολογία, κατανοούμε και την ψυχολογία του ατόμου (Νέστορος, 2012).

Μία σειρά ανακαλύψεων έρχεται να υποστηρίξει το βιολογικό μοντέλο. Η λειτουργική κατάσταση του εγκεφάλου κατά την μελαγχολία, την σχιζοφρένεια καθώς και άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις μέσω της μεθόδου μέτρησης της κατανάλωσης ραδιενεργού γλυκόζης από τον εγκέφαλο, αποτελεί μια αποκάλυψη που προσφέρει γερά θεμέλια στο βιολογικό μοντέλο. Ένα δεύτερο στοιχείο είναι η ανακάλυψη ότι η χορήγηση φυσοστιγμίνης που αυξάνει τα επίπεδα ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο, έχει άμεση επίδραση στις εκδηλώσεις της μανίας. Γίνεται, λοιπόν, εμφανής η επίδραση της χημείας στην συμπεριφορά (Νέστορος, 2012).

## **Συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας**

### Ανάπτυξη και εξέλιξη συνθετικής ψυχοθεραπείας

Ο Thomas French υπήρξε ο πρώτος που τόλμησε την σύνθεση μοντέλων ψυχοθεραπείας, κάνοντας μια προσπάθεια σύνθεσης της ψυχανάλυσης και της κλασικής εξαρτημένης μάθησης του Pavlov (French, 1933). Έτσι, δημιουργήθηκε ένα κίνημα σύνθεσης, οδηγώντας το 1983 στην ίδρυση της Εταιρείας για τη Διερεύνηση της Σύνθεσης στην Ψυχοθεραπεία, καθώς και δημοσιεύσεις πληθώρας σχετικών άρθρων και βιβλίων (Νέστορος, 2012). Η διοργάνωση πανελλήνιων και διεθνών συνεδρίων στην Ελλάδα, συνέβαλε στην παρουσίαση της ελληνικής εκδοχής της συνθετικής ψυχοθεραπείας (Νέστορος, 2012).

Έρευνες υποστηρίζουν ότι ο αριθμός των ψυχοθεραπευτών που ασπάζεται αυτή την προσέγγιση ανέρχεται στο 30% ( Norcross, Prochaska, & Farber, 1993), αλλά υπάρχουν και έρευνες που μιλούν για ποσοστό της τάξης του 68% (Norcross & Newman, 1992).

Οι ψυχοθεραπευτές που επιλέγουν αυτή την προσέγγιση, πέρα από την πλατιά εκπαίδευσή τους στο συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας, είναι έμπειροι και σε άλλα μοντέλα ψυχοθεραπείας, όπως είναι το ψυχοδυναμικό, το συμπεριφοριστικό, το ανθρωπιστικό- υπαρξιακό, τη θεραπεία πελατοκεντρικής Gestalt, την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, την ομαδική ψυχοθεραπεία, τη συστημική προσέγγιση, καθώς επίσης και ένα μοντέλο κλινικής ύπωσης που αποτελεί συνδυασμό ψυχοδυναμικών και ανθρωπιστικών στοιχείων (Νέστορος, 2012).

Κάπου εδώ κρίνεται σημαντικό να γίνει μνεία σε κάποιους από τους παράγοντες που έδωσαν το έναυσμα της σύνθεσης των ψυχοθεραπειών. Πρώτα απ' όλα, ένας σημαντικός παράγοντας αποτέλεσε ο μεγάλος αριθμός μοντέλων που υφίσταντο το 1986, κάνοντας θεραπευτές και θεραπευόμενους να προβληματίζονται ως το ποιο να ακολουθήσουν (Karasu, 1986). Ένας επιπλέον παράγοντας ήταν η αμφιβολία ορισμένων θεραπευτών σχετικά με κάποια μοντέλα για το αν ήταν σε θέση να καλύψουν όλο το εύρος των κλινικών περιπτώσεων. Ακόμα, οι πολλές ομοιότητες που εμφανίζουν τα μοντέλα ψυχοθεραπείας συνέβαλε επίσης στην σύνθεση των ψυχοθεραπειών. Τέλος, σημαντικός παράγοντας ήταν και η ανακάλυψη ότι στη βάση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας όλων των μοντέλων ψυχοθεραπείας υπάρχουν κοινές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Νέστορος, 2012).

Όσον αφορά την ανάπτυξη της συνθετικής ψυχοθεραπείας στην Ελλάδα, η πρόταση έγινε από τον καθηγητή I. N Νέστορος, στο Ά Πανελλήνιο Συνέδριο Θεωριών και Τεχνικών Ψυχοθεραπείας που έλαβε χώρα στην Αθήνα το 1990, με την ανάπτυξή της μερικά χρόνια αργότερα στο βιβλίο του *Συνθετική Ψυχοθεραπεία* (Νέστορος & Βαλλιανάτου, 1990). Ακολούθησε το σύγγραμμα *Στον κόσμο της ψύχωσης*, το 1993, με την υπογραφή του ίδιου, παρουσιάζοντας την αντιμετώπιση των ψυχώσεων σύμφωνα με την συνθετική ψυχοθεραπεία. Λίγα χρόνια αργότερα, ακολούθησαν συγγράμματα και άρθρα για την περιγραφή του μοντέλου στην αγγλική γλώσσα, ενώ το 2012 κυκλοφόρησε μια αναθεωρημένη έκδοση του συγγράμματος *Στον κόσμο της ψύχωσης*.

### Στόχος συνθετικής ψυχοθεραπείας

<<Βασικός στόχος της θεραπείας είναι η απόκτηση από το θεραπευόμενο άτομο θετικής συναισθηματικής διάθεσης και νοητικής ευεξίας και ισορροπίας>> (Νέστορος, 2012). Προκειμένου να επιτευχθεί ο παραπάνω σκοπός, η μείωση των επιπέδων του άγχους, του φόβου, του θύμου και οποιουδήποτε αρνητικού συναισθήματος, αποτελούν ζωτικής σημασίας για την συνθετική ψυχοθεραπεία, καθώς πιστεύεται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση της ψυχολογικής διαταραχής (Hawkins & Nestoros, 1997). Με την μείωση των παραπάνω ευνοούνται γνωστικές λειτουργίες, όπως η προσοχή, η μνήμη, η συγκέντρωση, η αντίληψη κτλ. (Νέστορος, 2012).

Από την άλλη πλευρά, κρίνεται σημαντική η υιοθέτηση λογικής σκέψης και στρατηγικών που θα βοηθήσουν το άτομο να επιλύει αποτελεσματικά τα προβλήματά του. Η αύξηση της αυτοποεποίθησης, η εγκαθίδρυση φιλοσοφικής σκέψης και η θέσπιση ρεαλιστικών στόχων, θεωρούνται απαραίτητα για την επίτευξη των παραπάνω (Νέστορος, 2012).

### Οι βασικές αρχές της συνθετικής ψυχοθεραπείας

Το συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας, διέπουν 16 αρχές που αποτελούν τις κύριες θεραπευτικές του στρατηγικές (Νέστορος, 2012). Παρακάτω παρουσιάζονται εκτενώς καθώς και τα βασικά σημεία καθεμίας από αυτές.

1) Φιλοσοφική και ιδεαλιστική αρχή. Στηριζόμενη σε μια βασική αρχή του Ηράκλειτου (544-484 π.Χ), υποστηρίζει ότι αυτό που ωθεί τους ανθρώπους στην ψυχοθεραπεία είναι η απελπισία που αισθάνονται, την οποία παύουν να νιώθουν όταν μάθουν ότι μπορούν να γιαντρευτούν. Έτσι, ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να εξερευνεί το πρόβλημα, και να μην υποστηρίζει εξ' αρχής ότι δεν μπορεί να το αντιμετωπίσει (Νέστορος, 2012).

2) Οι θέσεις των διαφορετικών μοντέλων ψυχοθεραπείας σχετικά με την προσωπικότητα, την ανθρώπινη φύση και την ψυχοθεραπεία δεν αντικρούονται, καθιστώντας με αυτό τον τρόπο ικανή την σύνθεσή τους (Andrews, 1989, Lazarus, 1992). Βάσιμος, μάλιστα, θα ήταν ο ισχυρισμός ότι οι ποικίλες θεωρίες της ψυχοθεραπείας αλληλοσυμπληρώνονται (Νέστορος, 2012).

Η συνθετική ψυχοθεραπεία είναι σε θέση να αντιμετωπίσει όλη την γκάμα της ψυχοπαθολογίας και σε διάφορα στάδια (Beitman, 1987, Garfield, 1980). Ο

θεραπευτής αντιμετωπίζει τον θεραπευόμενο ως ένα άτομο που έχει κάθε δυνατότητα να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, με την βοήθεια βέβαια του θεραπευτή, κάνοντάς τον να ανακαλύψει και να εφαρμόσει τις εσωτερικές του δυνάμεις που θα προωθήσουν την αλλαγή (Hawkins & Nestrosos, 1997).

Η σύνθεση, λοιπόν, των διαφόρων μοντέλων επιχειρηματολογείται από τα ακόλουθα:

α) Η βασική θέση του βιολογικού μοντέλου είναι ότι τόσο η φυσιολογική όσο και η παθολογική συμπεριφορά αντιστοιχούν σε μεταβολές του νευρικού συστήματος, καθώς και σε μεταβολές των υπόλοιπων βιολογικών συστημάτων του ανθρώπινου σώματος. Επομένως, βλέπουμε ότι δεν συγκρούεται με κάποιο άλλο μοντέλο (Νέστορος, 2012).

β) Σύγκρουση δεν παρατηρείται ούτε μεταξύ συμπεριφοριστικού και ψυχοδυναμικού μοντέλου (Νέστορος, 2012), αφού <<η ψυχανάλυση αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία>> (Marrot, 1975). Μάλιστα, η διαδικασία της μάθησης αποτελεί την βάση των σταδίων της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του Freud (Νέστορος, 1990).

γ) Το μοντέλο της μάθησης που έχει κατηγορηθεί για <<περιβαλλοντική αιτιοκρατία> και το ανθρωπιστικό- υπαρξιακό μοντέλο που ως βασική του θέση είναι η ελευθερία βούλησης του ατόμου, φαίνονται να συγκρούονται (Νέστορος, 2012). Ωστόσο, το άτομο επηρεάζεται από τις επιδράσεις του περιβάλλοντός του μέχρι να αποκτήσει την ελευθερία να εκδηλώνει συμπεριφορές που είναι ανεξάρτητες από τις μέχρι τότε εμπειρίες του (Νέστορος, 2012).

δ) Το ανθρωπιστικό- υπαρξιακό μοντέλο δεν συγκρούεται με το ψυχοδυναμικό, κάτι που γίνεται φανερό από την φράση που συνοψίζει τις ψυχοδυναμικές θέσεις ότι ο άνθρωπος <<δεν είναι από την φύση του υποχρεωτικά ελεύθερος, αλλά δυνάμει ελεύθερος>> (Νέστορος, 2012), συνθέτοντας με αυτό τον τρόπο τις δύο προσεγγίσεις.

3) Ο θεραπευτής θα πρέπει να διακρίνεται από αισιοδοξία για το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας, και να μεταδίδει αυτό το αίσθημα της αισιοδοξίας και στον θεραπευόμενο (Νέστορος, 2012). Η συνθετική ψυχοθεραπεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην παύση των αρνητικών αυτοεκπληρούμενων προφητειών, οι οποίες εντείνουν τις μη λειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές του ατόμου, εμποδίζοντάς το να προβεί σε αλλαγή (Νέστορος, 2012).

4) Η θεραπευτική σχέση είναι μεγίστης σημασίας (Νέστορος, 2012). Η υγιής θεραπευτική σχέση παίζει σπουδαίο ρόλο στη θετική ψυχοθεραπευτική διαδικασία και το αποτέλεσμα αυτής (Νέστορος, 2012).

Η συμμαχία θεραπευτή-θεραπευόμενου, η μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση (Luborsky et al., 1994) καθώς και η σχέση που χαρακτηρίζεται από την αληθή ερμηνεία της συμπεριφοράς του άλλου αποτελούν βασικά συστατικά επιτυχίας της θεραπευτικής σχέσης (Νέστορος, 2012).

5) Μείωση του άγχους του θεραπευόμενου και συναισθηματική στήριξη (Νέστορος, 2012). Η μείωση των επιπέδων του άγχους επιτυγχάνεται με <<ήρεμο τόνο στη φωνή, καθοδήγηση και ενθάρρυνση>> (Νέστορος, 2012).

6) Έμφαση στις εμπειρίες του παρελθόντος (Νέστορος, 2012). Η ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας του ατόμου καθώς και η ανάδραση στην θεραπεία θεωρείται ότι εδράζουν στις εμπειρίες του ατόμου από τα πρώτα κιόλας στάδια της παιδικής του ηλικίας, σύμφωνα με ψυχοδυναμικές σχολές και συνθετικά μοντέλα. Γι' αυτό τον λόγο, λοιπόν, θεωρείται αναγκαία διαδικασία η λήψη ιστορικού και η σύνδεση των διαφόρων τύπων συμπεριφοράς του ατόμου με τις εμπειρίες του στην παιδική ηλικία (Νέστορος, 2012), με σκοπό να αντιληφθεί τους λόγους εκδήλωσης κάποιων συμπεριφορών και να τους τροποποιήσει (Νέστορος, 2012).

7) <<Η αντίσταση του θεραπευόμενου και ο φόβος της αλλαγής, καθώς και οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί του ανθρώπινου οργανισμού αποτελούν φυσικά φαινόμενα>> (Νέστορος, 2012). Η αρχή αυτή αφορά την ικανότητα του θεραπευόμενου να <<αντιμετωπίζει την αλλαγή συναισθηματικά και να προσαρμόζεται σε μια νέα κατάσταση>> (Νέστορος, 2012). Όσον αφορά το θέμα της αντίστασης, υποστηρίζεται ότι οι συνειδητές πράξεις και αντιδράσεις του ατόμου είναι αυτοποιημένες όταν έχουν εγκαθιδρυθεί, διότι η συμπεριφορά είναι προϊόν μάθησης (Νέστορος, 2012). Βλέπουμε, λοιπόν, πως η αντίσταση συνδυάζεται με την αρχή της ομοιόστασης, εξηγώντας το γιατί ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο τρόπο στο ίδιο εξωτερικό ερέθισμα (Νέστορος, 2012).

8) <<Εκπαίδευση του θεραπευόμενου ώστε να μπορεί να εντοπίζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, και να κατανοεί την αλληλεπίδρασή τους στον καθορισμό της συμπεριφοράς του>> (Νέστορος, 2012).

9) Ορθή επιχειρηματολογία στον θεραπευόμενο και τροποποίηση του γνωστικού πλαισίου (Νέστορος, 2012). Ο θεραπευόμενος έχει την πεποίθηση πολλές φορές ότι η πραγματικότητα που βιώνει κρύβει περισσότερες απειλές (Νέστορος, 2012). Έτσι, η γνωστική αναδόμηση θεωρείται αναγκαία προϋπόθεση προκειμένου ο θεραπευόμενος να αποκτήσει μια περισσότερο αισιόδοξη σκέψη (Νέστορος, 2012).



10) <<Τελικός στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η απόκτηση θετικής διάθεσης και νοητικής ισορροπίας>> (Νέστορος, 2012). Η μείωση των επιπέδων του φόβου και του άγχους, μέσω φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, συμβάλλει σημαντικά να αμβληθούν τα συμπτώματα διάφορων ψυχολογικών διαταραχών. Ως εκ τούτου παρατηρείται βελτίωση ανώτατων γνωστικών διεργασιών (Νέστορος, 2012).

11) <<Το άτομο είναι υπεύθυνο για τη συμπεριφορά του (με εξαίρεση άτομα που βρίσκονται σε ψυχωσικό επεισόδιο ή πάσχουν από οργανικές ψυχικές διαταραχές) και είναι ικανό να επιδεικνύει αυτοέλεγχο και αυτοκυριαρχία>> (Νέστορος, 2012). Η απόδοση του αποτελέσματος της ψυχοθεραπείας από τον θεραπευόμενο στον εαυτό του κρίνεται πολύ σημαντική, καθώς κάτι τέτοιο αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητά του (Νέστορος, 2012). Σύμφωνα με έρευνες, ακόμα και ασθενείς με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν επίγνωση της κατάστασής τους, η οποία βελτιώνεται με την θεραπεία (Νέστορος, 2012).

12) <<Διατήρηση των κοινωνικών παραμέτρων (του περιβάλλοντος του θεραπευόμενου) υπό έλεγχο στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών>> (Νέστορος, 2012).

13) <<Η συνθετική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί και σε υγιή και ψυχικά διαταραγμένα άτομα>> (Νέστορος, 2012). Η εφαρμογή της συνθετικής ψυχοθεραπείας, σε συνδυασμό ή ανεξάρτητα με φαρμακοθεραπεία, σε ψυχωσικούς ασθενείς αποτελεί ισχυρή απόδειξη της επιτυχίας της (Νέστορος, 2012). Ένας τέτοιου είδους συνδυασμός είναι ο πιο αποτελεσματικός συγκρινόμενος με την εφαρμογή μεμονωμένης θεραπείας (Νέστορος, 2012), καθώς με την φαρμακοθεραπεία μειώνονται τα συμπτώματα του ατόμου και επιτυγχάνεται συναισθηματική κάθαρση (Klerman, 1986), επιτρέποντας έτσι σε ψυχικά ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στην διαδικασία της θεραπείας (Νέστορος, 2012).

14) <<Η ψυχοθεραπεία είναι μια περίπλοκη διαδικασία, που απαιτεί συγκεκριμένες συνθήκες και προσεχτικό σχεδιασμό του θεραπευτικού πλαισίου, ώστε να είναι επιτυχής>> (Νέστορος, 2012).

15) <<Επιμονή του θεραπευτή στην εφαρμογή της θεραπείας, με στόχο την επίτευξη και διατήρηση της βελτίωσης της λειτουργικότητας του ατόμου, ιδίως σε χρόνιους και σοβαρά διαταραγμένους θεραπευόμενους, όπως οι σχιζοφρενείς>> (Νέστορος, 2012). Υπάρχουν περιπτώσεις, όπως σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, κατά τις οποίες η ψυχοθεραπεία δεν φέρει άμεσα αποτελέσματα, αλλά σε βάθος χρόνου και μετά από

πολλές προσπάθειες (Νέστορος, 2012). Σε αυτές τις περιπτώσεις τονίζεται η σημασία της επιμονής που θα πρέπει να επιδεικνύει ο θεραπευτής (Νέστορος, 2012).

16) <<Η συνθετική ψυχοθεραπεία έχει δεχθεί επιδράσεις από τον ελληνικό πολιτισμό>> (Νέστορος, 2012). Οι επιδράσεις αυτές σύμφωνα με την Hamilton (1959) αναφέρονται στην αισιοδοξία και αγωνιστικότητα που χαρακτηρίζουν τον ελληνικό λαό.

## Κεφάλαιο 4

### Αιτιολογία - Παρέμβαση Παραφιλικών Διαταραχών

Κατανοώντας και διευρενώντας το οικογενειακό, πολιτισμικό και εμπειρικό υπόβαθρο των ατόμων με Παραφιλικές Διαταραχές, θα μπορούσε να βοηθήσει τόσο τους ασθενείς όσο και τους νομικούς συμβούλους να κατανοήσουν την προέλευση και την δυναμική αυτών των διαταραχών. Η γνώση αυτή είναι πολύ σημαντική, καθώς με αυτόν τον τρόπο οι σύμβουλοι θα έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση για αυτή την ομάδα των ασθενών και οι ασθενείς θα βοηθηθούν ώστε να διευκρινίσουν τις σκέψεις τους και να τροποποιήσουν με τον κατάλληλο τρόπο την ντροπή τους και τις ενοχές τους. Αυτά θα οδηγήσουν σε μια αποτελεσματική θεραπεία (Seligman & Hardenburg, 2000).

Συνήθως, τα άτομα με παραφιλία έχουν μεγαλώσει δε δυσλειτουργικό περιβάλλον (Seligman & Hardenburg, 2000). Αποτελούν μέλος μιας οικογένειας στην οποία ο πατέρας είναι αδιάφορος, συναισθηματικά απόμακρος και οικογενειακά αμέτοχος, ενώ η μητέρα είναι απαιτητική, παρεμβατική και υποτιμά το παιδί της. Τα οικογενειακά προβλήματα που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων, σε δυσλειτουργικές ιδέες σχετικά με την σεξουαλική οικειότητα και σε χαμηλή αυτοεκτίμηση (Seligman & Hardenburg, 2000).

<<Η παρέμβαση καλεί τον πάσχοντα να εγκαταλείψει δραστηριότητες που επί χρόνια είναι γι' αυτόν ευχάριστες και ενισχυτικές. Οι περισσότεροι απευθύνονται σε ειδικό μόνο όταν είναι αναγκασμένοι, όταν δηλαδή συλλαμβάνονται και υποχρεώνονται από το νόμο ή όταν οι σημαντικοί άλλοι στη ζωή τους ανακαλύπτουν την παραφιλία τους. Άτομα με βίαιη σεξουαλική συμπεριφορά έχουν ιδιαίτερα κακή πρόγνωση. Η παρέμβαση επίσης είναι δύσκολη λόγω των συναισθημάτων που διακινούνται στο θεραπευτή. Στόχος της παρέμβασης είναι η μείωση ή εξαφάνιση των παραφιλικών συμπτωμάτων. Ενδεδειγμένη είναι η ανάπτυξη ατομικών προγραμμάτων σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε πάσχοντα>> ( Χριστοπούλου, 2008).

### Βιολογική προσέγγιση

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, εγκεφαλικοί όγκοι, τραύματα του εγκεφάλου καθώς επίσης και νοητική υστέρηση είναι ικανά να συμβάλλουν στην

εκδήλωση παραφιλικών διαταραχών καθώς έχουν αρνητική επίδραση σε πολλές λειτουργίες του εγκεφάλου. ( Lewis & Stanley, 2000).

Δεν είναι λίγες οι μελέτες που θέτουν στο επίκεντρο την εξέταση του ενδοκρινικού συστήματος προκειμένου να ανακαλύψουν κάποιο βαθμό συσχέτισης με τις παραφιλικές διαταραχές, αφού θεωρείται ότι οι αδένες εκκρίνοντας ορμόνες αποτελούν ρυθμιστές της σεξουαλικής μας συμπεριφοράς ( Collaer & Hines, 1995). Έχει διαπιστωθεί σε πολλά παραφιλικά άτομα αυξημένα ποσοστά τεστοστερόνης, αλλά είναι δύσκολη η συσχέτιση αυτών των ποσοστών με τη συγκεκριμένη διαταραχή, αφού αυτά τα άτομα είναι εθισμένα σε διάφορες ουσίες και υπάρχει ο φόβος αύξησης τεστοστερόνης λόγω των συγκεκριμένων ουσιών ( Langevin, 1992). Σχετιζόμενες με την παραφιλία είναι και κάποιες νευρολογικές αποκλίσεις. Πληθώρα ερευνών γνωστοποιεί ότι εμφανίζονται δυσλειτουργίες στον κροταφικό λοβό ανδρών με παιδοφιλία και επιδειξιμανία ( Litman, 2004), καθώς και ανθρώπων με φετιχισμό ( Gratzner & Bradford, 1995).

<<Όσον αφορά στη παρέμβαση κατά τη βιολογική προσέγγιση υπάρχουν τρεις βασικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση των παραφιλιών. Ο ευνουχισμός είναι μια μορφή βιολογικής παρέμβασης που έχει αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική για τη μείωση των παραφιλικών συμπτωμάτων στους άνδρες. Ο χειρουργικός ευνουχισμός είναι μια παρέμβαση με μόνιμες επιπτώσεις που μειώνει παραφιλικές συμπεριφορές σε πολύ μεγάλο βαθμό και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν κατηγορηθεί για σεξουαλικά εγκλήματα και σε άτομα που δεν ανταποκρίνονται σε άλλα είδη θεραπείας. Ωστόσο, οι νομικές και ηθικές ενστάσεις έχουν μειώσει τη χρήση αυτής της παρέμβασης σε χώρες της Δύσης. Μια άλλη παρόμοια μορφή παρέμβασης είναι ο χημικός ευνουχισμός, όπου ο πάσχων υποβάλλεται σε φαρμακευτική ( αντιανδρογόνο) αγωγή που καταστέλλει τα επίπεδα της τεστοστερόνης. Πιο πρόσφατα, χρησιμοποιήθηκαν αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς, τα οποία όμως φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικά μόνο σε κάποιες περιπτώσεις>> ( Χριστοπούλου, 2008).

### Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση επιδιώκει να βοηθήσει το άτομο με παραφιλία, ώστε να λύσει τις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής του ηλικίας , καθώς και τα τρέχοντα

ζητήματα που αφορούν στην παραφιλική συμπεριφορά (Kaplan & Krueger, 2012). Η προσέγγιση αυτή σκοπεύει να βοηθήσει το άτομο στην βελτίωση του ελέγχου των παρορμήσεών του, στις διαπροσωπικές του δεξιότητες και την αυτοεκτίμησή του, με απόρροια μια υγιή σεξουαλική ικανοποίηση (Seligman & Hardenburg, 2000).

<<Σύμφωνα με τον Freud, η βρεφική - παιδική ψυχοσεξουαλικότητα αποτελείται από μερικές ενορμήσεις, πολύμορφες σεξουαλικές ενορμήσεις, όπως η επιδειξιμανία, ηδονοβλεψία, μαζοχισμός, σαδισμός. Στην περίπτωση της φυσιολογικής ανάπτυξης, η πολύμορφη διαστροφική διάθεση σταδιακά τροποποιείται -οι μερικές ενορμήσεις απαρτιώνονται κατά τη διάρκεια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, όταν το παιδί περνά από τα γνωστά ψυχοσεξουαλικά στάδια ( στοματικό, πρωκτικό, φαλλικό). Φτάνοντας στο γεννητικό στάδιο. οι μερικές πολύμορφες ενορμήσεις είναι πια υπό την αιγίδα της γεννητικής οργάνωσης, που καθορίζεται από τη σεξουαλική επιθυμία και ικανότητα για ικανοποιητική σεξουαλική λειτουργία με το άλλο φύλο. Εντούτοις, τα ίχνη των πολύμορφων τάσεων διαφαίνονται από τις πτυχές και δραστηριότητες της <<φυσιολογικής>> συνεύρεσης των ενηλίκων>> ( Χριστοπούλου, 2008).

<<Ο Freud αρχικά υπέθεσε ότι οι παραφιλίες οφείλονται σε καθήλωση και παλινδρόμηση σε ένα από τα ψυχοσεξουαλικά στάδια. Η επιδειξιμανία, ας πούμε, οφείλεται σε καθήλωση στο φαλλικό στάδιο που χαρακτηρίζεται από την τάση του παιδιού να δείχνει το σώμα του σε άλλους ανθρώπους με ευχαρίστηση. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, οι παραφιλίες υποδεικνύουν την έλλειψη του μηχανισμού της απώθησης. Αργότερα, ο Freud ανέπτυξε την ιδέα ότι κάθε παραφιλία συνιστά μια αμυντική κίνηση που προστατεύει το άτομο από την αναγνώριση της διαφοράς των φύλων και το σχετιζόμενο ασυνείδητο φόβο ευνουχισμού, που στη περίπτωση της παραφιλίας είναι ιδιαίτερα έντονος. Το παιδί, αρχικά, πιστεύει ότι και τα δύο φύλα έχουν ολόidia -δηλαδή ανδρικά- γεννητικά όργανα, και ο εντοπισμός της έλλειψης του μητρικού πέους συνιστά πηγή άγχους όσον αφορά στον ενδεχόμενο ευνουχισμό του ίδιου. Αυτή η θεωρία ενδεχομένως εξηγεί το δεδομένο ότι οι παραφιλικές διαταραχές αφορούν περισσότερο τους άνδρες για τους οποίους το άγχος ευνουχισμού είναι πιο έντονο από ό,τι στις γυναίκες>> ( Χριστοπούλου, 2008).

<<Η διάψευση της έλλειψης του μητρικού πέους, αμυντική κίνηση λόγω της στάσης του Εγώ που προστατεύει τον πάσχοντα από άγχος ευνουχισμού, διαφαίνεται στον παρενδυτικό φετιχισμό, όπου ο πάσχων εμφανίζεται ως <<γυναίκα με πέος>>. Η σεξουαλική κορύφωσή του εκφράζει τον θρίαμβό του όσον αφορά στον ευνουχισμό. Η διάψευση είναι και η βάση του φετιχισμού, όπου το φετιχιστικό αντικείμενο

αντιπροσωπεύει συμβολικά το φαντασιωσικό μητρικό πέος. Η παρουσία του, που είναι απαραίτητη στη σεξουαλική συνεύρεση καθησυχάζει τον πάσχοντα για τον κίνδυνο ευνουχισμού. Η ηδονοβλεψία συνίσταται σε επανάληψη της αρχικής τρομακτικής τραυματικής εμπειρίας της αντίληψης των διαφυλικών διαφορών και ειδικά του γυναικείου <<ευνουχισμού>>. Η επανάληψη αυτή αποτελεί προσπάθεια του πάσχοντα να καθησυχάσει τον εαυτό του ότι δεν έχει κάτι να φοβηθεί, καθώς και να του επιτρέψει να κυριαρχήσει, ακόμα και καθυστερημένα σε μια τραυματική κατάσταση. Συσχετίζεται με την επιδειξιμανία, όπου η αντίληψη στρέφεται προς το σώμα του ίδιου του πάσχοντα και τα γεννητικά του όργανα γίνονται το αντικείμενο της αντίληψης. Στην περίπτωση της επιδειξιμανίας ο πάσχων, εκθέτοντας το πέος του, διαβεβαιώνεται ασυνείδητα ότι το πέος είναι αβλαβές, δηλαδή ότι δεν έχει υποστεί ευνουχισμό. Η έκθεση συνεπώς τον καθησυχάζει και τον ανακουφίζει από τις ασυνείδητες ανησυχίες του και επαναλαμβάνει τη βρεφική του ικανοποίηση που αφορά στο ότι ο ίδιος έχει πέος, ενώ οι γυναίκες δεν έχουν>> ( Χριστοπούλου, 2008).

<<Η ψυχαναλυτική σκέψη διευρύνθηκε, ειδικά κατά τη διάρκεια της περασμένης πεντηκονταετίας, όσον αφορά στην αιτιολογία των παραφυλιών. Οι παραφυλίες θεωρούνται αμυντικές κινήσεις απέναντι σε δυσκολίες της προ-οιδιπόδειας φάσης, ειδικά το άγχος αποχωρισμού, τον τρόπο εκμηδένησης, τον κατακερματισμό του Εγώ, την έντονη σύγχυση της ταυτότητας του φύλου, την ελλειμματική εικόνα του σώματος, την έλλειψη ψυχικής επεξεργασίας και ψυχικοποίησης, καθώς και την εκπλήρωση απαγορευμένων ομοφυλοφιλικών επιθυμιών. Όσον αφορά σε προβλήματα που σχετίζονται με τον αποχωρισμό, η επιθυμία/ ο τρόμος συγχώνευσης με τη μητέρα παίζει πρωταρχικό ρόλο. Στην περίπτωση του παρενδυσιακού φετιχισμού, πρώιμος τραυματισμός οδηγεί σε ταύτιση με τη συμβιωτική μητέρα καθώς και σε άγχος αφανισμού και ταπείνωσης σχετικά με την εγγύτητα. Η ενδυμασία μπορεί να έχει για τον πάσχοντα και την ποιότητα του μεταβατικού αντικειμένου, καθώς και της προστασίας από άγχος σωματικού κατακερματισμού. Όσον αφορά στο φετιχισμό, ο πάσχων, φοβούμενος ότι η μητέρα θα εξαφανιστεί, προσπαθεί να ασκήσει παντοδύναμο έλεγχο σε εκείνη μέσω του φετίχ. Η επιδειξιμανία εκφράζει την απεγνωσμένη ανάγκη του πάσχοντα για πρωτογενή αποταύτιση με τη μητέρα. Στην περίπτωση της ηδονοβλεψίας, ο φόβος της απώλειας του αντικειμένου δημιουργεί αυξημένη ανάγκη για διατήρηση της οπτικής επαφής με το αντικείμενο και για την οπτική ενσωμάτωσή του, οδηγώντας σε υπερεπένδυση της οπτικής λειτουργίας. Η ανάγκη αυτή, η οποία αποτελεί τη βάση της ηδονοβλεψίας,

αργότερα σεξουαλικοποιείται, αλλά διατηρεί τον προγεννητικό χαρακτήρα της. Η ηδονοβλεψία ενισχύει την αρρενωπότητα μέσω οπτικού καθησυχασμού χωρίς το φόβο της συγχώνευσης. Η αμυντική λειτουργία τόσο του σαδισμού όσο και του μαζοχισμού σχετικά με τη συγχώνευση επίσης εμφανίζεται συχνά στη κλινική πράξη. Σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις, η παιδοφιλία αφορά σε μια παθολογική οργάνωση του εσωτερικού κόσμου, όπου ένα εξαιρετικά εξιδανικευμένο σεξουαλικοποιημένο αντικείμενο παίρνει τη θέση των γονέων>> ( Χριστοπούλου, 2008).

<<Συχνά οι παραφιλίες έχουν έναν εθιστικό, δηλαδή καταναγκαστικό, άκαμπτο, επαναληπτικό χαρακτήρα, που υποδεικνύει την έλλειψη αναπαράστασης ενός καταπραυντικού αντικειμένου και την εξάρτηση του πάσχοντα από εξωτερικά αντικείμενα και διαδικασίες, δηλαδή την παραφιλία. Σε κάθε περίπτωση, η παραφιλία αποτελεί βραχυκύκλωμα της επεξεργασίας του άγχους ευνουχισμού, της διεργασίας του αποχωρισμού- εξατομίκευσης, καθώς και της καταθλιπτικής θέσης. Όσον αφορά στην ανάπτυξη της παραφιλίας, η πυρηνική σεξουαλική φαντασίωση είναι ήδη παρούσα από τα παιδικά χρόνια και εμποδίζει την ανάπτυξη της υγιούς πλευράς της προσωπικότητας, παρασύροντάς την στην εμπειρία της εθιστικής ευχαρίστησης>> ( Χριστοπούλου, 2008).

Βασικός στόχος της παρέμβασης που πραγματοποιείται είναι η όσο το δυνατόν βαθύτερη προσέγγιση της προβληματικής της παραφιλίας, είτε με ψυχανάλυση είτε με ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Η παραφιλία θεωρείται το σύμπτωμα που εκφράζει η προσωπικότητα του πάσχοντα, καθώς η εκδηλώμενη σεξουαλική του συμπεριφορά είναι το άμεσο αποτέλεσμα της ψυχικής του κατάστασης. Πιο συγκεκριμένα, η παρέμβαση επικεντρώνεται στη διερεύνηση και ενδυνάμωση της ελλειμματικής προσωπικότητας του ατόμου, η οποία τον οδηγεί στην παραφιλία, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο να αντιληφθεί τις διαφορές που υφίστανται μεταξύ των δύο φύλων εξαιτίας του άγχους ευνουχισμού που βιώνει. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται μια ισορροπημένη σχέση μεταξύ αντίληψης του ευνουχισμού και της μερικής διάψευσης που διατηρεί τις εννομήσεις ( Marucco, 1996). Επιπλέον, εξετάζεται και επεξεργάζεται το άγχος της προ- οιδιπόδειας φάσης του ατόμου, όπως επίσης και βιώματα που σχετίζονται με την παιδική του ηλικία ( Leigh, 1998 ; McDougal, 1995). Η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται παίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των παραφιλιών. Στην περίπτωση που το άτομο δεν αποδέχεται εύκολα την παραφιλία του, η ανάπτυξη της εν λόγω σχέσης γίνεται με πιο εύκολο τρόπο, σε

αντίθεση με την περίπτωση που το άτομο έχει αποδεχτεί την παραφιλία του (Goldberg, 1988). Ο ρόλος του θεραπευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός, ώστε να γίνει η παραφιλία δυστονική προς το Εγώ. Απαιτείται, λοιπόν, μια υποστηρικτική και δεκτική στάση εκ μέρους του θεραπευτή, η οποία θα δηλώνει ότι η παραφιλία την δεδομένη στιγμή είναι απαραίτητη για να διατηρηθεί η ψυχική επιβίωση του ατόμου, ωστόσο όμως θα πρέπει να υποχωρήσει αφού αποτελεί μια αντίδραση που μόνο αν καταργηθεί θα επέλθει οριστικά η εσωτερική και εξωτερική λειτουργία του (Χριστοπούλου, 2008).

Άτομα με αντίσταση στην αλλαγή αποτελούν πρόκληση για τους θεραπευτές, κυρίως εξαιτίας των συναισθημάτων που προκαλούν στον θεραπευτή, και είναι γεγονός ότι το χτίσιμο μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης και συνεργασίας με άτομα με παραφιλίες αποτελεί δύσκολη υπόθεση. Συχνό φαινόμενο είναι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις που περικλύουν συναισθήματα φόβου, αηδίας, θυμού, διέγερσης. Εντωμεταξύ, ας μην ξεχνάμε το γεγονός ότι σε αρκετές περιπτώσεις, όπως στην περίπτωση της παιδοφιλίας, εγείρονται αρκετά ηθικά και θεραπευτικά διλήμματα από την πλευρά του θεραπευτή ( McDougal, 1995 ; Stoller, 1991). Στο σημείο αυτό κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί ότι εκτός από την ατομική ψυχοθεραπεία είναι εξίσου σημαντική και η ομαδική ( Smith, Coutanceauy, & Weyergans, 2005).

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία απαιτεί μακροχρόνια και απαιτητική δουλειά τόσο από πλευράς θεραπευτή όσο και θεραπευόμενου, αλλά τα αποτελέσματά της εγγυώνται υγιείς μη παραφιλικές σεξουαλικές σχέσεις και σχέσεις με τους άλλους γενικά ( Socarides, 1988 ; Stoller, 1974).

### Συμπεριφοριστική προσέγγιση

Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος θεραπείας των Παραφιλικών Διαταραχών είναι η συμπεριφοριστική θεραπεία, που περιλαμβάνει και ένα συστατικό πρόληψης της υποτροπής (Beech & Harkins, 2012). Η ανασκόπηση στην βιβλιογραφία δείχνει ότι η γνωσιακή- συμπεριφοριστική διαδικασία έχει αναπτυχθεί σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία είναι ευρέως αποδεκτή και φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην θεραπεία των Παραφιλικών Διαταραχών (Kaplan & Krueger, 2012). Η θεωρητική βάση σε αυτού του είδους τη θεραπεία, όπως και για κάθε θεραπεία συμπεριφοράς, είναι ότι το σύμπτωμα ή η συμπεριφορά προς αγωγή που το άτομο



έχει μάθει κάποια στιγμή στο παρελθόν, μπορεί να αλλάξει με την εκμάθηση ενός νέου τύπου συμπεριφοράς (Kaplan & Krueger, 2012).

Ως εκ τούτου, η γνωσιακή θεραπεία έχει ως στόχο να ενθαρρύνει τα άτομα να σκέφτονται διαφορετικά για τα γεγονότα, ειδικά ενημερώνοντάς τα για το πώς οι καταστάσεις επηρεάζουν την σεξουαλική συμπεριφορά, να τους εκπαιδεύει να προσδιορίζουν τις δικές τους γνωστικές στρεβλώσεις, και να εργαστούν πάνω σε αυτές τις στρεβλώσεις ώστε να τις τροποποιήσουν (Beech & Harkins, 2012).

Η συμπεριφοριστική πλευρά της CBT εξετάζει την αποκάλυπτη και συγκαλυμμένη συμπεριφορά του ατόμου (Beech & Harkins, 2012). Αυτό περιορίζεται σε διαδικασίες που μεταβάλλουν την συμπεριφορά με βάση τις αρχές της θεωρίας της μάθησης (δηλαδή, επιβραβεύοντας την επιθυμητή συμπεριφορά και τιμωρώντας την ανεπιθύμητη) (Beech & Harkins, 2012).

Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, η γνωσιακή θεραπεία χρησιμοποιεί ορισμένες τεχνικές. Παρακάτω ακολουθεί η περιγραφή αυτών των τεχνικών.

Μείωση ακατάλληλης διέγερσης. Η απαρχή της θεραπευτικής προσέγγισης της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι να εξαλείψει το μοτίβο της σεξουαλικής διέγερσης που προκαλείται με την αποκλίνουσα φαντασία, βοηθώντας τον ασθενή στην μείωση της ακατάλληλης σεξουαλικής διέγερσης (Kaplan & Krueger, 2012). Γι' αυτό οι Marshall και Laws (2003), έχουν χρησιμοποιήσει μια ποικιλία τεχνικών προκειμένου να βοηθηθεί η παραπάνω διαδικασία. Ορισμένες από αυτές τις τεχνικές είναι οι ακόλουθες:

α) *Συγκεκριαυμμένη ευαισθητοποίηση:* αυτή η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά προκειμένου να διακόψει φαντασιώσεις και συμπεριφορές που προϋπήρχαν της παραβατικής συμπεριφοράς. Ζευγαρώνει παρορμήσεις και συναισθήματα που οδηγούν σε αποκλίνουσα πράξη, χρησιμοποιώντας αποστροφικές εικόνες που αντανακλούν τις δυσμενείς συνέπειες που θα έχει η συνέχιση της αποκλίνουσα συμπεριφοράς. Αυτή η θεραπεία εφαρμόζεται από το υλικό που έχει καταγραφεί από την συνεδρία. Ο θεραπευτής στην συνέχεια αξιολογεί και προσφέρει την γνώμη του είτε με ατομική είτε με ομαδική συνεδρία. Η τεχνική αυτή φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην θεραπεία της επιδειξιομανίας (Kaplan & Krueger, 2012).

β) *Κορεσμός:* Η τεχνική του αυνανιστικού κορεσμού είναι αποτελεσματική στην μείωση της σεξουαλικής διέγερσης, κάνοντας το αντικείμενο της αποκλίνουσας

φαντασίας βαρετό. Η θεραπεία απαιτεί από τον ασθενή να αυνανίζεται στο σπίτι με μη αποκλίνουσες φαντασιώσεις μέχρι να εκσπερματίσει. Ο κορεσμός λειτουργεί αντιστοιχώντας τις αποκλίνουσες σεξουαλικές φαντασιώσεις προκαλώντας την αποστροφή στον αυνανισμό. Η διαδικασία ηχογραφείται και αξιολογείται από τον θεραπευτή (Karlan & Krueger, 2012).

γ) *Συστηματική απευαισθητοποίηση*: Η τεχνική αυτή στοχεύει στην μείωση του δυσπροσαρμοστικού άγχους με το να φανταστεί ο ασθενής σκηνές που τον βοηθούν να χαλαρώσει (Karlan & Krueger, 2012).

### Γνωσιακή προσέγγιση

Οι σκέψεις, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του ατόμου για τις σεξουαλικές σχέσεις αποτελούν κατά τη γνωσιακή θεραπεία ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα εμφάνισης κάποιας παραφιλικής διαταραχής ( Marziano, Ward, Beech, & Pattison, 2006). Οι πάσχοντες από παραφιλικές διαταραχές δεν μπαίνουν στη διαδικασία να αντιληφθούν τα θύματά τους ως ανθρώπους, αλλά αντίθετα θεωρούν ότι είναι αντικείμενα που μπορούν να χειριστούν σεξουαλικά με οποιοδήποτε τρόπο ( Abel & Harlow, 2001). <<Όταν η τάση αυτή συνδυάζεται με ορισμένες αναπτυξιακές εμπειρίες όπως έκθεση σε γονεϊκά πρότυπα με ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά και λήψη λανθασμένων ή ελλιπών πληροφοριών για τη σεξουαλικότητα, καθώς και με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και χαμηλή αυτοεκτίμηση, τότε δημιουργούνται οι συνθήκες για την εκδήλωση παραφιλικής διαταραχής>> ( Χριστοπούλου, 2008).

Κύριο μέλημα της γνωσιακής θεραπείας είναι να εντοπιστούν, να αναγνωριστούν και να απεγκαθιδρυθούν όλες οι μη λειτουργικές σκέψεις του ατόμου και να αντικατασταθούν από άλλες λειτουργικές, μια διαδικασία γνωστή ως γνωσιακή αναδόμηση ( Murphy, 1990). <<Χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές, όπως η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση. Σε αυτήν το άτομο με παραφιλία καλείται να φανταστεί τί σκεφτόταν και αισθανόταν το θύμα του κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής παρενόχλησης, ή διαβάζει και ακούει μαρτυρίες θυμάτων που περιγράφουν τα βιώματά τους καθώς και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της παρενόχλησης. Μια άλλη μέθοδος είναι η αντιστροφή ρόλων, όπου ο θεραπευτής παίρνει τη θέση του πάσχοντα και ο πάσχων τη θέση ενός ατόμου με εξουσία που αντιτίθεται στις παραφιλικές τάσεις και πεποιθήσεις>> ( Χριστοπούλου, 2008).

Τα τελευταία χρόνια μια πολύ συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική είναι η πρόληψη της υποτροπής. Ουσιαστικά με αυτή την τεχνική το άτομο που πάσχει από παραφιλική διαταραχή, μαθαίνει να διαχειρίζεται καταστάσεις που θα μπορούσαν να του προκαλέσουν την εκδήλωση της παραφιλικής συμπεριφοράς. Με άλλα λόγια, μέσω της ψυχοθεραπείας μαθαίνει να αναπτύσσει στρατηγικές προκειμένου να διακόπτει τις σκέψεις που θα μπορούσαν να τον οδηγήσουν σε παραφιλικές δραστηριότητες (Fisher, Beech, & Browne, 2000).

## **Συμπεράσματα**

Αφού ολοκληρώθηκε η ανασκόπηση του συγκεκριμένου θέματος είμαστε σε θέση να καταλήξουμε σε ορισμένα συμπεράσματα.

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι το άγχος ασκεί θετική επίδραση στις Σεξουαλικές (Παραφιλικές) Διαταραχές. Με άλλα λόγια, λειτουργεί διεγερτικά στο άτομο και στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα με παραφυλίες δεν μπορούν να λειτουργήσουν σεξουαλικά αν δεν βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.

Επομένως, η θεραπεία με το Συνθετικό Μοντέλο Ψυχοθεραπείας στοχεύει να διερευνήσει τις πηγές που προκαλούν άγχος στο άτομο με παραφυλία, καθώς και τους λόγους που επιλέγει να συναναστρέφεται σεξουαλικά με άλλα άτομα μόνο κάτω από τέτοιου είδους συνθήκες. Αφού ολοκληρωθεί η παραπάνω προσπάθεια, τότε περνάμε στο επόμενο στάδιο που είναι ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών σκέψεων και στάσεων του ατόμου με παραφυλία σχετικά με τη σεξουαλικότητα, και η αντικατάστασή τους με άλλες λειτουργικές. Τέλος, γίνεται προσπάθεια, μέσω της ψυχοθεραπείας, για μείωση των επιπέδων του άγχους του ατόμου για μια πιο λειτουργική ζωή σε μια πιο γενικευμένη βάση.

## Βιβλιογραφία

Abel, G. G., & Harlow, N. (2001). *The stop child molestation book: What ordinary people can do in their everyday lives to save 3 million children*. New York: Xlibris/Random House.

Alexander, P. C., & Lupfer, S. L. (1987). Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 235-245.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Andrews, J. D. W. (1989a). Integrating visions of reality: Interpersonal diagnosis and the existential vision. *American Psychologist*, 44, 803-817.

Beech, A. R., & Harkins, R. (2012). DSM-IV paraphilia: Descriptions, demographics and treatment interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 527-539.

Collaer, M. L., & Hilnes, M. (1995). Human behavioral sex differences: A role for gonadal hormones during early development? *Psychiatry Bulletin*, 118, 55-107.

DeFazio, A., & Cunningham, K. A. (1987). A paraphilia in a spinal-cord-injured patient: A case report. *Sexuality and Disability*, 25, 1-10.

French, T. M. (1993). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry*, 89, 1165-1203.

Fisher, D., Beech, A., & Browne, K. (2000). The effectiveness of relapse prevention training in a group of incarcerated child molesters. *Psychology, Crime and Law*, 6, 181-195.

First, M. B. (2014). DSM-5 and Paraphilic Disorders. *JAM Acad Psychiatry Law*, 42, 191-201.

Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley.

Goldberg, C. (1988). Replacing moral masochism with a shame paradigm in psychoanalysis. *Dynamic Psychotherapy*, 6, 114-123.

Gratzer, T., & Brandford, J. M. W. (1995). Offender and offence characteristics of sexual sadists: A comparative study. *Journal of Forensic Sciences*, 40, 450-455.

Hawkins, P. J., & Nestoros, J. N. (Eds.) (1997). *Psychotherapy: New perspectives on Theory, Practice and Research*. Athens: Ellinika Grammata.

- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2012). Cognitive- Behavioral Treatment of the Paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 49, 291-296.
- Kaplan, T. B., & Krueger, R. B. (1997). Voyeurism: Psychopathology and theory. In D. R Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance* (pp. 297- 310). New York: Guilford.
- Kennerley, H. (1995). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. 6th Ed. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Klerman, G. L. (1986). Drugs and psychotherapy. In A. E Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (3rd edn) (pp. 777-818). New York: Wiley.
- Kreuger, R. B., & Kaplan, M. S. (2000). Evaluation and treatment of sexual disorders: Frottage. In L. Vandecreek and T. L Jackson (Eds.). *Innovation in clinical practice: A source book*, Volume 18(pp. 185-197).
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2010). Ψυχοπαθολογία (μτφρ Ε. Αυδή). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Langevin, R. (1992). Biological factors contributing to paraphilic behavior, *Psychiatric Annals*, 22, 307- 314.
- Lazarus, A. A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 231- 263). New York: Basic Books.
- Leigh, R. (1998). Perversion: Chaired by Friedemann Pfafflin, Ulm. *International Journal of psychoanalysis*, 79, 1217- 1220.
- Lewis, C. F., & Stanley, C. R. (2000). Women accused of sexual offenses. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 73- 81.
- Litman, L. C. (2004). A case of erotic violence syndrome. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 217- 218.
- Luborsky, L., Popp, C., Barber, J. P., & Shapiro, D. A. (Eds.) (1994). Transferencerelated measures (Special issue). *Psychotherapy Research*, 4.
- Madonna, P. G., van Scoyk, S., & Jones, D. B. (1991). Family interactions within incest and nonincest families. *American Journal of Psychiatry*, 148, 46- 49.
- Marmor, J. (1975). The nature of the psychotherapeutic process revisited. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 557-565.

- Marucco, N. C. (1996). Oedipus, castration and fetish: A revised psychoanalytic theory of sexuality. *Revista Brasileira de Psicanalise*, 30, 547-553.
- Marziano, V., Ward, T., Beech, A. R., & Pattison, P. (2006). Identification of five fundamental implicit theories underlying cognitive distortions in child abuses: A preliminary study. *Psychology, Crime and Law*, 12, 97-105.
- Mason, F. L. (1997). Fetishism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance* (pp. 75-91). New York: Guilford.
- McDougal, J. (1995). The many faces of Eros: A psychoanalytic exploration of human sexuality. New York: W. W. Norton.
- McManus, M. A., Hargreaves, P., Rainbaw, L., & Alison, L. J. (2013). Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. *F1000 Prime Reports*, 1-6.
- Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds). *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 331-342). New York: Plenum Press.
- Νέστορος, Ι. Ν. (1990). Ενδορφίνες. *Παιδαγωγική- Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια- Λεξικό*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Νέστορος, Ι. Ν., & Βαλλιανάτου, Ν. Γ. (1990). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Νέστορος, Ι. Ν. (2012). *Συνθετική ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Seligman, L., & Hardenburg, S. A. (2000). Assessment and Treatment of Paraphilias. *Assessment of Diagnosis*, 107-113.
- Smith, J., Coutanceau, R., & Weyergans, E. (2005). Psychotherapy for paedophiles: What changes can we expect? *Pratiques Psychologiques*, 11, 223-232.
- Socarides, C. (1988). The Preoedipali origin and psychoanalytic therapy of sexual perversions. Madison, CT: International Universities Press.
- Spengler, A. (1977). Manifest sadomasochism of males: Results of an empirical study. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 441-456.
- Stevenson, J., & Jones, I. H. (1972). Behavior therapy technique for exhibitionism: A Preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 27, 839-841.
- Stoller, R. J. (1974). Hostility and mystery in perversion. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 425-434.
- Stoller, R. J. (1991). Pain and passion: A psychoanalytic explores the world of S & M. New York: Plenum.

Zucker, K., & Blanchard, R. (1997). Transvestic fetihism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance*, (pp.280-296). New York: Guilford.

Χριστοπούλου Α. (2008). Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα. Αθήνα: Τόπος.