

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές
και την αντιμετώπισή τους



Κωνσταντίνος Ευθυμίου • Αθανασία Μαυροειδή
Ευθυμία Παυλάτου • Αναστασία Κаланτζή-Αζίζι

Πρώτες βοήθειες
ψυχικής υγείας

Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας

Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους
με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας

Επιστημονική επιμέλεια

Κωνσταντίνος Ευθυμίου • Αθανασία Μαυροειδή

Ευθυμία Παυλάτου • Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	9
<i>Κωνσταντίνος Ευθυμίου</i>	
Εισαγωγή: Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο	15
<i>Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι</i>	
Απαντήσεις σε μερικές συνηθισμένες ερωτήσεις για τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία	23
<i>Βίκη Φαράντου</i>	
Τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία	33
<i>Αθανασία Μαυροειδή, Ευθυμία Παυλάτου</i>	
Σχιζοφρένεια	39
<i>Χαρά Τσέκου, Κωνσταντίνος Ευθυμίου</i>	
Κατάθλιψη	53
<i>Μαρία Κουλουβάρη, Κωνσταντίνος Ευθυμίου</i>	
Άγχος	69
<i>Γεωργία Αλεξοπούλου, Αθανασία Μαυροειδή</i>	
Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία	79
<i>Άγγελος Ηλιόπουλος, Αθανασία Μαυροειδή, Δέσποινα Τζόβα</i>	
Φοβίες	93
<i>Αθανασία Μαυροειδή, Ευθυμία Παυλάτου, Νίκος Μολδοβάνος</i>	
Κοινωνική φοβία	101
<i>Χριστίνα Σιδέρη, Ευθυμία Παυλάτου, Κωνσταντίνος Ευθυμίου</i>	

Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες	113
<i>Αθανασία Μαυροειδή, Ευθυμία Παυλάτου</i>	
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	127
<i>Κατερίνα Κουρέα</i>	
Ανορεξία	143
<i>Ευσταθία Κοφίτσα, Ευθυμία Παυλάτου</i>	
Βουλιμία	161
<i>Ιωάννα Αποστολοπούλου</i>	
Θεραπεία ζεύγους	171
<i>Πέννυ Υφαντή, Κωνσταντίνος Ευθυμίου</i>	
Σεξουαλικές δυσλειτουργίες	181
<i>Γεσθημανή Αραπίδου, Κωνσταντίνος Ευθυμίου</i>	
Σωματόμορφες διαταραχές	211
<i>Μαρία Πενέση</i>	
Κεφαλαλγίες	223
<i>Κατερίνα Αγγελή</i>	
Αλκοολισμός	243
<i>Μαρία Μουσούλη</i>	
Διαταραχές προσωπικότητας	255
<i>Αλεξάνδρα Παπαδημητρίου, Φανή Κατσούλη</i>	
Βιβλία αυτοβοήθειας: Γίνε ο θεραπευτής του εαυτού σου	297
<i>Γιώργος Ευσταθίου</i>	
Λεξιλόγιο	309
Βιβλιογραφία	315
Οι συγγραφείς του τόμου	325

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το 2003, με την ανάρτηση στο διαδίκτυο της ανανεωμένης ιστοσελίδας του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (www.ibrt.gr), θέσαμε στόχο να καλύψουμε στο άμεσο μέλλον ένα κενό που υπήρχε σε προηγούμενες εκδόσεις της ιστοσελίδας μας: να μιλήσουμε δηλαδή με απλά και κατανοητά λόγια για τις ψυχικές διαταραχές, να εξηγήσουμε σε μια βατή και καθημερινή γλώσσα τα συμπτώματα, τα σύνδρομα και τις διαγνώσεις, να δώσουμε ένα όνομα σε αυτά που απασχολούν εκατοντάδες χιλιάδες Έλληνες και να τους παρακινήσουμε να προχωρήσουν σ' αυτό που στο δυτικό κόσμο θεωρείται εδώ και δεκαετίες αυτονόητο: να ξεκινήσουν γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία για το πρόβλημα που τους απασχολεί.

Πιστεύουμε ότι με την έκδοση μιας σειράς βιβλίων αυτοβοήθειας, που ξεκίνησε πριν από δέκα χρόνια, έχουν μπει γερές βάσεις στην εξάπλωση του θεωρητικού μας μοντέλου. Ο αείμνηστος ιδρυτής του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ), Γιάννης Μπουλουγούρης, τη χρονιά που ξεκίνησε το Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Θεραπείας της Συμπεριφοράς ως χώρος εκπαίδευσης και διάδοσης του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου, ενίσχυσε την προσπάθεια εξάπλωσης αυτής της μορφής θεραπείας με το βιβλίο του *Φοβίες και η αντιμετώπισή τους*. Το βιβλίο

αυτό, όπως και η μετάφραση ενός πολύ σημαντικού έργου του I. Marks με τίτλο *Νικήστε τις φοβίες*, που εκδόθηκε ένα χρόνο νωρίτερα, βοήθησε πολλούς Έλληνες που έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές. Έκτοτε, εκδόθηκαν αρκετά βιβλία αυτοβοήθειας. Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας ένα σύνολο αξιόλογων μεταφράσεων αλλά και εργασιών Ελλήνων θεραπευτών γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης.

Παράλληλα με την έκδοση των βιβλίων αυτοβοήθειας, εμφανίζεται μια σειρά από εξαιρετικά θεματικά φυλλάδια που επιδιώκουν να ενημερώσουν το κοινό για διάφορες διαταραχές και την αντιμετώπισή τους (προβλήματα ύπνου, άγχος και πανικός, κατάθλιψη κ.λπ.). Συντάκτες και επόπτες των ενημερωτικών αυτών φυλλαδίων είναι η καθηγήτρια Μ. Ζαφειροπούλου (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας) και η επιστημονική ομάδα του Εργαστηρίου Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών με Διευθύντρια την καθηγήτρια Α. Κаланτζή-Αζίζι (<http://www.cc.uoa.gr/skf/problhmata/problhmata.html>). Από την κλινική μας εμπειρία αλλά και από πρόσφατες διεθνείς μελέτες διαπιστώνουμε ότι τόσο τα βιβλία όσο και τα σύντομα ενημερωτικά φυλλάδια παίζουν σημαντικό ρόλο. Πολλοί άνθρωποι τα χρησιμοποιούν ως μέσο για να βοηθήσουν τον εαυτό τους ή ως συνοδευτικό εργαλείο για τη θεραπεία τους.

Υλοποιώντας την απόφαση του ΙΕΘΣ να εκδώσουμε ένα σύντομο οδηγό για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας, παραδίδουμε στο ελληνικό αναγνωστικό κοινό το βιβλίο αυτό, το οποίο αποτελεί προϊόν συντονισμένης προσπάθειας του Ινστιτούτου.

Τα κείμενα είναι έτσι διαμορφωμένα ώστε τα συμπτώματα και τα βασικά χαρακτηριστικά (έναρξη, πορεία, αίτια, συνέπειες) των συγκεκριμένων διαταραχών να περιγράφονται με απλά λόγια. Εκτός από την περιγραφή τους όμως, παρέχονται και πληροφορίες για τους τρόπους αντιμετώπισής τους. Ο πρώτος στόχος είναι η ανασκευή των μύθων γύρω από τις ψυχικές διαταραχές και του φόβου γι' αυτούς, καθώς και η πληροφόρηση σχετικά με τις θεραπευτικές δυνατότητες της ψυχοθεραπείας που διεξάγεται με το γνωσια-

κό-συμπεριφοριστικό μοντέλο. Ένας δεύτερος στόχος είναι η παροχή καθοδήγησης στα ίδια τα άτομα που εμφανίζουν κάποια από τις διαταραχές. Ειδικότερα, δίνονται απλές και εύκολα κατανοητές οδηγίες (πρώτες βοήθειες) για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των συνεπειών τους, αλλά και πληροφορίες για την αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας.

Σε κάθε κεφάλαιο υπάρχει μια σειρά από ερωτήσεις που – κατά την άποψή μας, την κλινική μας εμπειρία αλλά και τη μελέτη σχετικών ιστοσελίδων στο διαδίκτυο – θα μπορούσαν να τεθούν από πάσχοντες και από ανθρώπους που θέλουν να τους βοηθήσουν. Φροντίσαμε να συμπεριλάβουμε κατά το δυνατόν όλες τις ερωτήσεις που θέτουν συνήθως όσοι ενδιαφέρονται να μάθουν για μια διαταραχή.

Το εγχειρίδιο επομένως δεν απευθύνεται μόνο σε πάσχοντες, αλλά και σε ανθρώπους οι οποίοι έχουν στο περιβάλλον τους κάποιον που εμφανίζει μια ψυχολογική διαταραχή. Πιστεύουμε ότι διαβάζοντας το βιβλίο οι ενδιαφερόμενοι θα μπορέσουν να κατανοήσουν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα προσφιλή τους πρόσωπα, θα μάθουν τρόπους αντιμετώπισης και θα γνωρίσουν πώς μπορούν οι ίδιοι να βοηθηθούν και να βοηθήσουν ή τουλάχιστον πώς να μην προκαλέσουν άθελά τους σοβαρότερες δυσχέρειες.

Ελπίζουμε ότι το βιβλίο αυτό θα αποτελέσει σημαντικό βοήθημα για τους συναδέλφους ειδικούς ψυχικής υγείας (μη κλινικούς ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, συμβούλους, αλλά και εκπαιδευτικούς, κοινωνιολόγους κ.λπ.), προσφέροντάς τους έγκυρη και σωστή πληροφόρηση ώστε να απαντήσουν στα ερωτήματα των πελατών τους. Θέλουμε επίσης να πιστεύουμε ότι θα εκτιμηθεί και από τους φοιτητές ψυχολογίας αλλά και από τους σπουδαστές του ΙΕΘΣ.

Τα θέματα που συμπεριλάβαμε στο εγχειρίδιο είναι τα εξής:

- Άγχος • Φοβίες • Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία • Κοινωνική Φοβία • Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (έμμονες ιδέες) • Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους • Σωματόμορφες Διαταραχές • Ανορεξία • Βουλιμία • Κατάθλιψη • Σχιζοφρένεια • Δια-

ταραχές Προσωπικότητας • Αλκοολισμός • Κεφαλαλγίες • Θεραπεία Ζεύγους • Σεξουαλικές Διαταραχές • Εγχειρίδια Αυτοβοήθειας • Βασικές Αρχές του Γνωσιακού-Συμπεριφοριστικού Μοντέλου κ.ά.

Σε μια επανέκδοση ελπίζουμε να καλύψουμε τις ψυχολογικές δυσκολίες (διαταραχές) της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, καθώς και ορισμένες άλλες διαταραχές που απασχολούν πολλούς συνανθρώπους μας (όπως π.χ. διαταραχές του ύπνου), και οι οποίες εξαιτίας του όγκου του εγχειρήματός μας δεν συμπεριλήφθηκαν στο εγχειρίδιο.

Το βιβλίο είναι μια ομαδική εργασία στην οποία πήραν μέρος πολλοί νέοι συνάδελφοι. Αφορμή για τη συγγραφή του ήταν η ιδέα ότι οι νέοι άνθρωποι θα μπορούσαν να εξηγήσουν σε άμεση, ζωντανή και καθημερινή γλώσσα αυτό που περιγράφουν τα εγχειρίδια και το οποίο συνήθως δεν είναι κατανοητό παρά μόνο σε ψυχιάτρους και ειδικευμένους ψυχολόγους. Ήταν μια ιδέα που στις αρχές του χειμερινού εξαμήνου του 2002 φάνηκε υλοποιήσιμη από τους καινούριους συναδέλφους. Τα πρώτα κείμενα ήταν έτοιμα σε λίγους μήνες. Η επιστημονική επιμέλειά τους από την ομάδα μας κρίθηκε απαραίτητη. Πολλά κείμενα υπέστησαν σημαντικές αλλαγές καθώς θελήσαμε να διασφαλίσουμε την ορθότητα των παρεχόμενων πληροφοριών.

Στο βιβλίο μας δεν υπάρχει βιβλιογραφία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τα κείμενα δεν έχουν την ανάλογη επιστημονική τεκμηρίωση. Η επιλογή μας είναι συνειδητή. Δεν θέλαμε να «βαρύνουμε» τα κεφάλαια με βιβλιογραφικές παραπομπές. Προτιμήσαμε στο τέλος κάθε κεφαλαίου να προτείνουμε μερικά βιβλία που θα μπορούσαν ενδεχομένως να βοηθήσουν όποιον ενδιαφέρεται για την εκάστοτε διαταραχή. Ρίξαμε το βάρος στην παρουσίαση ενός πλήρους καταλόγου των βιβλίων αυτοβοήθειας που έχουν εκδοθεί στα ελληνικά και οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι τρία βιβλία ήταν μονίμως στο τραπέζι τις ώρες που εργαζόταν η ομάδα επιμέλειας: το δίτομο έργο *Ψυχιατρική* του Χριστοδούλου και των συνεργατών του (2002), η δεύτερη έκδοση του βιβλίου *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυ-*

χιατρικής του Μάνου (1997) και η τρίτη έκδοση του *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* των Kaplan και Sadock (2001).

Ως συντονιστής αυτής της προσπάθειας, θέλω να ευχαριστήσω την καθηγήτρια Α. Καλαντζή-Αζίζι, που δεν σταματά να δίνει ευκαιρίες σε νέους συναδέλφους (η οποία θα πρέπει να αισθάνεται υπερηφάνεια για την εξάπλωση του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου στην Ελλάδα), καθώς και τη σύζυγό μου η οποία ανέχτηκε την πολύμηνη ενασχόλησή μου με το βιβλίο αυτό.

Κωνσταντίνος Ευθυμίου

Εισαγωγή: Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο

Αναστασία Καλλαντζή-Αζίσι

1. Από την αιτιοκρατία του ερεθίσματος έως τη γνωσιακή αναδόμηση
2. Οι βασικές αρχές του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου ψυχοθεραπείας

1.

Από την αιτιοκρατία του ερεθίσματος έως τη γνωσιακή αναδόμηση

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι μια «θεραπεία μέσω του λόγου» για την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών των ανθρώπων. Όπως όλες οι αντίστοιχες παρεμβάσεις που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες, και αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας βασίζεται σε ένα θεωρητικό υπόβαθρο. Αυτό το θεωρητικό πλαίσιο καθώς και η πορεία και εξέλιξη της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας σκιαγραφούνται εν συντομία στη συνέχεια του κεφαλαίου με στόχο την κατανόηση της σημερινής μορφής των μεθόδων και τεχνικών της και την ενημέρωση του μη ειδικού κοινού.

Θεωρητική αφετηρία της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας θα μπορούσε να θεωρηθεί ο θετικός ρεαλισμός των Άγγλων εμπειριοκρατικών φιλοσόφων Hobbes, Locke, Hume και άλλων, κυρίως το 18ο αιώνα, που επηρεάστηκε από την αριστοτελική παράδοση. Αυτοί οι φιλόσοφοι υποστήριξαν ότι ο άνθρωπος είναι ένα «υλικό σύστημα», αλλά και ένα λευκό χαρτί (tabula rasa) έτοιμο για εγγραφές, και θεωρούσαν τις αισθήσεις και την εμπειρική αντίληψη τη μοναδική πηγή γνώσης. Αυτό το φιλοσοφικό δόγμα είχε αντίκτυπο στη νεοσύστατη επιστήμη της ψυχοφυσιολογίας, την οποία εκπροσωπούσαν κυρίως οι I. Pavlov και W. Wundt. Αυτοί οι επιστήμονες έθεσαν τις βάσεις της πειραματικής ψυχολογίας αλλά και του συμπεριφορισμού.

Ο «συμπεριφορισμός» θεωρεί ότι το άτομο αποτελεί μια εξαρτημένη μεταβλητή των περιβαλλοντικών επιδράσεων, θεμελιακό αξίωμα που διατηρείται ακλόνητο για πολλά χρόνια. Από την άλλη πλευρά αναπτύσσεται ένας κλάδος της ψυχολογίας, η «ψυχολογία της μάθησης», που ασχολείται με τη μελέτη της διαμόρφωσης και του ελέγχου των περιβαλλοντικών επιδράσεων στην ανθρώπινη συμπεριφορά και των νόμων που τη διέπουν. Έως τη δεκαετία του 1950, και παρά τη διεύρυνση των νόμων της μάθησης με τη συντελεστική διαδικασία (τη διαπίστωση δηλαδή του F. Skinner ότι οι συνέπειες της συμπεριφοράς διαμορφώνουν και την ίδια τη συμπε-

ριφορά), το θεμελιακό αξίωμα των πρώτων συμπεριφοριστών έμοιαζε αδιαμφισβήτητο.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 παρατηρείται ουσιαστικά ένα ρήγμα στο δογματισμό των συμπεριφοριστών, που σηματοδοτεί την έναρξη μιας νέας εποχής. Βασική αιτία γι' αυτό είναι η ανάπτυξη ενός νέου κλάδου της ψυχολογίας που ονομάζεται «γνωστική ψυχολογία» και φέρνει στο προσκήνιο τις δυνατότητες επεξεργασίας των μηνυμάτων του περιβάλλοντος από το ίδιο άτομο. Αυτή η (νέα;) θεώρηση της ανθρώπινης μάθησης δίνει έμφαση στη «μορφοποιό» σημασία των γνωστικών διεργασιών, οι οποίες παρεμβαίνουν ως ενδιάμεσες μεταβλητές μεταξύ των επιδράσεων του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς: ο άνθρωπος δεν θεωρείται πια έρμαιο των εξωτερικών συνθηκών, και η διαμόρφωση της συμπεριφοράς του οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε γνωστικές, συναισθηματικές και βιολογικές παραμέτρους.

Έτσι ο κλασικός και ακραίος συμπεριφορισμός των αρχών του 19ου αιώνα διευρύνεται και εμπλουτίζεται, οδηγώντας σε μια πιο ολοκληρωμένη άποψη για την κατανόηση των φαινομένων που διαμορφώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Δεν παραγνωρίζεται όμως ούτε ο παράγοντας «σύστημα», δηλαδή το κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο βρίσκεται σε δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Αυτό τον πλούτο γνώσεων χρησιμοποιούμε σήμερα για την εμπρόθετη (σκόπιμη) τροποποίηση της συμπεριφοράς, την οποία επιχειρούμε όταν το άτομο δυσλειτουργεί και χρειάζεται εξειδικευμένη ψυχοθεραπευτική βοήθεια.

2. Οι βασικές αρχές του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου ψυχοθεραπείας

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει μια σειρά πειραματικών ψυχολογικών μεθόδων, με τη βοήθεια των οποίων μπορούν να μειωθούν ή να εξαλειφθούν αποκλίσεις της συμπεριφοράς (ή ψυχολογικά προβλήματα). Τόσο η ερμηνεία της δημιουργ-

γίας και της διατήρησης της προβληματικής συμπεριφοράς όσο και οι μέθοδοι παρέμβασης για την αλλαγή της βασίζονται στην ψυχολογία της μάθησης και στη γνωστική ψυχολογία.

Στο βασικό πυρήνα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας υπάρχουν οι ακόλουθες τρεις βασικές αρχές:

1. Ο τρόπος σκέψης επηρεάζει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά.
2. Ο τρόπος σκέψης μπορεί να ελεγχθεί και να αλλάξει.
3. Οι αλλαγές στον τρόπο σκέψης μπορούν να επιφέρουν τις επιθυμητές αλλαγές στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά.

Από τα παραπάνω γίνεται λοιπόν σαφές πόσο διαφορετικά ερμηνεύονται και αντιμετωπίζονται σήμερα η ομαλή συμπεριφορά, αλλά και η απόκλισή της, σε σχέση με την τεχνοκρατική και εμπειριοκρατική άποψη των πρώτων συμπεριφοριστών. *Βασική θέση του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου σήμερα είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο σκεφτόμαστε ευθύνεται για τα πολύ έντονα αρνητικά συναισθήματα όταν αντιμετωπίζουμε δύσκολες και δυσάρεστες καταστάσεις στη ζωή μας.*

Ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται ένα άτομο είναι αποτέλεσμα της μάθησης που προκύπτει από τις προηγούμενες εμπειρίες του, καθώς και των επιδράσεων της οικογένειάς του και της κοινωνίας στην οποία ζει.

Ο τρόπος σκέψης μπορεί μερικές φορές να μην είναι λειτουργικός ή ρεαλιστικός, οδηγώντας σε προβληματικές συμπεριφορές. Αυτός ο τρόπος είναι δυνατόν να αλλάξει μέσω μιας νέας διαδικασίας μάθησης (π.χ. με μια θεραπευτική διαδικασία) και να γίνει πιο λειτουργικός-ρεαλιστικός, έτσι ώστε να τροποποιηθεί ανάλογα και η συμπεριφορά του ατόμου. Ο ρεαλιστικός τρόπος σκέψης δεν συμπίπτει απαραίτητα με το θετικό τρόπο σκέψης. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος ο οποίος μόλις απολύθηκε από τη δουλειά του μπορεί να σκεφτεί: «Είμαι αποτυχημένος, δεν θα ξαναβρώ ποτέ δουλειά», με αποτέλεσμα να αισθανθεί απογοήτευση και θλίψη. Αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συμπεριφορά του και να τον εμποδίσει να βγει και να αναζητήσει καινούρια δουλειά. Στην προκειμέ-

νη περίπτωση ο αρνητικός τρόπος σκέψης προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και προβληματική (δυσλειτουργική) συμπεριφορά. Ένας άλλος άνθρωπος όμως θα μπορούσε να σκεφτεί: «Δυστυχώς έχασα τη δουλειά μου και μπορεί να δυσκολευτώ να βρω άλλη, γι' αυτό θα αρχίσω να ψάχνω από αύριο». Αυτή η σκέψη θα προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα, αλλά δεν θα οδηγήσει σε απελπισία και παραίτηση. Η συμπεριφορά του ανθρώπου θα είναι πιο λειτουργική επειδή θα αρχίσει να ψάχνει αμέσως για νέα εργασία.

Τα γενικά χαρακτηριστικά της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- Ο θεραπευτής καλείται να καταλάβει με ποιον τρόπο ο πελάτης δομεί τον κόσμο μέσα του και πώς αυτό μπορεί να επηρεάζει τα συναισθήματα ή τη συμπεριφορά του. Η διαδικασία της παρέμβασης ξεκινά ακριβώς από την αναγνώριση των διεργασιών λαθών στον τρόπο σκέψης του πελάτη. Είναι αυτονόητο ότι όσο πιο περιορισμένες είναι οι δυνατότητες του πελάτη (π.χ. πελάτης με νοητική υστέρηση, πολύ μικρό παιδί), τόσο αυξάνει η κατευθυντική δράση του θεραπευτή.
- Η θεραπεία είναι βραχυπρόθεσμη και εστιάζεται στο παρόν και στο συγκεκριμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το άτομο. Οι εμπειρίες του παρελθόντος χρησιμοποιούνται για να γίνουν κατανητές οι συνθήκες μέσα στις οποίες δημιουργήθηκε το παρόν πρόβλημα.
- Η θεραπεία εστιάζεται στην ανεύρεση και την τροποποίηση των μη ρεαλιστικών και δυσλειτουργικών σκέψεων καθώς και στην εκμάθηση νέων συμπεριφορών.
- Ο θεραπευτής δεν θεωρείται αυθεντία. Είναι ο ειδικός ο οποίος χρησιμοποιεί τις γνώσεις του και συνεργάζεται με το θεραπευόμενο προκειμένου να τον βοηθήσει να ανακαλύψει νέους τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς. Ο θεραπευόμενος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως «εκπαιδευτής», με την έννοια ότι φέρνει πληροφορίες τις οποίες, από κοινού με το θεραπευτή, αξιολογεί και ελέγχει ως προς τη ρεαλιστικότητά τους. Η βασική αρχή θα μπορούσε να συνοψιστεί στην πρόταση: «Εσύ

κι εγώ θα συνεργαστούμε για να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημά σου».

- Η επιλογή των θεραπευτικών στόχων γίνεται κατόπιν συμφωνίας του θεραπευτή με το θεραπευόμενο.
- Βασικό στοιχείο της θεραπείας είναι η «δουλειά (ή οι ασκήσεις) για το σπίτι». Αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευόμενος καλείται με ταξύ των συνεδριών να «δοκιμάσει» νέους τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς μέσω συγκεκριμένων ασκήσεων, τις οποίες έχουν προαποφασίσει με το θεραπευτή.
- Δίνεται έμφαση στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Γι' αυτό γίνεται συνεχής αξιολόγηση, ώστε και ο πελάτης να είναι ενήμερος για την πορεία της θεραπείας.
- Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στο πώς σκέφτεται, συμπεριφέρεται και αισθάνεται ο πελάτης έξω από το χώρο των θεραπευτικών συνεδριών.

Οι μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία μπορεί να έχουν διάφορες μορφές. Για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν μια κλασική συμπεριφοριστική μέθοδος με περιορισμένη ενεργό συμμετοχή του πελάτη, όπως είναι η συστηματική ενίσχυση μιας θετικής αλλαγής, ένας συνδυασμός συμπεριφοριστικής και γνωσιακής τεχνικής με παίξιμο ρόλων από ένα σενάριο βασισμένο σε μια δύσκολη κατάσταση για τον πελάτη, όπου χρησιμοποιούνται μηνύματα αυτοκαθοδήγησης (συγκεκριμένες φράσεις), ή μια καθαυτό γνωσιακή τεχνική όπου η συστηματική αμφισβήτηση των διεργασιακών λαθών στον τρόπο σκέψης του πελάτη με τη χρήση της πενταπλής στήλης οδηγεί στη γνωσιακή αναδόμηση και τελικά σε ένα νέο τρόπο σκέψης και δράσης του πελάτη.

Η αξιοπιστία της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας, που βασίζεται στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, και η σχετικά μικρή χρονική διάρκειά της, η οποία συνδέεται με την εξονυχιστική διερεύνηση του οικονομικού κόστους των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών γενικότερα, είναι πιθανώς οι κύριοι λόγοι της μεγάλης διάδοσής της. Τα εθνικά συστήματα υγείας πολ-

λών χωρών του εξωτερικού, ο τομέας της ειδικής αγωγής και ο κλάδος της σχολικής ψυχολογίας εφαρμόζουν κυρίως μοντέλα πρόληψης και παρέμβασης σε προβλήματα ψυχικής υγείας τα οποία βασίζονται σε αυτό τον τύπο ψυχοθεραπείας. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι επίσης ιδιαίτερα δημοφιλής στην αντιμετώπιση των φοβιών και της κατάθλιψης, αλλά και σε εξελικτικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν παρουσιάζει υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας και σε άλλες διαταραχές. Η έρευνα σε αυτό το πεδίο συνεχίζεται με στόχο να δημιουργηθούν αποτελεσματικότερες μέθοδοι πρόληψης και παρέμβασης για ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων, οι οποίες να μπορούν να εφαρμοστούν είτε σε ατομική είτε σε ομαδική είτε σε κοινοτική βάση (δηλαδή μέσα στην κοινότητα στην οποία ζει το άτομο). Ειδικά τα τελευταία χρόνια έχει επιπλέον αυξηθεί η διερεύνηση της δυνατότητας χρησιμοποίησης των ηλεκτρονικών υπολογιστών και του Διαδικτύου στη θεραπεία (για κάποια από τα αρχικά στάδια της παρέμβασης) και στην πρόληψη.

Απαντήσεις σε μερικές συνηθισμένες ερωτήσεις για τη γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία

Βίκη Φαράντου

1. Σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να αποφασίσω να αναζητήσω ψυχοθεραπευτική βοήθεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων μου;
2. Τι είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία;
3. Σε τι διαφέρει η γνωσιακή-συμπεριφοριστική από τις άλλες ψυχοθεραπείες;
4. Πώς επιδρούν οι σκέψεις (γνωσίες) στα συναισθήματα και στις πράξεις;
5. Πώς επιδρούν τα συναισθήματα και οι πράξεις στη σκέψη;
6. Τι συμβαίνει κατά την έναρξη της θεραπείας;
7. Τι θα ανακαλύψω για τον εαυτό μου στη διάρκεια της θεραπείας;
8. Ποιος αποφασίζει το θεραπευτικό πρόγραμμα;
9. Πόσο διαρκεί και σε τι αναφέρεται η κάθε θεραπευτική συνεδρία;
10. Γιατί είναι απαραίτητη η δουλειά για το σπίτι; Δεν αρκούν οι θεραπευτικές συνεδρίες;
11. Μπορώ να συμμετέχω σε ομαδική θεραπεία;
12. Ποιες είναι οι αιτίες για την έλλειψη βελτίωσης;
13. Μπορεί να χρειαστώ φαρμακευτική αγωγή;
14. Πού μπορώ να βρω ένα θεραπευτή γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης;

1. Σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να αποφασίσω να αναζητήσω ψυχοθεραπευτική βοήθεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων μου;

Στην καθημερινή ζωή όλοι δοκιμάζουμε ποικίλα συναισθήματα, ευχάριστα και δυσάρεστα. Αν αισθανθείς ότι τα δυσάρεστα, όπως ο φόβος, το άγχος, η λύπη, η αποθάρρυνση, ο θυμός, η ενοχή, η ντροπή, επιμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα και εμποδίζουν τη λειτουργικότητά σου στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική ζωή, τότε είναι καλό να αναζητήσεις ψυχοθεραπευτική υποστήριξη.

Η οικογένεια, οι φίλοι, οι συγγενείς είναι σημαντικές πηγές βοήθειας, μερικές φορές όμως δεν επαρκούν και πρέπει να συνδυαστούν με την επαγγελματική βοήθεια του ειδικού.

2. Τι είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία;

Όπως θα πρόσεξες αποτελείται από δύο λέξεις – «γνωσιακή» και «συμπεριφοριστική» – που αντιστοιχούν στα δύο σημαντικά συστατικά της θεραπείας. Αυτά τα δύο συστατικά λειτουργούν συνδυαστικά με τις αντίστοιχες τεχνικές τους, με στόχο την επίλυση προβληματικών καταστάσεων.

Ο όρος «γνωσιακή» αναφέρεται στις «γνωσίες» ή σκέψεις, πεποιθήσεις, αντιλήψεις κ.λπ. Ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύονται τα γεγονότα γίνεται αντικείμενο διερεύνησης. Μπορεί ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύεις τα γεγονότα να σε οδήγησε να σχηματίσεις αρνητική εντύπωση για ό,τι συμβαίνει στη ζωή σου, ακόμη και αν τα αντικειμενικά γεγονότα δεν συμφωνούν με τη δυσάρεστη εικόνα που εσύ τους αποδίδεις.

Ο όρος «συμπεριφοριστική» αναφέρεται στη σύνδεση ανάμεσα στις διάφορες μορφές συμπεριφοράς και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζονται. Βασική αρχή της συμπεριφοριστικής

θεραπείας είναι ότι η κάθε μορφή συμπεριφοράς είναι επίκτητη (έχει δηλαδή «μαθευτεί») και άρα μπορεί να τροποποιηθεί (να αλλάξει) μέσω μιας νέας διαδικασίας μάθησης.

3. Σε τι διαφέρει η γνωσιακή-συμπεριφοριστική από τις άλλες ψυχοθεραπείες;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στο παρόν, στα τωρινά σου προβλήματα. Αν τα τωρινά σου προβλήματα σχετίζονται με συναισθηματικές δυσκολίες του παρελθόντος, τότε γίνεται αναφορά στο παρελθόν για να βρεθούν οι συσχετίσεις και να εξηγηθεί η προβληματική συμπεριφορά.

Αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας είναι δομημένη και σταθερά προσανατολισμένη στους στόχους. Έχει βραχεία διάρκεια επειδή επιδιώκει την όσο το δυνατόν συντομότερη αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς.

Στη θεραπευτική διαδικασία που εφαρμόζεται ο θεραπευτής έχει ενεργητικό ρόλο. Η συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι σημαντική. Από κοινού θα θέσουν τους επιθυμητούς στόχους, θα αποφασίσουν για τις τεχνικές που θα εφαρμοστούν, θα καταστρώσουν το θεραπευτικό σχέδιο που θα βοηθήσει το θεραπευόμενο να ξεπεράσει τις δυσκολίες, και θα συμφωνήσουν για το πώς θα αξιολογηθεί η πορεία της θεραπείας.

4. Πώς επιδρούν οι σκέψεις (γνώσεις) στα συναισθήματα και στις πράξεις;

Ανάλογα με τη συναισθηματική εμπειρία δημιουργείται στο σώμα μια αντίστοιχη αίσθηση· με άλλα λόγια, το εκδηλούμενο συναίσθημα είναι η σωματική συνέπεια της σκέψης. Για να γίνει πιο κατανοητό αυτό, αναφέρουμε ένα παράδειγμα από την εμπειρία της καθημερινής ζωής.

Ας υποθέσουμε ότι έχεις μια σημαντική παρουσίαση της δουλειάς σου σε συναδέλφους και αυτοί δεν εμφανίζονται. Έχουν περάσει δυο ώρες χωρίς να έχεις ειδοποιηθεί για το λόγο της καθυστέρησης, και εσύ δεν μπορείς να επικοινωνήσεις μαζί τους. Αυτό σημαίνει ότι θα βιώσεις συναισθήματα και θα συμπεριφερθείς με τρόπο ανάλογο με τις σκέψεις που θα κάνεις για να επεξεργαστείς το γεγονός.

- Αν σκέφτηκες ότι δεν σε υπολογίζουν, θα θυμώσεις (συναίσθημα), και όταν τους συναντήσεις, θα τους μιλήσεις με επιθετικό τρόπο (συμπεριφορά).
- Αν πάλι σκέφτηκες ότι είναι καλύτερο που δεν έγινε η συνάντηση γιατί δεν είχες προετοιμαστεί όσο θα ήθελες, τότε θα αισθανθείς ανακούφιση (συναίσθημα) και θα δουλέψεις ήρεμα για να παρουσιάσεις την εργασία σου την επόμενη φορά (συμπεριφορά).

5. Πώς επιδρούν τα συναισθήματα και οι πράξεις στη σκέψη;

Αν αντιδράς σύμφωνα με τη συναισθηματική σου διάθεση (θυμό, λύπη, χαρά), οι σκέψεις σου θα επηρεάζονται ακολουθώντας την ίδια πορεία.

Ας υποθέσουμε ότι φοβάσαι να ταξιδέψεις με αεροπλάνο. Ο φόβος σου εξακολουθεί να υπάρχει αφού αποφεύγεις τα αεροπορικά ταξίδια. Αν όμως αποφασίσεις να μπεις σε αεροπλάνο (σε αυτό το σημείο μπορεί να σε βοηθήσει η θεραπεία σου), μπορείς να φοβάσαι, αλλά στη διάρκεια του ταξιδιού ίσως διαπισώσεις ότι δεν ισχύει κανένα από τα τραγικά σενάρια που έφτιαξες με το μυαλό σου ή καμιά από τις δυσάρεστες σκέψεις σου (π.χ. «θα πάθει βλάβη», «θα συντριβεί», «θα έχω τραγικό θάνατο»). Αν συνεχίσεις να μετακινείσαι με αεροπλάνο, σταδιακά θα αλλάξει ο τρόπος σκέψης σου, επειδή θα έχεις σταματήσει να το αντιμετωπίζεις με φόβο.

Αυτό το παράδειγμα μπορεί να εξηγεί κάπως απλουστευμένα τι πρόκειται να συμβεί στη θεραπεία σου (θεραπεία έκθεσης), δείχνει όμως επίσης πώς ο φόβος σου (συναίσθημα) και η αποφυγή του ταξιδιού (πράξη) επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεσαι.

6. Τι συμβαίνει κατά την έναρξη της θεραπείας;

Στην αρχή της θεραπείας γίνεται η πρώτη εκτίμηση ή αξιολόγηση. Ο στόχος των πρώτων συναντήσεων (συνεδριών) είναι η συγκέντρωση πληροφοριών για τα συμπτώματα και τα προβλήματα που μπορεί είτε να έχουν σχέση με κατάθλιψη, άγχος, φόβους, φοβίες, σωματικά ενοχλήματα, είτε να αφορούν κρίσεις, ανακατατάξεις, αλλαγές σε σημαντικούς τομείς της ζωής σου. Από κοινού με το θεραπευτή θα ερευνήσετε τις προβληματικές καταστάσεις. Κατόπιν θα συντάξετε έναν πρώτο κατάλογο με στόχους, τους οποίους θα ιεραρχήσετε ανάλογα με το βαθμό δυσκολίας που φαντάζεστε ότι έχουν για σένα. Θα συμφωνήσετε να ξεκινήσετε τη θεραπεία με τους στόχους που φαίνεται ότι μπορούν πιο εύκολα να πραγματοποιηθούν. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυτοί οι στόχοι είναι πολύ πιθανό να μεταβληθούν, καθώς ο θεραπευτής σου θα προτείνει ότι κάποιοι μπορούν να υλοποιηθούν γρηγορότερα απ' ό,τι φαντάζεσαι. Ο θεραπευτής σου θα σου εξηγήσει επίσης γιατί ελπίζει ότι η επιτυχία σου θα γενικευτεί και σε άλλους τομείς που σε απασχολούν.

7. Τι θα ανακαλύψω για τον εαυτό μου στη διάρκεια της θεραπείας;

Η ενεργητική συμμετοχή σου και η ανάληψη της ευθύνης για τη βελτίωση του εαυτού σου θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις

για να κατορθώσεις να αλλάξεις τα δυσάρεστα συναισθήματα που επηρεάζουν τη σκέψη και τη δράση σου. Η αλλαγή επιτυγχάνεται όταν αφενός μάθεις να αποδέχεσαι και να ανέχεσαι την κακή διάθεσή σου ώσπου να πάψει να μονοπωλεί το ενδιαφέρον σου, και αφετέρου καταλάβεις ότι η δική σου ενεργητική συμπεριφορά μπορεί να διακόψει το φαύλο κύκλο των σκέψεων, των συναισθημάτων και των προβληματικών συμπεριφορών.

8. Ποιος αποφασίζει το θεραπευτικό πρόγραμμα;

Στο πλαίσιο της συνεργατικής σχέσης με το θεραπευτή σου θα αποφασίσετε τη συχνότητα των επισκέψεων (συνεδριών), τους όρους της συνεργασίας σας (θεραπευτικό συμβόλαιο) και τα βήματα που πρέπει να γίνουν για να επιτευχθούν οι στόχοι τους οποίους θα έχετε συμφωνήσει. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός θα καθοριστεί με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες, τις υποχρεώσεις και την προσωπικότητά σου. Είναι πιθανό, σε αυτό το στάδιο της συνεργασίας σας, ο θεραπευτής να σου προτείνει (ο ίδιος ή ο ψυχίατρος στον οποίο θα σε παραπέμψει) μια φαρμακευτική αγωγή.

9. Πόσο διαρκεί και σε τι αναφέρεται η κάθε θεραπευτική συνεδρία;

Κάθε συνεδρία γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας διαρκεί 45 λεπτά. Σε αντίθεση με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας, που δεν είναι δομημένες και όπου ο θεραπευόμενος «φέρνει» κάθε φορά στη συνεδρία τις εμπειρίες του από την τελευταία συνάντηση, η συνεδρία με ένα θεραπευτή γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης είναι δομημένη. Αυτό σημαίνει ότι εσύ και ο θεραπευτής σου ορίζετε την ημερήσια διάταξη της κάθε συνεδρίας. Η ημερήσια διάταξη περιλαμβάνει συνήθως μια επισκόπηση της

εμπειρίας σου από την προηγούμενη συνεδρία, μια αναφορά τού πώς πήγε η εργασία που σου είχε ανατεθεί για το μεσοδιάστημα, καθώς και μια συζήτηση για ένα ή δύο τρέχοντα προβλήματα που πιθανώς δυσχεραίνουν τη συναισθηματική σου διάθεση (όπου γίνεται εμβάθυνση και εφαρμογή όσων θεωρητικών ζητημάτων έχουν συζητηθεί). Προς το τέλος της συνεδρίας σχολιάζεται η εμπειρία της συνάντησης και καθορίζεται νέα δουλειά για το σπίτι, με τις ανάλογες οδηγίες και επεξηγήσεις.

**10. Γιατί είναι απαραίτητη η δουλειά για το σπίτι;
Δεν αρκούν οι θεραπευτικές συνεδρίες;**

Βασικός στόχος των θεραπευτικών συναντήσεων είναι να εφαρμόξεις στην καθημερινή σου λειτουργία και πρακτική όσα μαθαίνεις στο γραφείο του θεραπευτή. Η υποχρέωση της εργασίας για το σπίτι σε κινητοποιεί να αναλάβεις την προσωπική σου ευθύνη για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Ο ρόλος σου είναι να γίνεις ο «παρατηρητής» του εαυτού σου, δηλαδή να μάθεις να παρακολουθείς και να καταγράφεις τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις ενέργειες και τις αλλαγές στον τρόπο επικοινωνίας σου. Έτσι θα ελέγχεις την πορεία των στόχων σου, θα κάνεις διορθωτικές παρεμβάσεις και θα αισθάνεσαι ικανοποίηση από την πρόοδο που σημειώνεις. Η εργασία για το σπίτι προσαρμόζεται στην προσωπικότητα, τις ανάγκες και τις χωροχρονικές σου δεσμεύσεις. Το ίδιο άλλωστε δεν συμβαίνει όταν επισκέπτεσαι ένα γιατρό ή φυσιοθεραπευτή: Δεν τον ρωτάς τι πρέπει να κάνεις έως το επόμενο ραντεβού;

Αν θέλεις να μάθεις περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την «εργασία για το σπίτι» και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία, διάβασε το επόμενο κεφάλαιο του βιβλίου.

11. Μπορώ να συμμετέχω σε ομαδική θεραπεία;

Στην ατομική θεραπεία εξετάζονται λεπτομερώς οι «δυσκολίες», τα συμπτώματά σου, οι κατευθύνσεις, οι στόχοι, οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες σου για βελτίωση. Πολλές φορές θεωρείται απαραίτητο να προηγείται ατομική θεραπεία και αργότερα, αν είναι επιθυμητό, να υπάρχει συμμετοχή σε ομαδική διαδικασία. Άλλοτε πάλι μπορεί να συνδυαστούν ατομική και ομαδική θεραπεία σε εβδομαδιαία βάση, ανάλογα με το πρόβλημα, τα χρονικά και οικονομικά περιθώρια, την επιθυμία για ομαδική συνεργασία.

Αν τελικά συμμετάσχεις σε ομάδα, τις ώρες και τον τόπο συνάντησης θα τα αποφασίζετε σε συνεργασία με το θεραπευτή και τα μέλη της ομάδας. Ως μέλος δεσμεύεσαι να τηρείς τους κανόνες λειτουργίας της ομάδας, όπως συμβαίνει και σε κάθε άλλη κοινωνική ομάδα που έχει δομή και προσανατολισμό και επιδιώκει την επιτυχία συγκεκριμένων στόχων. Στην ομάδα εφαρμόζεις όσα μαθαίνεις στην ατομική θεραπεία, διαπιστώνεις τον τρόπο επικοινωνίας με τους άλλους, μοιράζεσαι τις εμπειρίες, τις ανάγκες και τις «δυσκολίες», και μαθαίνεις ότι δεν είσαι το μόνο άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα. Η ερευνητική εμπειρία έχει δείξει ότι η ομαδική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε σύγκριση με άλλες ομαδικές θεραπείες για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές.

12. Ποιες είναι οι αιτίες για την έλλειψη βελτίωσης;

Αν περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να αλλάξουν οι σκέψεις και η διάθεσή σου, θα πρέπει μαζί με το θεραπευτή να επιλέξετε διαφορετικές τεχνικές που να ταιριάζουν περισσότερο στην προσωπικότητά και τις ιδιαιτερότητές σου.

Στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, όπως άλλωστε και σε

κάθε ανθρώπινη σχέση, μπορεί να προκύψουν αντιπαραθέσεις και διαφωνίες. Ενδέχεται επίσης να νιώσεις δυσάρεστα συναισθήματα για το θεραπευτή σου. Αυτά τα συναισθήματα καλό είναι να του τα αναφέρεις.

Αν και μετά τα παραπάνω εξακολουθείς να μη σημειώνεις πρόοδο, και με δεδομένο ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τις περισσότερες διαταραχές, τότε ίσως να πρέπει να απευθυνθείς σε άλλο θεραπευτή.

13. Μπορεί να χρειαστώ φαρμακευτική αγωγή;

Η απάντηση δεν είναι εύκολη. Υπάρχουν διαταραχές στις οποίες η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη, ίσως και διαρκής (σχιζοφρένεια κ.λπ.). Όπως δείχνουν μάλιστα μελέτες, είναι μάλλον αποτελεσματικότερη από κάθε μορφή ψυχοθεραπείας. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία συνοδεύεται μόνον επιλεκτικά – από φαρμακοθεραπεία όπου κρίνεται απαραίτητο (έντονο άγχος, κατάθλιψη, σοβαρές σωματικές ενοχλήσεις) – και μέχρι να υπάρξει ύφεση ή ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα. Σε κάποιες περιπτώσεις τα φάρμακα παίζουν σημαντικό ρόλο, καθώς συνδυάζονται με την ψυχοθεραπεία για καλύτερα αποτελέσματα.

Πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα αποφεύγουν τα φάρμακα επειδή προκαλούν εθισμό (βεβαιωμένο για κάποια φάρμακα, όπως είναι εκείνα που δίνονται για την αντιμετώπιση του άγχους, και ύποπτο για μερικά άλλα, όπως μερικά πολύ γνωστά αντικαταθλιπτικά).

Ο ψυχίατρος είναι ο μόνος ειδικός που μπορεί να αναλάβει υπεύθυνα τη χορήγηση, τη δοσολογία και τη χρονική διάρκεια λήψης των ψυχοφαρμάκων, ενημερώνοντας παράλληλα το θεραπευτή σου για την εξέλιξη της φαρμακευτικής αγωγής. Μη διστάσεις να ρωτήσεις τον ψυχίατρό σου για ό,τι πιστεύεις πως πρέπει

να ξέρεις. Επιπλέον, ενημέρωσέ τον έγκαιρα για οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίσεις.

14. Πού μπορώ να βρω ένα θεραπευτή γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης;

Δυστυχώς η ψυχοθεραπεία στην Ελλάδα, σε αντίθεση με όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, δεν έχει ακόμη ένα νομοθετικό πλαίσιο που να προστατεύει το θεραπευόμενο. Όλοι έχουν το δικαίωμα να λάβουν μια σωστή ψυχοθεραπεία από έναν εκπαιδευμένο ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Έχουν επίσης το δικαίωμα να μάθουν αν ο θεραπευτής τους είναι νόμιμος κάτοχος άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ψυχολόγου ή ψυχιάτρου και αν έχει εκπαιδευτεί στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ή σε άλλη προσέγγιση.

Στην ιστοσελίδα του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (www.ibrt.gr) υπάρχει ένας κατάλογος κρατικών φορέων και ιδιωτών επαγγελματιών που προσφέρουν ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες. Ο κατάλογος, *παρότι δεν είναι πλήρης*, διασφαλίζει ότι οι εμφανιζόμενοι σε αυτόν έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και πληρούν τα κριτήρια της εκπαίδευσής τους σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας.

Αν δεν έχεις πρόσβαση στο Διαδίκτυο, η γραμματεία του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (επίσημο εθνικό μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρίας) θα σου δώσει σχετικές πληροφορίες (τηλ.: 2103840129).

Τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία

Αθανασία Μαυροειδή
Ευθυμία Παυλάτου

1. Γνωσιακές τεχνικές
2. Συμπεριφοριστικές τεχνικές

Στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ο ρόλος της «εργασίας για το σπίτι» είναι σημαντικός. Η «εργασία για το σπίτι» αρχικά στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών για την κατανόηση της προβληματικής συμπεριφοράς και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Μέσω αυτής της εργασίας, που μπορεί να περιλαμβάνει οποιαδήποτε από τις παρακάτω τεχνικές, το άτομο μαθαίνει να τροποποιεί το δυσλειτουργικό τρόπο σκέψης και εκπαιδεύεται σε νέες επιθυμητές συμπεριφορές.

1. Γνωσιακές τεχνικές

- **Ημερολόγιο δυσλειτουργικών σκέψεων.** Ο θεραπευόμενος καταγράφει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του, καθώς και τις καταστάσεις στις οποίες εμφανίζονται. Στη συνέχεια μαθαίνει να εντοπίζει τις μη ρεαλιστικές σκέψεις και να βρίσκει εναλλακτικές. Στην αρχή το ημερολόγιο έχει τέσσερις στήλες: Κατάσταση, Συναίσθημα, Σκέψη, Συμπεριφορά. Αργότερα, όταν ο θεραπευόμενος αρχίσει να αντιλαμβάνεται το ρόλο των σκέψεων, το ημερολόγιο αποκτά πέντε στήλες: Κατάσταση, Συναίσθημα, Σκέψη, Συμπεριφορά, Εναλλακτική (πιο ρεαλιστική) Σκέψη.
- **Οριζόντια διερεύνηση.** Ο θεραπευόμενος με τη βοήθεια του θεραπευτή εντοπίζει και συγκεντρώνει τις αυτόματες σκέψεις του για διάφορες εμπειρίες και καταστάσεις, σε μια προσπάθεια να εντοπίσει τα γνωσιακά λάθη που ίσως κάνει.
- **Κάθετη διερεύνηση.** Ο θεραπευτής μαζί με το θεραπευόμενο επιλέγουν μια σημαντική αυτόματη σκέψη του δεύτερου και με μια σειρά ερωτήσεων προσπαθούν να εντοπίσουν κάποια βαθύτερα δυσλειτουργικά σχήματα (βλ. Λεξιλόγιο) για τον εαυτό, τα οποία θεωρούνται υπεύθυνα για τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις. Στόχος αυτής της διαδικασίας είναι κατ' αρχάς να συνειδητοποιήσει το άτομο πώς αυτά τα δυσλειτουργικά σχήμα-

τα επηρεάζουν τη συμπεριφορά του και κατόπιν να τα αντικαταστήσει με νέα, πιο λειτουργικά και ρεαλιστικά.

- **Το σενάριο των χειρότερων συνεπειών.** Το άτομο μαθαίνει να εντοπίζει τις πιο καταστροφικές και απειλητικές σκέψεις του για μια κατάσταση και να ελέγχει κατά πόσο είναι πιθανό να συμβούν.
- **Ανάλυση πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων.** Το άτομο μαθαίνει να αξιολογεί και να συνυπολογίζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τόσο των προβληματικών όσο και των λειτουργικών σκέψεων και συμπεριφορών.
- **Γνωσιακή πρόβα.** Το άτομο καλείται να «υλοποιήσει» με τη φαντασία του μια νέα συμπεριφορά και να εντοπίσει πιθανές δυσκολίες που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει, παράλληλα με τις δυσλειτουργικές σκέψεις του, τις οποίες πρέπει να βρει τρόπους να χειριστεί.

Στόχος των γνωσιακών τεχνικών είναι η *γνωσιακή αναδόμηση*, δηλαδή ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών σκέψεων και η αντικατάστασή τους με άλλες πιο λειτουργικές. Για να βοηθήσει το άτομο να πετύχει το στόχο αυτό, ο θεραπευτής τού θέτει τρεις βασικές ερωτήσεις:

1. Ποιες είναι οι ενδείξεις ότι αυτό το οποίο σκέφτεσαι ή πιστεύεις είναι αληθινό ή πιθανό να συμβεί;
2. Τι άλλο θα μπορούσε να συμβαίνει εκτός από αυτό που σκέφτεσαι ή πιστεύεις;
3. Ακόμη και αν αυτό που πιστεύεις είναι αληθινό, ποιο είναι το χειρότερο που θα μπορούσε να συμβεί;

2. Συμπεριφοριστικές τεχνικές

- **Έκθεση.** Ο θεραπευόμενος έρχεται σε επαφή με την κατάσταση που του προκαλεί άγχος ή άλλα αρνητικά συναισθήμα-

τα, είτε στην πραγματικότητα είτε στη φαντασία, με σκοπό να αναγνωρίσει τις αρνητικές σκέψεις που κάνει όταν την αντιμετωπίζει και να δοκιμάσει νέους, πιο λειτουργικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς.

- **Παίξιμο ρόλων.** Πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο. Σκοπός είναι να έρθει ο θεραπευόμενος αντιμέτωπος με μια κατάσταση παρόμοια με αυτήν που φοβάται, να εντοπίσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές του, και να μάθει να τις αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά.
- **Παραμπόδιση αντίδρασης.** Ο θεραπευόμενος έρχεται σε επαφή με την κατάσταση που του προκαλεί δυσφορία (έκθεση) και σταδιακά μαθαίνει να ανέχεται το άγχος χωρίς να καταφεύγει σε συμπεριφορές που του προκαλούν μεν ανακούφιση, αλλά είναι δυσλειτουργικές.
- **Σταμάτημα της σκέψης.** Σκοπός είναι η προσωρινή ανακούφιση του ατόμου από τις δυσάρεστες σκέψεις. Αρχικά, καθώς ο θεραπευόμενος ζει στη φαντασία του μια αγχογόνο κατάσταση που του προκαλεί αρνητικές σκέψεις, ο θεραπευτής του δίνει την εντολή «να σταματήσει». Αργότερα ο θεραπευόμενος μαθαίνει να δίνει ο ίδιος στον εαυτό του αυτή την εντολή και να διακόπτει έτσι τις αγχογόνες σκέψεις του.
- **Εκπαίδευση σε δεξιότητες** στις οποίες ο θεραπευόμενος αντιμετωπίζει δυσκολίες:
 - *Διεκδικητική συμπεριφορά.* Η διεκδικητική συμπεριφορά προάγει την ισοτιμία στις ανθρώπινες σχέσεις, καθώς δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να υπερασπίζεται τα συμφέροντά του και τον εαυτό του χωρίς υπερβολικό άγχος, να εκφράζει με ειλικρίνεια και άνεση συναισθήματα, και να ασκεί τα δικαιώματά του χωρίς να αρνείται ή να υποτιμά τα δικαιώματα των άλλων.
 - *Τεχνικές επίλυσης προβλημάτων.* Οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων μπορούν να φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, όπου το άτομο δεν κατα-

φέρει να βρει τη σωστή λύση. Πρόκειται για μια καθορισμένη σειρά βημάτων τα οποία βοηθούν το θεραπευόμενο να επικεντρωθεί στο πρόβλημα και να βρει μια ικανοποιητική λύση.

- *Δεξιότητες επικοινωνίας.* Είναι μια σειρά από τεχνικές που βοηθούν στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων «προσεκτικής παρακολούθησης», οι οποίες είναι απαραίτητες για την κατανόηση των άλλων ανθρώπων, καθώς και «δεξιοτήτων επιρροής», οι οποίες είναι απαραίτητες για την έκφραση των σκέψεων, των προθέσεων και των συναισθημάτων του ατόμου.
- *Διαχείριση του θυμού.* Είναι η εκπαίδευση στην αναγνώριση των συναισθημάτων θυμού και στην έκφρασή τους με πιο αποτελεσματικό τρόπο. Αυτό είναι απαραίτητο διότι η σύγχυση των συναισθημάτων θυμού με την επιθετική συμπεριφορά γίνεται πολλές φορές αιτία προστριβών με τους άλλους ανθρώπους.
- *Διαχείριση του άγχους.* Στόχος των στρατηγικών διαχείρισης του άγχους είναι η αποτελεσματική αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων μέσω της γνωσιακής αναδόμησης και της εκπαίδευσης σε διάφορες τεχνικές, όπως είναι η διαφραγματική αναπνοή, η νευρομυϊκή χαλάρωση, η απόσπαση της προσοχής και η οργάνωση του χρόνου.
 - ✓ *Διαφραγματική αναπνοή.* Το έντονο άγχος διαταράσσει τους ρυθμούς της αναπνοής, με αποτέλεσμα ο άνθρωπος οργανισμός να εισπνέει πολύ περισσότερο από όσο χρειάζεται. Αυτός ο «υπεραερισμός» προκαλεί τρέμουλο, κράμπες, ζαλάδα, θολή όραση, δύσκολη αναπνοή, αίσθημα κόπωσης, πόνους στο στομάχι και στο στήθος. Τα συμπτώματα αυτά, μέσω ενός φαύλου κύκλου, συντελούν στην αύξηση του άγχους. Η σωστή αναπνοή, την οποία διδάσκεται το άτομο, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους του.
 - ✓ *Νευρομυϊκή χαλάρωση.* Μέσω μιας συστηματικής διαδι-

κασίας το άτομο μαθαίνει να χαλαρώνει τις διάφορες ομάδες μυών του σώματός του. Μαθαίνει επίσης να χρησιμοποιεί μια πιο σύντομη μορφή αυτής της τεχνικής σε αγχογόνες καταστάσεις στις οποίες πρόκειται να εκτεθεί.

- ✓ *Απόσπαση της προσοχής.* Το άτομο μπορεί να ανακουφιστεί προσωρινά από το άγχος μαθαίνοντας να στρέφει την προσοχή του από μια δυσάρεστη σε μια ουδέτερη ή ευχάριστη κατάσταση.
- ✓ *Οργάνωση του χρόνου.* Οι τεχνικές αυτές βοηθούν το άτομο να οργανώνει πιο αποτελεσματικά τις άμεσες και μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις και δραστηριότητές του, και να θέτει προτεραιότητες ώστε να μειώνει το άγχος που δημιουργεί η κακή οργάνωση του χρόνου.

Σχιζοφρένεια

Χαρά Τσέκου
Κωνσταντίνος Ευθυμίου

1. Τι είναι η σχιζοφρένεια;
2. Ποια είναι τα συμπτώματα και οι εμπειρίες των ασθενών με σχιζοφρένεια;
3. Πόσο συχνά εμφανίζεται η σχιζοφρένεια;
4. Ποια είναι τα αίτια της σχιζοφρένειας;
5. Ποια είναι η πορεία της σχιζοφρένειας;
6. Υπάρχουν προγνωστικοί παράγοντες για την πορεία της σχιζοφρένειας;
7. Ποιες θεραπευτικές μέθοδοι υπάρχουν για τη σχιζοφρένεια;
8. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η σχιζοφρένεια;

Η σχιζοφρένεια είναι μια περίπλοκη διαταραχή, με κλινικά χαρακτηριστικά που ποικίλλουν. Η διάγνωσή της είναι ουσιαστικά «διάγνωση αποκλεισμού». Αυτό σημαίνει ότι η σχιζοφρένεια διαγιγνώσκεται αφού πρώτα απορριφθούν άλλου είδους ψυχωσικές, συναισθηματικές ή οργανικές διαταραχές. Ο λόγος είναι ότι κανένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής δεν συνδέεται ευθέως με τη διάγνωσή της και οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση δεν είναι αρκετά «ευαίσθητες». Η ενδεχόμενη σταδιακή επιδείνωση της νόσου, οι συχνές υποτροπές και η παρατεταμένη δυσλειτουργία των ασθενών στον κοινωνικό και τον επαγγελματικό τομέα καθιστούν τη σχιζοφρένεια μια σοβαρή διαταραχή.

2. Ποια είναι τα συμπτώματα και οι εμπειρίες των ασθενών με σχιζοφρένεια;

Χαρακτηριστική στη σχιζοφρένεια είναι η *έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας*. Αυτή η αλλοίωση (ή παραμόρφωση) της πραγματικότητας εκδηλώνεται με διαταραχές-συμπτώματα στην αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και τη συμπεριφορά.

Κατά τη διάρκεια της νόσου ο ασθενής περνά από διάφορες φάσεις. Τα κλινικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας βρίσκονται σε έξαρση κατά την ενεργό φάση, δηλαδή κατά τη διάρκεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου, όταν το άτομο είναι έντονα διαταραγμένο. Η ενεργός φάση μπορεί να διαρκέσει ένα μήνα. Κάποια στοιχεία της διαταραχής μπορεί να επιμένουν έως και έξι μήνες αν έχει γίνει η κατάλληλη θεραπεία, διαφορετικά μπορεί να διαρκέσουν για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Στη σχιζοφρένεια επηρεάζονται τόσο η σκέψη και η επικοινωνία όσο και η αντίληψη, το συναίσθημα και η συμπεριφορά.

Περιεχόμενο σκέψης και επικοινωνία

Ο ασθενής με σχιζοφρένεια δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί σε μια σκέψη και να εστιάσει την προσοχή του, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ολοκληρώσει τους συλλογισμούς του. *Χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι οι παραληρητικές ιδέες.* Οι παραληρητικές ιδέες είναι ψευδείς, μη λογικές ιδέες, που γίνονται δεκτές από το άτομο με ασυνήθιστη βεβαιότητα, δεν ανασκευάζονται με λογικά επιχειρήματα, και το περιεχόμενό τους είναι φανερά εσφαλμένο και παράδοξο για τους άλλους. Οι πιο συνηθισμένες παραληρητικές ιδέες είναι:

- *Παραληρητικές ιδέες μεγαλείου.* Το άτομο πιστεύει ότι έχει ειδικές ικανότητες ή ξεχωριστή δύναμη (π.χ. μπορεί να πιστεύει ότι είναι αγγελιαφόρος του Θεού).
- *Παραληρητικές ιδέες δίωξης.* Το άτομο πιστεύει ότι διώκεται ή ότι κάποιοι θέλουν το κακό του (π.χ. νομίζει ότι τον αναζητά η αστυνομία ή μια διεθνής οργάνωση με σκοπό να τον εξοντώσουν).
- *Παραληρητικές ιδέες συσχέτισης.* Το άτομο θεωρεί ότι τυχαία γεγονότα έχουν άμεση σχέση με το ίδιο (π.χ. μπορεί να πιστεύει ότι στο λεωφορείο όλοι το κοιτάζουν και το σχολιάζουν).
- *Ερωτομανιακές παραληρητικές ιδέες.* Το άτομο πιστεύει ότι είναι αντικείμενο ερωτικού πόθου σημαντικών προσωπικοτήτων.
- *Ζηλοτυπικές παραληρητικές ιδέες.* Το άτομο πιστεύει ότι ο/η σύντροφός του το απατά.
- *Παραληρητικές ιδέες διαβάσματος της σκέψης.* Το άτομο πιστεύει ότι οι άλλοι μπορούν να διαβάσουν τις σκέψεις του.
- *Εκπομπή σκέψης.* Το άτομο πιστεύει ότι οι σκέψεις του ακούγονται και έτσι οι άλλοι τις γνωρίζουν.
- *Τοποθέτηση σκέψης.* Το άτομο πιστεύει ότι μια εξωτερική δύναμη βάζει σκέψεις στο μυαλό του.
- *Αφαίρεση σκέψης.* Το άτομο πιστεύει ότι μια εξωτερική δύναμη αφαιρεί σκέψεις από το μυαλό του.

Επειδή η διαταραχή της σχιζοφρένειας επηρεάζει τη δομή και

την οργάνωση της σκέψης, επόμενο είναι να επηρεάζεται και ο λόγος του ασθενή. Στη σχιζοφρένεια ο λόγος χαρακτηρίζεται από τη χρήση περιέργων λέξεων και από ασυναρτησίες-ασάφειες. Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιεί λέξεις που δεν υπάρχουν, αλλά σημαίνουν κάτι για τον ίδιο, χωρίς εντούτοις να είναι σε θέση να μεταφέρει τη σημασία τους στους άλλους. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιεί λέξεις που δεν έχουν λογική αλλά φωνολογική σχέση μεταξύ τους (π.χ. «μήλο», «φύλλο», «ξύλο»). Η δυσκολία στην επικοινωνία συμβάλλει στην κοινωνική απομόνωση των ατόμων με σχιζοφρένεια.

Αντίληψη

Στη σχιζοφρένεια οι αισθήσεις είναι συχνά υπερευαίσθητες (π.χ. στον ήχο, το φως και τις οσμές). Ο ασθενής μπορεί επίσης να έχει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Στις *ψευδαισθήσεις* το άτομο αντιλαμβάνεται πράγματα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν (π.χ. βλέπει μορφές ή ακούει φωνές), καθώς και μεταβολές στο περιβάλλον (π.χ. ότι οι άνθρωποι κονταίνουν ή ψηλώνουν, ότι τα αντικείμενα στο χώρο αλλάζουν διαστάσεις, χρώματα ή μορφή).

Συναίσθημα

Το άτομο με σχιζοφρένεια βιώνει ένα συνεχές άγχος, το οποίο δεν μπορεί να εξηγήσει. Συχνά στη σχιζοφρένεια το συναίσθημα χαρακτηρίζεται ως «αμβλυμένο» (η ένταση του συναισθήματος είναι σχετικά πιο μειωμένη από το σύνηθες), «επίπεδο» (υπάρχει απουσία κάθε συναισθηματικής έκφρασης) ή και «απρόσφορο» (το συναίσθημα που εκφράζεται δεν ταιριάζει με την περίσταση, π.χ. το άτομο γελά και δείχνει ευδιάθετο ενώ περιγράφει κάτι πολύ δυσάρεστο). Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι το άτομο παύει σταδιακά ή απότομα να ενδιαφέρεται για καταστάσεις, ασχολίες ή ανθρώπους που ήταν σημαντικοί για το ίδιο.

Συμπεριφορά

Αυτοί που έχουν νοσηλευτεί πολλές φορές και για μεγάλο χρονικό διάστημα, ή οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια βαριάς μορφής μπορεί να κάνουν περιέργες χειρονομίες, να στέκονται σε ασυνήθιστες στάσεις, να κάνουν γκριμάτσες, να βαδίζουν πάνω κάτω, να μένουν ακίνητοι για πολλή ώρα. Γενικά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν μειωμένες κινητικές αντιδράσεις σε αλλαγές που συμβαίνουν στο περιβάλλον και κάνουν λιγότερες αυθόρμητες κινήσεις. Συχνά επίσης δεν παίρνουν πρωτοβουλίες (π.χ. δεν πλένονται, δεν ντύνονται, δεν τρώνε με μαχαίρι και πιρούνι, σταματούν να τηλεφωνούν σε φίλους, παύουν να ασχολούνται με τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους). Η συμπεριφορά τους μπορεί να χαρακτηριστεί ως άσκοπη και άστοχη: περιφέρονται για πολλές ώρες στο δρόμο, βαδίζουν διαρκώς μέσα στο σπίτι ή κάθονται για αρκετή ώρα σε μια καρέκλα χωρίς να κάνουν τίποτα.

3. Πόσο συχνά εμφανίζεται η σχιζοφρένεια;

Η σχιζοφρένεια έχει περιγραφεί σε όλους τους πληθυσμούς και σε όλους τους πολιτισμούς από την αρχαιότητα. Παρουσιάζεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού. Προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες. Στους άνδρες όμως εκδηλώνεται μεταξύ 18 με 25 ετών και στις γυναίκες μεταξύ 25 και 35 ετών.

4. Ποια είναι τα αίτια της σχιζοφρένειας;

Γενετικά

Στη σχιζοφρένεια υπάρχει κληρονομική προδιάθεση, δηλαδή η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνεται όταν υπάρχει βιολογική

συγγένεια με ασθενή. Παρόλο όμως που η γενετική βάση της έχει υποστηριχθεί από πολλές μελέτες, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνισή της. Οι οικογένειες δεν μοιράζονται μόνο γονίδια, αλλά έχουν και το ίδιο περιβάλλον, δηλαδή έχουν κοινές εμπειρίες, κοινές δυσκολίες στη ζωή και κοινά μοντέλα συμπεριφοράς. Έτσι το κάθε μέλος μαθαίνει και επηρεάζεται από τον τρόπο συμπεριφοράς των υπολοίπων.

Νευροβιολογικά

Η κυριότερη νευροβιοχημική διαταραχή που παρατηρείται στη σχιζοφρένεια σχετίζεται με τη δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων, κυρίως του ντοπαμινεργικού αλλά και των υπολοίπων. Από το 1970 ως αιτία εμφάνισης της νόσου θεωρούνταν η αυξημένη παραγωγή ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Αυτή η θεωρία έχει κάποια βάση, αφού η αποτελεσματικότητα μερικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας σχετίζεται με την ανταγωνιστική τους δράση στους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς.

Εκτός από νευροχημικές διαταραχές, στον εγκέφαλο των σχιζοφρενών έχουν επίσης βρεθεί δομικές ανωμαλίες, δηλαδή ανατομικές και λειτουργικές διαφορές σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Τα κυριότερα νευροφυσιολογικά ευρήματα σε σχιζοφρενείς είναι οι διογκωμένες εγκεφαλικές αρτηρίες και η μειωμένη δραστηριότητα στο μετωπιαίο λοβό, ο οποίος σχετίζεται με τις εκτελεστικές λειτουργίες όπως η προσοχή και η κριτική ικανότητα.

Παρότι όμως οι μέθοδοι στην έρευνα έχουν εξελιχθεί, οι γνώσεις μας για τη λειτουργία του εγκεφάλου εξακολουθούν να μην είναι τόσο επαρκείς. Έτσι, το ερώτημα αν οι νευροβιολογικές διαταραχές είναι οι αιτίες ή το αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας δεν έχει ακόμη απαντηθεί.

Ψυχολογικά

Παρόλο που οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις δεν προκα-

λούν την εμφάνιση της σχιζοφρένειας, φαίνεται να επηρεάζουν την πορεία της (π.χ. την πιθανότητα υποτροπής του ασθενή). Γενικά, ένας ασθενής θεωρείται ότι υποτροπιάζει όταν, ενώ έχει κάπως βελτιωθεί και σταθεροποιηθεί, τα συμπτώματά του επανεμφανίζονται ή επιδεινώνονται. Η θεωρία του «εκφραζόμενου συναισθήματος» αναφέρεται στη συναισθηματική στάση και στο βαθμό υπερεμπλοκής των μελών της οικογένειας απέναντι στον ασθενή (κατά πόσο δηλαδή τα μέλη της οικογένειας επιτρέπουν την αυτονομία και ενισχύουν την πρωτοβουλία του ασθενή). Η κριτική, η συναισθηματική υπερεμπλοκή, η εχθρότητα, η εγκαρδιότητα και τα θετικά σχόλια απέναντι στον ασθενή συγκροτούν το «συναισθηματικό κλίμα» στην οικογένεια, το οποίο μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την πορεία της σχιζοφρένειας. Υπάρχει η άποψη ότι στις οικογένειες που είναι επικριτικές απέναντι στον ασθενή, και στις οποίες υπάρχουν εχθρότητα και συχνές συγκρούσεις (υψηλό «εκφραζόμενο συναίσθημα»), δημιουργείται ένα στρεσογόνο περιβάλλον, που επιβαρύνει την εύθραυστη ικανότητα προσαρμογής του σχιζοφρενή και προκαλεί την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Δεν είναι ωστόσο ξεκάθαρο εάν στις οικογένειες των σχιζοφρενών προϋπήρχε υψηλό «εκφραζόμενο συναίσθημα» ή το συναίσθημα αυτό εμφανίζεται εξαιτίας της διαταραχής του ασθενή.

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας που φαίνεται ότι επηρεάζει την πορεία της νόσου είναι και η επιβάρυνση της οικογένειας, καθώς η φροντίδα του ασθενή είναι δύσκολη και απαιτεί προσπάθεια από όλα τα μέλη. Είναι σημαντικό η φροντίδα του ασθενή να μην ανατίθεται σε ένα μόνο άτομο, αλλά να μοιράζεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Βεβαίως, τα μέλη της οικογένειας πρέπει παράλληλα να φροντίσουν και για τη δική τους ποιότητα ζωής. Επειδή η φροντίδα του ασθενή είναι αρκετά απαιτητική και επιβαρύνει σωματικά και συναισθηματικά τα άτομα που ζουν μαζί του, συστήνεται η συμμετοχή της οικογένειας σε «ψυχοεκπαιδευτικά» προγράμματα. Έτσι τα μέλη θα αποκτήσουν τόσο τις γνώσεις για τη φύση της ασθένειας όσο και τις δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να φροντίσουν τον ασθενή και ταυτόχρονα να βελτιώσουν τη δική τους ζωή.

Η προσέγγιση «προδιάθεση-στρες» υποστηρίζει ότι υπάρχουν βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την έναρξη και την πορεία της σχιζοφρένειας. Ο όρος «προδιάθεση» αναφέρεται στους γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν και τους νευροβιολογικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν. Η προδιάθεση θεωρείται ένας παράγοντας που πρέπει να υπάρχει, αλλά δεν είναι αρκετός για να προκαλέσει την εμφάνιση της νόσου. Ένας άνθρωπος δηλαδή που έχει τη βιολογική προδιάθεση μπορεί να μην εμφανίσει σχιζοφρένεια εάν δεν συντρέξουν κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σε αυτή την προσέγγιση ο όρος «στρες» αναφέρεται σε καταστάσεις που επιδρούν στον οργανισμό κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής του, ή στην επίδραση «ψυχοπιεστικών» γεγονότων τα οποία περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου (με τάση προς τη νόσο) να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

5. Ποια είναι η πορεία της σχιζοφρένειας;

Η διαταραχή εκδηλώνεται συνήθως κατά την εφηβεία ή κατά τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 45 ετών.

Η σχιζοφρένεια μπορεί να έχει οξεία ή βραχεία έναρξη. Η βραχεία έναρξη συνοδεύεται από δυσλειτουργικότητα κατά την παιδική ηλικία (π.χ. επιθετικότητα, έλλειψη κοινωνικότητας, απομόνωση, απουσία ενδιαφερόντων). Κατά κανόνα πάντως τα πρώτα σημάδια εμφανίζονται στην εφηβεία, οπότε το άτομο αρχίζει σταδιακά να απομονώνεται, να αδιαφορεί για τα μαθήματά του, να εγκαταλείπει τις ευχάριστες δραστηριότητες, να περνά πολλές ώρες μόνο του, να μιλά περίεργα, να αποφεύγει την επαφή με το βλέμμα, να έχει εκρήξεις οργής. Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι η ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα και την εμφάνιση σχιζοφρένειας, καθώς πολλές από τις συγκεκριμένες

συμπεριφορές είναι χαρακτηριστικές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Η διάγνωση της σχιζοφρένειας γίνεται αποκλειστικά από ειδικούς και μόνο όταν το άτομο έχει συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας του. Η οξεία έναρξη συνοδεύεται από την εμφάνιση ενός ψυχωσικού επεισοδίου.

Παρόλο που δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός, ως «ψύχωση» ορίζεται η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τι είναι πραγματικό και τι όχι, ακόμη και όταν οι αποδείξεις για την πραγματικότητα είναι ξεκάθαρες. Το άτομο με ψύχωση έχει διαταραγμένη ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας, δηλαδή η υποκειμενική αντίληψή του δεν είναι ρεαλιστική. Οι δύο πιο συνηθισμένες μορφές έναρξης είναι:

- Οξεία έναρξη με αποκατάσταση και περιοδικά επεισόδια που ποικίλλουν ως προς το βαθμό αποκατάστασης.
- Βραδεία έναρξη με περιορισμένα συμπτώματα και διάφορα επίπεδα αποκατάστασης με το χρόνο.

Η πορεία της νόσου διαφέρει πολύ από ασθενή σε ασθενή. Τέσσερις είναι οι πιο συνηθισμένες:

- Ένα μοναδικό επεισόδιο.
- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια με ενδιάμεσα μικρά χρονικά διαστήματα στα οποία δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα.
- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια με ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ τους, στο οποίο δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα.
- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια χωρίς στο μεσοδιάστημα να υποχωρούν πλήρως τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Πολλοί από τους ασθενείς παλεύουν με τη σχιζοφρένεια για όλη τους τη ζωή, με περιόδους βελτίωσης και υποτροπές. Περίπου το 30% παρουσιάζει σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητά του έχοντας ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή. Ποσοστό 40% έως 50% έχει γενικά δυσμενή πρόγνωση. Αυτό σημαίνει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης συχνών επεισοδίων, που έχουν ως αποτέλεσμα τη συνεχή μείωση της λειτουργικότητας, τις συχνές νοσηλείες και τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

6. Υπάρχουν προγνωστικοί παράγοντες για την πορεία της σχιζοφρένειας;

Έχουν βρεθεί τρεις σημαντικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νόσου:

- Η ποιότητα της λειτουργικότητας του ασθενή πριν από την έναρξη της νόσου: όσο καλύτερη ήταν, τόσο πιο ευνοϊκή θα είναι η πρόγνωση.
- Η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος.
- Το είδος των συμπτωμάτων: οι ασθενείς με κύρια συμπτώματα τις παραισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες (τα λεγόμενα «θετικά» συμπτώματα) έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους ασθενείς με απάθεια, απουσία συναισθηματικής έκφρασης και έλλειψη ικανοποίησης από τις χαρές της ζωής (τα λεγόμενα «αρνητικά» συμπτώματα).

Το άτομο με σχιζοφρένεια και τα κοντινά του πρόσωπα είναι πολύ σημαντικό να θυμούνται ότι αυτή η παράξενη συμπεριφορά που εμφανίζεται στην ενεργό φάση της ασθένειας δεν είναι μόνιμη. Κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης, τόσο για το άτομο με σχιζοφρένεια όσο και για τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του, συμβαίνουν ακατανόητα πράγματα και επικρατούν συναισθήματα φόβου, θυμού, άγχους, απογοήτευσης, ακόμη και ενοχών. Αυτό το διάστημα όμως είναι σύντομο. «Βγαίνοντας» από την ενεργό φάση, το άτομο με σχιζοφρένεια μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά και να αναλάβει τις δραστηριότητες που είχε πριν μπει σε αυτή τη φάση. Στην επάνοδό του στην καθημερινή ζωή συμβάλλουν άμεσα και αποτελεσματικά η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχοθεραπεία.

7. Ποιες θεραπευτικές μέθοδοι υπάρχουν για τη σχιζοφρένεια;

Φαρμακοθεραπεία

Η αντιψυχωσική θεραπευτική αγωγή που χορηγείται στους ασθε-

νείς με σχιζοφρένεια έχει στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων τους. Παρότι δεν πετυχαίνει απαραίτητα την ίαση, η φαρμακοθεραπεία θεωρείται απαραίτητη. Μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως παρκινσονισμό, τρέμουλο στα άκρα, υπηλμία, ξηροστομία ή σεξουαλικές δυσλειτουργίες, υπάρχουν όμως φάρμακα που αντισταθμίζουν αυτές τις αρνητικές επιδράσεις των αντιψυχωσικών. Ο ασθενής είναι απαραίτητο να συμμορφώνεται με τις ιατρικές οδηγίες, επειδή η διακοπή της αγωγής πολύ συχνά οδηγεί σε υποτροπή. Το άτομο τηρεί καλύτερα τη φαρμακευτική αγωγή όταν γνωρίζει περισσότερα για τη φύση της ασθένειάς του και για το ρόλο των φαρμάκων. Τα σύγχρονα φάρμακα για τη σχιζοφρένεια είναι πολύ αποτελεσματικά και σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής που αρνείται να τα πάρει.

Ψυχοθεραπεία

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τη διαχείριση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και κατά την ενεργό φάση.

Αποτελεσματικές είναι επίσης οι διάφορες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, πάντα σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. Η αποτελεσματικότητα της συμπεριφοριστικής θεραπείας οικογένειας με σχιζοφρενές μέλος έχει και αυτή υποστηριχθεί από πολλές έρευνες. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η φαρμακευτική αγωγή θεωρείται απαραίτητη και οι ασθενείς που συμμετείχαν σε αυτές τις έρευνες έπαιρναν φάρμακα.

Ατομική ψυχοθεραπεία

Τα τελευταία πέντε χρόνια έχουν γίνει πολύ σημαντικά βήματα στην ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία της σχιζοφρένειας. Το άτομο αρχικά μαθαίνει για τη φύση της ασθένειάς του και σταδιακά διδάσκεται πώς να αντιμετωπίζει με πιο λειτουργικό τρόπο τα συμπτώματα και τις συνέπειες της σχιζοφρένειας. Η θεραπεία περνά από αρκετές φάσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων ο ασθενής εκπαιδεύεται:

- Στην αναγνώριση των αρχικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, ώστε να είναι σε θέση να ζητήσει έγκαιρα θεραπευτική βοήθεια πριν ξεκινήσει η υποτροπή.
- Στην ενεργητική αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών.
- Στην επίλυση προβλημάτων.
- Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους.
- Στις δεξιότητες επικοινωνίας.
- Στη διεκδικητική συμπεριφορά.

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Στην ομαδική θεραπεία το άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του μπορεί να εκπαιδευτεί σε στοιχειώδεις δεξιότητες που ίσως έχουν εκλείψει λόγω της φύσης και της χρονιότητας της ασθένειας. Έτσι μπορεί να εκπαιδευτεί στη βασική διαπροσωπική επικοινωνία (π.χ. να μάθει να χαιρετά τους άλλους, να τους κοιτά όταν τους μιλά, να ολοκληρώνει μια συζήτηση), στην αναγνώριση και την έκφραση συναισθήματος κ.λπ. Στόχος της ομαδικής θεραπείας είναι και η αύξηση της κοινωνικότητας του ατόμου, η οποία στη σχιζοφρένεια διαταράσσεται.

Ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα για την οικογένεια

Τα προγράμματα αυτά έχουν κατ' αρχάς στόχο να απενοχοποιήσουν την οικογένεια και να της προσφέρουν τις απαραίτητες γνώσεις για τη φύση της ασθένειας και την αναγνώριση των πρώτων συμπτωμάτων που μπορεί να υποδηλώνουν πιθανή υποτροπή, έτσι ώστε να στηρίξει και να ενθαρρύνει το άτομο να ζητήσει έγκαιρα βοήθεια. Στους στόχους των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων υπάγονται επίσης η βελτίωση της διαπροσωπικής επικοινωνίας, η άσκηση στην έκφραση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, η παροχή συμβουλευτικής στα μέλη της οικογένειας σχετικά με τις προσωπικές τους επιδιώξεις και τους τρόπους βελτίωσης του επιπέδου της ζωής τους. Σημαντική είναι και η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας, στις οποίες τα άτομα που βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις προσφέρουν στήριξη το ένα στο άλλο.

8. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά δεν υπάρχει βιβλίο αυτοβοήθειας για τη σχιζοφρένεια. Εξαιρετικό για όσους θέλουν να μάθουν περισσότερα για την ψυχοεκπαιδευτική διαδικασία αντιμετώπισης της σχιζοφρένειας είναι το βιβλίο του Μ. Μαδιανού, *Η μηλιά κάτω από το μήλο* (βλ. Βιβλιογραφία).

Κατάθλιψη

Μαρία Κουλουβάρη
Κωνσταντίνος Ευθυμίου

1. Τι είναι η κατάθλιψη;
2. Ποια είναι τα είδη της κατάθλιψης;
3. Ποια είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης;
4. Ποια είναι τα συμπτώματα της μανίας;
5. Ποια είναι τα αίτια της κατάθλιψης;
6. Πρέπει να πάρω φάρμακα για την κατάθλιψη;
7. Βοηθά η ψυχοθεραπεία στην κατάθλιψη;
8. Πώς μπορώ να βοηθήσω τον εαυτό μου;
9. Πώς μπορούν η οικογένεια και οι φίλοι να βοηθήσουν το δικό τους άνθρωπο που πάσχει από κατάθλιψη;
10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η κατάθλιψη;

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που επηρεάζει τη διάθεση και τις σκέψεις, και συνοδεύεται συνήθως από σωματικές ενοχλήσεις. Το άτομο με κατάθλιψη βιώνει αλλαγές στις διατροφικές του συνήθειες, στον ύπνο, στον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του αλλά και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις. Η κατάθλιψη δεν είναι το φυσιολογικό καταθλιπτικό συναίσθημα που περνά γρήγορα και έχει μικρότερη ένταση. Στην κατάθλιψη το συναίσθημα αυτό μεγάλη ένταση, διαρκεί περισσότερο και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του.

2. Ποια είναι τα είδη της κατάθλιψης;

Υπάρχουν ορισμένοι κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών, σε κάθε τύπο ωστόσο εμφανίζονται διαφοροποιήσεις στον αριθμό των συμπτωμάτων, τη σοβαρότητα και την εμμονή τους.

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Εκδηλώνεται με ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες όπως έκανε στο παρελθόν. Ένα τέτοιο επεισόδιο κατάθλιψης μπορεί να συμβεί μόνο μια φορά, συνήθως όμως συμβαίνει περισσότερες.

Δυσθυμική διαταραχή. Είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, την οποία το άτομο βιώνει κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον δύο χρόνια. Δεν καθιστά το άτομο ανάκανο, εξαιτίας της μακροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης όμως δεν του επιτρέπει να αισθανθεί και να λειτουργήσει καλά.

Διπολικές διαταραχές (I και II). Στις διπολικές διαταραχές το άτομο παρουσιάζει διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται «μανία». Η μανία χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας – συχνά με διαταραγμένη σκέψη ή διαστήματα υπομανίας. Η «υπομανία» είναι ένα σύνδρομο παρόμοιο με τη μανία, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο, και δεν επιβαρύνει σημαντικά τη λειτουργικότητα. Σε μερικές περιπτώσεις η υπομανία αυξάνει τη λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της βιώνεται ως θετική εμπειρία.

Το βασικό στοιχείο της διπολικής διαταραχής I (που παλαιότερα ονομαζόταν «μανιοκαταθλιπτική νόσος») είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων μανιακών ή μεικτών επεισοδίων. (Το μεικτό επεισόδιο είναι ένας συνδυασμός μανιακού και καταθλιπτικού επεισοδίου.) Τα άτομα με διπολική διαταραχή I έχουν και ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

Η διπολική διαταραχή II χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το μανιακό, ένα υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει μεγάλη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά του ατόμου τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική, αντίθετα μοιάζει χαρακτηριστική ενός ιδιαίτερα ζωντανού και ενεργητικού ανθρώπου.

Κυκλοθυμική διαταραχή. Το βασικό χαρακτηριστικό της κυκλοθυμικής διαταραχής είναι μια χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης η οποία παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα, καθώς και πολυάριθμες περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν όμως ποτέ τα κριτήρια για μανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά. Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται:

- Η *προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή* (η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως περιγράφονται πιο πάνω, λίγες μέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης).
- Η *ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή* (της οποίας τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).
- Η *υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή* (της οποίας τα συμπτώματα είναι σημαντικής βαρύτητας, δεν διαρκούν όμως αρκετά ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).
- Η *μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή* (η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως συνέχεια ενός ψυχωσικού επεισοδίου).

3. Ποια είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης;

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια σειρά συμπτώματα που επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου. Όποιος έχει κατάθλιψη δεν εμφανίζει απαραίτητα όλα τα συμπτώματα της διαταραχής· κάποιοι άνθρωποι παρουσιάζουν πολλά, κάποιοι άλλοι λιγότερα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει από το ένα άτομο στο άλλο, αλλά και στο ίδιο το άτομο με την πάροδο του χρόνου.

Ειδικότερα, ένα άτομο με κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσει τα εξής κύρια συμπτώματα:

- **Καταθλιπτική διάθεση.** Διαρκεί το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για ένα διάστημα δύο εβδομάδων.
- **Απώλεια της ευχαρίστησης και μείωση του ενδιαφέροντος** για δραστηριότητες που στο παρελθόν θεωρούνταν ευχάριστες.
- **Άγχος.** Εμφανίζεται ορισμένες φορές με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου και αισθήματος επικείμενου κινδύνου.
- **Διαταραχές στον ύπνο.** Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται με διάφορους τρόπους. Μερικοί άνθρωποι με κατάθλιψη κοιμούνται

νται πάρα πολλές ώρες, κάποιοι δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου και άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, δηλαδή ξυπνούν πολλές φορές στη διάρκεια της νύχτας ή δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν. Η πιο συνηθισμένη διαταραχή του ύπνου είναι η πρωινή αφύπνιση, δηλαδή το άτομο ξυπνά πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

- **Διαταραχές της όρεξης.** Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης, με πιθανό επακόλουθο την απώλεια βάρους. Σε μικρότερη συχνότητα μπορεί να εμφανιστεί και το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή αυξημένη όρεξη για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους, καθώς και κρίσεις βουλιμίας με επεισόδια υπερφαγίας (υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα).
- **Κόπωση, εξάντληση, απώλεια ενεργητικότητας.** Συχνά το άτομο παραπονιέται ότι αισθάνεται κόπωση ή εξάντληση, σαν όλη η ενέργεια ή η ζωτικότητα του να έχουν φύγει. Μπορεί να παραμένει σε αδράνεια καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.
- **Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.** Ακόμη και αν έχει σεξουαλικές επαφές, το άτομο δεν επιθυμεί το σεξ και δεν αισθάνεται καμιά ευχαρίστηση.
- **Ανημπόρια, απογοήτευση, ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.** Το άτομο τα βλέπει όλα μαύρα και πιστεύει πως έτσι θα παραμείνουν.
- **Δυσκολία στη συγκέντρωση, τη σκέψη, τη μνήμη και τη λήψη αποφάσεων.** Η ενασχόληση με τις καταθλιπτικές σκέψεις είναι τόσο έντονη και επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό τη συγκέντρωση ώστε συχνά το άτομο αναφέρει ότι δυσκολεύεται να διαβάσει ή να παρακολουθήσει τηλεόραση.
- **Αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιοσύνης και χαμηλή αυτοεκτίμηση.** Το άτομο μπορεί να κατηγορεί υπερβολικά τον εαυτό του για ό,τι αρνητικό συμβαίνει ή να πιστεύει ότι τιμωρείται για λάθη του παρελθόντος, ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι ένα μηδενικό κ.λπ.
- **Σωματικά συμπτώματα που δεν εξηγούνται από ιατρικές εξε-**

τάσεις και δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία. Τέτοια είναι οι πονοκέφαλοι, οι πόνοι στη μέση, οι κράμπες, η ναυτία, ο εμετός, η δυσκοιλιότητα, η δυσκολία στην αναπνοή, ο πόνος στο στήθος.

- **Εμμονή σε σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας.** Μερικές φορές το άτομο νιώθει τόσο απελπισμένο που σκέπτεται την αυτοκτονία. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Σε άτομα με βαριά κατάθλιψη ο κίνδυνος αυτοχειρίας είναι ιδιαίτερα αυξημένος.

Για να δοθεί η διάγνωση της κατάθλιψης **χρειάζεται να υπάρχουν** πέντε από τα πιο πάνω συμπτώματα. Σε αυτά θα πρέπει να περιλαμβάνονται οπωσδήποτε το πρώτο και το δεύτερο σύμπτωμα (δηλαδή η καταθλιπτική διάθεση και η απώλεια ευχαρίστησης).

4. Ποια είναι τα συμπτώματα της μανίας;

Τα κυριότερα συμπτώματα της μανίας —που στην πιο ήπια μορφή τους είναι τα συμπτώματα της υπομανίας— είναι τα εξής:

- **Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης.** Το άτομο αισθάνεται υπερβολική ευφορία ή/και ευερεθιστότητα, που μπορεί να καταλήξει σε έντονη δυσφορία, εκνευρισμό, επιθετικότητα και ενδεχομένως οργή και βία.
- **Διογκωμένη αυτοεκτίμηση.** Το άτομο παρουσιάζει υπερβολικά υψηλό βαθμό εκτίμησης για τον εαυτό του και μπορεί να φτάσει να εμφανίσει εξωπραγματικές παραληρητικές ιδέες μεγαλείου (πιστεύει ότι μπορεί να καταφέρει τα πάντα χωρίς βοήθεια ή ότι μπορεί να γίνει διάσημο εξαιτίας μιας ανακάλυψης την οποία πρόκειται να κάνει).
- **Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο.** Το άτομο με μανία νιώθει γεμάτο ενέργεια αν και έχει κοιμηθεί μόνο τρεις ώρες ή χωρίς να έχει ξεκουραστεί καθόλου.
- **Πίσση λόγου.** Το άτομο μιλά δυνατά, γρήγορα, ακατάπαστα.

- **Ταχεία εναλλαγή σκέψεων.** Το άτομο περνά πολύ γρήγορα από το ένα θέμα στο άλλο.
- **Διάσπαση της προσοχής.** Η προσοχή διασπάται πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα. Το άτομο δεν μπορεί να παραμείνει συγκεντρωμένο σε μια δραστηριότητα.
- **Αυξημένη δραστηριότητα/υπερκινητικότητα.** Το άτομο περιφέρεται από το ένα δωμάτιο στο άλλο, πηγαινοέρχεται πάνω κάτω, αλλάζει διαρκώς θέσεις στα αντικείμενα και καταπιάνεται με πολλές δραστηριότητες ταυτόχρονα, τις οποίες δύσκολα ολοκληρώνει.
- **Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες.** Το άτομο ξοδεύει ασυλλόγιστα τα χρήματά του ή έχει συχνές σεξουαλικές σχέσεις με διάφορους ερωτικούς συντρόφους χωρίς να παίρνει προφυλάξεις, κάνει συχνή και ανεξέλεγκτη χρήση ουσιών κ.λπ.
- **Συναισθηματική αστάθεια.** Ο έντονος ενθουσιασμός και η χαρά μπορεί πολύ εύκολα να δώσουν τη θέση τους στο θυμό και την απογοήτευση.

5. Ποια είναι τα αίτια της κατάθλιψης;

Δεν υπάρχει μια και μοναδική αιτία για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Πολυετείς έρευνες έχουν εντοπίσει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι το τελικό κοινό αποτέλεσμα ποικίλων παραγόντων που αλληλεπιδρούν με την ιδιοσυγκρασία. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της κατάθλιψης δεν είναι αντικρουόμενες, αλλά συμπληρώνουν η μια την άλλη.

Στη συνέχεια αναφέρονται οι κυριότεροι παράγοντες που θεωρείται ότι οδηγούν στην κατάθλιψη.

Γενετικοί παράγοντες

Η πιθανότητα να εμφανιστεί κατάθλιψη σε ένα άτομο είναι αυξημένη όταν στενοί συγγενείς του έχουν κατάθλιψη και μάλιστα σοβαρής μορφής ή χρόνια. Κάποιες έρευνες διαπίστωσαν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να κληρονομούνται: διάφορα γονίδια εμπλέκονται στη μεταβίβαση χαρακτηριστικών και αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να εμφανίσει κατάθλιψη (και σε αυτή την περίπτωση ισχύει η θεωρία της «προδιάθεσης-στρες» η οποία αναφέρθηκε στο κεφάλαιο για τη σχιζοφρένεια).

Βιολογικοί παράγοντες

- Έχει βρεθεί ότι μερικές ασθένειες μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Αυτές οι ασθένειες δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Τέτοιες παθήσεις είναι οι εξής:
 - Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
 - Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις, όπως ο υποθυρεοειδισμός.
 - Λοιμώξεις που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
 - Μερικές μορφές καρκίνου (π.χ. του παγκρέατος).Κατάθλιψη προκαλούν επίσης διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, και ουσίες όπως το αλκοόλ και το χασίς. Γι' αυτό και η διερεύνηση του ιατρικού ιστορικού του ατόμου είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της κατάθλιψης.
- Επιστημονικές έρευνες συνδέουν τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών με την κατάθλιψη. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος δύο νευροδιαβιβαστών, της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης.

Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες

- Οι πρώιμες εμπειρίες που συσχετίζονται με μια σημαντική απώλεια (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο γονέων), τις οποίες το άτομο βίωσε ως έντονα αρνητικές, είναι πιθανό να το καθιστούν περισσότερο ευάλωτο σε ανάλογες καταστάσεις και να αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη.
- Τα αρνητικά γεγονότα ζωής (όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διάλυση μιας προσωπικής σχέσης, η ανεργία, οι οικονομικές δυσκολίες), σε συνδυασμό με την υποκειμενική αίσθηση αδυναμίας αντιμετώπισής τους, αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.
- Ως συνέπεια των παραπάνω το άτομο έχει διαμορφώσει μια αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος. Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, το άτομο με καταθλιπτικό-μορφο τρόπο σκέψης αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τον κόσμο γύρω του κάνοντας αρνητικές σκέψεις και καταλήγοντας σε αρνητικά συμπεράσματα για τη ζωή και τον εαυτό του, τους άλλους και το μέλλον. Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τον εαυτό του, το άτομο νιώθει ανεπαρκές, ανάξιο, άχρηστο, ανεπιθύμητο, ελαττωματικό και ελλιπές σε σωματικά, ψυχολογικά, διανοητικά, ηθικά και κοινωνικά χαρίσματα. Σε ό,τι αφορά τις σκέψεις του για τον κόσμο, το άτομο θεωρεί ότι το περιβάλλον του είναι ιδιαίτερα απαιτητικό, ίσως και απορριπτικό απέναντί του, και απαγορευτικό στις ατομικές του επιδιώξεις. Τέλος νιώθει ότι ο κόσμος δεν έχει κανένα νόημα και δεν μπορεί να αντλήσει από αυτόν καμιά χαρά και ευχαρίστηση. Το άτομο με κατάθλιψη σκέφτεται ότι το μέλλον του θα είναι ζοφερό, αρνητικό. Θεωρεί ότι δεν υπάρχει πιθανότητα να βιώσει ευχάριστες καταστάσεις ή να του συμβούν ευχάριστα πράγματα. Μερικές φορές μάλιστα δεν «βλέπει» κανένα μέλλον.

6. Πρέπει να πάρω φάρμακα για την κατάθλιψη;

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός λειτουργίας τους διαφέρει, όλα όμως έχουν στόχο να επαναφέρουν την ισορροπία του συστήματος των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Ο ψυχίατρος επιλέγει το κατάλληλο φάρμακο για κάθε άτομο και όταν δεν διαπιστώσει βελτίωση, το αντικαθιστά με ένα άλλο.

Σήμερα κυκλοφορούν πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα παρόμοιας αποτελεσματικότητας. Ο θεραπευτής μπορεί να επιλέξει το φάρμακο με βάση τον τύπο της κατάθλιψης, την ηλικία του ατόμου, τη συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, καθώς και πιθανές προηγηθείσες θεραπείες.

Η χρήση φαρμάκων είναι πολύ πιθανό να μειώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα που σχετίζονται με το αυτόνομο νευρικό σύστημα, δηλαδή τη διαταραχή στην όρεξη και την απώλεια βάρους, τη δυσκολία στον ύπνο (κυρίως το πολύ πρωινό ξύπνημα), τη μειωμένη ενεργητικότητα, την ελαττωμένη σεξουαλική διάθεση, την απώλεια ευχαρίστησης, την επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων, τον εκνευρισμό, την ανησυχία, την ένταση, τις μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας (π.χ. καταθλιπτική διάθεση το πρωί) κ.λπ.

Οι παρενέργειες από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι συνήθως ήπιες και υποχωρούν μετά τις πρώτες ημέρες. Οι πιο συνηθισμένες είναι η ξηροστομία (βοηθούν η κατάποση μεγάλων ποσοτήτων νερού, η μάσηση τσίχλας χωρίς ζάχαρη, το συχνό πλύσιμο των δοντιών), οι διαταραχές του γαστρεντερικού (βοηθά η κατανάλωση ακατέργαστων δημητριακών, φρούτων και λαχανικών), το αίσθημα ζάλης (το άτομο καλό είναι να σηκώνεται σιγά σιγά από το κρεβάτι ή την καρέκλα), η θολή όραση (που περνά γρήγορα και δεν απαιτεί διορθωτικούς φακούς). Μερικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν ελαφρά υπνηλία, γι' αυτό είναι προτιμότερο να λαμβάνονται το βράδυ πριν από τον ύπνο. Κάποια άλλα πάλι μπορεί

να προκαλέσουν αυξημένη κινητικότητα, οπότε είναι καλύτερα να λαμβάνονται τις πρωινές ώρες.

Τα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν εξάρτηση. Η αποτελεσματικότητα αυτής της κατηγορίας ψυχοφαρμάκων θεωρείται δεδομένη. Έρευνες της τελευταίας δεκαετίας δείχνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με τη φαρμακοθεραπεία. Στην πλειονότητά τους αυτές οι έρευνες διαπίστωσαν ότι ο συνδυασμός των δύο μορφών θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι αποτελεσματικότερος από τη μεμονωμένη εφαρμογή ενός είδους θεραπείας. Σε κάθε περίπτωση πάντως το άτομο είναι απαραίτητο να συζητά με το θεραπευτή του για την αναγκαιότητα λήψης τέτοιων φαρμάκων και για τους τρόπους αντιμετώπισης που είναι κατάλληλοι για το ίδιο.

7. Βοηθά η ψυχοθεραπεία στην κατάθλιψη;

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βοηθούν κυρίως στη μείωση των «ψυχολογικών» συμπτωμάτων της κατάθλιψης, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η έλλειψη ελπίδας, το αίσθημα ανημπόριας, τα συναισθήματα ενοχής, οι σκέψεις για αυτοκτονία. Αυτή η βελτίωση πετυχαίνει με τη σειρά της την ανακούφιση των «σωματικών» συμπτωμάτων.

Η συμπεριφοριστική και η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία συγκαταλέγονται στις περισσότερες διαδεδομένες ψυχοθεραπείες για την κατάθλιψη. Η αποτελεσματικότητά τους βασίζεται σε κλινικά ερευνητικά δεδομένα.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί τεχνικές που αποσκοπούν να αυξήσουν τις δραστηριότητες από τις οποίες ο ασθενής αντλεί ευχαρίστηση και ικανοποίηση. Ακόμη, βοηθά το άτομο να αναπτύξει δεξιότητες και ικανότητες προκειμένου να αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά τα δύσκολα γεγονότα ζωής, καθώς και να ανακτήσει τις κοινωνικές του δεξιότητες όταν αυτές έχουν εκλείψει.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία επιδιώκει να διδάξει στο άτομο νέους τρόπους συμπεριφοράς, κυρίως όμως προσπαθεί να του αλλάξει το λανθασμένο τρόπο σκέψης (που θεωρείται χαρακτηριστικός της κατάθλιψης) και να του μάθει να αξιολογεί πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, και μάλιστα η αποτελεσματικότητά της συγκρίνεται με αυτή των φαρμάκων. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία της κατάθλιψης βασίζεται στην κλινική παρατήρηση ότι η καταθλιπτική διάθεση συσχετίζεται με έναν αρνητικό τρόπο σκέψης. Πολλές φορές εξαιτίας κάποιων σημαντικών γεγονότων μπορεί να ενεργοποιηθούν βαθύτερα αρνητικά σχήματα που βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση και καθιστούν το άτομο επιρρεπές στην κατάθλιψη. Όταν ενεργοποιούνται, τα σχήματα αυτά προκαλούν μια σειρά αυτόματων αρνητικών σκέψεων που εντείνουν την καταθλιπτική διάθεση, η οποία με τη σειρά της ανατροφοδοτεί αυτό τον τρόπο σκέψης. Για παράδειγμα, τα άτομα με κατάθλιψη συχνά κάνουν σκέψεις του τύπου «είμαι αποτυχημένος», «δεν μπορώ να κάνω τίποτα σωστά», «ποτέ δεν θα πραγματοποιήσω τους στόχους μου», «κανένας δεν νοιάζεται για μένα», «θα είμαι πάντα μόνη» κ.λπ. Αυτές οι σκέψεις είναι ιδιαίτερα ισχυρές και κυρίαρχες, συνήθως όμως δεν έχουν ρεαλιστική βάση. Στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία το άτομο με κατάθλιψη και ο θεραπευτής του συνεργάζονται για να προσδιορίσουν ποιοι τρόποι σκέψης και σχήματα είναι δυσλειτουργικά και πώς μπορούν να αντικατασταθούν με άλλα πιο λειτουργικά. Έτσι το άτομο θα πετύχει καλύτερη θεώρηση της ζωής του, θα βελτιώσει τη διάθεσή του και θα λειτουργεί πολύ καλύτερα στην καθημερινότητά του.

Τα παραπάνω συνιστούν μια ενεργητική επίλυση προβλημάτων. Η εξάσκηση σε νέες ικανότητες και τεχνικές μεταξύ των θεραπευτικών συνεδριών (εργασίες για το σπίτι) είναι κεντρικό μέρος της θεραπείας. Ένας βασικός στόχος της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι να εφοδιάσει το καταθλιπτικό άτομο με εργα-

λεία τα οποία θα μπορεί να χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα και να αποφύγει νέα επεισόδια. Το άτομο δηλαδή προετοιμάζεται ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει, χωρίς τη βοήθεια του θεραπευτή, αντίξοες μελλοντικές συνθήκες ή υποτροπές.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στα πρακτικά αποτελέσματα. Το βασικό ερώτημα δεν είναι πώς έφτασε κανείς στο πρόβλημα, αλλά με ποιον τρόπο θα βοηγηθεί πρακτικά και άμεσα.

Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν ωφεληθεί ιδιαίτερα από τη συμμετοχή τους σε αυτές τις ψυχοθεραπείες.

8. Πώς μπορώ να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Αν έχεις κάποια καταθλιπτική διαταραχή, είναι πιθανό να νιώθεις εξάντληση, απόγνωση, αναξιότητα και απελπισία. Τέτοιες αρνητικές σκέψεις και αισθήματα ίσως σε κάνουν να θέλεις να παραιτηθείς από τη ζωή. Είναι ωστόσο σημαντικό να συνειδητοποιήσεις ότι αυτές οι αρνητικές ιδέες είναι στοιχείο της κατάθλιψης και δεν αντικατοπτρίζουν με ορθότητα την κατάσταση. Ο αρνητικός τρόπος σκέψης εξασθενεί όσο προχωρά η θεραπεία. Σε αυτό το μεσοδιάστημα καλό θα είναι να έχεις υπόψη σου τα εξής:

- Μη θέτεις δύσκολους στόχους και μην αναλαμβάνεις μεγαλύτερη ευθύνη από αυτήν που σου αναλογεί.
- Να «τεμαχίζεις» τα μεγάλα καθήκοντα και έργα σε μικρότερα και να θέτεις προτεραιότητες. Ό,τι καταφέρνεις είναι σημαντικό.
- Προσπάθησε να είσαι με άλλους ανθρώπους και βρες κάποιον τον οποίο εμπιστεύεσαι. Είναι καλύτερο από το να είσαι μόνος/μόνη.
- Να συμμετέχεις σε δραστηριότητες που μπορούν να σε κάνουν να νιώσεις καλύτερα.
- Η ήπια σωματική άσκηση, μια ταινία στον κινηματογράφο, ένας

ποδοσφαιρικός αγώνας και η συμμετοχή σε θρησκευτικές, κοινωνικές ή άλλες δραστηριότητες μπορεί να σε βοηθήσουν.

- Η διάθεσή σου θα βελτιωθεί σταδιακά, όχι αμέσως. Θα σου πάρει χρόνο να νιώσεις καλύτερα.
- Καλό είναι να αναβάλεις τις σημαντικές αποφάσεις μέχρι να περάσει η κατάθλιψη. Πριν αποφασίσεις να κάνεις μια σημαντική αλλαγή (π.χ. αλλαγή δουλειάς, γάμος, διαζύγιο), συζήτησέ την με ανθρώπους που σε γνωρίζουν καλά, για να σχηματίσεις μια πιο αντικειμενική εικόνα της κατάστασης.
- Σπάνια οι άνθρωποι «ξεφεύγουν μονομιάς» από την κατάθλιψη. Μπορούν όμως να αισθάνονται κάθε μέρα όλο και καλύτερα.
- Να θυμάσαι ότι ο ρεαλιστικός τρόπος σκέψης θα αντικαταστήσει τον αρνητικό, ο οποίος είναι μέρος της κατάθλιψης.
- Επίτρεψε στην οικογένεια και τους φίλους σου να σε βοηθήσουν.
- Να θυμάσαι: η κατάθλιψη είναι αυτή που σου δημιουργεί τις αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό σου, τον κόσμο, το μέλλον, τους ανθρώπους γύρω σου. Οι αρνητικές σκέψεις δεν είναι ρεαλιστικός τρόπος να αντιλαμβάνεσαι τα πράγματα. Είναι σαν να βλέπεις τον εαυτό σου, τον κόσμο και το μέλλον μέσα από μια ομίχλη αρνητισμού. Μη δέχεσαι τις αρνητικές σου σκέψεις ως αληθινές. Είναι στοιχείο της κατάθλιψης. Θα εξαφανιστούν όταν η κατάθλιψή σου ανταποκριθεί στη θεραπεία. Αν η αρνητική και απέλπιδα εικόνα που έχεις για το μέλλον σε οδηγήσει σε σοβαρές σκέψεις αυτοκτονίας, να μιλήσεις οπωσδήποτε στον ειδικό που σε παρακολουθεί και να ζητήσεις τη βοήθειά του. Η αυτοκτονία είναι μια μη αναστρέψιμη πράξη που βασίζεται στις μη ρεαλιστικές απαισιόδοξες σκέψεις σου. Κάνε έναν κατάλογο με τηλέφωνα συγγενών και φίλων που εμπιστεύεσαι, γιατρών και θεραπευτών, γραμμών ψυχολογικής βοήθειας κ.λπ., και επικοινωνήσε αμέσως μόλις αρχίσεις να σκέφτεσαι το ενδεχόμενο να βάλεις τέλος στη ζωή σου.
- Είναι πολύ σημαντικό να έχεις μια σωστή εξέταση και διάγνωση από κάποιον ειδικό και να ακολουθήσεις την κατάλληλη थे-

ραπεία. Ίσως πιστεύεις ότι μπορείς να αντιμετωπίσεις την κατάθλιψή σου χωρίς βοήθεια. Είναι αλήθεια ότι κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί. Ωστόσο είναι σημαντικό να γνωρίζεις ότι:

- Η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να προλάβει την κατάθλιψη ώστε να μη γίνει σοβαρή ή χρόνια.
- Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος στους ανθρώπους που δεν υποβάλλονται σε κάποιας μορφής θεραπεία. Με τη θεραπεία οι σκέψεις αυτές αντιμετωπίζονται ασφαλέστερα.
- Όταν είναι απαραίτητη, η φαρμακευτική θεραπεία συνήθως έχει αποτέλεσμα από τον πρώτο μήνα.
- Η θεραπεία μπορεί να προλάβει νέα επεισόδια κατάθλιψης.

9. Πώς μπορούν η οικογένεια και οι φίλοι να βοηθήσουν το δικό τους άνθρωπο που πάσχει από κατάθλιψη;

Αν θέλεις να βοηθήσεις το δικό σου άνθρωπο που πάσχει από κατάθλιψη, πρέπει κατ' αρχάς να διασφαλίσεις ότι θα υποβληθεί σε σωστή εξέταση, θα λάβει ακριβή διάγνωση από κάποιον ειδικό και θα ακολουθήσει την κατάλληλη θεραπεία. Εκτός των παραπάνω, είναι απαραίτητο να τον ενθαρρύνεις να παραμείνει στη θεραπεία μέχρι τα συμπτώματα να αρχίσουν να υποχωρούν (μέσα σε μερικές εβδομάδες) ή να αναζητήσει εναλλακτική θεραπεία αν δεν υπάρχει βελτίωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις ίσως χρειαστεί να τον συνοδεύσεις στον ειδικό. Εάν η ψυχοθεραπεία συνδυάζεται με τη χορήγηση φαρμάκων, ίσως χρειαστεί να παρακολουθείς αν λαμβάνει σωστά τη φαρμακευτική αγωγή και αν συμμορφώνεται με τις οδηγίες του θεραπευτή για τη χρήση αλκοόλ, όσο διάστημα διαρκεί η φαρμακοθεραπεία.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι επίσης η παροχή συναισθηματικής στήριξης. Αυτό σημαίνει να δείχνεις κατανόηση και υπομονή, να προσφέρεις στοργή και κουράγιο. Να συζητάς με τον άνθρωπο που υποφέρει και να τον ακούς προσεκτικά. Μην υποτιμάς τα αισθήματά που νιώθει, αλλά τόνιζε τα πραγματικά γεγονότα και πρόσφερε

του ελπίδα. Όταν διαπιστώνεις ότι κάνει αρνητικές σκέψεις, βοήθησέ τον να τις αναγνωρίζει και στη συνέχεια να προσπαθεί να τις αντικρούσει προτείνοντας στον εαυτό του εναλλακτικές σκέψεις, ακόμη και αν δεν πείθεται από αυτές.

Μην αγνοείς ενδείξεις που φανερώνουν σκέψεις αυτοκτονίας και, αν υπάρχουν, μην αμελήσεις να τις αναφέρεις οπωσδήποτε στο θεραπευτή που τον παρακολουθεί.

Προσκάλεσέ τον σε περιπάτους, εξόδους και άλλες δραστηριότητες. Όταν αρνείται τις προτάσεις σου, καλό είναι να επιμένεις με ευγενικό και διακριτικό τρόπο.

Πρότρεψέ τον να ασχοληθεί με πράγματα που ξέρεις ότι στο παρελθόν τού έδιναν ευχαρίστηση (π.χ. χόμπι, σπορ, θρησκευτικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες), αλλά μην τον πιέξεις να επιχειρήσει πολλά σε μικρό χρονικό διάστημα.

Ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη χρειάζεται ψυχαγωγία και συντροφιά, όταν όμως αντιμετωπίζει πολλές απαιτήσεις μπορεί να νιώσει μεγαλύτερο αίσθημα αποτυχίας. Μην τον κατηγορείς ότι προσποιείται τον άρρωστο ή ότι τεμπελιάζει, και μην περιμένεις να συνέλθει από τη μια στιγμή στην άλλη.

Με τη θεραπεία η κατάσταση των περισσότερων ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη βελτιώνεται. Μην το ξεχνάς αυτό. Έτσι μπορείς να βεβαιώνεις τον άνθρωπό σου ότι με την πάροδο του χρόνου και τη βοήθεια που δέχεται θα νιώσει καλύτερα.

10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά υπάρχουν δύο αξιόλογα και πολυδιαβασμένα βιβλία αυτοβοήθειας για την κατάθλιψη. Πρόκειται για το βιβλίο του D. Burns, *Αισθανθείτε καλά!* και το βιβλίο του P. Gilbert, *Ξεπερνώντας την κατάθλιψη*.

Στα αγγλικά υπάρχουν πολλά βιβλία. Από τα πιο γνωστά είναι αυτό των D. Greenberger και C. Padesky, *Mind over mood*.

Άγχος

Γεωργία Αλεξοπούλου
Αθανασία Μαυροειδή

1. Τι είναι το άγχος;
2. Μύθοι και πραγματικότητα για το άγχος
3. Ποια είναι τα συμπτώματα και ποιες οι βασικές συνέπειες του άγχους σε σωματικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο;
4. Τι είναι αυτό που διαφοροποιεί το απλό άγχος από μια διαταραχή άγχους; Πότε πρέπει κανείς να ανησυχήσει;
5. Ποιες είναι οι πιο γνωστές διαταραχές άγχους;
6. Πώς το άγχος διαφοροποιείται από το φόβο; Τι είναι φοβία;
7. Πότε το άγχος γίνεται πρόβλημα;
8. Υπάρχει περίπτωση να συνυπάρχουν περισσότερες από μία διαταραχές άγχους; Ποια άλλα προβλήματα μπορεί να συνυπάρχουν με μια διαταραχή άγχους;
9. Μπορεί μια διαταραχή άγχους να θεραπευτεί;
10. Πώς διεξάγεται η θεραπεία του άγχους σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο;
11. Τι να κάνω για να μειώσω το άγχος μου;
12. Πώς μπορώ να βοηθήσω κάποιον με διαταραχή άγχους;
Τι πρέπει να κάνω όταν καταλάβω ότι ένας φίλος ή μια φίλη παρουσιάζει κάποια διαταραχή άγχους;
13. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι το άγχος;

Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού μας απέναντι σε έναν επικείμενο κίνδυνο. Είναι μια δέσμη σωματικών αντιδράσεων που εκδηλώνονται όταν ο εγκέφαλος εκτιμήσει ότι υπάρχει κίνδυνος. Μερικές φορές βέβαια η εκτίμηση του εγκεφάλου δεν ανταποκρίνεται σε πραγματική απειλή. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι, αν και ο κίνδυνος έχει περάσει, το σώμα εξακολουθεί να βρίσκεται σε κατάσταση ετοιμότητας και τότε το άγχος βιώνεται ως αρνητικό και δυσάρεστο. Γενικά πάντως, το άγχος είναι ένας μηχανισμός προστασίας και κινητοποίησης απέναντι σε καταστάσεις που απαιτούν την άμεση αντίδρασή μας. Μας βοηθά να προσαρμοστούμε τόσο σε θετικά όσο και σε αρνητικά συμβάντα (απώλεια εργασίας, διάλυση μιας σημαντικής σχέσης, γάμος, γέννηση παιδιού, εξετάσεις κ.ά.). Αν δεν είχαμε καθόλου άγχος, δεν θα μπορούσαμε να επιβιώσουμε και να προσαρμοστούμε, καθώς δεν θα κινητοποιούμασταν απέναντι σε ενδεχόμενους κινδύνους.

2. Μύθοι και πραγματικότητα για το άγχος

Μύθος 1. Το άγχος είναι το ίδιο για όλους

Στην πραγματικότητα το άγχος είναι διαφορετικό σε κάθε άνθρωπο. Αυτό που είναι στρεσογόνο ερέθισμα για ένα άτομο μπορεί να μην είναι για κάποιο άλλο. Κάθε άνθρωπος αντιδρά στο άγχος με εντελώς διαφορετικούς τρόπους.

Μύθος 2. Το άγχος είναι πάντα κακό για σένα

Σύμφωνα με αυτή την άποψη, το «μηδενικό» άγχος θα μας διατηρούσε ευτυχισμένους και υγιείς. Κάτι τέτοιο όμως δεν ισχύει. Η μόνη στιγμή που δεν υπάρχει άγχος είναι όταν είμαστε νεκροί. Το ελεγχόμενο άγχος όμως μπορεί να μας κάνει παραγωγικούς και ευτυχισμένους.

Μύθος 3. Άγχος βιώνεις παντού, σε κάθε δραστηριότητα, δεν μπορείς να το αποφύγεις

Κι όμως, μπορείς να οργανώσεις τη ζωή σου έτσι ώστε το άγχος να μην σε υπερβαίνει. Μπορείς να μάθεις τεχνικές αντιμετώπισης που θα σε βοηθήσουν να λειτουργείς και να ανταποκρίνεσαι στις υποχρεώσεις σου ακόμη και όταν αισθάνεσαι άγχος.

Μύθος 4. Οι πιο διαδεδομένες τεχνικές για τον έλεγχο του άγχους είναι και οι πιο αποτελεσματικές για όλους

Ούτε αυτό ισχύει. Μόνο ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης βασισμένο στις ατομικές σου ανάγκες θα έχει κάποιο αποτέλεσμα.

Μύθος 5. Κανένα σύμπτωμα, καθόλου άγχος

Κι όμως, η απουσία συμπτωμάτων δεν συνεπάγεται ότι δεν υπάρχει άγχος.

Μύθος 6. Μόνο η ύπαρξη σημαντικών συμπτωμάτων αξίζει την προσοχή μας

Μικρής σημασίας συμπτώματα, όπως είναι οι πονοκέφαλοι ή οι πόνοι στη μέση, μπορεί να είναι για σένα αρκετά ενοχλητικά και να σημαίνουν ότι χρειάζεσαι βοήθεια.

3. Ποια είναι τα συμπτώματα και ποιες οι βασικές συνέπειες του άγχους σε σωματικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο;

- **Σωματικά συμπτώματα.** Πονοκέφαλοι, ξηρότητα του στόματος, υπέρταση, πόνοι στο στήθος, βήχας και ασθματικές καταστάσεις, μυϊκοί πόνοι, αίσθημα κόπωσης, δυσπεψία, κοιλιακοί πόνοι, διάρροια, ξηρότητα του δέρματος, αϋπνία, εφίδρωση χωρίς λόγο, δύσπνοια, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας ή σεξουαλική δυσλειτουργία.
- **Ψυχολογικά συμπτώματα.** Ευερεθιστότητα, έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, αίσθημα αποτυχίας, φόβος για το μέλλον, δυσκολίες στη συγκέντρωση.

- **Εκδηλώσεις στη συμπεριφορά.** Αποφυγή δραστηριοτήτων, αυξημένη κατανάλωση τοξικών ουσιών, επιθετικότητα, υπερβολική κατανάλωση τροφής ή το αντίθετο, ροπή προς ατυχήματα.

4. Τι είναι αυτό που διαφοροποιεί το απλό άγχος από μια διαταραχή άγχους; Πότε πρέπει κανείς να ανησυχήσει;

Αν το άγχος υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα με συχνές περιόδους υψηλής έντασης, τότε είναι ενδεικτικό διαταραχής άγχους. Το άγχος μπορεί φαινομενικά να υπάρχει χωρίς συγκεκριμένο λόγο ή να είναι τόσο έντονο που το άτομο να αποδιοργανώνεται, φθάνοντας στο σημείο να διακόψει κάποιες καθημερινές δραστηριότητές του.

5. Ποιες είναι οι πιο γνωστές διαταραχές άγχους;

- **Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.** Μη ρεαλιστικό ή υπερβολικό άγχος και ανησυχία για τα καθημερινά προβλήματα της ζωής (π.χ. επάγγελμα, υγεία, οικονομικά) με συμπτώματα όπως μυϊκή τάση (τρέμουλο), εύκολη κόπωση, ταχυκαρδία, αϋπνία, δυσκολία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, ναυτία.
- **Διαταραχή πανικού.** Έντονος, επαναλαμβανόμενος φόβος που εμφανίζεται ξαφνικά, χωρίς προειδοποίηση, και συνοδεύεται από συμπτώματα όπως δύσπνοια, ζάλη, ταχυκαρδία, εφίδρωση, αίσθημα πνιγμού, παραισθήσεις και φόβο του ατόμου ότι θα πεθάνει, θα τρελαθεί ή θα κάνει κάτι ανεξέλεγκτο.
- **Αγοραφοβία.** Φόβος του ατόμου να βρεθεί σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η διαφυγή του είναι δύσκολη ή όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα να του παρασχεθεί βοήθεια σε περίπτωση που έχει κρίση ή συμπτώματα πανικού. Ένα άτομο με αγοραφοβία αισθάνεται άγχος όταν βρίσκεται μέσα σε πλήθος, όταν είναι

έξω από το σπίτι μόνο του, όταν στέκεται στην ουρά (π.χ. στο σούπερ μάρκετ), όταν ταξιδεύει με λεωφορείο, τρένο ή αυτοκίνητο κ.λπ. (βλ. το επόμενο κεφάλαιο).

- **Κοινωνική φοβία.** Έντονος και επίμονος φόβος για μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο θα πρέπει να κάνει κάτι ή βρίσκεται με άγνωστο κόσμο. Το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα δουν το άγχος του και θα ρεζιλευτεί. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν σχεδόν πάντα πολλά σωματικά συμπτώματα άγχους, όπως κοκκίνισμα, εφίδρωση, ταχυκαρδία κ.ά. (βλ. και το αντίστοιχο κεφάλαιο «Κοινωνική φοβία»).
- **Ειδικές φοβίες.** Φανερά παράλογος και υπερβολικός φόβος από την παρουσία ή την αναμονή εμφάνισης ενός αντικειμένου ή μιας κατάστασης (π.χ. πτήση, ζώο, θέα αίματος, ύψη κ.ά.). Το άτομο καταλαβαίνει ότι ο φόβος του είναι παράλογος και υπερβολικός. Χαρακτηριστικό των ειδικών φοβιών είναι η άμεση αντίδραση άγχους όταν το άτομο έρχεται σε επαφή με το «φοβικό» ερέθισμα. Η ζωή ενός ατόμου με ειδική φοβία ρυθμίζεται λίγο ή πολύ από την αποφυγή της επαφής του με το αντικείμενο ή την κατάσταση που φοβάται (βλ. και το κεφάλαιο «Φοβίες»).
- **Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.** Έντονες, ανεπιθύμητες και επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή εικόνες, που βιώνονται ως εισβολή, θεωρούνται ακατάλληλες και προκαλούν έντονο άγχος. Το άτομο μπορεί να προσπαθεί να τις αποφύγει και να μειώσει το άγχος που του δημιουργούν με άλλες σκέψεις ή πράξεις (τελετουργίες) (βλ. το αντίστοιχο κεφάλαιο «Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή»).
- **Μετατραυματική διαταραχή άγχους.** Είναι αποτέλεσμα της εμπειρίας ενός τραυματικού γεγονότος που το άτομο βίωσε, αντιμετώπισε ή παρακολούθησε και το οποίο του προκάλεσε τρόμο ή αίσθηση ανημπόριας. Συνοδεύεται από ευερεθιστότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα, διαταραχές του ύπνου, εφιάλτες, επαναλαμβανόμενα όνειρα ή αναμνήσεις του συμβάντος που προκαλούν ταραχή κ.λπ. Σε κάποιες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να δρα ή να νιώθει ότι ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός, με

αποτέλεσμα να αποφεύγει γενικά κάθε είδους ερέθισμα που σχετίζεται με αυτό (βλ. επίσης το κεφάλαιο «Διαταραχή μετά από ψυχотραυματικό στρες»).

6. Πώς το άγχος διαφοροποιείται από το φόβο; Τι είναι φοβία;

Ο φόβος συνήθως έχει να κάνει με ανησυχία για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση που εμπεριέχει κίνδυνο (π.χ. πυρκαγιά). Το άγχος, από την άλλη πλευρά, είναι περισσότερο μια υποκειμενική κατάσταση ανησυχίας ως αντίδραση σε ποικίλες καταστάσεις, που μολονότι δεν εμπεριέχουν κίνδυνο, το άτομο τις βιώνει ως απειλητικές (π.χ. εξετάσεις, συνέντευξη για την εύρεση εργασίας κ.λπ.). Τέλος στη φοβία το άτομο εκδηλώνει μια έντονη και αυτόματη αντίδραση όταν βρίσκεται ή πρόκειται να βρεθεί αντιμέτωπο με την κατάσταση που του προκαλεί φόβο, παρόλο που καταλαβαίνει ότι αυτό είναι αδικαιολόγητο και υπερβολικό (π.χ. στη φοβία των σκύλων το άτομο φοβάται και νιώθει υπερβολικό άγχος όταν βλέπει σκύλο, ανεξάρτητα αν είναι επικίνδυνος ή όχι). Το άτομο αποφεύγει συστηματικά αυτές τις καταστάσεις και συχνά αισθάνεται άγχος για την ενδεχόμενη αντίδρασή του (φοβάται όχι μόνο το σκύλο αλλά και μήπως αντιδράσει υπερβολικά μπροστά του, π.χ. αρχίσει να φωνάζει, λιποθυμήσει κ.λπ.).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αν η συμπεριφορά αποφυγής δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του ατόμου, αν δεν το εμποδίζει να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις και αν δεν του προκαλεί δυσφορία και ενόχληση, τότε η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή (π.χ. φοβία αραχνών).

7. Πότε το άγχος γίνεται πρόβλημα;

Το άγχος από μόνο του δεν αποτελεί πρόβλημα. Ο τρόπος διαχεί-

ρισής του ωστόσο μπορεί μερικές φορές να γίνει αιτία για την ανάπτυξη διαταραχής άγχους. Σε τέτοιες περιπτώσεις το άτομο έχει την τάση να σκέφτεται με τρόπο διαφορετικό απ' ό,τι συνήθως. Είναι ένας αρνητικός τρόπος σκέψης, που εμπεριέχει το στοιχείο της απειλής και αφορά τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον. Αυτός ο τρόπος σκέψης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους, το οποίο με τη σειρά του εντείνει τις αρνητικές σκέψεις. Οι απειλητικές σκέψεις μάς κάνουν να πιστεύουμε ότι είναι πιο πιθανό τα πράγματα να πάνε στραβά (με καταστροφικές συνέπειες) και ότι σε αυτή την περίπτωση θα είναι δύσκολο να βοηθήσουμε τον εαυτό μας ή να βρούμε βοήθεια από άλλες πηγές. Ο τρόπος με τον οποίο σκεφτόμαστε σε αυτές τις καταστάσεις επηρεάζει αντίστοιχα και τη συμπεριφορά μας. Έτσι συχνά υιοθετούμε συμπεριφορές που δεν μας βοηθούν να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά το άγχος μας (π.χ. αποφεύγουμε τις καταστάσεις που φοβόμαστε, καταφεύγουμε σε καταχρήσεις ή σε αγχολυτικές τελετουργίες κ.λπ.).

8.

Υπάρχει περίπτωση να συνυπάρχουν περισσότερες από μία διαταραχές άγχους; Ποια άλλα προβλήματα μπορεί να συνυπάρχουν με μια διαταραχή άγχους;

Αρκετά συχνά είναι δύσκολο να γίνει σαφής διάκριση ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες διαταραχές άγχους, επειδή αλληλεπικαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό. Για παράδειγμα, σε ένα άτομο είναι δυνατόν να συνυπάρχουν περισσότερες από μία διαταραχές, με τη διαταραχή πανικού να συνοδεύεται από συμπτώματα αγοραφοβίας ή κοινωνικής φοβίας. Είναι σύνηθες επίσης τα άτομα με κοινωνική φοβία να εμφανίζουν και άλλα προβλήματα (γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κατάθλιψη ή προβλήματα εξάρτησης από ουσίες) ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων και των συνεπειών της διαταραχής. Πολλοί άνθρωποι, για παράδειγμα, κάνουν χρήση αλκοόλ για να μειώσουν το άγχος τους στις κοινωνικές εκδηλώσεις, ή αποφεύγουν κοινωνικές δραστηριότητες, και έτσι απομονώνονται από τον περι-

γυρο και νιώθουν μοναξιά (έναν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης).

9. Μπορεί μια διαταραχή άγχους να θεραπευτεί;

Η απάντηση είναι θετική. Η εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης στη θεραπεία των διαταραχών του άγχους έχει να επιδείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα και υψηλά ποσοστά θεραπευτικής αποτελεσματικότητας.

10. Πώς διεξάγεται η θεραπεία του άγχους σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο;

Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο χρησιμοποιεί τεχνικές αντιμετώπισης που βοηθούν το άτομο να μετριάσει τις σωματικές και ψυχολογικές του αντιδράσεις, και παράλληλα να περιορίσει και να ελέγξει τις συμπεριφορές που σχετίζονται με το φόβο και το άγχος. Μερικές από τις τεχνικές αυτές είναι:

- Ημερολόγιο.
- Διαφραγματική αναπνοή.
- Χαλάρωση.
- Απόσπαση της προσοχής.
- Γνωσιακή αναδόμηση.
- Έκθεση.
- Επίλυση προβλημάτων.
- Εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά.
- Οργάνωση χρόνου.

Η τεχνική της έκθεσης είναι αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών: είναι γρήγορη, αποδοτική και διατηρεί τα θετικά της αποτελέσματα στο χρόνο. Στα επόμενα τέσσερα κεφάλαια περιγράφεται λεπτομερέστερα η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία των αγχωδών διαταραχών.

11. Τι να κάνω για να μειώσω το άγχος μου;

- Αντιμετώπισε το άγχος ως μια φυσιολογική αντίδραση σε στρεσογόνες καταστάσεις και δώσε στον εαυτό σου το δικαίωμα να αισθάνεται άγχος σε δύσκολες στιγμές.
- Συνειδητοποίησε ότι οι περισσότερες αποφάσεις δεν είναι ούτε «σωστές» ούτε «λανθασμένες», απλώς οδηγούν σε διαφορετικές εμπειρίες με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.
- Οργάνωσε το χρόνο σου.
- Αναζήτησε την ευχαρίστηση στη διαδικασία τού να «κάνεις» κάτι, αντί να επικεντρώνεις την προσοχή σου στο τελικό αποτέλεσμα.
- Προετοίμασε από το προηγούμενο βράδυ τις δραστηριότητες της επόμενης ημέρας.
- Δες τα λάθη σου ως ευκαιρία να μάθεις, παρά ως προσωπική αποτυχία.
- Αναζήτησε επαγγελματική βοήθεια αν το άγχος σου παραμένει, αν αισθάνεσαι ότι περιορίζονται οι δραστηριότητές σου και αν νιώθεις πεσμένη τη διάθεσή σου.
- Να θυμάσαι ότι οι παραπάνω συμβουλές μπορεί να σε αγχώσουν περισσότερο αν προσπαθήσεις να τις εφαρμόσεις όλες μαζί. Διάλεξε αυτές που ταιριάζουν περισσότερο σε σένα και ακολούθησε μια ή δύο κάθε φορά.

12. Πώς μπορώ να βοηθήσω κάποιον με διαταραχή άγχους; Τι πρέπει να κάνω όταν καταλάβω ότι ένας φίλος ή μια φίλη παρουσιάζει κάποια διαταραχή άγχους;

- Μην κάνεις υποθέσεις για το τι χρειάζεται το άτομο. Καλύτερα ρώτησέ το ευθέως.
- Βρες κάτι θετικό σε κάθε εμπειρία του.
- Μην ενισχύεις την αποφυγή του. Διαπραγματεύσου, για παρά-

δειγμα, μαζί του έτσι ώστε να κάνει ένα βήμα μπροστά όταν δειχνει επιθυμία αποφυγής. Μπορείς, λόγου χάρη, να του πεις: «Εντάξει, δεν θα πάμε στο μπαρ, αλλά θέλω να περάσουμε τουλάχιστον απ' έξω, και αν δούμε ότι δεν έχεις πολλά συμπτώματα, να ρίξουμε και μια ματιά μέσα».

- Μην πανικοβάλλεσαι όταν πανικοβάλλεται το άτομο.
- Να θυμάσαι ότι είναι φυσικό να αισθάνεσαι κι εσύ άγχος.
- Δείξε υπομονή και δεκτικότητα.
- Να λες: «Μπορείς να το κάνεις, ανεξάρτητα από το πώς νιώθεις. Πες μου τι χρειάζεσαι τώρα. Ανάπνευσε αργά και σταθερά. Μείνε στην κατάσταση. Ξέρω ότι αυτό που νιώθεις είναι οδυνηρό, δεν είναι όμως επικίνδυνο». Μη λες ποτέ: «Ηρέμησε. Μη νιώθεις άγχος. Ας δούμε αν μπορείς να το κάνεις αυτό. Μπορείς να το παλέψεις. Τι θα κάνουμε μετά; Μη γίνεσαι γελοίος/γελοία! Πρέπει να μείνεις. Μη δειλιάζεις».

13. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά κυκλοφορεί το βιβλίο της H. Kennerley, *Ξεπερνώντας το άγχος*, το οποίο είναι ευρέως διαδεδομένο στον αγγλοσαξονικό χώρο. Προτείνεται επίσης το βιβλίο του D. Fontana, *Άγχος και η αντιμετώπισή του*. Τέλος το σημαντικό βιβλίο του I. Marks με τίτλο *Νικήστε τις φοβίες* μπορεί να σας βοηθήσει να μάθετε περισσότερα για τη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών.

Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία

Άγγελος Ηλιόπουλος
Αθανασία Μαυροειδή
Δέσποινα Τζόβα

1. Τι είναι η διαταραχή πανικού;
2. Ποια είναι τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού;
3. Τι προκαλεί τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού;
4. Ποιος μπορεί να εμφανίσει διαταραχή πανικού;
5. Σε ποιες ηλικίες πρωτοεμφανίζεται;
6. Όταν έχω κρίση πανικού, η καρδιά μου χτυπά πολύ δυνατά. Μπορεί να πάθω καρδιακή προσβολή;
7. Η κρίση πανικού μου συνέβη για πρώτη φορά μετά από μια πιεστική ημέρα στη δουλειά. Αν αποφύγω το στρες, θα εξαλειφθούν και οι κρίσεις;
8. Τι πρέπει να κάνω αν καταλάβω ότι έχω διαταραχή πανικού;
9. Τι είναι η αγοραφοβία;
10. Πώς συσχετίζεται η αγοραφοβία με τις κρίσεις πανικού;
11. Από τότε που ξεκίνησαν αυτά τα συμπτώματα δεν έχω διάθεση για τίποτα. Τι μπορεί να μου συμβαίνει;
12. Πώς θεραπεύονται η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία;
13. Ποια είναι τα στάδια της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας για τη διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία;
14. Πώς μπορώ να έχω μεγαλύτερο κέρδος από τη θεραπεία;
15. Τι να κάνω κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού;
16. Τι πρέπει να θυμάμαι;
17. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η διαταραχή πανικού;

Η διαταραχή πανικού είναι μια από τις αγχώδεις διαταραχές, στην οποία το άτομο αισθάνεται συχνά και απροσδόκητα φόβο χωρίς να υπάρχει σημαντικός λόγος. Αυτά τα συχνά ξεσπάσματα έντονου φόβου ονομάζονται «κρίσεις πανικού». Κατά τη διάρκεια των κρίσεων το άτομο μπορεί να έχει έντονα σωματικά συμπτώματα, όπως αυξημένο καρδιακό ρυθμό, δυσκολία στην αναπνοή ή ζαλάδα, τα οποία αυξάνουν το φόβο του.

Το άτομο πιστεύει ότι οι κρίσεις (ή προσβολές) πανικού μπορεί να του συμβούν οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμιά προειδοποίηση και οπουδήποτε (στη δουλειά, κατά τη διάρκεια ενός ταξιδιού, σε δημόσιο χώρο κ.λπ.). Έτσι ζει με το συνεχή φόβο μιας νέας προσβολής, αποφεύγοντας να πηγαίνει σε μέρη όπου ήδη του συνέβη μια κρίση πανικού. Αυτός ο φόβος συχνά είναι τόσο έντονος που το άτομοιώθει ανίκανο να βγει από το σπίτι του (σε αυτή την περίπτωση η διαταραχή ονομάζεται «αγοραφοβία»). Μολονότι δεν διαρκούν πολύ, οι κρίσεις πανικού βιώνονται ως πολύ τρομακτικές και δίνουν την εντύπωση ότι μπορεί να κρατήσουν για πάντα.

Το άτομο είναι σημαντικό να γνωρίζει ότι δεν ευθύνεται το ίδιο για τη διαταραχή του και ότι για να απαλλαγεί από αυτήν χρειάζεται βοήθεια. Οι κρίσεις συνήθως εμφανίζονται για πρώτη φορά σε νεαρή ηλικία, μεταξύ 18 και 24 ετών, ή έπειτα από καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο ήταν ιδιαίτερα αγχωμένο (π.χ. μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου).

2. Ποια είναι τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού;

Στη διαταραχή πανικού τα συμπτώματα είναι και σωματικά και ψυχολογικά:

- Αίσθημα παλμών, έντονοι χτύποι της καρδιάς ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού.

- Εφίδρωση.
- Τρεμούλα ή έντονος τρόμος.
- Αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας.
- Αίσθημα πνιγμού.
- Πόνος ή «βάρος» στο στήθος.
- Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση.
- Αίσθημα ζάλης, αστάθεια ή τάση για λιποθυμία.
- Φόβος για ενδεχόμενη απώλεια ελέγχου ή τρέλας.
- Φόβος θανάτου.
- Μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα.
- Ρίγη ή αίσθημα ζέστης.
- Τάση φυγής από το συγκεκριμένο χώρο.
- Φόβος ότι η κρίση θα ξανασυμβεί και αποφυγή των καταστάσεων ή των χώρων όπου εμφανίστηκε μια κρίση πανικού (στην περίπτωση της αγοραφοβίας).

3. Τι προκαλεί τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού;

Σε καταστάσεις που είναι απειλητικές συνήθως τίθενται σε λειτουργία δύο βασικοί βιολογικοί μηχανισμοί: η *φυγή* ή η *μάχη* για την αντιμετώπιση της απειλής. Ο εγκέφαλος ενεργοποιεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα προκαλώντας έκκριση αδρεναλίνης, πράγμα που μπορεί να γίνει αντιληπτό ως μια αίσθηση έξαψης. Οι χτύποι της καρδιάς αυξάνουν, για να τροφοδοτήσουν με περισσότερο οξυγόνο τους ιστούς. Το αίμα μεταφέρεται από το δέρμα και τα δάχτυλα στους μεγάλους μυς του σώματος. Αυτό μειώνει την αιμορραγία σε περίπτωση «επίθεσης» και προκαλεί μια αίσθηση παγώματος στα χέρια και στα πόδια. Ο ρυθμός της αναπνοής αυξάνεται επίσης, για να προμηθεύσει τον οργανισμό με περισσότερο οξυγόνο. Γι' αυτό και εμφανίζονται δύσπνοια, ζάλη και πόνος στο στήθος. Η εφίδρωση με τη σειρά της εμποδίζει την αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Οι κόρες των ματιών διαστέλλονται, για

να δεχτούν περισσότερο φως και να διευρυνθεί το οπτικό πεδίο ώστε να γίνεται πιο εύκολα αντιληπτός ο κίνδυνος. Εξ ου και η ευαισθησία στο έντονο φως και οι διαταραχές στην όραση. Το πεπτικό σύστημα υπολειπουργεί για να παρέχει αίμα στους μυς, με αποτέλεσμα να στεγνώνει το στόμα και να εμφανίζεται το αίσθημα της ναυτίας. Οι μύες βρίσκονται σε ένταση καθώς προετοιμάζουν τον οργανισμό για φυγή, αν όμως τελικά δεν δραστηριοποιηθούν μπορεί να προκαλέσουν σπασμούς ή τρέμουλο. Οι σκέψεις είναι επικεντρωμένες στη διερεύνηση της απειλής, διατηρώντας την εγρήγορση και την επαγρύπνηση. Όλη αυτή η διαδικασία βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τον κίνδυνο. Για παράδειγμα, όταν διασχίζουμε πεζοί ένα δρόμο και ξαφνικά δούμε ένα αυτοκίνητο να έρχεται καταπάνω μας με ιλιγγιώδη ταχύτητα, θα τρέξουμε γρήγορα στο απέναντι πεζοδρόμιο. Ο εγκέφαλός μας μας έδωσε την εντολή να τρέξουμε γρήγορα (μηχανισμός φυγής) και εμείς την εκτελέσαμε, αφού πρώτα ενεργοποιήθηκε ο μηχανισμός που περιγράφηκε παραπάνω.

Μερικές φορές όμως αυτή η διαδικασία ξεκινά σε καταστάσεις τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλητικές, παρότι δεν υπάρχει πραγματική απειλή. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται λόγω της ενεργοποίησης αυτού του μηχανισμού, και προκαλούν δυσφορία και φόβο, είναι πιθανό να ενταθούν και να οδηγήσουν σε κρίση πανικού εξαιτίας του φόβου που το άτομο θα βιώσει. Μολονότι και στις δύο περιπτώσεις ο μηχανισμός είναι ο ίδιος (επομένως φυσιολογικός και καθόλου επικίνδυνος), στις καταστάσεις όπου υπάρχει πραγματική απειλή δεν γίνεται τόσο έντονα αντιληπτός και δεν προκαλεί κανένα φόβο. Αντίθετα, στις καταστάσεις που δεν εμπεριέχουν πραγματικό κίνδυνο (π.χ. σούπερ μάρκετ, μέσα μαζικής μεταφοράς, μέρη με πολύ κόσμο) αυτός ο μηχανισμός γίνεται έντονα αντιληπτός από το άτομο και του προκαλεί φόβο («Τι μου συμβαίνει; Μήπως τρελαθώ ή χάσω τον έλεγχο; Μήπως πάθω ανακοπή και πεθάνω;»). Αυτός ο φόβος με τη σειρά του ενεργοποιεί ξανά το μηχανισμό αντιμετώπισης του κινδύνου (το άτομο νιώθει ότι υπάρχει απειλή), εντείνοντας τα σωματικά συμπτώματα, τα οποία

αυξάνουν το φόβο ότι κάτι κακό θα συμβεί. Έτσι αρχίζει ένας φαύλος κύκλος που προκαλεί και συντηρεί τις κρίσεις πανικού.

Μια άλλη διαφορά είναι ότι στις απειλητικές για μας καταστάσεις δεν δίνουμε σημασία στα σωματικά μας συμπτώματα, που εξακολουθούν να υπάρχουν και μετά τον κίνδυνο ή την απειλή. Στο παράδειγμα που προαναφέραμε, για λίγα λεπτά αφότου φτάσουμε στο πεζοδρόμιο και το αυτοκίνητο έχει απομακρυνθεί, η καρδιά μας εξακολουθεί να χτυπά δυνατά και γρήγορα, είμαστε ιδρωμένοι, ίσως μάλιστα να βλέπουμε και «αστραπές». Τα συμπτώματα αυτά όμως δεν μας προβληματίζουν, επειδή ξέρουμε ότι τίποτα κακό δεν μας συμβαίνει και ότι μετά από λίγο θα σταματήσουν και το σώμα μας θα επανέλθει στη φυσιολογική του κατάσταση. Αντίθετα, στην κρίση πανικού το άτομο πιστεύει ότι τα συμπτώματα αυτά διαρκούν πολλή ώρα, νιώθει ότι είναι αβάσταχτα και φυσικά του προκαλούν φόβο. Είναι σημαντικό επομένως να γνωρίζει ότι μια κρίση πανικού δεν είναι επικίνδυνη, δεν διαρκεί πολλή ώρα (μόνο μερικά λεπτά) και, όσο οδυνηρή κι αν του είναι ως εμπειρία, μπορεί να την αντέξει.

4. Ποιος μπορεί να εμφανίσει διαταραχή πανικού;

Οποιοσδήποτε μπορεί να υποφέρει από διαταραχή πανικού, μολονότι στις γυναίκες η συχνότητα εμφάνισης είναι διπλάσια ή τριπλάσια απ' ό,τι στους άνδρες.

5. Σε ποιες ηλικίες πρωτοεμφανίζεται;

Η διαταραχή πανικού μπορεί να ξεκινήσει σε διάφορες ηλικίες, συνήθως όμως εμφανίζεται ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και στην ηλικία των 35 ετών, χωρίς να αποκλείεται η έναρξή της κατά την παιδική ηλικία ή μετά το 45ο έτος. Συνήθως έχει χρόνια πορεία με υφέ-

σεις και εξάρσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει χρόνια, συνεχής και σοβαρή συμπτωματολογία.

6. Όταν έχω κρίση πανικού, η καρδιά μου χτυπά πολύ δυνατά. Μπορεί να πάθω καρδιακή προσβολή;

Πολλά άτομα με διαταραχή πανικού συγχέουν τα συμπτώματά τους με εκείνα της καρδιακής προσβολής. Η διάγνωση της διαταραχής πανικού γίνεται μόνο ύστερα από έναν πλήρη ιατρικό έλεγχο για να αποκλειστεί η καρδιακή ασθένεια. Αν ανησυχείς για την πιθανότητα καρδιακής προσβολής, κάνε μια επίσκεψη στο γιατρό σου. Παρέχοντάς του όλες τις δυνατές λεπτομέρειες σχετικά με τα σωματικά και ψυχικά σου συμπτώματα θα διασφαλίσεις μια ικανοποιητική διάγνωση. Η διαταραχή πανικού σε καμιά περίπτωση δεν προκαλεί καρδιακή προσβολή. Χρήσιμο ωστόσο θα ήταν, όταν διαπιστώσεις έντονα συμπτώματα άγχους συνοδευόμενα από τα σωματικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω, να επισκεφθείς και έναν κλινικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο ώστε να λάβεις μια πληρέστερη διάγνωση.

7. Η κρίση πανικού μου συνέβη για πρώτη φορά μετά από μια πιεστική ημέρα στη δουλειά. Αν αποφύγω το στρες, θα εξαλειφθούν και οι κρίσεις;

Πολλά πράγματα μπορούν να πυροδοτήσουν μία και μόνο κρίση πανικού. Η διάγνωση της διαταραχής πανικού όμως γίνεται μόνο αν το άτομο παρουσιάζει επαναλαμβανόμενα επεισόδια με τα συμπτώματα που έχουν ήδη αναφερθεί. Αν βιώνεις επανειλημμένα κρίσεις πανικού, αποφεύγοντας απλώς τις καταστάσεις που τις πυροδοτούν δεν θα αντιμετωπίσεις το πρόβλημα. Για την αντιμετώπιση των κρίσεων πανικού είναι απαραίτητη η θεραπευτική παρέμβαση.

8. Τι πρέπει να κάνω αν καταλάβω ότι έχω διαταραχή πανικού;

Αν νομίζεις ότι έχεις συμπτώματα διαταραχής πανικού, μπορείς να επισκεφθείς έναν ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Είναι προτιμότερο να απευθυνθείς σε έναν επαγγελματία ειδικευμένο στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ή στη συμπεριφοριστική θεραπεία. Ο ειδικός θα αξιολογήσει αν χρειάζεται να σου χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή. Αν το άγχος είναι ιδιαίτερα έντονο και αποδιοργανώνει τις καθημερινές σου δραστηριότητες (επάγγελμα, κοινωνικές εκδηλώσεις κ.ά.), η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να σε βοηθήσει στα πρώτα στάδια της θεραπείας.

Μερικές φορές ένα άτομο μπορεί να αισθανθεί αμηχανία ή και ντροπή μιλώντας στον ειδικό για τις κρίσεις πανικού. Η δυσκολία αυτή είναι φυσιολογική. Ίσως σου φαίνεται ότι είναι τρελό ή παράλογο και ότι συμβαίνει μόνο σε σένα. Να ξέρεις όμως ότι εμφανίζεται και σε άλλους ανθρώπους και ο ειδικός θα σε βοηθήσει να αναγνωρίσεις και να αντιμετωπίσεις τις δυσκολίες σου. Όπως έχουν δείξει σχετικές έρευνες, η διαταραχή πανικού μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά σε ποσοστό από 70% έως 90%. Πολλοί άνθρωποι παρουσιάζουν αισθητή βελτίωση μερικές μόλις εβδομάδες ή μήνες αφότου ξεκινήσουν τη θεραπεία.

9. Τι είναι η αγοραφοβία;

Στην αγοραφοβία το άτομο νιώθει έντονο άγχος για μέρη ή καταστάσεις από όπου η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη (ή να προκαλεί αμηχανία) ή όπου δεν υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση απροσδόκητης κρίσης πανικού ή απροσδόκητων συμπτωμάτων που προκαλούν δυσφορία (π.χ. ζάλη, ταχυκαρδία, δύσπνοια κ.λπ., τα οποία όμως δεν είναι αρκετά για να γίνει η διάγνωση της διαταραχής πανικού). Σε μερικές περιπτώσεις το άτομο μπορεί να

αποφεύγει κάποια μέρη, χωρίς όμως να αποδίδει αυτή τη συμπεριφορά στο φόβο του για τα σωματικά του συμπτώματα. Για παράδειγμα, ενδέχεται να αποφεύγει να βρίσκεται μόνο του μακριά από το σπίτι (ή και μόνο του μέσα στο σπίτι), να είναι μέσα σε πλήθος, να στέκεται στην ουρά, να περνάει πάνω από γέφυρα, να ταξιδεύει με λεωφορείο, τρένο, αυτοκίνητο κ.λπ. Συχνά επίσης μπορεί να χρειάζεται την παρουσία συνοδού για να βρεθεί σε χώρους και καταστάσεις που φοβάται.

10. Πώς συσχετίζεται η αγοραφοβία με τις κρίσεις πανικού;

Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που εμφανίζουν κρίσεις πανικού είναι πολύ πιθανό να αρχίσουν να περιορίζουν τις δραστηριότητές τους επειδή φοβούνται μια νέα κρίση. Μπορεί να περιορίζουν τις εξόδους τους, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο, να φοβούνται να μείνουν στο σπίτι ή να βγουν έξω μόνοι τους για να πάνε ακόμη και μέχρι το περίπτερο που είναι απέναντι ακριβώς από το σπίτι τους. Εξαιτίας των κρίσεων πανικού πολλοί εγκαταλείπουν και την εργασία τους, άλλοι περιορίζουν στο ελάχιστο ακόμη και δραστηριότητες που τους προσέφεραν ευχαρίστηση (σεξ, αθλητισμό, χορό), και περισσότερο αυτές που προκαλούν σωματικά συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της κρίσης πανικού (εφίδρωση, ταχυπαλμία, λαχάνιασμα).

Τα παραπάνω είναι συμπτώματα αγοραφοβίας. Η αγοραφοβία σχετίζεται με τον πανικό. Αν το άτομο έχει πάθει μια κρίση πανικού κάπου, συνδέει το συγκεκριμένο μέρος με τη δυσάρεστη εμπειρία και αρχίζει να αποφεύγει τόσο αυτό όσο και άλλα μέρη με παρόμοια χαρακτηριστικά (π.χ. αν κάποιος είχε μια κρίση πανικού στο λεωφορείο, μπορεί να αρχίσει να αποφεύγει όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς, την οδήγηση και τα ταξίδια· αν πάλι είχε μια κρίση πανικού στο σούπερ μάρκετ, μπορεί να αποφεύγει όλα τα μέρη όπου υπάρχει πολύς κόσμος). Σκοπός αυτής της αποφυγής είναι είτε να

«προλάβει» μια νέα κρίση πανικού είτε να προστατέψει τον εαυτό του από κάτι κακό (καρδιακή προσβολή, απώλεια ελέγχου) είτε να μη ρεζιλευτεί.

Συχνά η αγοραφοβία εμφανίζεται μέσα στον πρώτο χρόνο από την έναρξη των κρίσεων πανικού. Η πορεία της δεν ταυτίζεται απαραίτητα με εκείνη των κρίσεων πανικού. Μπορεί να υποχωρεί ταυτόχρονα με τις κρίσεις πανικού, μπορεί όμως και να συντηρείται παρά την απουσία τους. Βεβαίως υπάρχει και η πιθανότητα αγοραφοβίας χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού, αν και ως διάγνωση είναι ιδιαίτερα σπάνια.

11. Από τότε που ξεκίνησαν αυτά τα συμπτώματα δεν έχω διάθεση για τίποτα. Τι μπορεί να μου συμβαίνει;

Οι κρίσεις πανικού ή/και η αγοραφοβία ωθούν τους ανθρώπους να περιορίσουν τις δραστηριότητές τους επειδή έχουν πολύ πεσμένη διάθεση και δεν ευχαρισιούνται τα πράγματα που τους ικανοποιούσαν στο παρελθόν. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι ενδεικτικά της κατάθλιψης που συχνά συνοδεύει τη διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία.

Είναι σημαντικό να συζητήσεις αυτά τα θέματα με το θεραπευτή σου, για να γίνει ξεκάθαρο και σε αυτόν και σε σένα ποιο ακριβώς είναι το πρόβλημά σου, ώστε να σχεδιαστεί η κατάλληλη θεραπεία. Με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή θα νιώσεις καλύτερα σε μερικές μόλις εβδομάδες.

12. Πώς θεραπεύονται η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία;

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές. Πολλοί πιστεύουν ότι για να ξεπεραστούν τα συμπτώματα αρκεί η θέληση. Τα συμπτώματα ωστόσο δεν εξαφανίζονται από μό-

να τους. Υπάρχουν θεραπείες που έχουν αναπτυχθεί μέσω ερευνών, οι οποίες αποδείχθηκαν αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των διαταραχών.

Οι αγχώδεις διαταραχές αντιμετωπίζονται με δύο τρόπους: με συγκεκριμένα είδη ψυχοθεραπείας ή/και με φαρμακευτική αγωγή. Στην αντιμετώπιση με ψυχοθεραπεία εφαρμόζονται συνήθως η γνωσιακή-συμπεριφοριστική και η συμπεριφοριστική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή, από την άλλη, έχει άμεσα, βραχύχρονα αποτελέσματα και ενδείκνυται κυρίως όταν υπάρχει αποδιοργάνωση εξαιτίας του έντονου άγχους και πολύ περιορισμένη λειτουργικότητα. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει το άτομο να ανακουφιστεί από το έντονο άγχος και στη συνέχεια να ακολουθήσει μια ψυχοθεραπεία η οποία θα επιφέρει τα επιθυμητά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

13. Ποια είναι τα στάδια της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας για τη διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία;

- Εξήγηση της διαταραχής πανικού και της αγοραφοβίας σύμφωνα με τις αρχές του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου.
- Διερεύνηση των προσωπικών εξηγήσεων και ερμηνειών του θεραπευόμενου για το πρόβλημά του.
- Ημερολόγιο καταγραφής σκέψεων και συναισθημάτων, προκειμένου ο θεραπευόμενος να κατανοήσει τη σχέση μεταξύ σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών του.
- Γνωσιακή αναδόμηση.
- Χαλάρωση και ασκήσεις αναπνοής.
- Προβολή σε μικροπανικούς με υπεραερισμό.
- Απόσπαση της προσοχής.
- Συστηματική έκθεση.

14. Πώς μπορώ να έχω μεγαλύτερο κέρδος από τη θεραπεία;

- Βρες έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας με εμπειρία στη θεραπεία αγχωδών διαταραχών.
- Προετοίμασε σημειώσεις πριν τα ραντεβού σου με το θεραπευτή.
- Μελέτησε βιβλία αυτοβοήθειας σε συνδυασμό με τη θεραπεία (στο τέλος κάθε κεφαλαίου αναφέρονται σχετικά βιβλία αυτοβοήθειας). Μην αμελείς να ολοκληρώνεις τις εργασίες που σου ανατίθενται για το σπίτι.
- Ο θεραπευτής θα φροντίσει να σου εξηγήσει τι ακριβώς πρόκειται να γίνει στη θεραπεία. Αν παρ' όλα αυτά υπάρχει κάτι που δεν καταλαβαίνεις, δεν θεωρείς χρήσιμο ή δεν συμφωνείς, μη διστάσεις να το αναφέρεις. Μερικές φορές είναι φυσιολογικό να νιώθεις αμηχανία ή ντροπή· το ίδιο νιώθουν και άλλοι άνθρωποι που βρίσκονται σε θεραπεία.

15. Τι να κάνω κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού;

Να θυμάσαι ότι οι κρίσεις πανικού δεν είναι επικίνδυνες και ότι για να τις ξεπεράσεις είναι πολύ σημαντικό να μένεις στην κατάσταση που φοβάσαι ή στην οποία εμφανίζεται η κρίση πανικού. Μετά από ελάχιστα λεπτά τα συμπτώματα θα αρχίσουν να υποχωρούν, όπως ακριβώς συμβαίνει και όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με μια *πραγματικά* απειλητική κατάσταση (θυμήσου το παράδειγμα με το αυτοκίνητο). Το πρόβλημα δεν λύνεται με τη φυγή ή με την αποφυγή των καταστάσεων που φοβάσαι, αλλά αντίθετα εντείνεται. Στην αρχή θα σου φαίνεται αδύνατον και εξαιρετικά επώδυνο να παραμείνεις στην κατάσταση που σου προκαλεί φόβο. Γι' αυτό προσπάθησε να ξεκινήσεις με καταστάσεις στις οποίες τα συμπτώματα του άγχους και του φόβου σου δεν είναι τόσο έντονα και μπορείς να τα αντέξεις. Μείνε εκεί για τουλάχιστον 20 λεπτά χωρίς τα συνηθι-

σμένα βοηθήματα (χάπια, νερό κ.λπ.). Θα διαπιστώσεις ότι τα συμπτώματα υποχώρησαν, τίποτα κακό δεν σου συνέβη και τελικά μπορείς να αντέξεις και να αντιμετωπίσεις ικανοποιητικά την κατάσταση.

Ίσως αυτό που μόλις διάβασες να σε αναστάτωσε αρκετά. Αυτή είναι όμως η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση των κρίσεων πανικού και έχει βοηθήσει πολλούς ανθρώπους που είχαν το ίδιο πρόβλημα. Ο ψυχοθεραπευτής σου θα σε βοηθήσει και θα σε στηρίξει στην προσπάθειά σου να αντιμετωπίσεις τη δυσκολία σου. Η έρευνα δείχνει επίσης ότι η αερόβια άσκηση (π.χ. τρέξιμο, κολύμπι) μπορεί να είναι βοηθητική. Άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι η καφεΐνη, τα ναρκωτικά και η υπερβολική χρήση φαρμάκων μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της διαταραχής.

16. Τι πρέπει να θυμάμαι;

- Μολονότι τα αισθήματα και τα συμπτώματα μοιάζουν πολύ τρομακτικά, δεν είναι επικίνδυνα.
- Αυτό που βιώνεις είναι απλώς μια υπερβολή των φυσιολογικών σωματικών σου αντιδράσεων στο στρες.
- Κατά τη διάρκεια της κρίσης πανικού προσπάθησε να σκεφτείς ότι δεν σου συμβαίνει τίποτα επικίνδυνο και ότι αυτά τα δυσάρεστα συμπτώματα θα αρχίσουν σε λίγο να υποχωρούν. Δοκίμασε να «αποσπάσεις» την προσοχή σου από τα σωματικά σου συμπτώματα παρατηρώντας το χώρο γύρω σου, τα ρούχα που φορούν οι άλλοι, τα αντικείμενα που υπάρχουν στο περιβάλλον. Σύντομα θα διαπιστώσεις ότι τίποτα κακό δεν σου συνέβη και ότι τα συμπτώματα έχουν ήδη αρχίσει να υποχωρούν.
- Μην κατηγορείς τον εαυτό σου αν δεν μπορείς να αντιμετωπίσεις τα συμπτώματά σου χωρίς βοήθεια. Οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται ειδικό, ο οποίος θα τους βοηθήσει να ξεκινήσουν με απλά και εύκολα βήματα.

17. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά κυκλοφορεί ένα σημαντικό βιβλίο αυτοβοήθειας των D. Silove και V. Manicavasagar, με τίτλο *Ξεπερνώντας τον πανικό*. Υπάρχουν επίσης βιβλία που ενημερώνουν σχετικά με τη διαταραχή και περιγράφουν τη θεραπεία. Προτείνεται το βιβλίο του Θ. Καλπάκογλου, *Άγχος και πανικός: Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*.

Μια ενδιαφέρουσα περιγραφή της διαταραχής μπορεί κανείς να βρει στα βιβλία ανθρώπων που έζησαν την εμπειρία της και θεραπεύτηκαν με τη βοήθεια της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας. Σε αυτά περιλαμβάνονται το βιβλίο του Κ. Παπαγιώργη, *Σύνδρομο αγοραφοβίας*, και το βιβλίο της Π. Φωκά, *Οι καρδερίνες είναι πουλιά αποδημητικά (Στο κλουβί του φόβου)*.

Φοβίες

Αθανασία Μαυροειδή
Ευθυμία Παυλίδου
Νίκος Μοηδοβάνος

1. Τι είναι οι φοβίες;
2. Ποιες μορφές μπορούν να πάρουν;
3. Πόσο συχνές είναι οι ειδικές φοβίες;
4. Σε ποια ηλικία εμφανίζονται συνήθως οι ειδικές φοβίες;
5. Ποια είναι τα συμπτώματα των ειδικών φοβιών;
6. Πώς δημιουργούνται οι ειδικές φοβίες;
7. Πώς συντηρούνται οι ειδικές φοβίες;
8. Πώς θα καταλάβω πότε πρέπει να αναζητήσω θεραπεία;
9. Πώς θεραπεύονται οι ειδικές φοβίες;
10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι οι φοβίες;

Όλοι οι άνθρωποι έχουν νιώσει κάποια στιγμή άγχος, φόβο και ένταση. *Φόβος* είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που δημιουργείται απέναντι σε πραγματικό κίνδυνο ή απειλή (π.χ. ο φόβος να βάλετε το χέρι σας στη φωτιά). Αντίθετα η *φοβία* είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο ή κατάσταση. Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός, επιθυμεί όμως έντονα να αποφύγει αυτό που φοβάται. Ο φόβος μπορεί να είναι *επίμονος* επειδή εμφανίζεται κάθε φορά που το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με το συγκεκριμένο αντικείμενο, δραστηριότητα ή κατάσταση. Μπορεί επίσης να είναι *παράλογος* επειδή το άτομο αντιλαμβάνεται ότι η αντίδρασή του είναι υπερβολική και μη ρεαλιστική.

Αυτό το οποίο χαρακτηρίζει κυρίως τη συμπεριφορά του ατόμου που έρχεται σε επαφή με το «φοβικό» αντικείμενο, τη «φοβική» κατάσταση ή τη «φοβική» δραστηριότητα είναι ότι κάνει καθετί για να τα αποφύγει. Υιοθετεί δηλαδή μια *συμπεριφορά αποφυγής* απέναντι στο φοβικό αντικείμενο, η οποία συχνά επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητά του.

Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι αν η αποφυγή δεν επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου στις καθημερινές του δραστηριότητες, τότε η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή.

2. Ποιες μορφές μπορούν να πάρουν;

Όταν οι φοβίες αφορούν συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις, που μπορούμε εύκολα να κατανοήσουμε και να περιγράψουμε, τότε μιλάμε για «ειδικές φοβίες». Οι φοβίες αυτής της μορφής κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το φοβικό αντικείμενο. Έτσι υπάρχουν:

- Φοβία ζώων ή εντόμων.

- Φοβία περιβαλλοντικών φαινομένων (π.χ. καταιγίδων).
- Φοβία αίματος ή τραυματισμού.
- Φοβία ειδικών καταστάσεων (π.χ. ασανσέρ, αεροπλάνο, οδήγηση, τούνελ κ.ά.).
- Άλλες φοβίες, όσες δηλαδή δεν υπάγονται στις παραπάνω (π.χ. φοβία πνιγμού, εμετού κ.λπ.).

3. Πόσο συχνές είναι οι ειδικές φοβίες;

Οι ειδικές φοβίες εμφανίζονται συνήθως πιο συχνά στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες.

Το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν κάποια ειδική φοβία φαίνεται να είναι μεγάλο στο γενικό πληθυσμό, επειδή όμως δεν υπάρχει μεγάλη έκπτωση της λειτουργικότητάς τους δεν ζητούν τη βοήθεια ειδικού.

4. Σε ποια ηλικία εμφανίζονται συνήθως οι ειδικές φοβίες;

Σύγχρονες μελέτες έδειξαν ότι η ηλικία έναρξης διαφέρει ανάλογα με το είδος της φοβίας. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι οι φοβίες για τα ζώα (π.χ. αραχνοφοβία, κυνοφοβία κ.λπ.) αρχίζουν να αναπτύσσονται από την ηλικία των 7 ετών, ενώ άλλες ειδικές φοβίες, όπως ο φόβος στη θέα του αίματος (φοβία αίματος), αναπτύσσεται από την ηλικία των 9 ετών. Η κλειστοφοβία εκδηλώνεται συνήθως πριν από την ηλικία των 20 ετών και οι φοβίες ύψους, οδήγησης και αεροπλάνων εμφανίζονται συνήθως κατά την τρίτη και την τέταρτη δεκαετία της ζωής.

5. Ποια είναι τα συμπτώματα των ειδικών φοβιών;

Τα συμπτώματα των ειδικών φοβιών εκδηλώνονται σε τρία επίπεδα: στο σώμα, στη συμπεριφορά και στις σκέψεις.

- **Οργανικά συμπτώματα.** Το άτομο με ειδική φοβία, όταν έρχεται ή πρόκειται να έρθει αντιμέτωπο με το αντικείμενο ή την κατάσταση που φοβάται, εμφανίζει ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρέμουλο, γρήγορη αναπνοή, μυϊκές συσπάσεις, αδυναμία, ναυτία, ζάλη, αίσθημα πανικού.
Ειδικά στη φοβία του αίματος όμως παρατηρούνται διαφορετικά συμπτώματα, όπως απότομη πτώση της πίεσης, κρύος ιδρώτας και συχνά λιποθυμία. Η αντιμετώπιση αυτής της φοβίας απαιτεί τη βοήθεια γιατρού εξαιτίας των ιδιαίτερων συμπτωμάτων.
- **Συμπτώματα σε επίπεδο συμπεριφοράς.** Όταν έρχεται ή πρόκειται να έρθει αντιμέτωπο με το αντικείμενο ή την κατάσταση που φοβάται (ζώο, ύψος, κλειστός χώρος κ.λπ.), το άτομο είτε προσπαθεί να απομακρυνθεί αμέσως είτε «παγώνει». Συνήθως πάντως αποφεύγει εντελώς τις καταστάσεις στις οποίες υπάρχουν ή είναι πιθανό να συναντήσει τα αντικείμενα για τα οποία νιώθει φόβο.
- **Σκέψεις.** Το άτομο με ειδική φοβία, όταν έρχεται ή πρόκειται να έρθει αντιμέτωπο με το αντικείμενο ή την κατάσταση που φοβάται, κάνει μια σειρά από αυτόματες σκέψεις οι οποίες εμπειρεύουν το στοιχείο της απειλής. Οι σκέψεις αυτές είναι τρομακτικές και προκαλούν φόβο (π.χ. «ο σκύλος θα με φάει») ή διαστρεβλωμένες (το άτομο με φοβία για τις κατσαρίδες ίσως έχει την αίσθηση ότι οι διαστάσεις τους είναι μεγαλύτερες απ' ό,τι στην πραγματικότητα). Για παράδειγμα, αν κάποιος με φοβία σκύλων δει ένα σκύλο, αυτόματα σκέφτεται ότι «θα τον δαγκώσει». Αυτό συμβαίνει κάθε φορά που βλέπει σκύλο, με αποτέλεσμα να προσπαθεί αμέσως να αποφύγει την κατάσταση, χωρίς να εξετάζει κατά πόσο ο συγκεκριμένος σκύλος είναι επικίνδυνος.

6. Πώς δημιουργούνται οι ειδικές φοβίες;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση εξηγεί τη δημιουργία των ειδικών φοβιών μέσω του μοντέλου της μάθησης. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι φοβίες «μαθαίνονται» και η μάθησή τους γίνεται με τρεις τρόπους:

- Παρατηρώντας τις αντιδράσεις των άλλων μαθαίνουμε να φοβόμαστε συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα, παρατηρώντας την αντίδραση της τρομαγμένης μητέρας του απέναντι σε ένα σκύλο που γαβγίζει, το παιδί είναι πιθανό να «υιοθετήσει» κι αυτό τον ίδιο φόβο.
- Μαθαίνουμε να φοβόμαστε καταστάσεις στις οποίες βιώσαμε μια δυσάρεστη εμπειρία που μας προκάλεσε φόβο. Για παράδειγμα, μια άσχημη εμπειρία που είχαμε σε ένα ταξίδι με αεροπλάνο ίσως μας κάνει να νιώθουμε έντονο φόβο κάθε φορά που πρέπει να ταξιδέψουμε με αυτό το μέσο, όπως μπορεί επίσης να μας κάνει να αποφεύγουμε εντελώς τα αεροπορικά ταξίδια.
- Πολλές φορές φοβόμαστε αντικείμενα ή καταστάσεις που δεν έχουμε αντιμετωπίσει προσωπικά, αλλά έχουμε απλώς ακούσει άλλους να τα βλέπουν με φόβο και να τα αποφεύγουν. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να φοβάται το αεροπλάνο χωρίς να έχει ταξιδέψει ποτέ με αυτό.

Σε όλες τις καταστάσεις καθοριστικό ρόλο παίζει ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ερμήνευσε την εμπειρία του.

7. Πώς συντηρούνται οι ειδικές φοβίες;

Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, οι ειδικές φοβίες συντηρούνται και εντείνονται μέσω ενός φαύλου κύκλου. Ανεξάρτητα από το πώς οι ειδικές φοβίες ξεκίνησαν και αναπτύχθηκαν, ο μηχανισμός που τις συντηρεί είναι η *αποφυγή*. Δεδομένου ότι η

πιο συχνή αντίδρασή του είναι η αποφυγή του αντικειμένου ή της κατάστασης που φοβάται, το άτομο δεν δίνει στον εαυτό του την ευκαιρία να αντιμετωπίσει το φοβικό αντικείμενο ή τη φοβική κατάσταση και να διαπιστώσει κατά πόσο οι σκέψεις του είναι ρεαλιστικές. Αυτή η συμπεριφορά αυξάνει το άγχος, το φόβο και τις απειλητικές σκέψεις γι' αυτή την κατάσταση. Και η εμπειρία αυτή τελικά «επιβεβαιώνει» στο άτομο την αντίληψή του ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το φόβο του και ενισχύει τη συμπεριφορά αποφυγής.

8. Πώς θα καταλάβω πότε πρέπει να αναζητήσω θεραπεία;

Όταν ο φόβος σου για ένα αντικείμενο ή κατάσταση επιμένει στο χρόνο, με αποτέλεσμα να γίνεται αφόρητος και να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις καθημερινές σου δραστηριότητες, τότε θα πρέπει να αναζητήσεις τη βοήθεια ειδικού. Για παράδειγμα, εκείνος που αποφεύγει οποιαδήποτε κατάσταση στην οποία υπάρχει περίπτωση να δει σκύλο μάλλον ταλαιπωρείται καθημερινά. Κι αυτό γιατί κάθε φορά που βγαίνει έξω, πρέπει να σκέφτεται εκ των προτέρων τις διαδρομές τις οποίες θα ακολουθήσει ώστε να αποφύγει τελείως μέρη όπου υπάρχουν σκύλοι (πάρκα, σπίτια, καταστήματα με κατοικίδια ζώα κ.λπ.) και ενδεχομένως να χρειάζεται να έχει και κάποιον άλλο μαζί του για την περίπτωση που θα συναντήσει έναν αδέσποτο σκύλο.

9. Πώς θεραπεύονται οι ειδικές φοβίες;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει τις σωματικές αντιδράσεις του φόβου και να τροποποιήσει τις σκέψεις και τη συμπεριφορά που τον διαιωνίζουν. Στην αρχή ο θεραπευτής βοηθά το άτομο να εντοπίσει τις σκέψεις του, να

ελέγξει την αντικειμενικότητά τους και να τις αντικαταστήσει με πιο ρεαλιστικές. Στη συνέχεια, μέσω της τεχνικής της έκθεσης, το άτομο μαθαίνει να έρχεται σε επαφή με την κατάσταση ή το αντικείμενο που του δημιουργεί φόβο. Αυτή η τεχνική εφαρμόζεται αφού πρώτα ο θεραπευόμενος και ο θεραπευτής έχουν συμφωνήσει από κοινού για τα βήματα που θα ακολουθήσουν. Για παράδειγμα, στην αρχή ο θεραπευόμενος μπορεί να κοιτά μόνο φωτογραφίες του αντικειμένου που φοβάται (π.χ. φωτογραφίες σκύλων, αραχνών κ.λπ.). Μετά από αυτό μπορεί να έρθει σταδιακά σε επαφή με την κατάσταση ή το αντικείμενο που τον φοβίζει. Επιπλέον, με τη βοήθεια της χαλάρωσης και του ελέγχου της αναπνοής ο θεραπευόμενος μαθαίνει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις σωματικές του αντιδράσεις (εφίδρωση, ταχυπαλμία, εμετό, ζάλη, τρέμουλο κ.λπ.).

10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά κυκλοφορεί το βιβλίο αυτοβοήθειας του D. Lewis, *Πολεμήστε τη φοβία σας και νικήστε*, καθώς και το βιβλίο των J. Wolpe και D. Wolpe, *Ζωή χωρίς φόβο*.

Κοινωνική φοβία

Χριστίνα Σιδέρη
Ευθυμία Παυλάτου
Κωνσταντίνος Ευθυμίου

1. Τι είναι η κοινωνική φοβία;
2. Πόσο συνηθισμένο πρόβλημα είναι;
3. Πώς δημιουργείται η κοινωνική φοβία;
4. Ποια είναι τα συμπτώματα της κοινωνικής φοβίας;
5. Πώς τα συμπτώματα συντηρούν την κοινωνική φοβία;
6. Πώς η κοινωνική φοβία επηρεάζει τη ζωή του ατόμου;
7. Πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί η κοινωνική φοβία;
8. Τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;
9. Πώς να θέσω τους στόχους μου;
10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η κοινωνική φοβία;

Ο όρος «κοινωνική φοβία» αναφέρεται στο φόβο του ατόμου ότι θα γίνει αντικείμενο παρατήρησης και κριτικής από τους γύρω του. Το άτομο που υποφέρει από κοινωνική φοβία αισθάνεται ότι στις κοινωνικές συναναστροφές του βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής και ότι οι γύρω του παρατηρούν και σχολιάζουν αρνητικά τα λόγια, τις πράξεις του και γενικά την παρουσία του, γεγονός που του προκαλεί άγχος και ντροπή. Τα παραπάνω βέβαια είναι συναισθήματα και σκέψεις που κατά καιρούς έχουν απασχολήσει αρκετούς από εμάς. Κοινωνική φοβία όμως υπάρχει όταν οι σκέψεις και τα συναισθήματα αυτά είναι έντονα και μας απασχολούν πάντα σε καταστάσεις στις οποίες θεωρούμε ότι γινόμαστε αντικείμενο κριτικής και παρατήρησης, ενώ κάποιοι άλλοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις ίδιες καταστάσεις με λιγότερο άγχος.

Θα πρέπει πάντως να γίνει ο διαχωρισμός μεταξύ κοινωνικής φοβίας και ντροπαλότητας. Τα ντροπαλά άτομα μπορεί να μη νιώθουν άνετα ανάμεσα σε πολύ κόσμο, αλλά δεν βιώνουν το έντονο άγχος και τα αντίστοιχα σωματικά συμπτώματα (τάση για εμετό κ.λπ.) που θα βίωνε το άτομο που υποφέρει από κοινωνική φοβία. Ούτε αποφεύγουν μια κοινωνική περίσταση στην οποία θα γίνουν το κέντρο της προσοχής (π.χ. στην παρουσίαση μιας εργασίας), ενώ αντίθετα τα άτομα με κοινωνική φοβία είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα το κάνουν. Από την άλλη, τα άτομα με κοινωνική φοβία μπορεί να μην είναι ντροπαλά στις προσωπικές τους σχέσεις, και μόνο σε ορισμένες συνθήκες (π.χ. όταν πρόκειται να μιλήσουν μπροστά σε κοινό) να αισθάνονται εντονότατο άγχος.

Υπάρχουν δύο μορφές κοινωνικής φοβίας. Η πρώτη είναι η ειδική κοινωνική φοβία, όπου το άτομο φοβάται να προχωρήσει σε συγκεκριμένες δραστηριότητες επειδή το παρατηρούν (π.χ. πολλά άτομα αποφεύγουν να τρώνε μπροστά σε τρίτους, να γράφουν, να μιλούν σε κοινό, να απευθύνονται σε πρόσωπα με κύρος κ.ά.). Η δεύτερη μορφή είναι η γενικευμένη κοινωνική φοβία, όπου το άτο-

μο φοβάται την κριτική από τρίτους σε πολλές καταστάσεις της καθημερινής ζωής.

2. Πόσο συνηθισμένο πρόβλημα είναι;

Η κοινωνική φοβία αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα ψυχολογικά προβλήματα. Παρουσιάζεται εξίσου συχνά σε άνδρες και γυναίκες. Έρευνες δείχνουν ότι ποσοστό 3% με 13% των ανθρώπων θα εμφανίσει αυτή τη διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Τις περισσότερες φορές η κοινωνική φοβία εκδηλώνεται μεταξύ 5 και 13 ετών, μπορεί όμως να κάνει την εμφάνισή της και μετά την ηλικία των 25 ετών.

3. Πώς δημιουργείται η κοινωνική φοβία;

Βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων με κοινωνική φοβία είναι ο έντονος φόβος κριτικής και ταπείνωσης. Αυτός ο φόβος μπορεί να έχει δημιουργηθεί είτε μέσω ενός τραυματικού γεγονότος είτε μέσω μιας διαδικασίας μάθησης από ένα πρότυπο (π.χ. γονέας).

Εάν η έναρξη του προβλήματος συσχετίζεται με ένα τραυματικό γεγονός, τότε ο μηχανισμός μέσω του οποίου αναπτύχθηκε και συντηρείται η κοινωνική φοβία είναι ο εξής: το άτομο μιλώντας μπροστά σε κοινό (π.χ. στο σχολείο) ένιωθε να υποτιμάται και να γελοιοποιείται από τον καθηγητή ή τους συμμαθητές του, με αποτέλεσμα να βιώσει έντονο άγχος και δυσάρεστα συναισθήματα, που έκτοτε το έκαναν να αποφεύγει παρόμοιες καταστάσεις (ομιλία μπροστά σε κόσμο). Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έχει τόσο σημασία αν ο καθηγητής προσέβαλε πράγματι το άτομο ή αν το άτομο θεώρησε ότι οι άλλοι σκέφτονται υποτιμητικά γι' αυτό. Σημασία έχει ότι το άτομο αξιολόγησε τη συγκεκριμένη εμπειρία ως αρνητική για

τον εαυτό του και σκέφτηκε ότι γελοιοποιήθηκε. Αυτή η σκέψη τού δημιούργησε αρνητικά συναισθήματα (έντονο άγχος, ντροπή και φόβο), το έκανε να πιστεύει ότι δεν είναι ικανό να τα καταφέρει σε καταστάσεις στις οποίες οι άλλοι μπορούν να το κρίνουν (όταν βρίσκεται σε μια παρέα, όταν μιλά με σημαντικούς ανθρώπους, όταν είναι με πολύ κόσμο, όταν χρειάζεται να μιλήσει σε ακροατήριο) και έτσι τις αποφεύγει. Βραχυπρόθεσμα η αποφυγή έχει θετικές συνέπειες (ανακούφιση από το άγχος), σταδιακά όμως ενισχύει την αντίληψή του ότι δεν μπορεί να αντεπεξέλθει σε ανάλογες καταστάσεις (π.χ. φιλικές συγκεντρώσεις, σχέσεις με συναδέλφους, συναναστροφή με πολλούς ανθρώπους).

Διαφορετική είναι η περίπτωση όπου η φοβία δημιουργήθηκε με την παρατήρηση και τη «μίμηση προτύπου» (ενός άλλου σημαντικού ατόμου που λειτούργησε ως πρότυπο-μοντέλο): εδώ το άτομο έμαθε να φοβάται κάποιες κοινωνικές καταστάσεις παρατηρώντας σε πρώτο στάδιο τις αντιδράσεις άλλων προσώπων και υιοθετώντας σε δεύτερο στάδιο τις αντιλήψεις που στηρίζουν τις συμπεριφορές τους (π.χ. μην μπλέκεις σε αντιπαραθέσεις γιατί δεν ξέρεις πού μπορεί να οδηγήσουν).

4. Ποια είναι τα συμπτώματα της κοινωνικής φοβίας;

Σκέψεις και συναισθήματα

Ο άνθρωπος που υποφέρει από κοινωνική φοβία αισθάνεται έντονο άγχος σε μια ή περισσότερες κοινωνικές περιστάσεις ή στις περιπτώσεις όπου χρειάζεται να κάνει κάτι μπροστά σε τρίτους. Σκέφτεται ότι οι άλλοι θα τον παρατηρούν, θα τον κρίνουν, θα βαθμολογούν κάθε του κίνηση, και πιστεύει ότι θα γελοιοποιηθεί και θα δεχθεί προσβλητικά και αποδοκιμαστικά σχόλια.

Συχνά επίσης αισθάνεται θλίψη, μοναξιά και απομόνωση. Αυτό ωστόσο είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο, αφού και ο ίδιος απο-

φεύγει τις συναναστροφές. Δεν αποκλείεται ακόμη να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, καθώς θεωρεί ότι δεν διαθέτει τις κοινωνικές δεξιότητες για να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τέτοιες καταστάσεις. Πιστεύει ότι όλοι οι άλλοι τα καταφέρνουν καλύτερα ενώ αυτός κάνει *συνεχώς* λάθη, κυρίως στην επικοινωνία του. Κάποιες φορές βέβαια αναγνωρίζει ότι το άγχος και οι φόβοι του είναι υπερβολικά, παραβλέπει όμως τις εμπειρίες στις οποίες τα καταφέρνει εξίσου καλά με τους άλλους και εμμένει στις ίδιες δυσλειτουργικές και αγχογόνες σκέψεις.

Σωματικά και ψυχοφυσιολογικά συμπτώματα

Ένα από τα κύρια σωματικά συμπτώματα είναι το έντονο κοκκίνισμα του προσώπου. Αναφέρονται επίσης ναυτία, τάση προς εμετό και συχνουρία, ταχυκαρδία, αρρυθμία και τσιμπήματα στα δάχτυλα των ποδιών και των χεριών, στις παλάμες και στα πέλματα, υπερβολική εφίδρωση, κόμπος στο λαιμό, πάγωμα των μυών του προσώπου, δυνατές κράμπες στο στομάχι και αδυναμία ελέγχου της αναπνοής, η οποία γίνεται πολύ γρήγορη και ακανόνιστη. Ανάλογα με την περίπτωση, όσο μεγαλύτερο στρες βιώνει το άτομο, τόσο εντονότερα και εμφανέστερα θα είναι αυτά τα συμπτώματα. Μερικές φορές το άγχος είναι τόσο επώδυνο και ανυπόφορο που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε κρίση πανικού.

5. Πώς τα συμπτώματα συντηρούν την κοινωνική φοβία;

Ο μηχανισμός που συντηρεί την κοινωνική φοβία λειτουργεί περίπου με τον τρόπο που περιγράφεται στη συνέχεια. Όταν μετέχει σε μια κοινωνική περίπτωση, το άτομο σκέφτεται διαρκώς ότι θα χάσει τα λόγια του και θα ρεζιλευτεί. Οι σκέψεις αυτές του δημιουργούν ντροπή και άγχος. Σιγά σιγά αρχίζει να πιστεύει ότι η

ανησυχία του και τα συμπτώματα άγχους που τη συνοδεύουν γίνονται αντιληπτά από τους συνομιλητές του. Επειδή φοβάται ότι οι γύρω του θα καταλάβουν την ταραχή του και θα γελοιοποιηθεί, αγχώνεται ακόμη περισσότερο και είναι πιθανό να χάσει τα λόγια του. Είτε χάσει τα λόγια του είτε όχι, το επεισόδιο ενεργοποιείται μέσω ενός φαύλου κύκλου. Αυτός ο φαύλος κύκλος ξεκινά από τη λανθασμένη αντίληψη μιας σωματικής αντίδρασης («οι άλλοι βλέπουν ότι αγχώνομαι»), η οποία οδηγεί σε αυξημένη εγρήγορση με σημαντική έκκριση αδρεναλίνης, που με τη σειρά της δημιουργεί περαιτέρω σωματικά συμπτώματα ενισχύοντας έτσι την αντίληψη του ατόμου ότι οι άλλοι θα καταλάβουν το άγχος του. Πολύ πιθανό επίσης είναι, και μόνο στη σκέψη ότι θα χάσει τα λόγια του, το άτομο να αποφεύγει οποιαδήποτε κοινωνική συναναστροφή. Αυτή η αποφυγή συντηρεί επίσης το άγχος και οδηγεί σε έναν άλλο φαύλο κύκλο, όπου η αποφυγή αυξάνει το άγχος του ατόμου και ισχυροποιεί την αντίληψή του ότι δεν θα τα καταφέρει και θα ρεζιλευτεί.

6. Πώς η κοινωνική φοβία επηρεάζει τη ζωή του ατόμου;

Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται έντονο άγχος όταν πρόκειται να κάνουν μια ομιλία ή να παρουσιάσουν μια εργασία. Αυτό το άγχος ασφαλώς δεν αποτελεί χαρακτηριστικό φοβίας. Είναι μια απλή φυσιολογική αντίδραση που εμφανίζεται σε κάποιες περιστάσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις μάλιστα είναι μάλλον θετικό, επειδή συμβάλλει στην καλύτερη επίδοση.

Στην κοινωνική φοβία όμως αυτό το φυσιολογικό και δικαιολογημένο άγχος παίρνει δραματικές διαστάσεις. Το άτομο είναι πεπεισμένο ότι δεν θα τα καταφέρει και ότι οι άλλοι πιθανότατα το κρίνουν αρνητικά και το αποδοκιμάζουν. Φοβάται ότι σε οποιαδήποτε κοινωνική συναναστροφή — από την έξοδό του με μια παρέα έως τη διεκπεραίωση επαγγελματικών θεμάτων — οι γύρω του θα

το ταπεινώσουν και θα το μειώσουν. Έτσι αποφεύγει όλο και περισσότερο την αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους, επειδή αυτό το ανακουφίζει άμεσα από το άγχος και το φόβο του.

Το άτομο με κοινωνική φοβία αποφεύγει όσο μπορεί τις κοινωνικές συναναστροφές, καταλήγοντας να έχει περιορισμένη κοινωνική ζωή και λίγους φίλους. Ζει με το άγχος της κριτικής από τους άλλους. Γι' αυτό δεν λέει ποτέ τη γνώμη του, συμφωνεί με όλα (προκειμένου να αποφύγει τις αντιπαραθέσεις) και υιοθετεί μια παθητική στάση ζωής. Αυτός ο φόβος της αρνητικής κριτικής περιορίζει και τις επαγγελματικές ευκαιρίες του: ένα άτομο με κοινωνική φοβία είναι απίθανο να διεκδικήσει αύξηση ή προαγωγή.

Το άτομο με κοινωνική φοβία επομένως περιορίζει αρκετά τις δραστηριότητές του εξαιτίας της δυσκολίας του. Αυτό μαζί με τη σκέψη ότι δεν είναι ικανό να εκφράσει τις απόψεις του και να διεκδικήσει από τους άλλους συντηρούν τη χαμηλή αυτοεκτίμησή του.

7. Πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί η κοινωνική φοβία;

Ο πιο αποτελεσματικός και ενδεδειγμένος τρόπος για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποβλέπει στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και της συμπεριφοράς του ατόμου.

Το άτομο είναι απαραίτητο να αντικαταστήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις του με άλλες ρεαλιστικές που στηρίζονται στην αντικειμενική πραγματικότητα. Μέσω της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας «αναδομείται» η αντίληψή του ότι οι γύρω του το κρίνουν και το παρατηρούν διαρκώς.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία όμως δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Στη διάρκεια της θεραπείας το άτομο μαθαίνει τεχνικές που το βοηθούν να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του με επιτυχία. Μια από αυτές είναι η τε-

χνική της χαλάρωσης, που επιτρέπει στο άτομο να διαχειρίζεται το άγχος του και να το διατηρεί σε ανεκτά επίπεδα.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος της θεραπείας είναι η έκθεση. Το άτομο μπορεί μεν να καταφέρει να αναδομήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις που συντηρούν την κοινωνική φοβία του, αν όμως δεν αντιμετωπίσει στην πράξη την κατάσταση που φοβάται, τότε την επόμενη φορά που θα έρθει αντιμέτωπο με κάτι παρόμοιο πιθανότατα θα συμπεριφερθεί με τον ίδιο ακριβώς τρόπο με τον οποίο συμπεριφερόταν και πριν από τη θεραπεία.

Μέσω της θεραπείας το άτομο μαθαίνει να έρχεται σταδιακά σε επαφή με την κατάσταση που του προκαλεί άγχος. Αυτό σημαίνει ότι προσεγγίζει την κατάσταση που του προκαλεί φόβο με μικρά βήματα. Αν, για παράδειγμα, ο στόχος είναι η συμμετοχή του σε μια πολυπληθή συγκέντρωση, θα πρέπει να τεθούν μικρότεροι επιμέρους στόχοι και να προσεγγιστούν σιγά σιγά (π.χ. συμμετοχή σε οικογενειακές συγκεντρώσεις, συναναστροφή με γνωστά άτομα κ.λπ.). Έτσι το άτομο μαθαίνει να έρχεται σε επαφή με ό,τι του προκαλεί φόβο κάνοντας κάθε φορά ένα μικρό βήμα.

Ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας είναι η ομαδική θεραπεία. Οι ομάδες συνήθως περιλαμβάνουν από πέντε έως επτά άτομα και δύο θεραπευτές. Η πορεία της θεραπείας είναι παρόμοια με αυτήν που ακολουθεί και η ατομική ψυχοθεραπεία. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της ομαδικής θεραπείας είναι ότι το άτομο αισθάνεται πως μπορεί να μοιραστεί τις εμπειρίες του με άλλους που αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες. Τα μέλη της ομάδας παρέχουν την αλληλοϋποστήριξη και ενθάρρυνση που είναι απαραίτητες για την ευόδωση των προσπαθειών τους (υπό την προϋπόθεση όμως ότι οι ομάδες είναι ομοιογενείς, αποτελούνται δηλαδή από άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα).

Παράλληλα με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία το άτομο μπορεί να πάρει και φάρμακα. Η φαρμακευτική αγωγή βοηθά στην αρχική κινητοποίηση του θεραπευόμενου και τον ενισχύει την πρώτη φορά που έρχεται αντιμέτωπος με μια αγχογόνο κατά-

σταση. Χρειάζεται ωστόσο προσοχή επειδή τα αγχολυτικά φάρμακα δεν ενδείκνυνται για μακροχρόνια χρήση.

8. Τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Σε επίπεδο σκέψης

Προσπάθησε να εξετάσεις κατά πόσο οι σκέψεις που κάνεις είναι ρεαλιστικές. Σε αυτό θα σε βοηθήσουν οι παρακάτω ερωτήσεις:

- Ποιες αποδείξεις έχω ότι ισχύει αυτό που σκέφτομαι (π.χ. ότι οι γύρω μου σχολιάζουν αρνητικά τον τρόπο με τον οποίο μιλάω);
- Τι άλλο μπορεί να συμβαίνει;
- Ακόμη και αν κάτι τέτοιο είναι αλήθεια, ποιο είναι το χειρότερο που μπορεί να μου συμβεί;

Προσπάθησε επίσης να φανταστείς τον εαυτό σου σε καταστάσεις τις οποίες αποφεύγεις. Περιέγραψε αυτές τις καταστάσεις με όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες και στη συνέχεια προσπάθησε να εντοπίσεις και να καταγράψεις τι ακριβώς πιστεύεις ή φοβάσαι ότι θα σου συμβεί. Χρησιμοποίησε τις παραπάνω ερωτήσεις για να ελέγξεις τη ρεαλιστικότητα των σκέψεών σου.

Σε επίπεδο συμπεριφοράς

Σε μια απειλητική κατάσταση τα άτομα που υποφέρουν από κοινωνική φοβία προσέχουν συνήθως μόνο το άγχος και το φόβο τους, καθώς και τα σημάδια αυτού του άγχους, αντί να παρατηρούν τη συμπεριφορά τους εκείνη τη στιγμή. Γι' αυτό λοιπόν θα πρέπει να γνωρίζεις τι κάνεις τη στιγμή που αισθάνεσαι άγχος (π.χ. στρέφεις το βλέμμα αλλού, σταματάς να μιλάς, φεύγεις κ.λπ.).

Αφού εντοπίσεις τι ακριβώς σκέφτεσαι και κάνεις, μπορείς να αρχίσεις να αλλάζεις αυτές τις συμπεριφορές. Για παράδειγμα, καταγράφοντας τις σκέψεις που κάνεις όταν βρίσκεσαι ή πρόκειται να βρεθείς σε μια φιλική συγκέντρωση και παρατηρώντας τη συμπεριφορά σου, ίσως διαπιστώσεις ότι φοβάσαι πως δεν θα έχεις τι

να πεις και πως οι άλλοι θα σε υποτιμήσουν, γι' αυτό δεν μιλάς σε κανέναν. Αυτή η διαπίστωση θα σε βοηθήσει να σχεδιάσεις την αλλαγή της συμπεριφοράς σου. Την επόμενη φορά λοιπόν που θα βρεθείς σε μια ανάλογη περίσταση, πλησίασε ένα άτομο που σου είναι περισσότερο οικείο και άνοιξε μαζί του μια συζήτηση. Στη συνέχεια αξιολόγησε αν και κατά πόσο οι φόβοι σου επιβεβαιώθηκαν και πόσο αυτό που συνέβη στην πραγματικότητα ήταν διαφορετικό από εκείνο που φοβάσουν ότι θα συμβεί.

9. Πώς να θέσω τους στόχους μου;

Τα άτομα με κοινωνική φοβία συχνά αισθάνονται μόνα και απομονωμένα, αν και θα επιθυμούσαν να έχουν περισσότερες συναναστροφές και πιο έντονη κοινωνική ζωή. Αυτή η επιθυμία τους όμως είναι μάλλον αόριστη και γενική. Επιπλέον, τα άτομα με κοινωνική φοβία δύσκολα μπορούν να αποκτήσουν κοινωνική ζωή από τη μια στιγμή στην άλλη. Καλό είναι λοιπόν να θέτεις μικρούς και εύκολους στόχους, τους οποίους μπορείς να πετύχεις. Για παράδειγμα, σε μια συγκέντρωση είναι καλύτερα να απευθυνθείς μόνο σε κάποιον που γνωρίζεις περισσότερο παρά σε μια μεγάλη παρέα άγνωστων ανθρώπων. Θα μπορούσες επίσης να κάνεις μια λίστα με τις καταστάσεις που σε αγχώνουν και να ξεκινήσεις με εκείνες που σου προκαλούν λιγότερο άγχος. Ξεκινώντας από τις λιγότερο αγχογόνες καταστάσεις θα έχεις τη δυνατότητα να παρατηρήσεις τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά σου, και να ελέγξεις στην πράξη κατά πόσο αυτό που φοβάσαι επιβεβαιώνεται στην πραγματικότητα. Θα έχεις επίσης τη δυνατότητα να οργανώσεις από πριν ένα σχέδιο δράσης προσπαθώντας να φανταστείς τι πρόκειται να αντιμετωπίσεις (π.χ. «Θα πλησιάσω τον τάδε, θα τον χαιρετήσω, θα τον κοιτάζω στα μάτια, θα αγνωώ το άγχος μου, θα σκέφτομαι ότι αν συνεχίσω να μιλάω με τον τάδε και δεν φύγω, τα συμπτώματά μου θα υποχωρήσουν» κ.ά.) και αφού το εφαρμόσεις, να διαπιστώ-

σεις κατά πόσο τα κατάφερες. Εφόσον η εμπειρία σου είναι θετική, μπορείς στη συνέχεια να οργανώσεις με τον ίδιο τρόπο ένα σχέδιο δράσης για μια πιο δύσκολη κατάσταση.

Για παράδειγμα, ίσως επιθυμείς να έχεις περισσότερες φιλικές σχέσεις με τους συναδέλφους σου. Ένας τέτοιος στόχος είναι γενικός και αόριστος, γι' αυτό δύσκολα πραγματοποιήσιμος. Μπορεί όμως να χωριστεί σε μικρούς, επιμέρους στόχους (π.χ. να πηγαίνεις στις συγκεντρώσεις τους ή να δείχνεις μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη ζωή τους). Θα ξεκινήσεις λοιπόν από τους πιο εύκολους στόχους και θα προχωρήσεις ανάλογα με το βαθμό δυσκολίας τους.

Το άτομο με κοινωνική φοβία αποφεύγει την κοινωνική αλληλεπίδραση επειδή μόνο έτσι ανακουφίζεται από το έντονο άγχος που το βασανίζει. Αυτό όμως μακροπρόθεσμα δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο (άγχος-αποφυγή-άγχος), διογκώνοντας το πρόβλημα. Και όσο αποφεύγει μια κατάσταση που του προκαλεί άγχος, τόσο πιο αυξημένο θα είναι το άγχος του την επόμενη φορά που θα έρθει αντιμέτωπο με μια παρόμοια κατάσταση.

Γι' αυτό θα πρέπει να σταματήσεις βαθμιαία την αποφυγή, να αλλάξεις τη συμπεριφορά σου και να αντιμετωπίσεις την κατάσταση που σου προκαλεί άγχος (π.χ. «μένω και κοιτώ το συνομιλητή μου στα μάτια, παρότι έχω αρχίσει να κοκκινίζω, συνεχίζω την ομιλία μου, παρότι κομπιάζω» κ.λπ.).

Τέλος, είναι σημαντικό να αναγνωρίζεις τις επιτυχίες σου και να επιβραβεύεις τον εαυτό σου. Και να μην ξεχνάς ποτέ ότι η επίτευξη κάθε μικρού στόχου σε φέρνει πιο κοντά στην επίτευξη του μεγάλου και κύριου στόχου σου: στην απαλλαγή σου από την κοινωνική φοβία.

Σημειώτέον ότι η συνειδητή απόφαση και προσπάθειά σου να ξεπεράσεις το πρόβλημά σου είναι μια καλή αρχή. Η προσπάθεια αυτοβοήθειας μέσω ενός οργανωμένου σχεδίου εξάσκησης σε «προβληματικές» καταστάσεις αποτελεί μια καλή συνέχεια. Βέβαια, η ατομική προσπάθεια είναι σημαντική, δεν υποκαθιστά όμως την οργανωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση, δηλαδή τη συνεργασία με τον ειδικό.

10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά δεν υπάρχει βιβλίο αυτοβοήθειας αποκλειστικά για την κοινωνική φοβία. Στα αγγλικά υπάρχουν πολλά καλά βιβλία. Προτείνονται το βιβλίο του G. Butler, *Overcoming social anxiety and shyness*, το βιβλίο της M. Fennel, *Overcoming low self-esteem*, το βιβλίο του T. Gillen, *Assertiveness*, καθώς και το βιβλίο των B. G. Markway και συνεργατών με τίτλο *Dying of embarrassment: Help for social anxiety and phobia*.

Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες

Αθανασία Μαυροειδή
Ευθυμία Παυλίδου

1. Τι είναι η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες;
2. Ποια γεγονότα θεωρούνται τραυματικά;
3. Θα αναπτύξω αυτή τη διαταραχή μετά από ένα τραυματικό γεγονός;
4. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες;
5. Ποια είναι τα συμπτώματα της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες;
6. Πόσο συχνά εμφανίζεται η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες; Μπορεί να συνυπάρχει με άλλες διαταραχές;
7. Τι μπορώ να κάνω μετά από ένα τραυματικό γεγονός για να βοηθήσω τον εαυτό μου;
8. Τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω κάποιον που έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός;
9. Πότε τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός χρειάζονται τη βοήθεια ειδικού;
10. Τι μπορεί να κάνει η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες;
11. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες;

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (ή διαταραχή μετατραυματικού στρες) είναι μια αγχώδης διαταραχή η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός, το έχουν δει να συμβαίνει (είτε επειδή βρίσκονταν κοντά είτε από την τηλεόραση) ή έχουν ακούσει κάποιον να το περιγράφει. Αυτό το τραυματικό γεγονός έγινε αντιληπτό από το άτομο ως ιδιαίτερα απειλητικό για τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα, τη δική του ή κάποιων άλλων, και του προκάλεσε έντονο φόβο, τρόμο ή φρίκη και αίσθηση ανημπόριας.

Η διαταραχή αυτή έχει αποτελέσει το αντικείμενο του ενδιαφέροντος πολλών ερευνητών κυρίως τα τελευταία τριάντα χρόνια, επειδή παρατηρήθηκε σε πολλά άτομα μετά τον πόλεμο στο Βιετνάμ.

2. Ποια γεγονότα θεωρούνται τραυματικά;

Τραυματικά γεγονότα θεωρούνται οι φυσικές καταστροφές (σεισμοί, πλημμύρες, πυρκαγιές κ.λπ.), οι καταστροφές που προκαλούνται από τον άνθρωπο (βίαιες επιθέσεις, βιασμός ή σεξουαλική κακοποίηση, ληστείες, σωματική κακοποίηση, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, πυρηνικά ή εργατικά ατυχήματα, εμπρησμοί, πόλεμος, αιχμαλωσία, πολιτική βία κ.λπ.), τα σοβαρά ατυχήματα (αυτοκινητικά, αεροπορικά, ναυάγια κ.λπ.), η διάγνωση μιας θανατηφόρας ασθένειας, ο ξαφνικός θάνατος οικείου προσώπου κ.ά.

3. Θα αναπτύξω αυτή τη διαταραχή μετά από ένα τραυματικό γεγονός;

Τα άτομα που εκτέθηκαν σε ένα τραυματικό γεγονός, είτε άμεσα εί-

τε έμμεσα, παρουσιάζουν ποικίλες αντιδράσεις, οι οποίες θεωρούνται κατ' αρχήν φυσιολογικές (αποτελούν δηλαδή την αρχική ανταπόκριση στο γεγονός). Αυτές οι αντιδράσεις συμβαίνουν σε διάφορα επίπεδα.

- **Συναισθηματικές αντιδράσεις:** σοκ (μια ξαφνική και έντονη συναισθηματική αναστάτωση που προκαλεί «μούδιασμα»), συναισθηματικό πάγωμα (δυσκολία του ατόμου να αισθανθεί αγάπη και οικειότητα, να δείξει ενδιαφέρον και να αντλεί ευχαρίστηση από τις καθημερινές του δραστηριότητες), φόβος, λύπη, θυμός, ενοχή, ντροπή, αισθήματα ανημπόριας και απελπισίας.
- **Γνωστικές αντιδράσεις:** σύγχυση, αποπροσανατολισμός, ανησυχία, δυσκολία στην προσοχή και στη συγκέντρωση, αναποφασιστικότητα, διαταραχή στη μνήμη, αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, εφιάλτες, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση (το άτομο έχει σοβαρή αμνησία και νιώθει ότι είτε το ίδιο είτε ο κόσμος δεν είναι αληθινός, αισθάνεται αποκομμένο από το σώμα του και χωρίς ταυτότητα).
- **Σωματικές αντιδράσεις:** ένταση, κούραση, εξάντληση, υπερδιέγερση, σωματικοί πόνοι, πονοκέφαλοι, ναυτία, ταχυκαρδία, διαταραχή στην όρεξη, αϋπνία, μειωμένη σεξουαλική διάθεση.
- **Δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις:** αυξημένες συγκρούσεις, κοινωνική απόσυρση, αποξένωση, έλλειψη εμπιστοσύνης, αίσθημα απόρριψης, υπερπροστατευτικότητα.

Οι αντιδράσεις άγχους μετά από ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να μοιάζουν υπερβολικές και να προκαλούν έντονη ανησυχία, δεν εξελίσσονται όμως σε χρόνια προβλήματα και συνήθως υποχωρούν μετά από έξι με δεκαέξι μήνες. Δεν αποκλείεται ωστόσο να παρουσιαστούν και κάποιες ασυνήθιστες αντιδράσεις που χρειάζονται προσοχή, όπως:

- Σοβαρή αποπραγματοποίηση ή και αποπροσωποποίηση (αποκοπή από την πραγματικότητα και τον εαυτό).
- Επίμονες και επαναλαμβανόμενες αναδρομές, εφιάλτες, επίμονη και αυτόματη επαναβίωση του γεγονότος.
- Υπερβολική αποφυγή (απόσυρση από κοινωνικές καταστάσεις,

αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός).

- Σοβαρή υπερδιέγερση (επεισόδια πανικού, τρομακτικοί εφιάλτες, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης).
- Εξουθενωτικό άγχος (έντονες σκέψεις, σοβαρές φοβίες, εμμόνες, φόβος απώλειας ελέγχου).
- Σοβαρή κατάθλιψη (έλλειψη ευχαρίστησης, αισθήματα αναξιότητας, αυτομομφές, εξάρτηση από άλλα άτομα, πρωινή αφύπνιση και δυσκολία στον ύπνο).
- Κατάχρηση ουσιών.
- Ψυχωσικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, παράξενες σκέψεις).

Αν αυτές οι αντιδράσεις συνυπάρχουν, είναι ιδιαίτερα επίμονες και έντονες και προκαλούν μεγάλη δυσφορία, το άτομο μπορεί να πάσχει από *διαταραχή από οξύ στρες*, η οποία διαρκεί έως και τέσσερις εβδομάδες. Πέραν της διαταραχής από οξύ στρες και της μετατραυματικής, υπάρχουν και άλλες διαταραχές που συσχετίζονται με τραυματικά γεγονότα, όπως η κατάθλιψη, η κατάχρηση ουσιών, η διαταραχή πανικού, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες και οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής.

4. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες;

Η αντίδραση του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός καθώς και η δυνατότητά του να το ξεπεράσει και να επανέλθει στην προηγούμενη κατάσταση είναι συνήθως συνάρτηση πολλών παραγόντων.

- **Παράγοντες που προϋπήρχαν του τραυματικού γεγονότος.** Τέτοιοι είναι η ηλικία (π.χ. τα παιδιά και τα ηλικιωμένα άτομα φαίνεται ότι είναι περισσότερο ευάλωτα, επειδή είναι σωματικά ασθενέστερα), προηγούμενα τραυματικά γεγονότα, πρόσφατες αλλαγές στη ζωή του ατόμου στις οποίες χρειάστηκε να προσαρμοστεί (απώλεια ή αλλαγή εργασίας, απώλεια αγαπημέ-

νου προσώπου, γάμος, γέννηση παιδιού κ.λπ.), άλλα ψυχιατρικά προβλήματα ή σοβαρές σωματικές ασθένειες ή αναπηρίες, οι τρόποι αντιμετώπισης των αγχογόνων γεγονότων (ενεργητική προσπάθεια επίλυσης προβλημάτων ή παθητική στάση απέναντι σε αυτά), καθώς και το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης που το άτομο έχει αναπτύξει.

- **Παράγοντες που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.** Είναι συνήθως οι παρατεταμένες και επαναλαμβανόμενες τραυματικές εμπειρίες που σχετίζονται με τραυματισμό και απειλή για τη ζωή και οδηγούν σε σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές (π.χ. αιχμαλωσία, βασανιστήρια, σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση στην οικογένεια), η απώλεια ή ο σοβαρός τραυματισμός οικείου προσώπου εξαιτίας του τραυματικού γεγονότος, η έκθεση σε μακάβρια γεγονότα, η προβλεψιμότητα του γεγονότος (τα απειλητικά γεγονότα που δεν μπορούν να προβλεφθούν δημιουργούν εντονότερη αίσθηση αδυναμίας αντίδρασης και κινδύνου), η μη ρεαλιστική αντίληψη του ατόμου για την προσωπική του ευθύνη και τη δυνατότητα ελέγχου του γεγονότος, και κυρίως το μέγεθος της αντιλαμβανόμενης απειλής.
- **Παράγοντες μετά το τραυματικό γεγονός.** Τέτοιοι είναι η ένταση των αντιδράσεων του ατόμου μετά την έκθεση στο γεγονός, οι σημαντικές αλλαγές στη ζωή του εξαιτίας του γεγονότος (απώλεια πόρων, περιουσίας, σπιτιού, απομάκρυνση από την οικογένεια, μετακίνηση ή εγκατάσταση σε άλλο τόπο), ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος (ενεργητικός ή παθητικός), η παροχή κοινωνικής υποστήριξης από οικεία πρόσωπα ή κρατικούς και κοινωνικούς φορείς κ.ά.

Ειδικά η λειτουργικότητα ενός παιδιού μετά το τραυματικό γεγονός εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά και το βαθμό ανησυχίας των γονέων του.

5. Ποια είναι τα συμπτώματα της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες;

Οι έντονες και επίμονες αντιδράσεις άγχους, που διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα μετά το τραυματικό γεγονός, κατά κανόνα εξελίσσονται σε διαταραχή μετατραυματικού στρες. Τα κύρια συμπτώματα είναι:

- Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που συμβαίνουν αυτόματα, ή επαναλαμβανόμενα όνειρα που προκαλούν έντονη ενόχληση και αναστάτωση (τα μικρά παιδιά μπορεί να παίζουν συνεχώς κάποια παιχνίδια στα οποία εκφράζονται θέματα και πτυχές που αφορούν το τραυματικό γεγονός, ή μπορεί να βλέπουν τρομαχτικά όνειρα).
- Αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις. Το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός.
- Έντονη ψυχολογική ενόχληση και σωματικές αντιδράσεις άγχους όταν το άτομο εκτίθεται σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που θυμίζουν κάποια πτυχή του τραυματικού γεγονότος (π.χ. σκέψεις, μυρωδιές, εικόνες, ήχοι).
- Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα (προσπάθειες αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων, συζητήσεων, δραστηριοτήτων, τόπων ή ανθρώπων που συνδέονται με το τραύμα).
- Ανικανότητα του ατόμου να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος.
- Αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους.
- Περιορισμένο εύρος συναισθήματος (π.χ. ανικανότητα του ατόμου να αισθανθεί αγάπη και οικειότητα).
- Αίσθηση ότι το μέλλον θα είναι σύντομο (π.χ. το άτομο δεν περιμένει ότι θα κάνει καριέρα, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μια φυσιολογική διάρκεια ζωής).

- Δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένο.
- Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.

Άλλα πιθανά συμπτώματα είναι τα αισθήματα ενοχής, η αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, η ντροπή και η εχθρότητα.

6. Πόσο συχνά εμφανίζεται η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες; Μπορεί να συνυπάρχει με άλλες διαταραχές;

Οι έρευνες δείχνουν ότι εκδηλώνεται σε ποσοστό από 3% έως 58% στα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν αυτή τη διαταραχή (π.χ. βετεράνοι πολέμου, θύματα εγκληματικών ενεργειών ή φυσικών καταστροφών). Μπορεί να συνυπάρχει με διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία, κατάθλιψη κ.ά.

7. Τι μπορώ να κάνω μετά από ένα τραυματικό γεγονός για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

- Τις πρώτες 24 με 48 ώρες χαλάρωσε. Αυτό θα σε ανακουφίσει. Δώσε στον εαυτό σου το χρόνο να γιατρευτεί. Είναι μια δύσκολη περίοδος της ζωής σου.
- Οργάνωσε το χρόνο σου.
- Μην αντιμετωπίζεις τον πόνο κάνοντας κατάχρηση φαρμάκων ή αλκοόλ.
- Διατήρησε ένα φυσιολογικό πρόγραμμα.
- Ζήτησε υποστήριξη από ανθρώπους που πιστεύεις ότι θα σε καταλάβουν και προσπάθησε να εκφράσεις τα συναισθήματά σου.
- Επίτρεψε στον εαυτό σου να αισθανθεί άσχημα, να θρηνήσει για

την τραυματική εμπειρία. Προσπάθησε να ανεχτείς τις αλλαγές στα συναισθήματά σου.

- Κάνε πράγματα με τα οποία αισθάνεσαι καλά.
- Μην επιχειρείς μεγάλες αλλαγές στη ζωή σου αυτό το διάστημα.
- Να παίρνεις καθημερινές αποφάσεις που θα σου δίνουν το αίσθημα ελέγχου στη ζωή σου.
- Ξεκουράσου αρκετά.
- Επανάλαβε σκέψεις και όνειρα. Με το χρόνο θα γίνουν λιγότερα επώδυνα.
- Τρώγε καλά και σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Βρες άλλους ανθρώπους (ομάδες υποστήριξης) που έχουν βιώσει το ίδιο ή παρόμοιο τραυματικό γεγονός (π.χ. θύματα φυσικών καταστροφών, θύματα βιασμού κ.λπ.). Η συζήτηση σε αυτές τις ομάδες είναι υποστηρικτική και ανακουφιστική. Θα αισθανθείς ότι δεν είσαι το μόνο άτομο που έχει τέτοια συναισθήματα και αντιδράσεις. Και άλλοι άνθρωποι έχουν νιώσει και έχουν αντιδράσει παρόμοια σε ανάλογες καταστάσεις.

8.

Τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω κάποιον που έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός;

Οι συγγενείς και οι φίλοι των ατόμων που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός μπορούν:

- Να διαθέσουν χρόνο με το άτομο που βίωσε ένα τραυματικό γεγονός.
- Να προσφέρουν την υποστήριξή τους και να αναλάβουν το ρόλο του «ακροατή» εάν τα θύματα δεν έχουν ζητήσει βοήθεια.
- Να βεβαιωθούν ότι το θύμα είναι ασφαλές.
- Να βοηθήσουν στις καθημερινές ασχολίες (πλύσιμο, μαγείρεμα, φροντίδα της οικογένειας και των παιδιών).
- Να καταλάβουν ότι οι πάσχοντες χρειάζονται το δικό τους, προσωπικό χρόνο.
- Να μη νιώθουν προσβεβλημένοι από το θυμό τους ή τα άλλα συ-

ναισθήματα που εκφράζουν, καθώς αυτά δεν στρέφονται στο πρόσωπό τους.

- Να μην τους λένε ότι «είναι τυχεροί που δεν τους ήρθαν χειρότερα τα πράγματα». Οι άνθρωποι που έχουν τραυματιστεί δεν χρειάζονται τέτοια παρηγοριά. Είναι πολύ πιο καλό να τους λένε ότι λυπούνται γι' αυτό που τους συνέβη και ότι θέλουν να τους καταλάβουν και να τους βοηθήσουν.

Ειδικά όταν φροντίζουν παιδιά που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός, οι ενήλικοι μπορούν:

- Να τους διαθέτουν περισσότερο χρόνο και να τους επιτρέπουν να είναι περισσότερο εξαρτημένα τους μήνες που ακολουθούν μετά το τραύμα. Για παράδειγμα, μπορούν να αφήσουν το παιδί να προσκολλάται σ' αυτούς περισσότερο απ' ό,τι παλιότερα. Η σωματική επαφή παρηγορεί ιδιαίτερα τα παιδιά που έχουν βιώσει μια τραυματική εμπειρία.
- Να δίνουν στα παιδιά τη δυνατότητα να παίξουν. Το παιχνίδι ανακουφίζει από την ένταση. Τα μικρότερα παιδιά μπορούν να εκφράσουν τις ιδέες και τα συναισθήματά τους με μη λεκτικές δραστηριότητες, όπως είναι η ζωγραφική.
- Να ενθαρρύνουν τα μεγαλύτερα παιδιά να μιλούν και να εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Με αυτό τον τρόπο μειώνονται η σύγχυση και το άγχος που αφορούν το τραύμα.
- Να δίνουν απλές και κατανοητές απαντήσεις στις ερωτήσεις των παιδιών.
- Να τα διαβεβαιώνουν συνεχώς ότι ενδιαφέρονται γι' αυτά και ότι καταλαβαίνουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους.
- Να φροντίσουν ώστε τα παιδιά να ακολουθούν ένα κανονικό πρόγραμμα (φαγητού, παιχνιδιού, ύπνου), για να διατηρήσουν την αίσθηση της ασφάλειας και της ομαλότητας.

9. Πότε τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός χρειάζονται τη βοήθεια ειδικού;

Το άτομο πρέπει να καταφύγει σε ειδικό όταν έχει έντονες και επίμονες αντιδράσεις που συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και το εμποδίζουν στην καθημερινή του ζωή.

Οι ψυχολόγοι και οι άλλοι ειδικοί ψυχικής υγείας θα εξηγήσουν στο άτομο ποιες είναι οι φυσιολογικές αντιδράσεις μετά από ένα τραυματικό γεγονός και θα το βοηθήσουν να βρει αποτελεσματικούς τρόπους να αντιμετωπίσει τα συμπτώματά του και τις συνέπειες του γεγονότος.

Τα παιδιά πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικό όταν παρουσιάζουν συνεχείς εκρήξεις θυμού και επιθετικής συμπεριφοράς, σοβαρά προβλήματα στο σχολείο, υπερενασχόληση με το τραυματικό γεγονός, συνεχή και έντονη απόσυρση, καθώς και άλλες ενδείξεις έντονου άγχους ή συναισθηματικών δυσκολιών.

Ο ειδικός θα βοηθήσει τα παιδιά και τους γονείς τους να αντιμετωπίσουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που απορρέουν από τη βίωση του τραυματικού γεγονότος.

10. Τι μπορεί να κάνει η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες;

Τονίζεται ότι ο θεραπευτής πρέπει οπωσδήποτε να είναι εκπαιδευμένος στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Προτού ξεκινήσει την εφαρμογή θεραπευτικών τεχνικών, πρέπει να βοηθήσει το θεραπευόμενο να απαντήσει σε μερικά πιεστικά ερωτήματα, τα οποία είναι κοινά στους ανθρώπους που υποφέρουν από αυτή τη διαταραχή:

- **Τι είναι αυτό που μου συμβαίνει;**

Ο θεραπευτής στην αρχή θα εξηγήσει τα συμπτώματα και θα βοηθήσει το θεραπευόμενο να καταλάβει ότι αυτό που του συμ-

βαίνει είναι «μια φυσιολογική αντίδραση σε ένα μη φυσιολογικό γεγονός».

- **Τι θα μου συμβεί στο μέλλον;**

Ο θεραπευόμενος πρέπει να κατανοήσει ότι οι τρόποι που χρησιμοποιούσε για να αντιμετωπίσει συνήθη στρεσογόνα γεγονότα ίσως να μην επαρκούν. Σε συνεργασία με το θεραπευτή και με τη βοήθειά του θα μάθει νέους, πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων.

- **Τι θα γίνει αν δεν βελτιωθώ;**

Ο θεραπευόμενος πρέπει να κατανοήσει ότι οι υπερβολικές του αντιδράσεις αμέσως μετά από ένα τραυματικό γεγονός είναι αναμενόμενες. Ο ίδιος βρίσκεται σε διαδικασία προσαρμογής, οπότε πρέπει να δώσει χρόνο στον εαυτό του. Ο θεραπευτής γνωρίζει τεχνικές που θα τον βοηθήσουν να αναρρώσει σύντομα.

- **Είμαι ασφαλής;**

Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα πιεστικό ερώτημα για πολλούς ανθρώπους που έχουν βιώσει ένα απειλητικό ή τραυματικό γεγονός. Ο θεραπευτής μπορεί να ενθαρρύνει και να βοηθήσει το θεραπευόμενο να εμπλακεί σε φυσιολογικές δραστηριότητες, έτσι ώστε να επανέλθει σταδιακά στην καθημερινότητά του. Στην αρχή το άτομο μπορεί να αισθάνεται αποξενωμένο από τους οικείους του, πιθανώς επειδή αυτοί δεν έχουν βιώσει το τραύμα. Είναι όμως σημαντικό να διατηρήσει την επαφή του μαζί τους, για να μπορέσει να ξαναβρεί κάποιες από τις χαρές που του έδιναν οι προηγούμενες σχέσεις του. Ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει σε αυτό.

Παρεμβάσεις της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της διαταραχής

- **Επαναδιήγηση.** Βασικός στόχος είναι η αποκάλυψη με κάθε δυνατή λεπτομέρεια της ιστορίας του τραυματικού γεγονότος που βίωσε το άτομο. Η γνωστική και συναισθηματική αποφυγή που ακολουθεί μετά το γεγονός μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με την

υγιή επανέκθεση του ατόμου στις τρομακτικές πλευρές του γεγονότος. Με την επαναδιήγηση το άτομο βοηθιέται να κατανοήσει την εμπειρία του και να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του γι' αυτό που του συνέβη. Η συγκεκριμένη παρέμβαση βοηθά να διερευνηθούν πολλά θέματα σε διάφορα επίπεδα:

- Γεγονότα: πού ήταν το άτομο, τι έγινε εκεί, τι άλλο συνέβαινε, ήχοι, μυρωδιές κ.λπ.
 - Σκέψεις: τι σκέφτηκε όταν συνέβη το γεγονός, ποιες ήταν οι πρώτες σκέψεις που πέρασαν απ' το μυαλό του αμέσως μετά, τι σκέφτεται τώρα που ο κίνδυνος έχει περάσει, τι θα θυμάται.
 - Συναισθήματα: πώς ένιωσε, τι του προκάλεσε τη μεγαλύτερη δυσκολία, πώς αισθάνεται τώρα κ.λπ.
 - Συμπτώματα αντίδρασης στο στρες: αυτόνομο νευρικό σύστημα, συμπτώματα σε νοητικό, συναισθηματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό επίπεδο.
 - Εκπαίδευση: τι το βοήθησε να το ξεπεράσει, από πού αντλεί τη δύναμη να αντεπεξέλθει, πώς τα κατάφερε σε άλλες δυσκολίες, πώς διαχειρίζεται το άγχος του κ.ο.κ.
- **Πληροφόρηση για τα συμπτώματα.** Το άτομο ενημερώνεται για τα ενδεχόμενα συμπτώματα και την πορεία τους, έτσι ώστε να δει την εμπειρία του να «ομαλοποιείται», να κατανοήσει ότι οι αντιδράσεις του είναι φυσιολογικές και να αισθανθεί ότι έχει τον έλεγχο της κατάστασης. Ιδιαίτερα η επαναβίωση του γεγονότος με εφιάλτες, αναδρομές ή επαναλαμβανόμενες σκέψεις αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση σε ένα μη φυσιολογικό γεγονός και χρησιμοποιείται για να βοηθήσει το άτομο να εντοπίσει και να επεξεργαστεί τα πιο τρομακτικά γι' αυτό κομμάτια της εμπειρίας του μέσα στο ασφαλές πλαίσιο της θεραπείας.
 - **Αντιμετώπιση των γνωσιακών διαστρεβλώσεων.** Μετά το τραυματικό γεγονός το άτομο ερμηνεύει τα συμπτώματά του αλλά και το ίδιο το τραύμα με μη ρεαλιστικό, δυσλειτουργικό τρόπο. Αυτά τα λάθη πρέπει να εντοπιστούν και στη συνέχεια να βρεθούν

εναλλακτικές ρεαλιστικές σκέψεις για το γεγονός και τις συνέπειές του. Κάποιες τυπικές «γνωσιακές διαστρεβλώσεις» που εμφανίζονται μετά από μια τραυματική εμπειρία είναι:

- *Σκέψη του τύπου «όλα ή τίποτα»:* «Είτε έχω τον πλήρη έλεγχο σ' αυτό που μου συμβαίνει είτε δεν έχω κανέναν έλεγχο».
- *Υπεργενίκευση:* «Όλοι οι άνδρες είναι πιθανοί βιαστές».
- *Νοητικό φίλτρο:* «Θα μπορούσα να είχα σκοτωθεί σ' αυτό το ατύχημα».
- *Εξάλειψη των θετικών στοιχείων:* «Έκανα απλώς το καθήκον μου όταν έσωσα το παιδί».
- *Αυθαίρετο συμπέρασμα:* «Οι άλλοι περιμένουν από μένα να το ξεπεράσω αμέσως».
- *Μεγιστοποίηση των δυσκολιών και ελαχιστοποίηση των δυνατών σημείων:* «Μετά το τραυματικό γεγονός δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα με την οικογένειά μου και μόλις που τα καταφέρνω με τη δουλειά μου».
- *Συναισθηματική συλλογιστική, επικέντρωση στη συναισθηματική κατάσταση για την εξαγωγή συμπερασμάτων για τον εαυτό:* «Αφότου συνέβη αυτό αισθάνομαι συνεχώς φόβο. Άρα μάλλον είμαι πολύ αδύναμος άνθρωπος».
- *Σκέψεις του τύπου «πρέπει»:* «Θα έπρεπε να το έχω ξεπεράσει μέχρι τώρα».
- *Ετικετοποίηση:* «Θεωρούσα ότι είμαι δυνατή. Θα έπρεπε να μπορώ να χειριστώ τα πάντα, αλλά από τότε που συνέβη είμαι αδύναμη».
- *Προσωποποίηση:* «Σκέφτομαι συνεχώς τον τρόπο με τον οποίο χειρίστηκα την κατάσταση. Πρέπει να έκανα κάποιο λάθος και γι' αυτό έγινε το ατύχημα». Η ενοχή στις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ έντονη, γι' αυτό χρειάζεται να αντιμετωπιστεί με τη συστηματική διερεύνηση των σχετικών θεμάτων.
- **Τεχνικές διαχείρισης του άγχους.** Το άτομο εκπαιδεύεται στη διαφραγματική αναπνοή και στη χαλάρωση.
- **Σταμάτημα της ανησυχίας.** Το άτομο μαθαίνει να διακόπτει τις επαναλαμβανόμενες σκέψεις και αναμνήσεις του γεγονότος.

- **Έκθεση.** Εφαρμόζεται η τεχνική της έκθεσης στη φαντασία και στην πραγματικότητα.
- **Συστηματική απευαισθητοποίηση.** Όταν οι ανεπιθύμητες σκέψεις και εικόνες επιμένουν και οι άλλες τεχνικές δεν αποδίδουν, εφαρμόζεται η τεχνική αυτή με την ηχογράφηση της διήγησης του γεγονότος, αλλά και των σκέψεων και των συναισθημάτων του ατόμου γι' αυτό.

11. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά δεν υπάρχει βιβλίο αυτοβοήθειας για τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Προτείνεται το ξενόγλωσσο βιβλίο του Α. Matsakis, *Trust after trauma: A guide to relationships for survivors and those who love them*.

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Κατερίνα Κουρέα

1. Τι είναι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;
2. Πόσο συχνή είναι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;
3. Ποια είναι τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής;
4. Τι προκαλεί την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;
5. Μπορεί το παιδί μου να πάσχει από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή; Τι πρέπει να κάνω σε τέτοιες περιπτώσεις;
6. Πόσο μπορεί να διαρκέσει η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;
7. Πώς θεραπεύεται η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;
8. Τι να κάνω για να αξιοποιήσω πρακτικά τη θεραπεία μου;
9. Πώς μπορεί να βοηθήσει η οικογένεια;
10. Αξίζει τον κόπο να ζητήσω βοήθεια για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;
11. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανήκει στις αγχώδεις διαταραχές. Το άτομο που πάσχει από αυτήν εγκλωβίζεται σε μια σειρά επαναληπτικών σκέψεων (ιδεοληψίες) και συμπεριφορών (καταναγκασμοί) που του προκαλούν δυσφορία. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να είναι από μέτριας έως βαριάς μορφής. Εάν είναι βαριάς μορφής και δεν αντιμετωπιστεί με θεραπεία, μπορεί να παρεμποδίσει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολύ αποτελεσματικές θεραπείες, οι οποίες βοηθούν το άτομο να ζήσει πιο ικανοποιητικά.

2. Πόσο συχνή είναι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;

Η συχνότητα της διαταραχής έως το 1980 δεν μπορούσε να υπολογιστεί επακριβώς κυρίως εξαιτίας του διαταγμού των ασθενών να εκφράσουν τις «παράξενες» ιδεοληψίες τους. Ένας δεύτερος λόγος είναι η μυστικότητα που επικρατεί για τη συγκεκριμένη διαταραχή (βλ. τα συμπτώματα). Από το 1980 και μετά, οι επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες έδειξαν ότι το 2% του πληθυσμού πάσχει από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μέτριας έως βαριάς μορφής, ποσοστό που την καθιστά μια συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι 100.000 άνθρωποι πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή. Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών.

3. Ποια είναι τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής;

Ιδεοληψίες

Οι ιδεοληψίες (έμμονες ιδέες) είναι ανεπιθύμητες σκέψεις, εικόνες

ή παρορμήσεις που παρεισφρέουν επανειλημμένα και επίμονα στο μυαλό του ατόμου. Οι σκέψεις φαίνονται και στον ίδιο τον πάσχοντα περιέργες (και αυτός απορεί που του έρχονται στο μυαλό) και είναι σαν να του επιβάλλονται ενάντια στη θέλησή του. Οι ιδεοληψίες είναι πολύ δυσάρεστες, προκαλούν μεγάλη δυσφορία και αυξάνουν το άγχος. Το άτομο αντιλαμβάνεται ωστόσο ότι οι ιδεοληψίες είναι προϊόν δικής του σκέψης. Αυτό διαφοροποιεί την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή από τις ψυχώσεις, στις οποίες υπάρχει σύγχυση για το τι είναι πραγματικό και τι όχι. Το άτομο με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσπαθεί να διώξει τις ιδεοληψίες, αλλά δεν τα καταφέρνει.

Συνήθεις ιδεοληψίες

- Το άτομο φοβάται ότι μπορεί να μολυνθεί ή να μολύνει τους άλλους.
- Το άτομο φοβάται ότι μπορεί να προκαλέσει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους, ή ότι μπορεί να προκληθεί κακό σε κάποιους άλλους.
- Το άτομο φοβάται ότι μπορεί να χάσει τον έλεγχο των πράξεών του (να γίνει επιθετικό, βίαιο κ.λπ.).
- Το άτομο έχει ενοχλητικές σκέψεις σεξουαλικού περιεχομένου.
- Το άτομο έχει έντονη ανάγκη για συμμετρία και τάξη.
- Το άτομο έχει υπερβολική θρησκευτική (θα τιμωρηθώ για τις πράξεις ή τις σκέψεις μου) ή ηθική αμφιβολία (δεν είμαι καλός άνθρωπος).

Οι συχνότερες ιδεοληψίες αφορούν μια πιθανή μόλυνση. Το άτομο βιώνει μια υπερβολική αίσθηση απειλής ακόμη και στην ελάχιστη πιθανότητα ύπαρξης μικροβίων ή στη θέα βρομιάς στο περιβάλλον. Διακατέχεται από μια ακατανίκητη τάση να μειώσει ή να αποφύγει την παρουσία των μολυσματικών πηγών. Φοβάται ότι μπορεί να κολλήσει μικρόβια από το πάτωμα, τα πόμολα και τις καθημερινές κοινωνικές επαφές.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει χαρακτηριστεί ως *η ασθένεια της αμφιβολίας*: οι σκέψεις αμφιβολίας φτάνουν σε πα-

θολογικά επίπεδα. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να αμφιβάλλει αν κλείδωσε, αν έκλεισε το μάτι της κουζίνας ή το θερμοσίφωνο, και γενικά μήπως ξέχασε να κάνει κάτι το οποίο μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους.

Άλλα θέματα ιδεοληψιών είναι η ανάγκη για συμμετρία και τάξη («τα αντικείμενα δεν είναι σωστά τοποθετημένα στο τραπέζι»), οι επιθετικές/σεξουαλικές σκέψεις και παρορμήσεις («μπορεί να χάσω τον έλεγχο και να σφάξω τα παιδιά μου με το κουζινομάχαιρο»), διάφορες σκόρπιες λέξεις ή φράσεις που επαναλαμβάνονται άσκοπα και χωρίς λόγο, η ενασχόληση με άλυτα μεταφυσικά θέματα (π.χ. «ποιο να είναι το νόημα της ζωής;») ή με πιο πεζά θέματα (π.χ. «ποιο να είναι το όνομα του τάδε;») κ.λπ.

Καταναγκασμοί

Για να εξουδετερώσουν το άγχος που προκαλούν οι ιδεοληψίες, οι πιο πολλοί άνθρωποι νιώθουν αναγκασμένοι να επαναλαμβάνουν συνεχώς ορισμένες πράξεις, συχνά με βάση κάποιους δικούς τους «κανόνες». Αυτές οι πράξεις ονομάζονται «καταναγκασμοί» ή «τελετουργίες», και γίνονται με σκοπό να μειώσουν το άγχος που δημιουργεί η ιδεοληψία. Δεν προκαλούν ευχαρίστηση, όπως η κατανάλωση αλκοόλ ευχαριστεί έναν αλκοολικό ή η χαρτοπαιξία έναν εθισμένο χαρτοπαίκτη. Οι καταναγκασμοί εκτελούνται με πολύ συγκεκριμένο τρόπο, απαιτούν συνήθως αρκετό χρόνο (καθώς επαναλαμβάνονται και μπορεί να γίνονται πολλές φορές μέσα στην ημέρα) και επηρεάζουν την εργασία και τις σχέσεις του ατόμου.

Ο τύπος του καταναγκασμού σχετίζεται συνήθως με το είδος της ιδεοληψίας που προσπαθεί να καταπολεμήσει. Για παράδειγμα, τα άτομα με ιδεοληψίες μόλυνσης πλένουν πολλές φορές τα χέρια τους και το πλύσιμο διαρκεί τόσο πολύ που ερεθίζονται και παθαίνουν δερματίτιδες. Άτομα με ιδεοληψίες αμφιβολίας κάνουν καταναγκασμούς ελέγχου (π.χ. αν το μάτι της κουζίνας είναι ανοιχτό), οι οποίοι είναι χρονοβόροι επειδή επαναλαμβάνονται πολλές φορές (π.χ. το άτομο νιώθει ότι πρέπει να ελέγξει 100 φορές για να του φύ-

γει το άγχος, παρότι γνωρίζει ότι δεν χρειάζεται να το κάνει τόσες πολλές φορές). Σημειώνεται πάντως ότι ο τύπος του καταναγκασμού σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται να μην έχει απολύτως καμιά σχέση με το περιεχόμενο των ιδεοληψιών.

Συνήθειες τελετουργίες

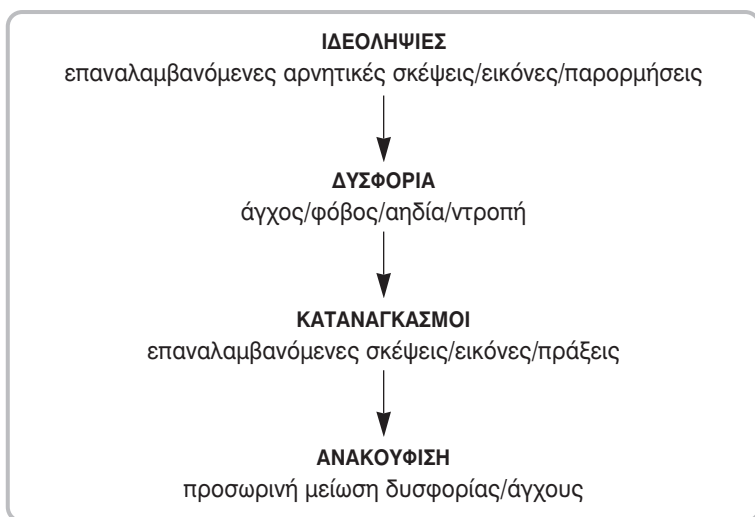
- **Καθαριότητας.** Είναι ο πιο συχνός τύπος τελετουργιών. Συνίσταται στο πλύσιμο των χεριών, σε ντους ή στην καθαριότητα του σπιτιού που διαρκεί από μισή ώρα έως και περισσότερο από δέκα ώρες. Άλλες τελετουργίες καθαριότητας είναι οι διάφορες πράξεις αποφυγής πραγμάτων που θεωρούνται μολυσματικά (π.χ. άρνηση του ατόμου να αγγίξει «βρόμικα» ή «μολυσμένα» αντικείμενα που έχουν πέσει στο πάτωμα).
- **Επανελέγχου.** Οι συνεχείς επανέλεγχοι έχουν στόχο την αποφυγή μιας καταστροφής. Συνήθη παραδείγματα είναι ο έλεγχος των ηλεκτρικών συσκευών για την αποφυγή πυρκαγιάς, ο έλεγχος παραθύρων και πορτών για την αποφυγή κλοπής και ο έλεγχος στην εργασία που παραδίδεται για την αποφυγή κριτικής. Το άτομο ελέγχει μια φορά και στη συνέχεια αμφιβάλλει αν έλεγξε σωστά, οπότε αισθάνεται ότι πρέπει να κοιτάξει ξανά. Μερικοί άνθρωποι εγκλωβίζονται για ώρες σε αυτό τον κύκλο ελέγχου, αμφιβολίας και επανελέγχου.
- **Επανάληψης (λέξεων/φράσεων/πράξεων).** Η παρουσία μιας αγχογόνου σκέψης δημιουργεί την ανάγκη για επανάληψη μιας πράξης. Η επανάληψη αυτή έχει στόχο να προλάβει και να εμποδίσει μια καταστροφή, παρόλο που δεν υπάρχει λογική σχέση μεταξύ της ιδεοληψίας και του καταναγκασμού, αλλά ένας «μαγικός» τρόπος σύνδεσης. Ως παράδειγμα αναφέρεται μια ασθενής η οποία είχε ιδεοληψίες και σκεφτόταν ότι αν αυτές δεν σταματούσαν θα πέθαινε ο σύζυγός της. Σε μια προσπάθεια λοιπόν να «αποτρέψει» το θάνατό του, ντυνόταν και ξεντυνόταν έως ότου σταματήσουν οι ιδεοληψίες της!
- **Τακτοποίησης (συμμετρίας/τάξης).** Συνίσταται στην τακτοποίηση πραγμάτων με πολύ συγκεκριμένο και αυστηρό τρόπο ή

σύμφωνα με κάποια μοτίβα. Για παράδειγμα, το κρεβάτι στρώνεται στην εντέλεια, χωρίς το παραμικρό τσαλάκωμα· τα χάπια που λαμβάνονται καθημερινά απλώνονται με πολύ συγκεκριμένο τρόπο και ξανατακτοποιούνται κάθε φορά που λαμβάνεται ένα χάπι. Η διακοπή ενός μοτίβου (π.χ. όταν κάποιος άλλος τακτοποιήσει τα πράγματα με διαφορετικό τρόπο) γίνεται αντιληπτή αμέσως και προκαλεί έντονη αναστάτωση. Αυτές οι τελετουργίες συνήθως δεν ενεργοποιούνται από κάποιο αίσθημα επικείμενης καταστροφής, αλλά από τη δυσφορία που δημιουργείται όταν τα πράγματα «δεν ταιριάζουν».

- **Θησαυρισμού.** Αφορά τη συλλογή ασήμαντων αντικειμένων (π.χ. κομμάτια χαρτιού από το δρόμο) και την αδυναμία του ατόμου να τα ξεφορτωθεί, με το σκεπτικό ότι ίσως φανούν χρήσιμα στο μέλλον. Το ίδιο το άτομο δίνει μεγάλη αξία στις συλλογές του, παρότι οι υπόλοιποι τις θεωρούν άχρηστες.
- **Γνωσιακές.** Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή εικόνες, οι οποίες έχουν στόχο τη μείωση του άγχους που προκαλούν οι ιδεοληπτικές σκέψεις ή εικόνες (αυτές δηλαδή που αυξάνουν το άγχος). Οι πιο συνηθισμένες γνωσιακές τελετουργίες είναι οι προσευχές, οι επαναλαμβανόμενες λέξεις ή φράσεις και το μέτρημα. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να θεωρεί τον αριθμό 3 γρουσουζικό και τον αριθμό 6 τυχερό. Έτσι, κάθε φορά που μια σκέψη του περιλαμβάνει τον αριθμό 3, το άτομο επαναλαμβάνει τον αριθμό 6 τόσες φορές όσες θεωρεί ότι είναι απαραίτητες για να «αποτρέψει» την κακοτυχία. Άλλα παραδείγματα είναι η ανάκληση μιας αλληλουχίας γεγονότων (τι έκανε ακριβώς πριν την εμφάνιση ενός συγκεκριμένου γεγονότος που του προκαλεί δυσφορία) ή η νοητική επανάληψη μιας λίστας.
- **Καθαρές ιδεοληψίες.** Μοιάζουν με τις γνωσιακές τελετουργίες, αφού και αυτές είναι ένα είδος εσωτερικού μονολόγου. Όλοι οι άνθρωποι μπορεί να έχουν τέτοιου είδους εσωτερικούς μονολόγους, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή όμως αυτοί προκαλούν μεγάλη αναστάτωση. Και πάλι μια ιδεοληπτική σκέ-

ψη αυξάνει το άγχος και μια καθησυχαστική εμφανίζεται για να το μειώσει. Σε αντίθεση με τις παραπάνω περιπτώσεις, τα άτομα που έχουν μόνο ιδεοληψίες δεν προβαίνουν ούτε σε τελετουργίες συμπεριφοράς (πλύσιμο, έλεγχος) ούτε σε νοητικές τελετουργίες (μέτρηση, προσευχή). Μια πρόσθετη διαφορά είναι ότι εδώ το περιεχόμενο του «διαλόγου» μπορεί να αλλάζει κάθε φορά. Οι πιο συνηθισμένες σκέψεις κυμαίνονται από ανησυχίες για καθημερινά ζητήματα έως φοβερές, βίαιες ή ντροπιαστικές σκέψεις, σκέψεις για μελλοντικές καταστροφές ή παρορμήσεις ενοχής για παλαιότερα γεγονότα. Συνηθισμένες επίσης είναι οι εμμονές για θέματα υγείας ή παλαιότερα τραυματικά γεγονότα, καθώς και η ανησυχία για αποτυχία σε μελλοντικούς στόχους. Πιο σοβαρές θεωρούνται οι ντροπιαστικές εικόνες ακατάλληλης σεξουαλικής συμπεριφοράς ή οι παρορμήσεις του ατόμου να σκοτώσει ή να βλάψει κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο ή τον εαυτό του.

Στο σχήμα που ακολουθεί φαίνεται το πώς οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί συνδέονται με το άγχος του ατόμου.



Αδυναμία αναγνώρισης του προβλήματος, ντροπή και μυστικότητα

Τα άτομα μαθαίνουν να ζουν με τη δυσκολία τους και προσαρμόζονται, αλλά ταλαιπωρούνται για χρόνια μέχρι να ζητήσουν θεραπεία, επειδή ντρέπονται να μιλήσουν για το πρόβλημά τους. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή βλέπουν κατά μέσο όρο τρεις ή τέσσερις γιατρούς και ότι περνούν αρκετά χρόνια μέχρι να τους γίνει η σωστή διάγνωση.

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να εμποδίσει ένα άτομο να ζητήσει βοήθεια είναι η *ανεπαρκής συναίσθηση* ή η έλλειψη επίγνωσης ότι αυτό που βιώνει αποκλίνει από τη φυσιολογική συμπεριφορά. Με άλλα λόγια, το άτομο δεν αναγνωρίζει την υπερβολή ή το παράλογο που χαρακτηρίζει την κατάστασή του.

Χρονιότητα

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ενδέχεται να διαρκέσει χρόνια, ακόμη και δεκαετίες. Κατά περιόδους τα συμπτώματα υποχωρούν και για μεγάλο διάστημα μπορεί να είναι πολύ ήπια. Όμως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι χρόνια, δηλαδή δεν είναι δυνατόν να ξεπεραστεί χωρίς ειδική θεραπεία. Με την κατάλληλη θεραπεία το άτομο μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τις συνθήκες της ζωής του.

Όσο το συντομότερο ζητήσεις λοιπόν βοήθεια, τόσο το καλύτερο. Δεν υπάρχει λόγος να ντρέπεσαι για καμιά ασθένεια. Το σημαντικό είναι να κάνεις καλύτερες τις συνθήκες της ζωής σου. Όπως θα διαβάσεις και πιο κάτω, οι σύγχρονες θεραπείες έχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ρώτησε εάν οι ειδικοί που επισκέπτεσαι έχουν εκπαιδευτεί στη θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, ώστε να έχεις όσο το δυνατόν καλύτερη βοήθεια.

4. Τι προκαλεί την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;

Παλαιότερα επικρατούσε η αντίληψη ότι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σχετίζεται με την ανατροφή που έδινε υπερβολική έμφαση στην καθαριότητα ή θεωρούσε ότι κάποιες σκέψεις είναι απαγορευμένες. Σήμερα όλο και περισσότερα στοιχεία ερευνών υποστηρίζουν ότι η διαταραχή αυτή έχει νευροβιολογική βάση. Η μελέτη της λειτουργίας του εγκεφάλου εν ζωή με τη μέθοδο της «τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων» (PET scan) αποκάλυψε ότι η εγκεφαλική λειτουργία των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή διαφέρει από αυτή των υπολοίπων. Τα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν αυξημένη δραστηριότητα στον κογχομετωπιαίο φλοιό (που σχετίζεται με την αντίληψη του φόβου και του κινδύνου) και στον κερκοφόρο πυρήνα βασικών γαγγλίων (όπου γίνεται ο έλεγχος της έναρξης και της λήξης σκέψεων και πράξεων). Η διαπίστωση ότι τα φάρμακα που επιδρούν στο νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη προκαλούν αλλαγές στον εγκέφαλο των ατόμων με αυτή τη διαταραχή, και κατά συνέπεια οδηγούν στην προβληματική συμπεριφορά τους, ενισχύει τη νευροβιολογική ερμηνεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Πάντως το γεγονός ότι σήμερα με τις δυνατότητες που μας προσφέρουν οι απεικονιστικές μέθοδοι (PET) μπορούμε να υποστηρίξουμε αυτή τη νευροβιολογική ερμηνεία δεν σημαίνει ότι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι διαφορετική από τις άλλες ψυχολογικές διαταραχές που περιγράφονται στο παρόν εγχειρίδιο. Στο μέλλον μέσω μιας απεικονιστικής τεχνικής αναμένεται να καταδειχθεί η ανάλογη βάση και άλλων ψυχολογικών διαταραχών. Εξάλλου, το ότι σκεφτόμαστε, θυμόμαστε ή αισθανόμαστε κάτι δεν είναι προϊόν της «ψυχής» μας, αλλά κάποιων συστημάτων του εγκεφάλου μας, τα οποία σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον μας και με τις προσωπικές μας εμπειρίες μάς βοηθούν να επεξεργαστούμε τα εξωτερικά ερεθίσματα. Στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορούμε απλώς να εντοπίσουμε τις περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από αυτά τα ερεθίσματα.

Άλλες θεωρίες για την εξήγηση της συγκεκριμένης διαταραχής αναφέρονται στην αλληλεπίδραση συμπεριφοράς και περιβάλλοντος, σε πεποιθήσεις και στάσεις, και στην επεξεργασία πληροφοριών. Αυτές οι γνωσιακές και συμπεριφοριστικές θεωρίες δεν είναι αντικρουόμενες προς τις βιολογικές εξηγήσεις.

5. Μπορεί το παιδί μου να πάσχει από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή; Τι πρέπει να κάνω σε τέτοιες περιπτώσεις;

Συνήθως τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της νεαρής ενήλικης ζωής, χωρίς όμως να αποκλείεται η έναρξή τους και κατά την παιδική ηλικία. Είναι μια νόσος την οποία το περιβάλλον μπορεί να μην αντιληφθεί εύκολα για διάφορους λόγους. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι το 30% των ενηλίκων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είχε αρχίσει να την εκδηλώνει από την παιδική ηλικία.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να επιφέρει σοβαρά προβλήματα στην ανάπτυξη. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό, εάν οι γονείς παρατηρήσουν στο παιδί τους στοιχεία όπως αυτά που περιγράφονται εδώ, να επισκεφθούν έναν εξειδικευμένο ειδικό (κλινικό ψυχολόγο ή παιδοψυχίατρο). Η επιτυχής θεραπεία για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε παιδιά κατάφερε να εξαλείψει προβλήματα συγκέντρωσης και προσοχής, μαθησιακές δυσκολίες και άλλα σχετικά προβλήματα τα οποία προκαλούσε η πάθηση.

Πάντως, κάποιες συμπεριφορές χαρακτηριστικές της διαταραχής είναι φυσιολογικές και συνηθισμένες στα παιδιά (π.χ. το να μετρούν τις πλάκες στο πεζοδρόμιο, να αποφεύγουν να πατήσουν τις γραμμές του πεζοδρομίου, να χτυπούν ανά τρία τα κάγκελα, να μετρούν τα σκαλοπάτια, να επαναλαμβάνουν λέξεις ή φράσεις) και δεν πρέπει να προκαλούν ανησυχία. Συνήθως τα παιδιά τις διακόπτουν από μόνα τους. Αυτού του είδους οι συμπεριφορές αποτελούν ένα παιχνίδι που προκαλεί ευχαρίστηση και ενθουσιασμό στα παιδιά και σε καμιά περίπτωση δεν στοχεύουν να μειώσουν το άγχος τους.

Αν το παιδί σας διαγνωστεί ότι πάσχει από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, προσπαθήστε να καταλάβετε τη φύση της νόσου. Ο ειδικός θα σας βοηθήσει να ξεπεράσετε τα συνηθισμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς των παιδιών που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή. Αφού ενημερωθείτε σωστά και κατανοήσετε τι είναι ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μιλήστε με τους δασκάλους του παιδιού. Ενημερώστε τους και βεβαιωθείτε ότι έχουν καταλάβει. Όπως όλα τα παιδιά, έτσι και τα παιδιά με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χρειάζονται σαφή όρια και γνώση των απαιτήσεων που έχει το περιβάλλον από αυτά. Αξιολογήστε τις δυνατότητες του παιδιού σας με τη βοήθεια των ειδικών και προσπαθήστε να μην περιμένετε πολλά, ούτε όμως και λίγα. Επειδή είναι δύσκολο για κάποιον να επωμιστεί μόνος του τη φροντίδα ενός ατόμου με βαριά ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η ενημέρωση και η κινητοποίηση όλης της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Θα βοηθήσετε περισσότερο το παιδί σας αν διατηρήσετε την ποιότητα της ζωής σας. Έτσι θα μπορείτε να το στηρίζετε πιο αποτελεσματικά.

Υπάρχουν και άλλες διαταραχές που μοιάζουν με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Τα παιδιά και οι ενήλικες με σοβαρές εξελικτικές διαταραχές, όπως είναι ο αυτισμός ή το σύνδρομο Asperger, έχουν υπερβολικά άκαμπτες και καταναγκαστικές συμπεριφορές που μοιάζουν πάρα πολύ με βαριάς μορφής ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Σε αυτές τις περιπτώσεις όμως υπάρχουν σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας τα οποία δεν παρουσιάζονται στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

6. Πόσο μπορεί να διαρκέσει η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή δεν ξεπερνιέται από μόνη της. Κατά καιρούς τα συμπτώματα υποχωρούν, αλλά επανέρχονται. Σήμερα υπάρχουν θεραπείες που βοηθούν σημαντικά πολλούς ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τη διαταραχή τους και να έχουν ικα-

νοποιητική ζωή. Παρακάτω αναφέρονται οι θεραπείες και τα ποσοστά επιτυχίας τους.

7. Πώς θεραπεύεται η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;

Υπάρχουν δύο βασικά είδη θεραπείας για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα: οι *φαρμακευτικές θεραπείες* και οι *ψυχοθεραπείες*, κυρίως η συμπεριφορική θεραπεία με ή χωρίς γνωσιακή θεραπεία. Αυτά τα δύο είδη μπορούν να συνδυαστούν, ωφελώντας ιδιαίτερα τους περισσότερους ασθενείς.

Φαρμακευτική θεραπεία

Για την αντιμετώπιση της διαταραχής χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Εκτεταμένες μελέτες έχουν δείξει ότι ποσοστό 75% των πασχόντων βοηθείται από τα φάρμακα τουλάχιστον έως ένα βαθμό και 50% βοηθείται πάρα πολύ. Τα φάρμακα μειώνουν την ένταση τόσο των ιδεοληψιών όσο και των ψυχαναγκασμών. Μπορεί να περάσει ένας μήνας ή και περισσότερο για να υπάρξει βελτίωση. Κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά σε κάθε φάρμακο. Έτσι, αν ένα φάρμακο δεν ενεργήσει ή έχει παρενέργειες, μπορεί να αντικατασταθεί από ένα άλλο. Αν ο ασθενής σταματήσει να παίρνει τα φάρμακά του, είναι πολύ πιθανό να υποτροπιάσει, δηλαδή να «ξανακυλήσει» στην ασθένεια. Ακόμη κι αν τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει εντελώς, οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται τα φάρμακα για μεγάλο διάστημα, ίσως και για όλη τους τη ζωή, μάλλον σε χαμηλές δόσεις. Έχει βρεθεί ότι η σταδιακή ελάττωση της φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία μειώνει την πιθανότητα υποτροπής. Επειδή η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι χρόνια, θεωρείται πολύ σημαντικό να μάθει το άτομο να αντιμετωπίζει την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του, κυρίως σε πε-

ριόδους στρες. Αυτό έχει αρκετές πιθανότητες να το καταφέρει με την κατάλληλη ψυχοθεραπεία.

Συμπεριφοριστική και γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία

«Ψυχοθεραπεία» είναι η διαδικασία που στοχεύει στην επίλυση των ψυχολογικών προβλημάτων μέσω της δημιουργίας μιας σχέσης με έναν ειδικά εκπαιδευμένο θεραπευτή και με τη χρήση ειδικών τεχνικών που στηρίζονται σε μια συγκεκριμένη θεωρία. Οι μελέτες δείχνουν ότι από τις διάφορες ψυχοθεραπείες (ψυχαναλυτική, ανθρωποκεντρική, συστημική, Gestalt, οικογενειακή κ.λπ.) η συμπεριφοριστική και η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι οι πιο ενδεδειγμένες για την αντιμετώπιση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά στην ψυχοθεραπεία. Όλοι όσοι ξεκινούν ψυχοθεραπεία έχουν κάποιο άγχος. Από τις διαφορετικές μορφές θεραπείας (ατομική, ομαδική, οικογενειακή) συστήνεται η ατομική.

Μια συμπεριφοριστική τεχνική, η «έκθεση και παρεμπόδιση της απάντησης», χρησιμοποιείται συχνά και με επιτυχία στα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Η τεχνική αυτή πρέπει να εφαρμόζεται από ειδικά εκπαιδευμένο θεραπευτή. Ο ασθενής φέρνει σκόπιμα τον εαυτό του αντιμέτωπο με την κατάσταση ή την ιδέα που του προκαλεί φόβο ή άγχος, είτε στην πραγματικότητα είτε στη φαντασία του (έκθεση). Ταυτόχρονα ενθαρρύνεται να αποφύγει τις τελετουργίες (παρεμπόδιση της απάντησης). Για παράδειγμα, ένας ασθενής με καταναγκασμό πλυσίματος καλείται να ακουμπήσει ένα αντικείμενο το οποίο θεωρεί μολυσμένο και κατόπιν ενθαρρύνεται να μην πλύνει τα χέρια του για πολλές ώρες, μέχρι το άγχος που προκλήθηκε να υποχωρήσει σημαντικά. Ο ασθενής μέσω της έκθεσης μαθαίνει να ανέχεται το άγχος του και σταδιακά, με την παρεμπόδιση της απάντησης, ελέγχει και τις τελετουργίες.

Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές μπορούν να συνδυαστούν με γνωσιακές. Οι γνωσιακές τεχνικές βοηθούν το άτομο να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται για τη διαταραχή του αλλά και γενικότε-

ρα. Η γνωσιακή θεραπεία για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή στοχεύει στην καταπολέμηση του καταστροφικού τρόπου σκέψης και της υπερβολικής αίσθησης ευθύνης. Επιπρόσθετα, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία βοηθά να προληφθούν υποτροπές όταν το άτομο σταματήσει τη φαρμακοθεραπεία.

Όταν η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία γίνεται σε εβδομαδιαία βάση, χρειάζονται περίπου δύο μήνες για να φανούν ουσιαστικά αποτελέσματα. Συνήθως σημειώνεται υποχώρηση των συμπτωμάτων σε ποσοστό 50% με 80% μέσα σε 12-20 συναντήσεις. Οι έρευνες δείχνουν ότι όσοι ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους απολαμβάνουν τα αποτελέσματά της για πολύ καιρό μετά (από τρεις μήνες έως έξι χρόνια), ειδικά αν υπάρχει παρακολούθηση κατά διαστήματα. Αυτές οι συνεδρίες επανελέγχου έχουν στόχο τη μετάβαση του ατόμου από τη θεραπεία στην ανεξαρτησία και μπορεί να είναι κάποιες αραιές συναντήσεις ή τηλεφωνικά ραντεβού.

8. Τι να κάνω για να αξιοποιήσω πρακτικά τη θεραπεία μου;

Να τηρείς με συνέπεια τα ραντεβού σου. Μην αμελείς να ολοκληρώνεις την εργασία για το σπίτι την οποία έχεις συμφωνήσει με το θεραπευτή σου. Ενημέρωνε με ειλικρίνεια τους ειδικούς που σε παρακολουθούν για την πορεία της θεραπείας. Αν τα συμπτώματά σου επιδεινωθούν, αν υπάρξουν παρενέργειες από τα φάρμακα ή αν παρουσιαστεί κάποιο νέο σύμπτωμα (πανικός, κατάθλιψη, έντονο στρες), ειδοποίησε το θεραπευτή σου.

Μερικές φορές ίσως αμφιβάλλεις για τη θεραπεία σου, νιώθεις δυσφορία και θέλεις να τα παρατήσεις. Να θυμάσαι ότι κι αυτά τα συναισθήματα είναι σημαντικά και μπορείς να τα συζητήσεις ανοιχτά με το θεραπευτή ή το γιατρό σου. Αν συνεργάζεσαι σωστά με τους ειδικούς, θα καταφέρεις να βελτιώνεις όλο και περισσότερο τις συνθήκες της θεραπείας και της ζωής σου. Θυμήσου ότι η θεραπεία για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει ικανοποιητικά

ποσοστά επιτυχίας, αλλά χρειάζεται κάποιο διάστημα για να δείξει τα αποτελέσματά της.

9. Πώς μπορεί να βοηθήσει η οικογένεια;

Οι οικογένειες των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνήθως δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο δεν μπορεί να σταματήσει τους καταναγκασμούς του. Κάποια μέλη μπορεί να εκδηλώσουν θυμό και απόρριψη, επιβαρύνοντας έτσι τον ασθενή. Κάποιοι άλλοι, για να μην προκαλέσουν συγκρούσεις, μπορεί να βοηθούν στις τελετουργίες ή να δείχνουν συμπαράσταση. Είναι λοιπόν σημαντικό η οικογένεια να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται για όποια διαταραχή κάνει ένα μέλος να υποφέρει, και το ίδιο ισχύει για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Η οικογένεια πρέπει να κάνει τον πάσχοντα να καταλάβει ότι υπάρχουν θεραπείες και να τον βοηθήσει πρακτικά να ανταποκριθεί στην πιο κατάλληλη. Αν ο πάσχων αρνείται ότι έχει πρόβλημα ή δεν θέλει να παρακολουθήσει τη θεραπεία του, η οικογένεια μπορεί να του παρέχει εκπαιδευτικό υλικό και να τον παροτρύνει να ζητήσει βοήθεια. Μια συζήτηση με όλα τα μέλη της οικογένειας μπορεί να έχει αποτελέσματα. Σε τέτοιου είδους συζητήσεις τα αρνητικά σχόλια και η κριτική δεν αποδίδουν· αντίθετα, η ενίσχυση και τα θετικά σχόλια για την πρόοδο του ατόμου είναι πολύ πιο χρήσιμα. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή απαιτεί μεγάλη υπομονή και τη συνεργασία της οικογένειας με τους ειδικούς. Ένα μέλος μπορεί να προσφερθεί να συνοδεύσει το θεραπευόμενο στον ειδικό για να συζητήσουν την πορεία της θεραπείας. Επιπλέον η οικογένεια μπορεί να μάθει πώς να τον παροτρύνει να ακολουθεί με συνέπεια τη συμπεριφοριστική θεραπεία και να τηρεί το πρόγραμμα της φαρμακοθεραπείας.

10.

Αξίζει τον κόπο να ζητήσω βοήθεια για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή;

Ναι, αξίζει τον κόπο να ζητήσεις βοήθεια, τόσο διότι υπάρχει θεραπεία με επιστημονικά τεκμηριωμένη επιτυχία όσο και διότι είναι μάλλον απίθανο αυτή η διαταραχή να εξαφανιστεί από μόνη της. Να ξέρεις ότι δεν είσαι ο μόνος άνθρωπος που βιώνει το συγκεκριμένο πρόβλημα. Με τη βοήθεια ενός ειδικού μπορείς να βελτιώσεις σημαντικά τη ζωή σου.

11.

Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά δεν υπάρχει βιβλίο αυτοβοήθειας αποκλειστικά για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Μια ενότητα του βιβλίου του I. Marks, *Νικήστε τις φοβίες*, αναφέρεται σε αυτήν αλλά και στις συμπεριφοριστικές μεθόδους θεραπείας. Προτείνεται επίσης το βιβλίο του F. Lamagnère, *Μανίες, φοβίες και έμμονες ιδέες*.

Στα αγγλικά υπάρχουν πολλές εργασίες. Από τις πιο γνωστές είναι αυτή των P. De Silva και S. Rachman, *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts*, και το βιβλίο των E.B. Foa και R. Wilson, *Stop Obsessing*.

Ανορεξία

Ευσταθία Κοφίτσα
Ευθυμία Παυλάτου

1. Μύθοι για την ανορεξία
2. Τι είναι η ανορεξία;
3. Ποιοι είναι οι τύποι της ανορεξίας;
4. Ποιοι μπορεί να εμφανίσουν ανορεξία;
5. Ποιες είναι οι ενδείξεις της ψυχογενούς ανορεξίας;
6. Υπάρχουν κοινά συμπτώματα ανορεξίας και βουλιμίας;
7. Πόσο επικίνδυνη είναι η ανορεξία;
8. Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της ανορεξίας;
9. Πώς ξεκινά και πώς διατηρείται η ψυχογενής ανορεξία;
10. Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ανορεξίας;
11. Μπορεί να θεραπευτεί η ανορεξία;
12. Πώς μπορώ να βοηθήσω ένα άτομο με ανορεξία;
13. Τι μπορώ να κάνω αν έχω ανορεξία;
14. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Μύθοι για την ανορεξία

- **Τα άτομα δεν έχουν το αίσθημα της πείνας.** Ο όρος «ανορεξία» είναι λανθασμένος, καθώς η απώλεια της όρεξης για φαγητό είναι σπάνια. Στη συγκεκριμένη διαταραχή «διαταράσσεται» το αίσθημα της πείνας, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το άτομο δεν έχει την επιθυμία να φάει.
- **Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία είναι σκελετωμένα.** Η απώλεια βάρους είναι ένα βασικό κριτήριο για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, όχι όμως και το μοναδικό.
- **Αφορά μόνο γυναίκες.** Είναι αλήθεια ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν ψυχογενή ανορεξία σε υψηλότερο ποσοστό από ό,τι οι άνδρες. Αυτό σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στα κοινωνικά πρότυπα που προβάλλουν ως ιδανικό το αδύνατο σώμα και τα οποία είναι πιο επιτακτικά για τις γυναίκες. Επιπλέον οι άνδρες ντρέπονται συνήθως να μιλήσουν για το πρόβλημα, να ζητήσουν βοήθεια και να το παραδεχθούν. Αποτέλεσμα είναι ότι δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία γι' αυτή τη διαταραχή στους άνδρες. Επειδή όμως τα ίδια πρότυπα απευθύνονται πια και στον ανδρικό πληθυσμό, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού αυτών των διαταραχών και στους άνδρες.

2. Τι είναι η ανορεξία;

Η ψυχογενής ανορεξία υπάγεται στις λεγόμενες *διαταραχές πρόσληψης τροφής*. Το άτομο με ψυχογενή ανορεξία ανησυχεί υπερβολικά για το βάρος του, ακόμη και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό, και επιδιώκει με κάθε τρόπο να αδυνατίσει. Ακολουθεί αυστηρές δίαιτες, παραλείπει γεύματα, συχνά γυμνάζεται εντατικά, καταφεύγει στον αυτοπροκαλούμενο εμετό και χρησιμοποιεί καθαρτικά και διουρητικά με στόχο την απώλεια βάρους.

Πολλές γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία δεν έχουν εμμηνόρροια λόγω της διαταραχής των φυσιολογικών λειτουργιών από τη μεγάλη απώλεια βάρους. Για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας η γυναίκα θα πρέπει να έχει τουλάχιστον τρεις μήνες αμηνόρροια. Οι άνδρες παρουσιάζουν προβλήματα στις αναπαραγωγικές λειτουργίες.

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία έχουν λανθασμένη αντίληψη για την εμφάνισή τους. Ενώ δηλαδή είναι ελλιποβαρή, πιστεύουν ότι είναι παχιά ή ότι κάποια μέρη του σώματός τους είναι πιο μεγάλη (κοιλιά, στήθος, μηροί). Επιδιώκουν επίσης την απώλεια βάρους και αρνούνται τις επιπτώσεις του χαμηλού βάρους στη σωματική τους υγεία.

3. Ποιοι είναι οι τύποι της ανορεξίας;

Η ανορεξία έχει δύο τύπους: τον υπερφαγικό-καθαρτικό και τον περιοριστικό τύπο.

Στον **υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο** ανορεξίας παρατηρούνται υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία συνοδεύονται από καθαρτική συμπεριφορά. Το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα και μετά αισθάνεται ενοχές επειδή δεν μπόρεσε να ελέγξει αυτή τη συμπεριφορά του. Γι' αυτό αντισταθμίζει την υπερφαγία με την καθαρτική συμπεριφορά: προσπαθεί δηλαδή να διατηρήσει το σωματικό βάρος με διάφορους τρόπους, όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, η κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών και η χρήση κλυσμάτων. Οι εμετοί προκαλούνται αρχικά με τον ερεθισμό του φάρυγγα με το δάχτυλο, αργότερα όμως μπαίνει σε λειτουργία ένας αντανάκλαστικός μηχανισμός, με τον οποίο δεν είναι απαραίτητος ο ερεθισμός.

Στον **περιοριστικό τύπο** ανορεξίας το άτομο δεν παρουσιάζει τέτοιου είδους συμπεριφορές, αλλά καταφέρνει να χάσει βάρος με αυστηρή δίαιτα, έντονη γυμναστική και παράλειψη γευμάτων.

4. Ποιοι μπορεί να εμφανίσουν ανορεξία;

Από έρευνες φαίνεται ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό στα κορίτσια ηλικίας από 12 έως 17 ετών και στις νεαρές γυναίκες ηλικίας από 18 έως 24 ετών, ενώ η εμφάνισή τους είναι λιγότερο συχνή στις αντίστοιχες ηλικίες των αγοριών ή των νεαρών ανδρών. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής μετά την ηλικία των 40 ετών δεν εμφανίζονται παρά σπάνια. Η σχέση της ανορεξίας με την ηλικία και το φύλο είναι σαφέστατη, η σύνδεσή της όμως με άλλα δημογραφικά στοιχεία δεν είναι τεκμηριωμένη. Για παράδειγμα, η υπόθεση ότι τα άτομα που νοσούν προέρχονται από οικογένειες υψηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου δεν βρίσκει ερευνητική στήριξη.

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία συνήθως εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, εσωστρέφεια, ανάγκη για έλεγχο και τελειοθηρία.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι συχνότερη σε πληθυσμούς στους οποίους ο αυστηρός έλεγχος του βάρους είναι επιβεβλημένος (μοντέλα, χορεύτριες, αθλητές κ.ά.).

5. Ποιες είναι οι ενδείξεις της ψυχογενούς ανορεξίας;

Παρακάτω αναφέρονται μερικά χαρακτηριστικά στοιχεία τα οποία παρατηρούνται στα άτομα με ψυχογενή ανορεξία και μπορεί να υποδηλώνουν τη σοβαρότητα του προβλήματος:

- Έντονος φόβος για αύξηση του βάρους. Το ίδιο το άτομο μπορεί να μην αναγνωρίζει ότι είναι πολύ λεπτό, παρά τις διαβεβαιώσεις των άλλων. Μπορεί να νομίζει ότι είναι παχύ ή ότι κάποια σημεία του σώματός του είναι χοντρά.
- Έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος.
- Συνεχής ενασχόληση με το φαγητό, συλλογή συνταγών και παρασκευή αρκετά πολύπλοκων φαγητών για τους άλλους.

- Σημαντική μείωση της πρόσληψης τροφής, εξαντλητική δίαιτα και άρνηση του αισθήματος της πείνας.
- Εξουθενωτική άσκηση, όπως έντονη ποδηλασία, βάδισμα ή τρέξιμο.
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού κρυφά και πολύ γρήγορα, συνήθως κατά τις νυχτερινές ώρες, που ακολουθείται από πρόκληση εμετού.
- Κοινωνική απομόνωση και αποφυγή δραστηριοτήτων που αφορούν το φαγητό. Το άτομο συνήθως αρνείται να φάει με άλλα μέλη της οικογένειας ή σε δημόσιο χώρο.
- Ιδιορρυθμες διατροφικές συνήθειες (π.χ. το άτομο κρύβει φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού και συχνά έχει στις τσέπες του μεγάλες ποσότητες από γλυκίσματα).
- Ιδιαίτερη ικανοποίηση από την απώλεια βάρους. Όταν το άτομο χάσει αρκετό βάρος, νιώθει ευχαρίστηση και κάνει αυστηρή δίαιτα για να συνεχίσει να χάνει.
- Άρνηση αναζήτησης βοήθειας, επειδή αυτό σημαίνει αναγνώριση του προβλήματος. Τα άτομα με ανορεξία δεν θεωρούν ότι έχουν πρόβλημα.

6. Υπάρχουν κοινά συμπτώματα ανορεξίας και βουλιμίας;

Όπως στην ανορεξία, έτσι και στη βουλιμία τα άτομα ενδιαφέρονται για το σχήμα του σώματός τους και το βάρος τους. Αξιολογούν επίσης τον εαυτό τους με βάση το βάρος και την εμφάνισή τους. Όταν παίρνουν βάρος, νιώθουν απογοήτευση με τον εαυτό τους και προσπαθούν να το μειώσουν.

Ένα από τα κοινά συμπτώματα ανορεξίας και βουλιμίας είναι τα επεισόδια υπερφαγίας. Στην υπερφαγία το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα και έχει την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει αυτή τη συμπεριφορά. Κατόπιν καταφεύγει σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς και σε χρήση κα-

θαρτικών, διουρητικών ή κλυσμάτων για τη διατήρηση του σωματικού του βάρους. Πρέπει να τονιστεί ότι τα περισσότερα άτομα με βουλιμία έχουν φυσιολογικό βάρος.

7. Πόσο επικίνδυνη είναι η ανορεξία;

Ανάλογα με τα προβλήματα και τις επιπλοκές στη σωματική υγεία από την απώλεια βάρους προσδιορίζεται και ο βαθμός επικινδυνότητας της ανορεξίας. Όταν υπάρχει κίνδυνος θανάτου, απαιτείται η νοσηλεία του ατόμου σε νοσοκομείο ως εσωτερικού ασθενή, ενώ σε λιγότερο επικίνδυνες περιπτώσεις είναι αναγκαία η ένταξή του σε νοσοκομειακό πλαίσιο ως εξωτερικού ασθενή. Γενικά πάντως η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να αποβεί μοιραία λόγω των επιπτώσεων της στη σωματική υγεία (υποθερμία, οιδήματα, υπόταση, βραδυκαρδία, διαταραχές στο μεταβολισμό, αμηνόρροια, διαταραχές στους ηλεκτρολύτες κ.ά.). Περίπου το 10% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία καταλήγει στο θάνατο.

8. Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της ανορεξίας;

Διατροφική συμπεριφορά

- Διαρκής ενασχόληση με τη διατροφή.
- Αυστηρές δίαιτες.
- Μείωση των τροφών που περιέχουν υδατάνθρακες και λίπη.
- Υπερκατανάλωση τροφών σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, συνήθως τις νυχτερινές ώρες, και στη συνέχεια πρόκληση εμετού λόγω ενοχών και ανάγκης να διατηρηθεί το βάρος.
- Διατήρηση του χαμηλού βάρους με την αποφυγή γευμάτων ή με το πέταμα του φαγητού κρυφά.

- Ιδιόρρυθμες διατροφικές συνήθειες (π.χ. το άτομο κρύβει φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού).
- Ευχαρίστηση λόγω της συνεχούς απώλειας βάρους και συνέχιση της αυστηρής δίαιτας.

Εμφάνιση και εικόνα του σώματος

- Μη ρεαλιστική εικόνα του σώματος: το άτομο πιστεύει ότι είναι παχύ ή ότι κάποιο μέρος του, όπως η κοιλιά, είναι χοντρό.
- Η συχνή πρόκληση εμετών δημιουργεί θαμπό δέρμα, θαμπά και αδύναμα μαλλιά και κατεστραμμένα δόντια.

Άσκηση

- Έντονη σωματική άσκηση για το κάψιμο θερμίδων.

Σκέψεις

- «Το σώμα μου είναι απαίσιο».
- «Αν φάω αυτή την τροφή, δεν θα αρέσω σε κανέναν».
- «Αν φάω ένα γλυκό, δεν θα σταματήσω να τρώω γλυκά».
- «Αν το βάρος μου υπερβεί κάποια κιλά, δεν θα μπορέσω να τα χάσω».
- «Αν φάω αυτή την τροφή, χάνω τον έλεγχο».
- «Όταν το βάρος μου αυξάνεται, αισθάνομαι απαίσια. Όταν μειώνεται, αισθάνομαι καλά».
- «Όταν τρώω τροφές που παχαίνουν, αισθάνομαι ενοχές».
- «Οι άλλοι με θέλουν παχιά, με ζηλεύουν».
- «Αν είμαι αδύνατος, θα δείξω τι αξίζω».
- «Αφού έχασα τον έλεγχο, δεν έχω άλλη λύση παρά να κάνω εμετό».

Συναισθήματα

- Φόβος και ανησυχία του ατόμου μήπως παχύνει.
- Ενοχές και στενοχώρια όταν τρώει.
- Καταθλιπτικά συναισθήματα, όπως κακοκεφιά, απαισιοδοξία,

αναξιότητα, ευερεθιστότητα και αυτοκτονικές τάσεις (πολλές φορές τα καταθλιπτικά συναισθήματα οφείλονται στον υποσιτισμό).

- Έντονη ανάγκη για ανεξαρτησία και για έλεγχο του περιβάλλοντος και του εαυτού.

Κοινωνική συμπεριφορά

- Το άτομο δεν αναπτύσσει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις.
- Απομονώνεται από το περιβάλλον του.
- Συχνά σημειώνει επιτυχίες στο σχολείο ή στην εργασία του.
- Αποφεύγει τις κοινωνικές εκδηλώσεις καθώς και τις δραστηριότητες που έχουν σχέση με το φαγητό. Συχνά επίσης αρνείται να φάει μαζί με άλλα μέλη της οικογένειας ή σε δημόσιο χώρο.
- Εμφανίζει μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

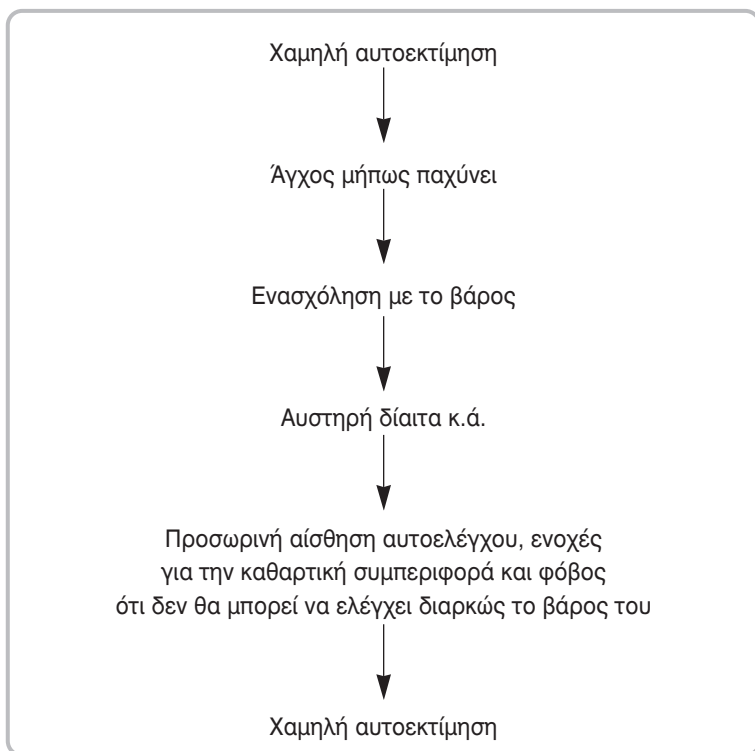
Σωματικά συμπτώματα

- Αφυδάτωση.
- Προβλήματα στις αναπαραγωγικές λειτουργίες.
- Αμηνόρροια στις γυναίκες.
- Γαστρεντερική δυσλειτουργία, πεπτικά προβλήματα.
- Καρδιακά προβλήματα (υπόταση, αρρυθμία, ταχυκαρδία, ξαφνικό καρδιακό επεισόδιο κ.ά.).
- Κόπωση και μυϊκή αδυναμία, ζαλάδες, λιποθυμίες.
- Ξηρό και κίτρινο δέρμα, εύθραυστα μαλλιά ή έντονη τριχόπτωση.
- Παγωμένα άκρα.
- Αϋπνία.
- Οστεοπόρωση.
- Κατεστραμμένη οδοντοστοιχία.

Χαρακτηριστικό των ατόμων με ανορεξία είναι και η άρνηση αναζήτησης βοήθειας, καθώς δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους.

9. Πώς ξεκινά και πώς διατηρείται η ψυχογενής ανορεξία;

Το άτομο με ανορεξία διακατέχεται από άγχος, συχνά έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και νιώθει ότι δεν μπορεί να ασκήσει έλεγχο σε πολλούς τομείς της ζωής του. Ασχολείται λοιπόν με το βάρος του και το σχήμα του σώματός του κάνοντας αυστηρή δίαιτα, επειδή αυτός είναι ένας τομέας τον οποίο μπορεί να ελέγξει ευκολότερα. Ακόμη εντείνει τις προσπάθειές του για μείωση του βάρους με ακραίο έλεγχο στη διατροφή του, καθώς αυτό του δίνει την αίσθηση του αυτοελέγχου και μειώνει το άγχος του. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, που διατηρεί και επιδεινώνει το πρόβλημα.



10. Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ανορεξίας.

Πολλοί είναι συνήθως οι παράγοντες που συνδυάζονται και οδηγούν στην εμφάνιση της ανορεξίας. Οι βασικοί είναι δυο ειδών.

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Βιολογικοί-γενετικοί παράγοντες. Είναι πιθανό να υπάρχει στο άτομο μια γενετικά προκαθορισμένη προδιάθεση για την εμφάνιση ανορεξίας, ωστόσο οι σχετικές έρευνες δεν έχουν δώσει ακόμη σαφή απάντηση.

Κοινωνικοοικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Η δυτική κοινωνία δίνει σημασία στο πολύ αδύνατο σώμα και επιδοκιμάζει τις συμπεριφορές με τις οποίες μπορεί κανείς να το αποκτήσει (π.χ. δίαιτες, χάπια αδυνατίσματος, εξαντλητική γυμναστική κ.ά.). Τα πρότυπα που προβάλλονται για το γυναικείο σώμα είναι μάλλον υπερβολικά, με αποτέλεσμα πολλές έφηβες και νεαρές γυναίκες να αισθάνονται δυσaréσκεια για το βάρος και το σχήμα του σώματός τους, κοινωνική πίεση να κάνουν δίαιτα και να ελέγξουν τη διατροφική συμπεριφορά τους, καθώς και έντονο άγχος σχετικά με όλα αυτά. Η ίδια υπόθεση υποστηρίζεται και από το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της ψυχογενούς ανορεξίας και στους άνδρες.

Ψυχολογικοί παράγοντες. Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία συνήθως χρησιμοποιούν το φαγητό για να ανακουφιστούν από την ανησυχία και το άγχος, με αποτέλεσμα να θέλουν να φάνε κάθε φορά που βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Αυτή η τάση τους, σε συνδυασμό με την αίσθηση της απώλειας ελέγχου σε ζητήματα που αφορούν την προσωπική τους ζωή (τα άτομα με ανορεξία αντιμετωπίζουν τέτοια ζητήματα), μπορεί να τους οδηγήσει σε όλο και εντονότερη ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού τους βάρους, καθώς αυτό αντιπροσωπεύει την ανάκτηση του ελέγχου που

θεωρούν ότι έχουν χάσει. Ο έλεγχος του βάρους αποτελεί πηγή ευχαρίστησης και ικανοποίησης για το άτομο, με αποτέλεσμα η δίαιτα να γίνεται τελικά αυτοσκοπός.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθουν ανασφάλεια και τρέφουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τον εαυτό τους. Επιπλέον διακρίνονται για την τελειοθηρία τους και την ισχυρή τάση τους για επιτυχίες. Επειδή δεν έχουν αίσθηση ελέγχου της ζωής τους, αναζητούν αυτό τον έλεγχο μέσω του περιορισμού της κατανάλωσης τροφής. Ο τρόπος σκέψης τους συμβάλλει στη δημιουργία και στη διατήρηση του προβλήματος: «Αν παχύνω, δεν θα αρέσω σε κανέναν», «Αν πάρω ένα κιλό, όλοι θα με κοιτάνε», «Αν πάρω βάρος, κανείς δεν θα με αγαπάει», «Αν δεν αδυνατίσω, είμαι ανίκανη», «Δεν θα καταφέρω τίποτα στη ζωή μου», «Δεν αξίζω τίποτα», «Είμαι χοντρός».

Οικογενειακές σχέσεις. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γονείς των ατόμων που αναπτύσσουν ψυχογενή ανορεξία ασκούν υπερβολικό έλεγχο και εμποδίζουν τη διαδικασία της ανεξαρτητοποίησής τους. Αρκετά άτομα με ψυχογενή ανορεξία περιγράφουν τη μητέρα τους ως παρεμβατική, αυταρχική, ελεγκτική, άνθρωπος που δεν δίνει περιθώρια για πρωτοβουλίες. Αντίστοιχα περιγράφουν τον πατέρα τους ως «συναισθηματικά απόντα», καθώς αισθάνονται ότι δεν τους προσέφερε συναισθηματική υποστήριξη και δεν τους έδειξε αγάπη και στοργή. Αυτό δηλαδή που συμβαίνει είναι ότι οι γονείς δεν αφήνουν στο παιδί τους περιθώρια να αυτονομηθεί αλλά και να εκφράσει τα συναισθήματά του, και παράλληλα έχουν υπερβολικές προσδοκίες από αυτό. Η έφηβη ή ο έφηβος που πιστεύει ότι δεν έχει κανέναν έλεγχο προσπαθεί να ελέγξει αυτό που μπορεί, και στην περίπτωση αυτή προσπαθεί να ελέγξει το σώμα της/ του μέσω υπερβολικής δίαιτας.

Εκλυτικοί παράγοντες

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται συχνά σε περιόδους κατά τις

οποίες συμβαίνουν κάποιες αλλαγές στη ζωή του ατόμου που απαιτούν νέες ικανότητες. Αν το άτομο πιστεύει ότι δεν διαθέτει αυτές τις ικανότητες για να αντιμετωπίσει τις αλλαγές και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, νιώθει ανεπαρκές.

Τέτοιου είδους εμπειρίες δεν είναι απαραίτητα αρνητικές (π.χ. γάμος, αλλαγή σχολείου, διακοπές, εγκυμοσύνη της μητέρας, μετάβαση σε άλλη πόλη για σπουδές). Οι δύσκολες καταστάσεις πάλι μπορεί να αφορούν το θάνατο αγαπημένου προσώπου, τη διάλυση μιας σχέσης, την απιστία ενός γονέα, το διαζύγιο των γονέων κ.λπ.

11. Μπορεί να θεραπευτεί η ανορεξία;

Όπως έχει διαπιστωθεί από σειρά ερευνών, η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η χορήγηση φαρμάκων υπαγορεύεται όχι από αυτή καθαυτή τη διάγνωση, αλλά από άλλα κλινικά χαρακτηριστικά, όπως είναι οι σωματικές επιπτώσεις της διαταραχής. Η χρονική διάρκεια της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας μπορεί να φτάσει τα δύο χρόνια σε εβδομαδιαίες συνεδρίες, ενώ η συχνότητα είναι μεγαλύτερη τους πρώτους μήνες. Η «ασυνήθιστα» μεγάλη διάρκεια της θεραπείας οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία δύσκολα συνεργάζονται με τον ψυχοθεραπευτή τους.

Στόχοι της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας

- **Αποκατάσταση του βάρους και των συμπεριφορών που σχετίζονται με τη διατροφή**
 - Εκπαίδευση για τις επιπτώσεις του χαμηλού βάρους και της αυστηρής δίαιτας. Η υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό, η διάσπαση της προσοχής, τα μειωμένα ενδιαφέροντα και η κοινωνική απομόνωση είναι συμπτώματα που περιορίζονται σημαντικά με την ανάκτηση του φυσιολογικού σωμα-

τικού βάρους. Έτσι, αρχικά το άτομο εκπαιδεύεται ώστε να κατανοήσει τις επιπτώσεις του χαμηλού βάρους και της αυστηρής δίαιτας. Στη συνέχεια ο θεραπευτής μπορεί να του προτείνει να πάρει κατ' αρχάς λίγο βάρος κάνοντας ένα είδος «πειράματος» στο πλαίσιο της θεραπείας, μέσω του οποίου θα συγκεντρώσει πληροφορίες για το κατά πόσο υπάρχουν επιπτώσεις στη ζωή του από τη συνεχή δίαιτα και την πείνα. Επιπλέον, έτσι θα μπορέσει να ελέγξει αν οι αντιλήψεις του για την απόκτηση βάρους είναι έγκυρες, ενώ έχει πάντα την επιλογή να ξαναγυρίσει στο προηγούμενο βάρος του αν το επιθυμεί.

- *Αυτοπαρατήρηση και καταγραφή της λήψης τροφής.* Η αυτοπαρατήρηση βοηθά ιδιαίτερα το άτομο να αρχίσει να καταναλώνει τροφές πιο κατάλληλες, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά. Στο πλαίσιο της θεραπείας λοιπόν το άτομο καλείται να καταγράψει: (α) ποιες σκέψεις και αλλαγές στη διάθεση οδηγούν σε επεισόδια υπερφαγίας, και (β) την ποσότητα και την ποιότητα της τροφής που καταναλώνει και τις σχετικές αντιλήψεις του. Σκοπός είναι η συστηματική διερεύνηση συγκεκριμένων αντιλήψεων για το βάρος, το σχήμα του σώματος και τη διατροφή.
- *Εισαγωγή τροφών που αποφεύγονται.* Η μείωση του βάρους και η αποφυγή επιθυμητών αλλά «απαγορευμένων» τροφών φαίνεται ότι αυξάνουν την πιθανότητα επεισοδίων υπερφαγίας. Βασικός στόχος λοιπόν είναι η σταδιακή εισαγωγή των τροφών αυτών στο καθημερινό διαιτολόγιο του ατόμου, πάντα σε συμφωνία μαζί του.
- *Επανεκμάθηση των ενδείξεων πείνας.* Τα άτομα που υποσιτίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν ξέρουν πλέον πότε πεινάνε. Η κατανάλωση τροφής ως απάντηση σε δυσάρεστα συναισθήματα ή καταστάσεις είναι προβληματική και τα άτομα με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται κατάλληλα στις εσωτερικές ενδείξεις πείνας. Πρέπει δηλαδή να κατα-

νοήσουν ότι η έντονη επιθυμία για φαγητό και η υπερφαγία οφείλονται στη δίαιτα και τον περιορισμό του βάρους. Δεν πρέπει ωστόσο να θεωρούν ότι δεν είναι φυσιολογικοί όταν μερικές φορές τρώνε για λόγους που δεν σχετίζονται με την πείνα και τη διατροφή (π.χ. κοινωνικές καταστάσεις ή συναισθηματική κατάσταση). Αυτό άλλωστε συμβαίνει και στα άτομα χωρίς τέτοια διαταραχή.

- **Αντιμετώπιση των συναισθηματικών και διαπροσωπικών προβλημάτων**

Οι διαταραχές διατροφής είναι συχνά αποτέλεσμα άλλων προβλημάτων στη ζωή του ατόμου, τα οποία αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ελέγξει. Πολλές φορές υπάρχουν συναισθηματικές ή διαπροσωπικές δυσκολίες που θα αντιμετωπιστούν στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας. Ο θεραπευτής θα βοηθήσει το άτομο να εντοπίσει αυτές τις δυσκολίες και να διερευνήσει το νόημα που έχουν στη ζωή του, να κατανοήσει τα συναισθήματά του και να μάθει να τα εκφράζει με πιο κατάλληλους τρόπους. Με τις τεχνικές επίλυσης προβλημάτων θα μάθει επίσης να βρίσκει πιο κατάλληλες λύσεις για να αντιμετωπίζει καταστάσεις που του προκαλούν δυσκολίες.

12. Πώς μπορώ να βοηθήσω ένα άτομο με ανορεξία;

Εάν είσαι γονέας, αδελφός, συγγενής, σύντροφος ή φίλος:

- Η ανορεξία δεν εκφράζει την ιδιορρυθμία του ατόμου σε σχέση με τις διατροφικές του συνήθειες. Είναι πολύπλοκο πρόβλημα, το οποίο πιθανώς προκαλείται και διατηρείται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.
- Ενθάρρυνε το άτομο να ζητήσει βοήθεια από έναν επαγγελματία. Προετοιμάσου για την πιθανή του άρνηση. Δείξε ενδιαφέρον και υποστήριξη. Ο έντονος φόβος του ότι μπορεί να πάρει βάρος το ωθεί να αρνείται οποιαδήποτε θεραπεία.

- Διάβασε για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Θα σε βοηθήσει να καταλάβεις περισσότερο τι αντιμετωπίζει το άτομο. Ενημέρωσε επίσης το άτομο για τα υπάρχοντα βιβλία ή τις ιστοσελίδες που θα βρεις.
- Δείξε υπομονή: για να ξεπεράσει ένα άτομο την ανορεξία χρειάζεται χρόνο και βοήθεια, δεν είναι απλώς ζήτημα θέλησης. Συμφώνησε ότι η θεραπεία έχει δυσκολίες, τόνισε όμως ότι άλλοι άνθρωποι τα κατάφεραν.
- Καλό είναι να αναζητήσεις κι εσύ υποστήριξη. Η θεραπεία δεν είναι δική σου ευθύνη.
- Συμπεριφέрсου με ευγένεια και ηρεμία. Τα άτομα με ανορεξία φοβούνται την κριτική και την απόρριψη.
- Απόφυγε να μιλάς για θέματα διατροφής και βάρους. Είναι καλύτερα να τα αφήσεις στο θεραπευτή.
- Απόφυγε σχόλια για το βάρος ή την εμφάνιση του ατόμου. Επικεντρώσου σε θέματα υγείας και στο πώς θα αλλάξει η ζωή του αν ζητήσει βοήθεια σε σχέση με την κούραση, το άγχος και τα συναισθήματα που βιώνει.
- Δώσε έμφαση στα πλεονεκτήματα μιας «κανονικής» ζωής.
- Καλό είναι να υπάρχουν σταθερές ώρες φαγητού και να μη γίνονται συζητήσεις για τη θερμιδική αξία των γευμάτων.

Τι είναι καλό να αποφεύγεις:

- Να κατασκοπεύεις ή να ελέγχεις τη συμπεριφορά του ατόμου σε σχέση με το φαγητό.
- Να κριτικάρεις και να το κατηγορείς για το πρόβλημά του.
- Να προσπαθείς να το πείσεις ότι δεν είναι παχύ.
- Να κάνεις συζητήσεις για το βάρος, τις θερμίδες και το φαγητό.
- Να του λες ότι «είναι πολύ αδύνατο».
- Να του λες ότι «πήρε βάρος», έστω κι αν εσύ το θεωρείς ενθαρρυντικό.
- Να αναλάβεις την ευθύνη των προβλημάτων του.

13. Τι μπορώ να κάνω αν έχω ανορεξία;

- Αναγνώρισε ότι η συμπεριφορά σου είναι αυτοκαταστροφική και ότι έχεις την επιλογή να την αλλάξεις.
- Αναζήτησε επαγγελματική βοήθεια. Υπάρχει θεραπεία και μπορείς να αντιμετωπίσεις το πρόβλημα.
- Αναγνώρισε το συναίσθημά σου πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας.
- Βάλε μικρούς και εφικτούς στόχους και επιβράβευε τον εαυτό σου για κάθε επιτυχία σου.
- Επικεντρώσου στο παρόν και στις θετικές πλευρές της ζωής σου.
- Χρησιμοποίησε το χρόνο σου κάνοντας πράγματα που σε ευχαριστούν.
- Είναι καλύτερα να μιλήσεις σε κάποιον παρά να αναζητήσεις ανακούφιση στο φαγητό.
- Να θυμάσαι ότι στόχος της θεραπείας δεν είναι η αύξηση του βάρους, αλλά η παροχή στήριξης ώστε να υιοθετήσεις υγιεινές διατροφικές συνήθειες, που θα σε βοηθήσουν να διατηρήσεις το βάρος σου σε φυσιολογικό επίπεδο χωρίς τις αρνητικές συνέπειες της δίαιτας. Μέσω της θεραπείας θα μάθεις επίσης πώς να αντιμετωπίζεις τις δυσκολίες σου και να ανακτήσεις τον έλεγχο σε τομείς της ζωής σου που τώρα ίσως σε δυσκολεύουν.

14. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά δεν υπάρχουν βιβλία αυτοβοήθειας για την ανορεξία. Η φύση της διαταραχής δεν αφήνει πολλά περιθώρια για ένα τέτοιο βιβλίο με τη στενή έννοια του «εγχειρίδιου αυτοβοήθειας».

Ένας θεματικός δικτυακός τόπος αναμένεται να ξεκινήσει άμεσα από το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής του Πανεπι-

στημίου Αθηνών (<http://www.cc.uoa.gr/skf/links.html>) και το οποίο θα αφορά και τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Λόγω της εξειδίκευσης αυτών που συνέταξαν το υλικό, η περιήγηση στις σελίδες του θα είναι σίγουρα ενδιαφέρουσα.

Στην ξένη βιβλιογραφία υπάρχουν σχετικά βιβλία αυτοβοήθειας. Προτείνονται τα βιβλία του T.J. Sandbek, *The deadly diet: Recovering from anorexia and bulimia*, και των M. Siegel, J. Brisman & M. Weinshel, *Surviving an eating disorder: Strategies for family and friends*.

Βουλιμία

Ιωάννα Αποστολοπούλου

1. Τι είναι η βουλιμία;
2. Τι δεν είναι η βουλιμία;
3. Ποιοι είναι οι τύποι της βουλιμίας;
4. Σε ποιους μπορεί να εμφανιστεί η βουλιμία;
5. Ποια είναι τα συμπτώματα της βουλιμίας που παρουσιάζονται και σε άλλες διαταραχές διατροφής;
6. Σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορά των ατόμων με βουλιμία και πώς επηρεάζουν τη ζωή τους
7. Ποια είναι τα σήματα κινδύνου; Πότε πρέπει κανείς να ανησυχεί;
8. Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της βουλιμίας;
9. Πώς συντηρείται η βουλιμία;
10. Μπορεί να θεραπευτεί η βουλιμία;
11. Πώς μπορώ να βοηθήσω κάποιον με βουλιμία; Τι πρέπει να κάνω όταν καταλάβω ότι ένας φίλος ή μια φίλη μου παρουσιάζει βουλιμία;
12. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η βουλιμία;

Η βουλιμία είναι μια διαταραχή πρόσληψης τροφής που ξεκινά με απλά συμπτώματα, όπως είναι η αυξημένη επιθυμία για κατανάλωση φαγητού, και καταλήγει σε πιο σοβαρά, όπως είναι η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφών (συνήθως γλυκών, αλμυρών κ.ά.) και στη συνέχεια ο αυτοπροκαλούμενος εμετός. Ένα άτομο θεωρείται «βουλιμικό» όταν:

- Καταναλώνει σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες) μια ποσότητα τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από όμοιες περιστάσεις. Αυτή η συμπεριφορά ονομάζεται «υπερφαγία». Επιπλέον το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να σταματήσει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει.
- Χρησιμοποιεί διάφορους τρόπους για να αποφύγει την αύξηση του βάρους του, όπως αυτοπροκαλούμενο εμετό, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.
- Αξιολογεί τον εαυτό του με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός του.

2. Τι δεν είναι η βουλιμία;

Η βουλιμία δεν είναι η απλή λαιμαργία, που όλοι έχουμε βιώσει κάποιες φορές στη ζωή μας, ούτε η υπερβολική όρεξη. Οι εμετοί που ακολουθούν ένα επεισόδιο υπερβολικής κατανάλωσης τροφής είναι διαφορετικοί από τον εμετό που μπορεί να οφείλεται σε δυσπεψία ή στομαχικά ενοχλήματα. Στη βουλιμία δημιουργείται ένας συνεχής φαύλος κύκλος: υπερβολική λήψη τροφής, που κάνει το άτομο να έχει ενοχές και δυσάρεστα συναισθήματα για τον εαυτό

του, με αποτέλεσμα να καταφεύγει σε συμπεριφορές οι οποίες αποσκοπούν στη μείωση των συνεπειών της υπερφαγίας και στον έλεγχο του βάρους. Και επειδή αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ελέγξει αυτή τη συμπεριφορά, το άτομο βιώνει ένα βαθύ αίσθημα αναξιοσύνης και έλλειψη αυτοεκτίμησης, συναισθήματα που μπορούν να οδηγήσουν σε νέο επεισόδιο βουλιμίας.

3. Ποιοι είναι οι τύποι της βουλιμίας;

Υπάρχουν δύο τύποι βουλιμίας: (α) Ο **καθαριστικός τύπος**, που καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή χρήση καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων. Οι εμετοί προκαλούνται αρχικά με τον ερεθισμό του φάρυγγα με το δάχτυλο, ενώ αργότερα μπαίνει σε λειτουργία ένας αντανάκλαστικός μηχανισμός, όπου δεν είναι απαραίτητος ο ερεθισμός. (β) Ο **μη καθαριστικός τύπος**, που χρησιμοποιεί άλλους τρόπους για να περιορίσει τις συνέπειες της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής και να ελέγξει το βάρος του, όπως είναι η νηστεία ή η εντατική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή κλυσμάτων.

4. Σε ποιους μπορεί να εμφανιστεί η βουλιμία;

Η βουλιμία παρατηρείται κυρίως σε νεαρές γυναίκες, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνισή της και στους άνδρες (περίπου 10% των ατόμων με βουλιμία είναι άνδρες), και ξεκινά συνήθως στην εφηβική ηλικία. Υψηλότερα ποσοστά βουλιμίας σημειώνονται σε κάποιες ηλικιακές ομάδες (ποσοστό από 5% έως 19% σε σπουδάστριες). Θα πρέπει να επισημανθεί ότι πολλά από τα άτομα που υποβάλλονται σε αυστηρές δίαιτες έχουν ιδιαίτερα αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν βουλιμία.

5. Ποια είναι τα συμπτώματα της βουλιμίας που παρουσιάζονται και σε άλλες διαταραχές διατροφής;

Τα συμπτώματα της βουλιμίας μοιάζουν αρκετά με τα συμπτώματα της ανορεξίας, αφού πολλές φορές η βουλιμία εμφανίζεται σε άτομα με ιστορικό ανορεξίας. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει υπερβολική ενασχόληση και προσπάθεια ελέγχου του σωματικού βάρους. Στην ανορεξία όμως το βάρος του ατόμου είναι τουλάχιστον 15% λιγότερο από το κανονικό (σε σχέση με την ηλικία και το ύψος του), ενώ στη βουλιμία το βάρος είναι κανονικό (ίσως και λίγο παραπάνω).

Στις διαταραχές διατροφής υπάγονται επίσης: (α) άτομα που καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα τροφής, αλλά με πολύ μικρότερη συχνότητα· (β) άτομα με κανονικό σωματικό βάρος που μετά από την κατανάλωση μικρής ποσότητας φαγητού (π.χ. δύο μπισκότα) ενδίδουν τακτικά σε ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (π.χ. πρόκληση εμετού, λήψη καθαρτικών, διουρητικών κ.λπ.)· (γ) άτομα που μασούν και φτύνουν, αλλά δεν καταπίνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού.

6. Σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορά των ατόμων με βουλιμία και πώς επηρεάζουν τη ζωή τους

- **Διατροφική συμπεριφορά.** Το άτομο με βουλιμία τρώει συνεχώς, μερικές φορές μπορεί στην κυριολεξία να αδειάζει το ψυγείο ή τα ράφια της κουζίνας, και μάλιστα με τέτοια ταχύτητα ώστε ουσιαστικά να καταπίνει αμάσητο ό,τι τρώει. Γι' αυτό συνήθως προτιμά εύπεπτες τροφές, αλλά με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες, όπως κουλουράκια, παγωτά, μπισκότα, ψωμί ή γλυκά.
- **Σωματική υγεία.** Οι επαναλαμβανόμενοι εμετοί, αλλά και η κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά τη σωματική κατάσταση και να προκαλέσουν

αρρυθμίες, νεφρικές δυσλειτουργίες, αναιμία, γαστρίτιδα και έλκος στο στομάχι, ρήξη οισοφάγου, διόγκωση των παρωτίδων, καταστροφή των δοντιών, τριχόπτωση κ.ά.

- **Εμφάνιση και εικόνα σώματος.** Το άτομο ενδιαφέρεται υπερβολικά για το σχήμα του σώματός του και το βάρος του, το οποίο μπορεί να μην απέχει πολύ από το φυσιολογικό. Επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο βάρους, το οποίο θεωρεί ιδανικό. Η εικόνα που έχει για το σώμα του δεν αντιστοιχεί στην πραγματική εμφάνισή του (θεωρεί ότι είναι χοντρό, ότι έχει υπερβολικό τοπικό πάχος κ.ά.).
- **Άσκηση.** Χαρακτηριστική στη βουλιμία είναι η έντονη και υπερβολική σωματική άσκηση, όπως οι μακρινές πεζοπορίες και οι ατέλειωτες ώρες στα γυμναστήρια, όπου οι ασκήσεις πραγματοποιούνται με ψυχαναγκαστικό τρόπο (για παράδειγμα, το άτομο δεν επιτρέπει στον εαυτό του να σταματήσει εάν δεν ολοκληρώσει ορισμένο αριθμό ασκήσεων, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τη σωματική κούραση).
- **Σκέψεις.** Το φαγητό αποτελεί τη μόνιμη σκέψη των ατόμων με βουλιμία. Φοβούνται ότι δεν θα κατορθώσουν ποτέ να έχουν τον έλεγχο στην κατανάλωση φαγητού και αυτό τους δημιουργεί πολλές δυσάρεστες σκέψεις για τον εαυτό τους. Για ένα άτομο με βουλιμία η αυτοεκτίμηση εξαρτάται σχεδόν αποκλειστικά από το σωματικό του βάρος.
- **Συναισθήματα.** Η βουλιμία συνοδεύεται από ένα έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, ιδιαίτερα μετά από ένα βουλιμικό επεισόδιο. Ο εμετός που μπορεί να ακολουθήσει δημιουργεί πολύ δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση και έτσι το άτομο γίνεται ακόμη πιο ευάλωτο στο επόμενο βουλιμικό επεισόδιο. Επιπλέον νιώθει μεγάλο άγχος, υπερβολική ντροπή, αγωνία, ανημπόρια, ενοχές και φόβο ότι θα αποκαλυφθεί το πρόβλημά του. Πολύ συχνά τέλος βιώνει μοναξιά και απομόνωση, καθώς και ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου.
- **Κοινωνική συμπεριφορά.** Η βουλιμία επηρεάζει την κοινωνική ζωή, καθώς το άτομο φοβάται μήπως οι άλλοι καταλάβουν

τη βουλιμική συμπεριφορά του, για την οποία ντρέπεται. Μερικές φορές μάλιστα νομίζει ότι θα εκδηλώσει αυτή τη συμπεριφορά μπροστά σε άλλους και δεν θα μπορεί να την ελέγξει. Έτσι αποφεύγει κάποιες κοινωνικές δραστηριότητες, όπως είναι τα γεύματα με φίλους. Η βουλιμία όμως επηρεάζει και άλλους τομείς της ζωής του. Το γεγονός ότι το άτομο αξιολογεί τον εαυτό του με βάση το βάρος και τη διατροφική συμπεριφορά του συχνά κλονίζει την εμπιστοσύνη του στις ικανότητές του και του δημιουργεί αμφιβολίες για το κατά πόσο μπορεί να αντεπεξέλθει στην εργασία και στις σπουδές του.

7.

Ποια είναι τα σήματα κινδύνου; Πότε πρέπει κανείς να ανησυχεί;

Τα άτομα με βουλιμία χαρακτηρίζονται από:

- Υπερφαγικά επεισόδια κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα και για τουλάχιστον τρεις μήνες.
- Υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος τους.
- Αισθήματα αναξιοσύνης και κατάθλιψης μετά από υπερβολική κατανάλωση φαγητού.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Μυστικότητα για τον τρόπο με τον οποίο τρώνε, καθώς και για το τι τρώνε.
- Τελειομανία.
- Αποφυγή δραστηριοτήτων που έχουν να κάνουν με το φαγητό (π.χ. αποφεύγουν να φάνε έξω με φίλους).
- Χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.
- Υπερβολικό θυμό όταν δέχονται παρατηρήσεις για το βάρος τους και τον τρόπο με τον οποίο τρώνε.
- Αποθήκευση μεγάλων ποσοτήτων τροφών (π.χ. κονσέρβες, μπισκότα, σοκολάτες κ.ά.)
- Έντονο φόβο ότι θα πάρουν βάρος.

8. Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της βουλιμίας;

- **Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες.** Ελάχιστα είναι τα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η βουλιμία ίσως να οφείλεται σε γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες.
- **Οικογενειακοί παράγοντες.** Στις οικογένειες των ατόμων με βουλιμία συνήθως οι σχέσεις δεν είναι ιδιαίτερα στενές, πολλές φορές μάλιστα υπάρχουν ανοιχτές συγκρούσεις. Οι γονείς συχνά περιγράφονται ως απορριπτικοί ή αδιάφοροι.
- **Κοινωνικοοικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες.** Το μεγαλύτερο ποσοστό διαταραχών πρόσληψης τροφής παρουσιάζεται σε οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, στις οποίες προβάλλεται έντονα το πρότυπο της λεπτής σιλουέτας και δίνεται μεγάλη έμφαση στον έλεγχο του βάρους. Επειδή τα πρότυπα αυτά απευθύνονται πια και στον ανδρικό πληθυσμό, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού διαταραχών πρόσληψης τροφής και στους άνδρες.
- **Χαρακτηριστικά προσωπικότητας.** Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία είναι τελειοθηρικά και φιλόδοξα. Επιδιώκουν συνεχώς την επιτυχία και γι' αυτό υιοθετούν κοινωνικά πρότυπα που βασίζονται στην εξωτερική εμφάνιση. Συχνά εκδηλώνουν παρορμητική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, καθώς και έντονη εξάρτηση, κάτι που φαίνεται και στις ερωτικές τους σχέσεις.

9. Πώς συντηρείται η βουλιμία;

Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, υπάρχει ένας φαύλος κύκλος που συντηρεί τη βουλιμία. Κάθε φορά δηλαδή που το άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα, καταφεύγει στην υπερβολική κατανάλωση τροφής για να «ανακουφιστεί» από αυτά. Το γεγονός αυτό του προκαλεί στιγμιαία ανακούφιση, στη συνέχεια όμως

του δημιουργεί συναισθήματα ντροπής, ενοχής και αναξιοσύνης («πάλι δεν κατάφερα να συγκρατηθώ»), τα οποία το ωθούν σε κα-
θαρτικές συμπεριφορές για την αποτροπή της αύξησης του βάρους του. Η καθαρτική συμπεριφορά εντείνει τα αρνητικά συναισθήματα
για τον εαυτό και έτσι μπορεί να ξεκινήσει νέο βουλιμικό επεισόδιο. Οι σκέψεις του τύπου «όλα ή τίποτα» (π.χ. «αν φάω έστω και ένα κομ-
ματάκι σοκολάτα, έχω καταστρέψει τη δίαιτά μου») καθιστούν το άτο-
μο περισσότερο ευάλωτο στο φαύλο κύκλο της βουλιμίας.

10. Μπορεί να θεραπευτεί η βουλιμία;

Το πρώτο βήμα για να ξεπεράσει κανείς τη βουλιμία είναι να ανα-
γνωρίσει ότι η συμπεριφορά του είναι προβληματική. Η θεραπευ-
τική προσέγγιση πρέπει να περιλαμβάνει ιατρική και ψυχολογική
βοήθεια.

Η ιατρική βοήθεια είναι χρήσιμη για την παρακολούθηση της σω-
ματικής υγείας του ατόμου και πιθανώς για τη χορήγηση φαρμακευ-
τικής αγωγής, η οποία δεν θεραπεύει τη διαταραχή, αλλά βοηθά στην
αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται εξαιτίας της
(συναισθηματική διαταραχή, επιπτώσεις στη σωματική υγεία κ.λπ.).

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ποικίλλουν (ατομική, ομα-
δική ψυχοθεραπεία) και έχουν αρκετά καλά αποτελέσματα.

Με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία το άτομο μαθαί-
νει να αντιλαμβάνεται τις δυσλειτουργικές του συμπεριφορές σχε-
τικά με τη λήψη τροφής και τις δυσλειτουργικές του αντιλήψεις
(σκέψεις) για το βάρος και το σχήμα του σώματός του. Στόχος της
θεραπείας είναι επίσης να ενθαρρύνει την υιοθέτηση υγιεινών δια-
τροφικών συνηθειών και να υποδείξει κατάλληλους τρόπους ελέγ-
χου του βάρους. Στη θεραπεία το άτομο μαθαίνει επιπλέον να αντι-
μετωπίζει αποτελεσματικά τα προβλήματα που ίσως υπάρχουν σε
άλλους τομείς της ζωής του, ώστε να αποκτήσει αίσθηση ελέγχου
και να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία απευθύνεται και σε όσους δεν εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα της βουλιμίας αλλά αρκετά από αυτά, με στόχο να αποφευχθεί η εξέλιξη της διαταραχής. Η αντιμετώπιση του προβλήματος χρειάζεται δέσμευση, πίστη, χρόνο και σκληρή δουλειά. Η αναζήτηση βοήθειας δεν σημαίνει ότι παραδεχόμαστε την αποτυχία μας. Αντίθετα, δείχνει πως έχουμε τη δύναμη να κάνουμε ό,τι είναι απαραίτητο για να λύσουμε ένα πρόβλημα που δυσκολεύει τη ζωή μας (η θεραπεία της βουλιμίας και της ανορεξίας έχουν ορισμένα κοινά στάδια, γι' αυτό οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να μελετήσουν και το αντίστοιχο κεφάλαιο της ανορεξίας).

11.

**Πώς μπορώ να βοηθήσω κάποιον με βουλιμία;
Τι πρέπει να κάνω όταν καταλάβω ότι ένας φίλος
ή μια φίλη μου παρουσιάζει βουλιμία;**

- Μίλησέ του/της διακριτικά, αλλά με ειλικρίνεια. Να θυμάσαι ότι η συζήτηση πρέπει να είναι εμπιστευτική.
- Μην κάνεις τον ψυχολόγο. Είναι προτιμότερο να ακούσεις και να καταλάβεις, παρά να επιχειρήσεις να δώσεις λύσεις ή, ακόμη χειρότερα, ερμηνείες.
- Μη μιλάς συνεχώς για το βάρος ή για τον τρόπο με τον οποίο τρώει. Απόφυγε επίσης αρνητικά ή θετικά σχόλια για την εμφάνισή του/της. Το να διαβεβαιώσεις το άτομο ότι είναι αδύνατο αλλά ότι το ίδιο δεν το αντιλαμβάνονεται απλώς θα ενισχύσει την προβληματική του συμπεριφορά και τη βαθιά αίσθησή του ότι δεν είναι φυσιολογικό.
- Να θυμάσαι ότι μόνο το άτομο είναι αυτό που θα αποφασίσει τελικά εάν και πότε επιθυμεί να λάβει βοήθεια.
- Δώσε έμφαση στο συναίσθημα και όχι στη συμπεριφορά. Πες του ότι νιώθεις πως δεν είναι χαρούμενο και πως φαίνεται συνεχώς κουρασμένο και αγχωμένο. Τόνισε ότι δεν είναι απαραίτητο να παραμένει έτσι για πάντα και ανάφερε τους υπάρχοντες τρόπους βοήθειας.

- Πολλοί σημαντικοί επιστήμονες, καλλιτέχνες, συγγραφείς έχουν αντιμετωπίσει ή αντιμετωπίζουν διαταραχές διατροφής. Γι' αυτό μη σπεύδεις να βάλεις στο φίλο ή στη φίλη σου την ταμπέλα του «προβληματικού».
- Μη γενικεύεις. Το γεγονός ότι ο φίλος ή η φίλη σου έχει κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα δεν σημαίνει απαραίτητα ότι οι απόψεις και οι στάσεις σου για οποιοδήποτε θέμα είναι πιο σωστές από τις δικές του/της.
- Δείξε του/της ότι τον/τη στηρίζεις χωρίς όμως να υποχωρείς τελείως. Εάν κάτι σε ενοχλήσει, μπορείς να το πεις. Πίσω από αυτή την προβληματική συμπεριφορά βρίσκεται ο φίλος ή η φίλη σου, που χρειάζεται κατανόηση και βοήθεια, κι όχι οίκτο.

12. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά υπάρχει το εξαιρετικό βιβλίο αυτοβοήθειας του C. Fairburn, *Βουλμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο*. Προτείνεται επίσης το βιβλίο της Renate Göckel (1988), *Γυναίκες που τρώνε πολύ. Τα ψυχολογικά αίτια της παχυσαρκίας και η αντιμετώπισή τους*.

Συστήνονται ακόμα τα ξενόγλωσσα έργα των M. Cooper, G. Todd & A. Wells, *Bulimia nervosa: A cognitive Therapy Programme for Clients*, και του T.J. Sandbek, *The deadly diet: Recovering from anorexia and bulimia*.

Από το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών αναμένεται επίσης να ξεκινήσει άμεσα ένας θεματικός δικτυακός τόπος (<http://www.cc.uoa.gr/skf/links.html>) που θα αφορά τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Λόγω της εξειδίκευσης των διαχειριστών που συνέταξαν το υλικό, η περιήγηση στις σελίδες του θα είναι ενδιαφέρουσα.

Θεραπεία ζεύγους

Πέννυ Υφαντή
Κωνσταντίνος Ευθυμίου

1. Τι είναι η θεραπεία ζεύγους;
2. Ποιος είναι ο στόχος της;
3. Γιατί είναι σημαντική η θεραπεία ζεύγους;
4. Για ποιους λόγους μπορεί ένα ζευγάρι να ζητήσει βοήθεια;
5. Πώς προσεγγίζει το ζευγάρι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία;
6. Ποιες θεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται στη θεραπεία ζεύγους;
7. Πόσο διαρκεί η θεραπεία ζεύγους;
8. Μπορεί η θεραπεία ζεύγους να περιλαμβάνει ατομικές συνεδρίες με τον κάθε σύντροφο χωριστά;
9. Ποιος είναι ο σκοπός των ασκήσεων για το σπίτι;
10. Τι είναι οι μεταθεραπευτικές υποστηρικτικές συνεδρίες;
11. Τι είναι οι «σύμβουλοι γάμου»;
12. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι η θεραπεία ζεύγους;

Είναι η θεραπεία που απευθύνεται σε ένα ζεύγος ατόμων τα οποία ζουν μαζί έχοντας στενή σχέση. Μπορεί να αφορά συζύγους, ζευγάρια που συζούν χωρίς να έχουν παντρευτεί, καθώς και ζευγάρια ομοφυλοφίλων.

2. Ποιος είναι ο στόχος της;

Επιχειρεί να βοηθήσει τα ζευγάρια που συγκρούονται ή είναι δυστυχισμένα να δημιουργήσουν μια λειτουργική σχέση. Επιδιώκει επίσης να βελτιώσει τη συζυγική επικοινωνία, να διευκρινίσει τους ατομικούς στόχους του κάθε συντρόφου, να λύσει διαπροσωπικές συγκρούσεις και να βοηθήσει στην ενδυνάμωση και την ενίσχυση των καλών στοιχείων που ενδεχομένως υπάρχουν στη σχέση. Σκοπός της θεραπείας ζεύγους δεν είναι να διατηρήσει το ζευγάρι μαζί, αλλά να βοηθήσει στη λύση των προβλημάτων του, εάν αυτό είναι εφικτό. Εάν το ζευγάρι αποφασίσει τη διάλυση της σχέσης, η θεραπεία προσπαθεί να διευκολύνει αυτή τη διαδικασία προκειμένου να τερματιστεί η σχέση με το λιγότερο δυνατό κόστος και για τους δύο (και των παιδιών αν υπάρχουν).

3. Γιατί είναι σημαντική η θεραπεία ζεύγους;

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μια δραματική αύξηση των διαζυγίων. Ο θεσμός του γάμου περνά κρίση, καθώς πολλά ζευγάρια αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τις συγκρούσεις της σχέσης τους και επιλέγουν να χωρίσουν. Το γεγονός της διάλυσης τόσων γάμων δημιουργεί ερωτηματικά για την πορεία τους αλλά και για τις αιτίες που τους κλονίζουν. Πολλοί σύντροφοι διαπιστώνουν πως δεν είναι

προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της σχέσης τους, σταδιακά συνειδητοποιούν μια υποβόσκουσα απογοήτευση και καταλήγουν να πιστεύουν ότι ο γάμος τους ήταν ένα λάθος. Έτσι οδηγούνται στη διάλυση του συζυγικού δεσμού, συχνά χωρίς να γνωρίζουν πού ακριβώς βρίσκεται το πρόβλημα, και επαναλαμβάνουν τα ίδια λάθη σε άλλες στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι, όταν η σχέση του ζευγαριού δεν αποτελεί πηγή ανάπτυξης και ευτυχίας, υπερισχύουν η δυσαρέσκεια, η πικρία και η υπερένταση, που επηρεάζουν τόσο τους συντρόφους όσο και τα παιδιά τους. Δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο και τα παιδιά να παρουσιάζουν δυσκολίες προσαρμογής ως επακόλουθο της συζυγικής και της οικογενειακής δυσλειτουργίας.

4. Για ποιους λόγους μπορεί ένα ζευγάρι να ζητήσει βοήθεια;

Πολλοί είναι οι λόγοι που μπορεί και πρέπει να οδηγήσουν ένα ζευγάρι σε θεραπεία: όταν σημειώνονται συχνές και έντονες συγκρούσεις, όταν δεν υπάρχει εγγύτητα μεταξύ των συντρόφων, όταν ο ένας δεν ικανοποιείται από τον άλλο, όταν δεν επικοινωνούν και όταν υπάρχουν σεξουαλικά προβλήματα. Θεραπεία ζεύγους απαιτείται επίσης σε ειδικές περιπτώσεις, όπως η μη επιθυμητή εγκυμοσύνη, η απιστία, η σωματική βία, η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες ή αλκοόλ, η ύπαρξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής ή μιας ανίατης ασθένειας. Τέλος θεραπεία χρειάζεται και όταν ο ένας σύντροφος επιθυμεί να τελειώσει η σχέση, ενώ ο άλλος δεν θέλει.

5. Πώς προσεγγίζει το ζευγάρι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία δίνει έμφαση στις σκέψεις και στις αντιλήψεις των συντρόφων για τον εαυτό τους και τη σχέ-

ση, ενώ παράλληλα αναγνωρίζει την ανάγκη για αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται τις δυσκολίες τους, κρίνουν και παίρνουν αποφάσεις, ερμηνεύουν ή παρερμηνεύουν ο ένας τις πράξεις του άλλου καθορίζει σε μεγάλο βαθμό αν θα επιτύχουν να δημιουργήσουν μια λειτουργική σχέση. Αν ο τρόπος με τον οποίο σκέφτεται ο ένας για τον άλλο και κατ' επέκταση για τη σχέση τους «καθλωθεί» σε διαστρεβλωμένα συμβολικά νοήματα και εσφαλμένες ερμηνείες, η μεταξύ τους επικοινωνία γίνεται δύσκολη (π.χ. το να φτιάχνει πρωινό ο ένας στον άλλο μπορεί να «συμβολίζει» την αγάπη και το ενδιαφέρον του, οπότε αν κάποτε σταματήσει αυτό, ίσως να ερμηνευτεί ως απώλεια του ενδιαφέροντος). Οι διαστρεβλωμένες αντιλήψεις μπορούν να αντικατασταθούν από έναν πιο ρεαλιστικό τρόπο σκέψης («ο/η σύζυγός μου δεν φτιάχνει πια το πρωινό όχι επειδή δεν με αγαπά, αλλά επειδή κάποια πράγματα έχουν αλλάξει στη ζωή του/της»). Συχνά στις συντροφικές σχέσεις οι σύζυγοι δεν έχουν την ικανότητα να αναγνωρίσουν ή να αλλάξουν τις εσφαλμένες ερμηνείες για το σύντροφό τους. Μολονότι επίσης μπορεί να πιστεύουν πως μιλούν την ίδια γλώσσα, αυτά που λένε πολλές φορές είναι τελείως διαφορετικά από εκείνα που οι σύντροφοί τους ακούνε. Αυτά τα προβλήματα επικοινωνίας δημιουργούν δυσκολίες και απογοητεύσεις σε πολλά ζευγάρια.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα ζευγάρια να ξεκαθαρίσουν τον τρόπο σκέψης και επικοινωνίας τους, να μάθουν να αποφεύγουν τις παρερμηνείες και να καταλήγουν σε πιο υγιή και λογικά συμπεράσματα για τη σχέση τους και το σύντροφό τους. Μέσω ενός συνόλου αρχών και τεχνικών το ζευγάρι μπορεί να βελτιώσει τη σχέση του.

6.

Ποιες θεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται στη θεραπεία ζεύγους;

- **Η αρχή της συνεργασίας.** Η επίλυση της σύγκρουσης μπορεί να

επιτευχθεί μόνο εάν οι σύζυγοι δεχθούν να συνεργαστούν, κατανοώντας ότι είναι συνυπεύθυνοι για τις συγκρούσεις τους και ότι αυτές θα επιλυθούν αν προσπαθήσουν από κοινού. Είναι βασικό και οι δύο να αποδεχθούν την ευθύνη για την ύπαρξη προβλημάτων στη σχέση τους και να ενδιαφερθούν κυρίως για την αλλαγή της δικής τους συμπεριφοράς, αντί να περιμένουν πρώτα να αλλάξει ο άλλος. Πρέπει, με άλλα λόγια, ο καθένας να αναλάβει την προσωπική του ευθύνη τόσο απέναντι στο σύντροφό του όσο και απέναντι στη σχέση.

- **Ο εντοπισμός και η αναγνώριση μοτίβων αρνητικής αλληλεπίδρασης.** Αν παρατηρήσουμε και περιγράψουμε βήμα προς βήμα τη σύγκρουση ενός ζευγαριού, θα βρούμε ότι υπάρχει ένα «μοτίβο» αρνητικής αλληλεπίδρασης που εμφανίζεται ξανά και ξανά μέσα στη σχέση. Αυτό το μοτίβο περιγράφει μια τυπική διαδικασία που επαναλαμβάνεται σε καβγάδες του ζευγαριού, ανεξάρτητα από το ποιο είναι κάθε φορά το περιεχόμενο της διαμάχης. Παραδείγματος χάρη, ένα μοτίβο μπορεί να περιλαμβάνει τα ακόλουθα: (α) η σύντροφος παραπονιέται για κάτι στο σύντροφο, (β) ο σύντροφός της την αγνοεί, (γ) η σύντροφος επαναλαμβάνει το παράπονό της, (δ) ο σύντροφος απαντά με θυμό, (ε) η σύντροφος αποσύρεται και σταματά προς το παρόν να παραπονιέται. Ο θεραπευτής αναγνωρίζει τέτοιου είδους μοτίβα στον τρόπο με τον οποίο το ζευγάρι αλληλεπιδρά και επικοινωνεί, και στη συνέχεια καθοδηγεί τους συντρόφους να τα εντοπίσουν παρατηρώντας και καταγράφοντας την καθημερινή τους επικοινωνία. Σε μερικές περιπτώσεις και μόνο η αναγνώριση του μοτίβου αρκεί για τη διακοπή του. Όταν τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα, ο θεραπευτής συνεργάζεται με το ζευγάρι ώστε να βρουν εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς, που θα ικανοποιούν τις ανάγκες και των δύο συντρόφων, πάντοτε όμως «διακόπτοντας» το μοτίβο της αρνητικής αλληλεπίδρασης.
- **Η αύξηση των θετικών στοιχείων στη σχέση.** Ο θεραπευτής αναθέτει στους συντρόφους ασκήσεις για το σπίτι με στόχο να αυξήσουν τα θετικά στοιχεία της σχέσης τους. Αυτή η τεχνική

είναι γνωστή με τον όρο «ημέρες φροντίδας». Στην παρέμβαση αυτή οι σύζυγοι ενεργούν «σαν» να αγαπιούνται ακόμη, όπως συνέβαινε στις καλύτερες περιόδους της σχέσης τους. Ανταλλάσσουν λίστες μικρών θετικών συμπεριφορών τις οποίες θα ήθελαν να εκδηλώσει ο άλλος και δεσμεύονται να επιδείξουν τουλάχιστον πέντε από αυτές καθημερινά. Αυτή η φαινομενικά μικρή ανταλλαγή θετικών ενεργειών έχει σημαντική επίδραση στη σχέση. Το ζευγάρι αρχίζει να αισθάνεται πιο θετικά, θυμάται και άλλες καλές στιγμές της σχέσης του και προσδοκά την αλλαγή, που τώρα πια μοιάζει εφικτή.

- **Άσκηση στην επικοινωνία.** Η καλή επικοινωνία δεν συνεπάγεται απαραίτητα συμφωνία. Σημαίνει ότι μπορεί κανείς να συζητά και να ακούει με εποικοδομητικό τρόπο, δείχνοντας κατανόηση· σημαίνει ότι προσπαθεί να καταλάβει τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα του συντρόφου του, ότι ενθαρρύνει την έκφρασή τους και ότι στέκεται απέναντί του με συναισθηματική κατανόηση. Γι' αυτό και ο θεραπευτής στην αρχή βοηθά το ζευγάρι να καταλάβει ότι η καλή επικοινωνία δεν συνεπάγεται συμφωνία, αλλά αμοιβαία κατανόηση και ιδανικά επίλυση του προβλήματος. Για την επίτευξη αυτού του στόχου καθιερώνεται μια διαδικασία όπου οι σύντροφοι γίνονται με τη σειρά ομιλητές και ακροατές.
- **Επίλυση των προβλημάτων.** Ο θεραπευτής δίνει στους συντρόφους ένα εγχειρίδιο επίλυσης προβλημάτων, στο οποίο περιγράφονται διάφορες αρχές για την επιτυχή λύση των προβλημάτων, όπως η οριοθέτηση των θεμάτων που θα συζητηθούν, η αποσαφήνιση των προβλημάτων με θετικό και συγκεκριμένο τρόπο, η συζήτηση ενός μόνο προβλήματος κάθε φορά, η εστίαση της συζήτησης στις λύσεις του συγκεκριμένου προβλήματος και όχι στην απόδοση ευθυνών, ο αμοιβαίος συμβιβασμός κ.λπ.

7. Πόσο διαρκεί η θεραπεία ζεύγους;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι συνήθως βραχύχρονη. Η μέση διάρκειά της είναι περίπου δώδεκα με είκοσι συνεδρίες, οι οποίες προγραμματίζονται μια φορά την εβδομάδα και διαρκούν περίπου 50 λεπτά. Οι αρχικές συνεδρίες μπορεί να διαρκέσουν έως και δυο ώρες. Εάν το ζευγάρι βρίσκεται σε κρίση, μπορεί να χρειαστεί να αυξηθούν οι θεραπευτικές συνεδρίες (φθάνοντας τις δύο με τρεις την εβδομάδα).

8. Μπορεί η θεραπεία ζεύγους να περιλαμβάνει ατομικές συνεδρίες με τον κάθε σύντροφο χωριστά;

Στην αρχή της θεραπείας ο θεραπευτής μπορεί να κρίνει ότι χρειάζεται να συναντηθεί με κάθε μέλος χωριστά, ώστε να διερευνήσει κάποια θέματα που πιθανώς δεν μπορούν να αναφερθούν κατά τη διάρκεια των κοινών συνεδριών (εξωσυζυγική σχέση, αφροδίσιο νόσημα, ομοφυλοφιλία κ.λπ.). Συνήθως και τα δύο μέλη του ζευγαριού βλέπουν ατομικά το θεραπευτή τις ίδιες φορές. Οι ατομικές συνεδρίες μπορεί να είναι μία ή και περισσότερες. Εάν είναι εκτενείς, είναι προτιμότερο να γίνονται από διαφορετικό θεραπευτή. Εάν ο θεραπευτής συναντιέται με το ζευγάρι τόσο με τον καθένα χωριστά όσο και με τους δυο μαζί, θα πρέπει να ξεκαθαριστεί το θέμα της εχεμύθειας.

9. Ποιος είναι ο σκοπός των ασκήσεων για το σπίτι;

Στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία η πρακτική εξάσκηση στο σπίτι είναι σημαντική. Οι ασκήσεις στηρίζονται στο σκεπτικό ότι οι άνθρωποι μαθαίνουν καλύτερα όταν εφαρμόζουν στην πράξη αυ-

τό που διδάχθηκαν. Στόχος είναι να διευκολυνθούν μικρές αλλαγές σε μια ή και περισσότερες συμπεριφορές, συμβάλλοντας στη σταδιακή βελτίωση της σχέσης.

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι ασκήσεων: *οι ασκήσεις με παρατήρηση* και *οι ασκήσεις που δίνουν έμφαση στη δοκιμή μιας νέας συμπεριφοράς*. Οι πρώτες ζητούν την παρατήρηση και την καταγραφή των αυτόματων – συνήθως αρνητικών – σκέψεων που κάνει το άτομο για την αξιολόγηση μιας κατάστασης, καθώς και των συναισθημάτων που προκαλούν. Με τις ίδιες ασκήσεις απαιτείται και η καταγραφή των προβληματικών συμπεριφορών όπως και των συνθηκών υπό τις οποίες συμβαίνουν. Ο δεύτερος τύπος ασκήσεων ποικίλλει ανάλογα με τα προβλήματα του ζευγαριού. Αυτές οι ασκήσεις στοχεύουν στην εκδήλωση μιας νέας συμπεριφοράς και στην καταγραφή του αποτελέσματος. Η σωστή εκτέλεσή τους έχει μεγάλη σημασία, επειδή με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνονται οι στόχοι που έχουν θέσει από κοινού ο θεραπευτής και το ζευγάρι.

10. Τι είναι οι μεταθεραπευτικές υποστηρικτικές συνεδρίες;

Ο θεραπευτής μπορεί να προτείνει στο ζευγάρι να συναντηθούν, μια ή περισσότερες φορές, έξι μήνες μετά το τέλος της κανονικής θεραπείας. Αυτές οι συνεδρίες βοηθούν στη διατήρηση των αλλαγών που επιτεύχθηκαν κατά τη θεραπεία και στην αποφυγή της επανεμφάνισης προηγούμενων προβληματικών καταστάσεων.

11. Τι είναι οι «σύμβουλοι γάμου»;

Όπως αναφέρθηκε σε άλλο κεφάλαιο («Απαντήσεις σε μερικές συνηθισμένες ερωτήσεις για τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία»), η άσκηση της ψυχοθεραπείας στην Ελλάδα δεν υπόκειται

σε αυστηρούς κανόνες που μπορούν να διασφαλίσουν την προστασία των πολιτών. Εκμεταλλευόμενοι τα νομικά κενά, εμφανίστηκαν ορισμένοι που αυτοανακηρύχθηκαν αυθαίρετα «σύμβουλοι γάμου», σε μια προσπάθεια να παρακάμψουν τη νομοθεσία που προστατεύει τη χρήση του τίτλου «ψυχολόγος» ή «ψυχίατρος». Ο όρος «σύμβουλος γάμου ή οικογένειας ή σχέσεων» είναι παραπλανητικός και μάλλον χρησιμοποιείται από κάποιον που δεν δικαιούται να ασχολείται με θεραπεία ζεύγους. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να σιγουρεύεστε ότι ο θεραπευτής σας είναι επαγγελματίας ψυχικής υγείας και έχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Οι ψυχοθεραπευτές που αναλαμβάνουν ζευγάρια έχουν συνήθως αναγνωρισμένες πανεπιστημιακές σπουδές, σοβαρή ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση και ειδίκευση στη θεραπεία ζεύγους. Αν θέλετε να μάθετε κατά πόσο ο θεραπευτής που επιλέξατε έχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, επικοινωνήστε με τον Πανελλήνιο Ψυχολογικό Σύλλογο (www.psy.gr).

12. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Η βιβλιογραφία στα ελληνικά είναι επαρκής και δεν χρειάζεται να ανατρέξετε σε ξένες πηγές. Αξιόλογο είναι το βιβλίο αυτοβοήθειας του A. Beck, *Δεν αρκεί μόνο η αγάπη*. Σημαντικά είναι επίσης τα βιβλία των F.M. Dattilio & C.A. Padesky, *Συμβουλευτική ζευγαριών: Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική προσέγγιση*, του B.G. Guerney, *Βελτίωση σχέσεων*, και της Έ. Χάιντς, *Συζυγική θεραπεία: Τρόποι βελτίωσης της συζυγικής επικοινωνίας*.

Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Γεσθημανή Αραπίδου
Κωνσταντίνος Ευθυμίου

1. Τι είναι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες;
2. Πώς ξεκινά και πώς διατηρείται ένα σεξουαλικό πρόβλημα;
3. Τι είναι η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία;
4. Ποιοι παράγοντες προκαλούν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία;
5. Τι είναι η διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής;
6. Τι είναι η διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα;
7. Τι είναι η διαταραχή στύσης;
8. Ποιοι είναι οι τύποι της διαταραχής στύσης;
9. Τι προκαλεί τη διαταραχή στύσης;
10. Τι είναι η διαταραχή οργασμού (ανεσταλμένος οργασμός) στη γυναίκα;
11. Πού μπορεί να οφείλεται η δυσκολία επίτευξης οργασμού στη γυναίκα;
12. Τι είναι η διαταραχή οργασμού στον άνδρα;
13. Ποια είναι τα αίτια της διαταραχής οργασμού στον άνδρα;
14. Τι είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση;
15. Πού οφείλεται η πρόωρη εκσπερμάτιση;
16. Τι είναι η δυσπαρευνία και πού οφείλεται;
17. Τι είναι ο κολπικός σπασμός και πού οφείλεται;
18. Πώς θεραπεύονται τα σεξουαλικά προβλήματα;
19. Ειδικές τεχνικές
20. Πώς μπορώ να βοηθήσω το σύντροφό μου που αντιμετωπίζει ένα σεξουαλικό πρόβλημα;
21. Τι μπορώ να κάνω αν έχω κάποιο σεξουαλικό πρόβλημα;
22. Υπάρχουν και άλλα προβλήματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα;
23. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες;

Είναι διαταραχές που είτε δεν επιτρέπουν την πλήρη σεξουαλική ευχαρίστηση είτε εμποδίζουν κάθε σεξουαλική επαφή. Αφορούν κυρίως την αναστολή των φυσιολογικών και σωματικών αντιδράσεων του φυσιολογικού κύκλου του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της σεξουαλικής ανταπόκρισης.

Ο φυσιολογικός κύκλος της σεξουαλικής λειτουργίας περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις:

- **Φάση της επιθυμίας.** Χαρακτηρίζεται από τις σκέψεις για σεξουαλική δραστηριότητα και από τις ερωτικές φαντασιώσεις.
- **Φάση της διέγερσης.** Χαρακτηρίζεται από τις σωματικές αντιδράσεις, οι οποίες διαρκώς εντείνονται καθώς συνεχίζεται ο σεξουαλικός ερεθισμός.
- **Φάση του οργασμού.** Η σεξουαλική ένταση και η ευχαρίστηση αυξάνονται και τελικά κορυφώνονται και καταλήγουν σε οργασμό. Αυτός βιώνεται ως έντονη ευχαρίστηση και απελευθέρωση της σεξουαλικής έντασης.
- **Φάση της αποκατάστασης.** Μετά τον οργασμό το σώμα επανέρχεται σε κατάσταση ηρεμίας και κυριαρχεί η αίσθηση γενικής χαλάρωσης και ευεξίας.

Ανάλογα με το ποια πλευρά της σεξουαλικής λειτουργίας θίγεται πρωταρχικά, οι σεξουαλικές διαταραχές εντάσσονται σε τέσσερις ομάδες:

- διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας,
- διαταραχές της σεξουαλικής διέγερσης,
- διαταραχές του οργασμού, και
- διαταραχές σεξουαλικού πόνου, που δεν εμπίπτουν σε καμιά από τις άλλες τρεις ομάδες.

Πιο αναλυτικά, σε κάθε κατηγορία υπάγονται:

- **Διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας**
 - Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία.
 - Σεξουαλική αποστροφή.
- **Διαταραχές σεξουαλικής διέγερσης**
 - Διαταραχή γυναικείας σεξουαλικής διέγερσης.
 - Διαταραχή στύσης.
- **Διαταραχές οργασμού**
 - Διαταραχή οργασμού στη γυναίκα.
 - Διαταραχή οργασμού στον άνδρα.
 - Πρόωρη εκσπερμάτιση.
- **Διαταραχές σεξουαλικού πόνου**
 - Δυσπαρεύνεια ή δυσπαρευνία.
 - Κολπικός σπασμός ή κολεόσπασμος.

2.

Πώς ξεκινά και πώς διατηρείται ένα σεξουαλικό πρόβλημα;

Σύμφωνα με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές ενός άτομου καθορίζονται από τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τον κόσμο. Όπως όλα τα ψυχολογικά προβλήματα, έτσι και τα σεξουαλικά ξεκινούν από ένα λανθασμένο τρόπο μάθησης, από κάποια λανθασμένα συμπεράσματα του ατόμου. Αυτές οι λανθασμένες αντιλήψεις μπορεί να προκύψουν από τις εμπειρίες του ατόμου στην οικογένεια ή την κοινωνία, αλλά και από προσωπικά βιώματα.

Για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει μεγαλώσει σε αυστηρό οικογενειακό περιβάλλον, που θεωρεί αμαρτία το προγαμιαίο σεξ, είναι πολύ πιθανό να νιώσει άγχος και ενοχές για την επιθυμία της να ολοκληρώσει σεξουαλικά μια σχέση πριν το γάμο.

Η έλλειψη γνώσεων και οι μύθοι για το σεξ είναι άλλες δύο αιτίες που ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει κάποιο σεξουαλικό πρόβλημα.

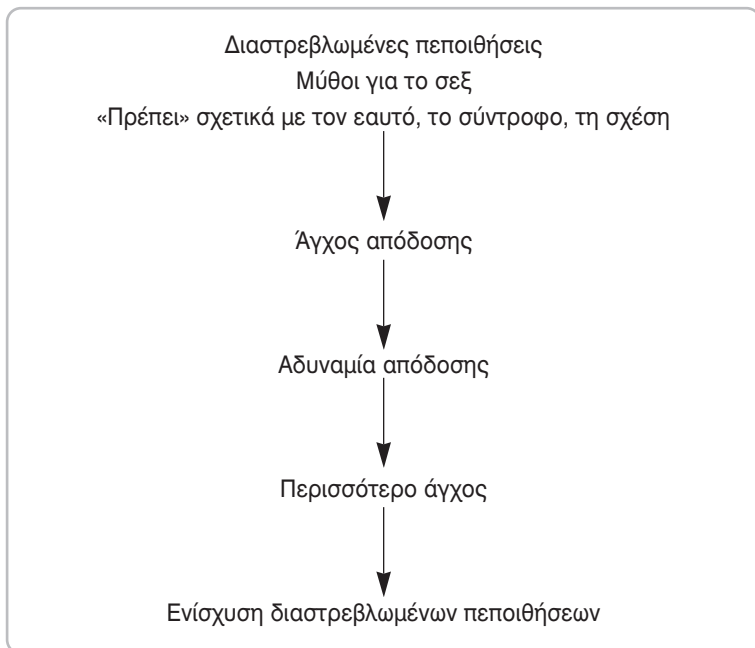
Πολλές γυναίκες παγιδεύονται στα πρότυπα που προβάλλουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για το «ιδανικό» σώμα και δεν αφήνουν τον εαυτό τους ελεύθερο να απολαύσει το σεξ επειδή νομίζουν ότι δεν είναι επιθυμητές.

Οι άνδρες πάλι προβληματίζονται και επηρεάζονται αρνητικά από το ζήτημα του μεγέθους του πέους. Πολλοί νομίζουν ότι «ικανοποιητικό» μέγεθος είναι αυτό που δείχνουν στις ταινίες πορνό, γεγονός που μπορεί να μειώσει την αυτοπεποίθησή τους και να τους δημιουργήσει προβλήματα στη σεξουαλική πράξη.

Πολλές φορές όμως η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να αποτελεί έκφραση ενός προβλήματος στη *σχέση του ζευγαριού*. Η έλλειψη επικοινωνίας και οικειότητας με το σύντροφο, καθώς και η δυσκολία του ατόμου να συζητήσει τα προβλήματα που το απασχολούν μπορεί να εκφραστούν μέσω ενός σεξουαλικού προβλήματος. Αυτό θα προκαλέσει πρόσθετα προβλήματα στη σχέση, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου που διατηρεί και επιδεινώνει το σεξουαλικό πρόβλημα.

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συντηρούν ένα πρόβλημα είναι το *άγχος απόδοσης* του ατόμου για καλό σεξ και για την αποφυγή «λαθών» που δείχνουν ότι δεν είναι έμπειρο ή ότι δεν μπορεί να ικανοποιήσει το σύντροφό του. Αυτή η συνεχής αξιολόγηση της επίδοσης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής φέρνει το άτομο σε μια ψυχοσωματική κατάσταση που είναι ασύμβατη με τη σεξουαλική λειτουργικότητα. Για παράδειγμα, όταν ένας άνδρας αγχώνεται θέλοντας να ικανοποιήσει τη σύντροφό του, είναι πολύ πιθανό, αντί να πετύχει αυτό που θέλει, να έχει το εντελώς αντίθετο αποτέλεσμα. Αυτό του δημιουργεί περισσότερο άγχος και ταυτόχρονα ενισχύει τις αρχικές λανθασμένες πεποιθήσεις του.

Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που διατηρεί το πρόβλημα, όπως φαίνεται στο σχήμα.



3. Τι είναι η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία;

Τα περισσότερα άτομα κάποια στιγμή στη ζωή τους μπορεί να νιώσουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία είτε επειδή είναι κουρασμένα είτε επειδή αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα είτε επειδή δεν έχουν χρόνο.

Όταν όμως υπάρχει επίμονη και συνεχής μείωση ή και απουσία σεξουαλικών φαντασιώσεων και επιθυμίας για σεξουαλική δραστηριότητα, τότε μιλάμε για «μειωμένη σεξουαλική επιθυμία» και τα άτομα θα πρέπει να απευθυνθούν σε ειδικό.

Βασικό κριτήριο για να τεθεί η διάγνωση αυτής της διαταραχής είναι να μη συνυπάρχει άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία, όπως είναι η διαταραχή στύσης ή οργασμού. Αυτές οι διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, επηρεάζοντας αρνητικά τις προσωπικές σχέσεις και την κοινωνική ζωή του ατόμου.

Οι ειδικοί εκτιμούν ότι το 75% των ατόμων που παραπονιούνται για μειωμένη σεξουαλική επιθυμία είναι γυναίκες· αυτό είναι επίσης το πιο συχνό σεξουαλικό πρόβλημα για το οποίο ζητούν βοήθεια οι γυναίκες. Αξιοσημείωτο είναι ωστόσο ότι ενώ στις δεκαετίες του 1970 και του 1980 ένας άνδρας σπάνια αναζητούσε βοήθεια για ένα τέτοιο πρόβλημα, τα τελευταία χρόνια αυτή η διαταραχή φαίνεται να πλήττει και μεγάλο μέρος του ανδρικού πληθυσμού.

4. Ποιοι παράγοντες προκαλούν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία;

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για τη μειωμένη σεξουαλική επιθυμία φαίνεται ότι είναι τα προβλήματα στη σχέση με το σύντροφο. Η έλλειψη επικοινωνίας και οικειότητας με το σύντροφο μπορεί να οδηγήσει σε απομάκρυνση και να έχει επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της σχέσης, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής. Ένας άλλος παράγοντας είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι δεν είναι επιθυμητό από το σύντροφό του. Αυτό μπορεί να προκαλέσει ανασφάλεια και χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά και η ερωτική επιθυμία.

Οι αυστηρές αρχές με τις οποίες έχει μεγαλώσει ένα άτομο αποτελούν συχνά την αιτία της μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που ανατράφηκε με την αντίληψη ότι μοναδικός σκοπός της σεξουαλικής πράξης είναι η τεκνοποιία θα καταπιέζει τις ερωτικές επιθυμίες της.

Πρόβλημα επίσης μπορεί να προκαλέσει η ιδέα που έχει το άτομο για την εμφάνισή του. Οι γυναίκες έχουν συνήθως πρόβλημα

με το σώμα και το βάρος τους, ενώ οι άνδρες προβληματίζονται περισσότερο για το μέγεθος του πέους τους.

Η παρατεταμένη αποχή από το σεξ, αλλά και οι ομοφυλοφιλικές τάσεις μπορεί να οδηγήσουν επίσης σε μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Στην τελευταία περίπτωση δεν υπάρχει απουσία ερωτικής επιθυμίας γενικά, αλλά μόνο για άτομα του αντίθετου φύλου.

Μείωση της επιθυμίας μπορεί να προκαλέσουν και ασθένειες, όπως η υπέρταση, οι παθήσεις του θυρεοειδούς και η νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και οι παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων, όπως τα αντιυπερτασικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντισυλληπτικά.

Η μείωση της επιθυμίας μπορεί να συνοδεύει την κατάθλιψη, καθώς και άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή ή η σχιζοφρένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις πάντως είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί η ψυχική διαταραχή (π.χ. η κατάθλιψη), και όχι η μειωμένη ερωτική επιθυμία.

5. Τι είναι η διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής;

Τα άτομα με σεξουαλική αποστροφή δείχνουν επίμονη ή επαναλαμβανόμενη έντονη αποστροφή και αποφυγή κάθε ή σχεδόν κάθε σεξουαλικής επαφής με ένα σύντροφο. Η αποστροφή για τη σεξουαλική επαφή μπορεί να εστιάζεται σε μια συγκεκριμένη διάσταση της σεξουαλικής εμπειρίας (για παράδειγμα, στις εκκρίσεις των γεννητικών οργάνων, στην είσοδο του πέους στον κόλπο) ή να επεκτείνεται σε κάθε σεξουαλικό ερέθισμα, συμπεριλαμβανομένων των φιλιών και των χαδιών.

Μερικά άτομα με σεξουαλική αποστροφή μπορεί να παθαίνουν ακόμη και κρίση πανικού όταν βρεθούν αντιμέτωπα με μια σεξουαλική «συγκυρία», καταλήγοντας έτσι να αποφεύγουν διαρκώς κάθε επαφή.

Τα άτομα με σεξουαλική αποστροφή επιδεικνύουν ορισμένες χαρακτηριστικές συμπεριφορές αποφυγής:

- Μιλούν και φλυαρούν συνέχεια.
- Κάνουν ατέλειωτα τηλεφωνήματα.
- Αφοσιώνονται στη δουλειά τους.
- Προβάλλουν ως δικαιολογία ότι θα τους δουν τα παιδιά.
- Κάνουν τον εαυτό τους σκόπιμα μη ελκυστικό στην εμφάνιση και τη συμπεριφορά. Για παράδειγμα, μπορεί να συμπεριφέρονται ανιαρά και αδελφικά στο σύντροφό τους.
- Παρακολουθούν διαρκώς τηλεόραση.

Η σεξουαλική αποστροφή είναι λιγότερο συχνή από τη μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που έχουν ευαισθησία στην απόρριψη και την κριτική, και δημιουργούν σχέσεις με έντονα στοιχεία εξάρτησης.

6. Τι είναι η διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα;

Το πρόβλημα της σεξουαλικής διέγερσης στις γυναίκες εκδηλώνεται με απουσία εφύγρανσης του κόλπου και με έλλειψη αίσθησης σεξουαλικής διέγερσης και ευχαρίστησης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Για να τεθεί η διάγνωση αυτής της διαταραχής, πρέπει πρώτα να διαπιστωθεί ότι δεν είναι αποτέλεσμα της δράσης κάποιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι γι' αυτή τη διαταραχή είναι η αυστηρή ανατροφή, το έντονο άγχος και η εχθρότητα προς τους άνδρες. Άλλα αίτια είναι ο διαβήτης, η κολπίτιδα, η εμμηνοπαυση, η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.

Πολλές φορές η διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε επώδυνη συνουσία και σε αποφυγή της σεξουαλικής επαφής, με αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων τόσο στη σεξουαλική όσο και στη γενικότερη σχέση του ζευγαριού.

7. Τι είναι η διαταραχή στύσης;

Το βασικό κριτήριο για να δοθεί η διάγνωση της διαταραχής στύσης είναι η επίμονη ή επανειλημμένη αδυναμία του άνδρα να πετύχει ή να διατηρήσει επαρκή στύση μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής επαφής. Ο άνδρας με διαταραχή στύσης δεν μπορεί να νιώσει σεξουαλική διέγερση και ευχαρίστηση κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Το 50% των ανδρών που αναζητούν βοήθεια για σεξουαλικά προβλήματα αντιμετωπίζει διαταραχή στύσης.

Η παροδική απώλεια της στύσης λόγω μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ, κούρασης ή ανυπαρξίας ερωτικής έλξης είναι μια κατάσταση που συμβαίνει αρκετά συχνά και δεν θεωρείται ανησυχητική. Έρευνες έχουν δείξει ότι ποσοστό 10%-20% των ανδρών αντιμετωπίζει πρόσκαιρο πρόβλημα στύσης σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής του.

8. Ποιοι είναι οι τύποι της διαταραχής στύσης;

- **Πρωτοπαθής διαταραχή στύσης.** Το άτομο ποτέ δεν καταφέρνει να έχει ικανοποιητική στύση για να ολοκληρώσει τη σεξουαλική πράξη.
- **Δευτερογενής διαταραχή στύσης.** Το άτομο λειτουργούσε καλά στο παρελθόν και σε κάποιο σημείο εμφάνισε διαταραχή στύσης.
- **Γενικευμένη διαταραχή στύσης.** Το άτομο δεν μπορεί να αποκτήσει ή να διατηρήσει στύση σε όλες τις συνθήκες.
- **Καταστασιακή διαταραχή στύσης.** Το άτομο λειτουργεί καλά μόνο σε συγκεκριμένες συνθήκες (για παράδειγμα, με γυναίκες με τις οποίες δεν έχει συναισθηματική σχέση).

9. Τι προκαλεί τη διαταραχή στύσης;

Η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικά, οργανικά ή μεικτά αίτια (να συνυπάρχουν δηλαδή ψυχολογικοί και οργανικοί παράγοντες).

Τα κυριότερα οργανικά αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας είναι η μειωμένη μεταφορά αίματος στο πέος και η καταστροφή των νεύρων της στύσης εξαιτίας τραυματισμών, αρτηριοσκλήρυνσης, σακχαρώδους διαβήτη και αρτηριακής πίεσης. Στυτική δυσλειτουργία μπορεί επίσης να προκαλέσουν η λήψη φαρμάκων (όπως είναι τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά), καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ και τοξικών ουσιών.

Το άτομο χρειάζεται κατ' αρχάς να επισκεφθεί έναν ειδικό (ουρολόγο-ανδρολόγο) για να αποκλειστούν τα οργανικά αίτια. Εάν διαπιστωθεί ότι η στυτική διαταραχή δεν οφείλεται σε οργανικό πρόβλημα (εάν το άτομο έχει νυχτερινές στύσεις, διέγερση με αυτοϊκανοποίηση), θα πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια ενός ειδικού ψυχοθεραπευτή για σεξουαλικά προβλήματα προκειμένου να εντοπιστούν οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με το πρόβλημα. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η άρνηση πολλών ανδρών να αποδεχθούν ότι το πρόβλημα στύσης που αντιμετωπίζουν οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες. Παράλληλα υπάρχει έντονη αναζήτηση για νέες θεραπείες, όπως είναι οι αντλίες κενού, οι ενδοπεϊκές προθέσεις, οι αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις, οι δακτύλιοι και τα φάρμακα (π.χ. το *viagra*).

Οι ενοχές για τη σεξουαλικότητα, το άγχος απόδοσης, αλλά και το άγχος αποτυχίας που μπορεί να έχει ένας άνδρας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής είναι από τους πιο συχνούς λόγους της στυτικής δυσλειτουργίας. Υπεύθυνοι επίσης θεωρούνται και άλλοι παράγοντες, όπως είναι οι διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις που έχει ένας άνδρας για τον εαυτό του, τη σύντροφο και τη σχέση τους, η αυστηρή ανατροφή, αλλά και η έλλειψη γνώσεων για τη σεξουαλική λειτουργία. Τέλος η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση,

καθώς και μια αποτυχημένη εμπειρία του ατόμου με μια πόρνη έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για το πρόβλημα.

10. Τι είναι η διαταραχή οργασμού (ανεσταθμένος οργασμός) στη γυναίκα;

Είναι η επίμονη ή επαναλαμβανόμενη καθυστέρηση ή απουσία του οργασμού μετά από μια φάση φυσιολογικής σεξουαλικής διέγερσης. Για να γίνει η διάγνωση, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η ερωτική επιθυμία, η ηλικία, η σεξουαλική εμπειρία, καθώς και η επάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού που δέχεται μια γυναίκα.

Η γυναίκα πολλές φορές παγιδεύεται στην αναζήτηση του κολπικού οργασμού, επειδή θεωρεί ότι αυτός είναι ο «σωστός» και επιθυμητός οργασμός. Εξαιτίας του άγχους και της αγωνίας της γι' αυτό καταλήγει να μην μπορεί να κορυφώσει ή να νομίζει ότι δεν έχει οργασμό.

Οι γυναίκες πρέπει να ενημερωθούν ότι ο οργασμός είναι ένας, και μπορεί να είναι είτε κολπικός είτε κλειτοριδικός είτε μεικτός. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών έχει κλειτοριδικό οργασμό, που σημαίνει ότι, παράλληλα με τη διείσδυση του πέους στο κόλπο, ο σύντροφος θα πρέπει να ερεθίζει την κλειτορίδα ώστε να κάνει τη σύντροφό του να φτάσει στην κορύφωση.

Η διαταραχή οργασμού στη γυναίκα μπορεί να είναι *ισόβια* (να μην υπάρχει οργασμός από την αρχή της ερωτικής ζωής) ή *επίκτητη* (να εμφανιστεί μετά από μια περίοδο φυσιολογικής οργασμικής λειτουργίας), *γενικευμένη* ή *καταστασιακή* (όταν δηλαδή εξαρτάται από το σύντροφο και γενικότερα από τις συνθήκες).

11. Πού μπορεί να οφείλεται η δυσκολία επίτευξης οργασμού στη γυναίκα;

Τα ορμονικά προβλήματα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, ο σακχαρώ-

δης διαβήτη, η ανεπάρκεια τεστοστερόνης, το αλκοόλ, οι τοξικές ουσίες και κάποια φάρμακα είναι τα κύρια οργανικά αίτια της δυσκολίας οργασμού στη γυναίκα.

Το άγχος της γυναίκας να φτάσει σε οργασμό δεν την εμποδίζει μόνο να απολαύσει την эρωτική πράξη, αλλά μπορεί επίσης να μην της επιτρέψει να φτάσει σε κορύφωση.

Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες που συνδέονται με το πρόβλημα είναι ο φόβος της απώλειας ελέγχου, η δυσκολία της γυναίκας να χαλαρώσει και να αφεθεί, οι ενοχές για τη σεξουαλικότητά της, οι περιορισμένες σεξουαλικές εμπειρίες, καθώς και η έλλειψη φαντασιώσεων. Τέλος, ο φόβος της απόρριψης από το σύντροφο, η έλλειψη эρωτικής έλξης και τα συναισθήματα θυμού γι' αυτόν εμποδίζουν τη γυναίκα να φθάσει στην κορύφωση (κυρίως για να τον «τιμωρήσει»).

12. Τι είναι η διαταραχή οργασμού στον άνδρα;

Απαραίτητο κριτήριο για να γίνει η διάγνωση της διαταραχής οργασμού στον άνδρα είναι η επίμονη ή επανειλημμένη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού ύστερα από μια φάση φυσιολογικής σεξουαλικής διέγερσης, η οποία κρίνεται από το γιατρό ότι είναι επαρκής ως προς την ένταση και τη διάρκεια, ανάλογα και με την ηλικία του άνδρα. Συνήθως η δυσκολία του άνδρα περιορίζεται σε οργασμό ενδοκοιλικά, ενώ είναι δυνατόν να πετύχει οργασμό με άλλους τρόπους (π.χ. με τον αυνανισμό). Σύμφωνα με έρευνες, πρόκειται για αρκετά σπάνια διαταραχή, αφού παρουσιάζεται στο 4%-8% των ανδρών που έχουν σεξουαλικά προβλήματα.

13. Ποια είναι τα αίτια της διαταραχής οργασμού στον άνδρα;

Μεταξύ των κυριότερων οργανικών αιτιών (αν και σπάνια) είναι ο

σακχαρώδης διαβήτη, η σκλήρυνση κατά πλάκας, τα νοσήματα της σπονδυλικής στήλης, ο αλκοολισμός, καθώς και η συστηματική λήψη φάρμακων (π.χ. ψυχοφάρμακα).

Υπεύθυνοι για την εμφάνιση της διαταραχής όμως μπορεί να είναι και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως ο φόβος της απώλειας ελέγχου, ο φόβος για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τα έντονα διαπροσωπικά προβλήματα, η ανυπαρξία αισθημάτων έλξης για τη σύντροφο, οι συντηρητικές αντιλήψεις για το σεξ και, κυρίως, το άγχος απόδοσης.

14. Τι είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση;

Σε αυτή τη διαταραχή ο άνδρας φτάνει σε οργασμό με ελάχιστο σεξουαλικό ερεθισμό και προτού το θελήσει. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι ο άνδρας δεν έχει εκούσιο έλεγχο της εκσπερμάτισης, ούτε σεξουαλική αισθητική συνειδητότητα.

Για τη διάγνωση της πρόωρης εκσπερμάτισης λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η ερωτική σύντροφος, η κατάσταση, καθώς και η συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Υπάρχει ο μύθος ότι η πρόωρη εκσπερμάτιση αφορά μόνο νέους σε ηλικία άνδρες. Βέβαια είναι αλήθεια ότι η πρόωρη εκσπερμάτιση είναι πολύ πιο συχνή στους νεαρούς άνδρες παρά στους μεγαλύτερους. Ένας νέος άνδρας εκσπερματίζει σχετικά γρήγορα στις πρώτες του ερωτικές επαφές εξαιτίας του άγχους και της απειρίας του. Οι ειδικοί υποστηρίζουν όμως ότι η πρόωρη εκσπερμάτιση μπορεί να παρουσιαστεί σε άνδρες οποιασδήποτε ηλικίας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

Σύμφωνα με έρευνες, η πρόωρη εκσπερμάτιση αποτελεί ένα από τα πιο συχνά σεξουαλικά προβλήματα. Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο των ανδρών που αναζητούν βοήθεια για σεξουαλικές διαταραχές αντιμετωπίζει το συγκεκριμένο πρόβλημα.

15. Πού οφείλεται η πρόωρη εκσπερμάτιση;

Τα αίτια της πρόωρης εκσπερμάτισης είναι κατά κανόνα ψυχολογικά και πολύ πιο σπάνια οργανικά. Ο κυριότερος λόγος εμφάνισης της πρόωρης εκσπερμάτισης είναι ότι ο άνδρας πάσχει από έλλειψη σεξουαλικής αισθητικής συνειδητότητας (ενημερότητας), καθώς δεν έχει μάθει να αναγνωρίζει και να κατανοεί όλες τις πτυχές της ερωτικής του διέγερσης ώστε να τις ελέγξει. Οι άνδρες με πρόωρη εκσπερμάτιση δεν μπορούν να αντιληφθούν τα μηνύματα του σώματός τους κατά το χρονικό διάστημα από την έναρξη της έντονης διέγερσής τους έως το σημείο του «μη γυρισμού», όταν δηλαδή πλησιάζουν στην εκσπερμάτιση.

Ο άνδρας με πρόωρη εκσπερμάτιση δυσκολεύεται να συνειδητοποιήσει τις ερωτικές του αισθήσεις επειδή:

- Στις πρώτες σεξουαλικές επαφές του είχε την αγωνία να ολοκληρώσει γρήγορα και δεν απαλλάχθηκε ποτέ από αυτή τη συνήθεια (π.χ. γρήγοροι αυνανισμοί, επαφές στο αυτοκίνητο ή και στο σπίτι ενώ βρίσκονταν εκεί οι γονείς).
- Ασχολείται συνεχώς με τη σεξουαλική του απόδοση, χωρίς να καταφέρνει να χαλαρώσει και να απολαύσει την ερωτική πράξη.
- Έχει τόσο έντονο άγχος να ικανοποιήσει τη σύντροφό του ώστε καθ' όλη τη διάρκεια της επαφής προσπαθεί να καταλάβει εάν «τα καταφέρνει», με αποτέλεσμα να μη συνειδητοποιεί τις δικές του ερωτικές αισθήσεις.
- Νιώθει ενοχές και άγχος για την ερωτική πράξη ή επειδή αυνανίζεται.
- Έχει έντονες συγκρούσεις και έλλειψη επικοινωνίας με τη σύντροφό του, που συμβάλλουν στην εμφάνιση της πρόωρης εκσπερμάτισης: συχνά η δυσλειτουργία αποτελεί μια μορφή σωματοποίησης του άγχους που αισθάνεται ο άνδρας μέσα στη σχέση.

16. Τι είναι η δυσπαρευνία και πού οφείλεται;

Η δυσπαρευνία είναι ο επαναλαμβανόμενος ή επίμονος πόνος που αισθάνεται ένα άτομο πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τη σεξουαλική πράξη. Η συγκεκριμένη διαταραχή παρατηρείται περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες, και κυρίως σε εκείνες που βρίσκονται στην περίοδο της εμμηνόπαυσης. Σύμφωνα με τους ειδικούς, εμφανίζεται σε ποσοστό 10% έως 15% των γυναικών και αποτελεί τον πιο συχνό λόγο για τον οποίο επισκέπτονται το γυναικολόγο τους.

Στους κυριότερους οργανικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της δυσπαρευνίας περιλαμβάνονται η ενδομητρίωση, φλεγμονές στον κόλπο, μικρόβια, ινομυώματα, τοπικά τραύματα, η ανεπαρκής λίπανση, χειρουργικές επεμβάσεις στη γεννητήσια περιοχή και πρόσφατος τοκετός.

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα θα πρέπει να επισκεφθούν ειδικό για να γίνει ο απαραίτητος ιατρικός έλεγχος. Εάν διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει οργανική βλάβη, θα πρέπει να αναζητηθούν οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή.

Ένα αίτιο της δυσπαρευνίας μπορεί να είναι η αυστηρή ανατροφή που έλαβε το άτομο, το οποίο μεγάλωσε με την αντίληψη ότι το σεξ είναι «κακό» και «λάθος». Έτσι ανέπτυξε αρνητικές σκέψεις και στάσεις για το σεξ, με αποτέλεσμα να συγκρατείται, να μην επιτρέπει δηλαδή στον εαυτό του να απολαύσει την ερωτική πράξη. Μια εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης ή και προηγούμενα τραυματικά βιώματα μπορεί επίσης να δημιουργήσουν την πεποίθηση ότι όλες οι επαφές που θα ακολουθήσουν θα είναι το ίδιο επώδυνες. Τέλος, στους παράγοντες που φαίνεται να διατηρούν το πρόβλημα συγκαταλέγονται η δυσκολία επικοινωνίας με το σύντροφο, τα συναισθήματα θυμού προς αυτόν, καθώς και η χαμηλή αυτοεκτίμηση.

17. Τι είναι ο κολπικός σπασμός και πού οφείλεται;

Ο κολπικός σπασμός ή κολεόσπασμος είναι η ακούσια σύσπαση των μυών του κόλπου που εμποδίζει τη συνουσία, με αποτέλεσμα η γυναίκα να προσπαθεί να αποφύγει τη διείσδυση επειδή πονά. Για να γίνει η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής, είναι κατ' αρχάς απαραίτητη μια γυναικολογική εξέταση, η οποία συνήθως προκαλεί έντονη αντίδραση στη γυναίκα, αφού αμέσως μόλις ο γιατρός πλησιάσει προκαλείται σπασμός.

Ο κολπικός σπασμός είναι μια σχετικά σπάνια διαταραχή σε σύγκριση με τη δυσπαρευνία, και τις περισσότερες φορές τα αίτιά του δεν είναι οργανικά.

Οι κύριοι ψυχογενείς παράγοντες που σχετίζονται με αυτή τη διαταραχή είναι ο φόβος για την πρώτη σεξουαλική επαφή, που συνήθως παρατηρείται σε κοπέλες με αυστηρή ανατροφή, καθώς και μια προηγούμενη τραυματική εμπειρία (π.χ. ένας βιασμός ή μια επώδυνη γυναικολογική εξέταση).

Να σημειωθεί ότι ο κολπικός σπασμός δεν αποκλείεται να αποτελεί ένα μη λεκτικό τρόπο αντίδρασης της γυναίκας για την έλλειψη κατανόησης και επικοινωνίας στη σχέση της.

18. Πώς θεραπεύονται τα σεξουαλικά προβλήματα;

Ένα σεξουαλικό πρόβλημα, είτε οφείλεται σε οργανικά είτε σε ψυχολογικά αίτια, δεν παύει να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου και κυρίως στον τομέα των σχέσεων. Το άτομο πρέπει οπωσδήποτε να απευθυνθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας, ο οποίος, αν χρειαστεί, θα το παραπέμψει για οργανικό έλεγχο.

Εάν από τα στοιχεία που θα συλλέξει ο ειδικός καταλήξει ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία οφείλεται αποκλειστικά (ή έως ένα βαθμό) σε ψυχολογικούς παράγοντες, θα χρειαστεί να συνεργαστεί με το άτομο για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα.

Οι Masters και Johnson, πρωτοπόροι στη θεραπεία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, τονίζουν ότι στη θεραπεία των σεξουαλικών προβλημάτων πρέπει να συμμετέχουν και τα δύο μέλη του ζευγαριού, ανεξάρτητα από το ποιος εμφανίζει το πρόβλημα. Με αυτό τον τρόπο ο κάθε σύντροφος μαθαίνει να προσέχει και να γνωρίζει τόσο τα δικά του συναισθήματα και επιθυμίες όσο και εκείνα του άλλου, ώστε να επικοινωνεί πολύ καλύτερα μαζί του.

Η συμμετοχή του συντρόφου στη θεραπεία είναι πολύ σημαντική, επειδή χωρίς αυτήν δεν θα μπορούσαν να εφαρμοστούν οι απαραίτητες συμπεριφοριστικές τεχνικές, να αναγνωριστούν οι διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις του ατόμου για τη σχέση και να βελτιωθεί η επικοινωνία στο ζευγάρι.

Οι βασικοί στόχοι που προσπαθεί να πετύχει το ζευγάρι με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι κοινοί για όλα τα σεξουαλικά προβλήματα, και πιο συγκεκριμένα:

- **Να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει τις λανθασμένες αντιλήψεις, τις παρανοήσεις και τους μύθους για τη σεξουαλική λειτουργία.**
 - Για να πραγματοποιηθεί αυτός ο στόχος χρειάζεται να δοθούν πληροφορίες για τα γεννητικά όργανα, τη λειτουργία αλλά και τη διέγερσή τους. Είναι σημαντικό και οι δύο σύντροφοι να ενημερωθούν με ακρίβεια και εγκυρότητα για τις φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας και για το πώς αυτές εμφανίζονται στον άνδρα και στη γυναίκα.
 - Ένα άλλο καθήκον του θεραπευτή είναι επίσης να ενημερώσει τους συντρόφους για τους μύθους που υπάρχουν γύρω από το σεξ και να αλλάξει εκείνους που δημιουργούν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού (βλ. το παράρτημα του κεφαλαίου αυτού).
- **Να μειώσει το άγχος απόδοσης που υπάρχει κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.**
 - Η πρώτη συμβουλή-οδηγία που δίνεται στο ζευγάρι είναι να αποφύγει όλες τις σεξουαλικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της συνουσίας, μέχρις ότου ο θεραπευτής αποφασίσει ότι είναι έτοιμο. Οι σύντροφοι μπορούν να απο-

λαμβάνουν τα χάδια και την τρυφερότητα στη σχέση, χωρίς να εστιάζουν στο σεξουαλικό πρόβλημα και χωρίς το άγχος της απόδοσης και της αποτυχίας.

- Στη μείωση του άγχους απόδοσης βοηθά και η άσκηση του «εστιασμού στις αισθήσεις».
- **Να βελτιώσει την επικοινωνία του, τόσο τη σεξουαλική όσο και τη γενικότερη.**
 - Με την εκπαίδευσή τους στις κοινωνικές δεξιότητες οι σύντροφοι μαθαίνουν να κατανοούν και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους (θετικά και αρνητικά) με πιο κατάλληλους τρόπους και έτσι να βελτιώσουν την επικοινωνία και την ποιότητα της σχέση τους.
 - Με τεχνικές επίλυσης προβλημάτων το ζευγάρι μπορεί να μάθει να βρίσκει εναλλακτικές, πιο κατάλληλες λύσεις για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στη σεξουαλική επαφή και γενικά στη σχέση, και να τις εφαρμόζει.
 - Στη βελτίωση της λεκτικής και της μη λεκτικής επικοινωνίας μπορεί να συμβάλει και η τεχνική του «εστιασμού στις αισθήσεις», με το ζευγάρι να έρχεται κοντά σε ένα άνετο και ήρεμο περιβάλλον χωρίς άγχος και πίεση.

«Εστιασμός στις αισθήσεις»

Όπως αναφέρθηκε, η συμπεριφοριστική άσκηση του «εστιασμού στις αισθήσεις» βοηθά να επιτευχθούν όλοι σχεδόν οι στόχοι της θεραπείας των σεξουαλικών προβλημάτων. Ο κύριος και άμεσος στόχος είναι η αύξηση της συνειδητότητας (ενημερότητας) των αισθήσεων του ίδιου του ατόμου και του συντρόφου του, καθώς και η αμοιβαία ανταλλαγή ευχαρίστησης.

Η τεχνική είναι ιδιαίτερα απλή και μπορεί να εφαρμόζεται δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα για ένα μήνα. Η διάρκειά της κυμαίνεται από 20 έως 30 λεπτά, αλλά και περισσότερο εφόσον το ζευγάρι το επιθυμεί.

Μερικές χρήσιμες συμβουλές που προτείνονται στο ζευγάρι:

- Να μην έρθετε σε συνουσία.
- Να κάνετε την άσκηση όταν έχετε χρόνο, με ηρεμία, χωρίς άγχος και κούραση.
- Να δημιουργήσετε την κατάλληλη ατμόσφαιρα, με ρομαντική μουσική, χαμηλό φωτισμό (μπορείτε να ανάψετε κεριά), σε ένα χώρο όπου δεν πρόκειται να σας ενοχλήσει κανείς (π.χ. το τηλέφωνο ή τα παιδιά).
- Να μη μιλάτε κατά τη διάρκεια της άσκησης — μπορείτε να κάνατε μια συζήτηση αμέσως μετά.
- Να χαλαρώσετε και να απολαύσετε την άσκηση.
- Κατά τη διάρκεια της άσκησης να ενημερώνετε το/τη σύντροφό σας εάν κάτι σας δυσαρεστεί.

Η τεχνική διεξάγεται σε τέσσερα στάδια. Το κάθε στάδιο μπορεί να επαναληφθεί όσες φορές επιθυμούν οι σύντροφοι, προτού προχωρήσουν στο επόμενο (το οποίο περιλαμβάνει και το προηγούμενο):

- **Πρώτο στάδιο.** Πρώτα ο ένας σύντροφος χαϊδεύει συστηματικά και διερευνητικά όλες τις περιοχές του σώματος του άλλου, εκτός από τα γεννητικά όργανα (στη γυναίκα και το στήθος), χωρίς να ξεχάσει καμιά περιοχή. Ο άλλος τον κατευθύνει, δείχνοντάς του πού και πώς το άγγιγμά του του προκαλεί τη μεγαλύτερη ευχαρίστηση. Στη συνέχεια αντιστρέφονται οι ρόλοι, έτσι ώστε και οι δύο σύντροφοι να ικανοποιηθούν από τη διαδικασία και να το δηλώσει ο ένας στον άλλο.
- **Δεύτερο στάδιο.** Σε αυτό επαναλαμβάνονται τα χάδια με τον ίδιο τρόπο, εναλλάξ, μόνο που τώρα οι σύντροφοι μπορούν να αγγίξουν και τα γεννητικά όργανα και το στήθος. Και πάλι στόχος είναι να αυξηθεί η επίγνωση των σεξουαλικών αισθήσεών τους και να βελτιωθεί η σεξουαλική τους επικοινωνία. Η συνουσία εξακολουθεί να μην επιτρέπεται παρά τη διέγερση που ίσως να έχουν νιώσει.
- **Τρίτο στάδιο.** Πρώτα επαναλαμβάνονται τα προηγούμενα στάδια. Κατόπιν, εάν και οι δύο το επιθυμούν και νιώθουν άνετα, μπορεί να γίνει διείσδυση στον κόλπο — χωρίς να «επιτρέπεται»

να φτάσουν σε οργασμό— με τη γυναίκα επάνω από τον άνδρα (αυτή είναι συνήθως και η πρώτη στάση όταν επιτραπεί η συνουσία κατά τη θεραπεία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών).

- **Τέταρτο στάδιο.** Στο τελευταίο στάδιο επαναλαμβάνεται το προηγούμενο, μόνο που τώρα επιτρέπεται να πραγματοποιηθεί η ολοκλήρωση, η κορύφωση μέσα στον κόλπο.

Στις επόμενες συνεδρίες το ζευγάρι μπορεί να συζητήσει με το θεραπευτή τις εμπειρίες και τις αντιδράσεις του κατά τη διάρκεια των ασκήσεων. Κατ' αυτό τον τρόπο ο θεραπευτής συγκεντρώνει σημαντικές πληροφορίες για πιθανές «αντιστάσεις» στις σεξουαλικές δραστηριότητες. Μπορεί επίσης να εντοπίσει τις διασπρεβλωμένες πεποιθήσεις, καθώς και τα αρνητικά συναισθήματα (άγχος, ενοχές, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση) που δημιουργούν στο άτομο. Για παράδειγμα, ένας άνδρας δεν μπορεί να χαλαρώσει κατά τη διάρκεια των ασκήσεων επειδή πιστεύει ότι δεν είναι επιθυμητός, γεγονός που του δημιουργεί άγχος και επιτείνει το πρόβλημα της διαταραχής στύσης. Όταν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας κατανοήσει ότι αυτή η πεποίθησή του δεν ευσταθεί, θα αναζητήσει εναλλακτικές σκέψεις, περισσότερο ρεαλιστικές.

Οι ασκήσεις επαναλαμβάνονται έως ότου γίνουν ευχάριστες και καταφέρουν να αυξήσουν την επιθυμία και την ικανοποίηση του ζευγαριού στην ερωτική επαφή.

Φαίνεται λοιπόν ότι δυσλειτουργίες όπως η διαταραχή της μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας, αλλά και οι διαταραχές της σεξουαλικής διέγερσης μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή και με συγκεκριμένες τεχνικές.

Εκτός από αυτά, για την επιτυχή αντιμετώπιση κάποιων σεξουαλικών προβλημάτων δίνονται ειδικές ασκήσεις οι οποίες πραγματοποιούνται με ηρεμία στο σπίτι. Αυτές οι ασκήσεις περιγράφονται στη συνέχεια.

19. Ειδικές τεχνικές

Διαταραχή της σεξουαλικής αποστροφής

Στη διαταραχή της σεξουαλικής αποστροφής είναι απαραίτητο πρώτα να τροποποιηθούν οι διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις του ατόμου και έπειτα να εφαρμοστούν κάποιες συμπεριφοριστικές τεχνικές, διαφορετικά μπορεί να προκύψουν τα αντίθετα αποτελέσματα (π.χ. το άτομο να πάθει κρίση πανικού).

Η πιο αποτελεσματική τεχνική για την αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής είναι η σταδιακή έκθεση του ατόμου στις σεξουαλικές δραστηριότητες που του προκαλούν ένταση και άγχος. Έπειτα δίνεται η άσκηση του «εστιασμού στις αισθήσεις».

Σε συνεργασία με το θεραπευτή το άτομο μπορεί πρώτα να ιεραρχήσει τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος. Κατόπιν θα αρχίσει να εκτίθεται στις λιγότερο αγχογόνες, προχωρώντας σταδιακά σε όσες του δημιουργούν μεγαλύτερο άγχος. Παραδείγματος χάρη, μπορεί πρώτα να έρθει σε επαφή με ένα γυμνό σώμα, έπειτα να το ακουμπήσει και στο τέλος, εφόσον δενιώθει άγχος με τις προηγούμενες επαφές, να ολοκληρώσει τη σεξουαλική επαφή.

Παράλληλα, μπορεί να εφαρμοστεί η τεχνική της έκθεσης στη φαντασία και να γίνουν ασκήσεις χαλάρωσης.

Διαταραχή οργασμού στη γυναίκα

Η διαταραχή οργασμού στη γυναίκα αντιμετωπίζεται με ασκήσεις (όλες γίνονται στο σπίτι) που επιδιώκουν να ενισχύσουν τη διέγερσή της πριν από τη συνουσία, έτσι ώστε στη συνέχεια να μπορεί να αντιλαμβάνεται καλύτερα τα ευχάριστα ερεθίσματα στον κόλπο.

- **Πρώτο στάδιο.** Σε αυτό το στάδιο η γυναίκα ακολουθεί ένα πρόγραμμα που ονομάζεται «εκπαίδευση στον αυνανισμό». Πρώτα δημιουργεί ένα ήρεμο, ερωτικό περιβάλλον, έχοντας φτιάξει μια έντονη φαντασίωση, και εκεί προσπαθεί να έρθει σε επαφή με

το σώμα και τα γεννητικά της όργανα και να ανακαλύψει τι την ερεθίζει, έτσι ώστε να φτάσει σε οργασμό (εάν το επιθυμεί μπορεί να χρησιμοποιήσει δάχτυλο ή και δονητή).

- **Δεύτερο στάδιο.** Μετά την πρόκληση οργασμού με τον αυνανισμό, παίρνει μέρος στη διαδικασία και ο σύντροφος της γυναίκας, ο οποίος με την καθοδήγησή της προσπαθεί να πετύχει κολπικό οργασμό.
 - Στην αρχή η γυναίκα θα προσπαθήσει να έχει οργασμό μπροστά στο σύντροφό της.
 - Έπειτα ο σύντροφός της θα τη βοηθήσει (με το χέρι) να φτάσει στην κορύφωση.
 - Στην τελευταία φάση θα γίνει η διείσδυση, ενώ η γυναίκα νιώθει ότι φτάνει σε οργασμό με τον αυνανισμό (στην αρχή θα γίνεται η διείσδυση στο παρά ένα και μετά στο παρά δύο).

Διαταραχή του οργασμού στον άνδρα

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ανεσταλμένου οργασμού στον άνδρα είναι παρόμοια με τη θεραπεία της διαταραχής στη γυναίκα και στοχεύει στην εκσπερμάτιση μέσα στον κόλπο, μια και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει πρόβλημα εκσπερμάτισης κατά τον αυνανισμό.

- Στο πρώτο στάδιο γίνεται η εκπαίδευση στον αυνανισμό.
- Έπειτα η γυναίκα διεγείρει με το χέρι της τον άνδρα, με στόχο να τον βοηθήσει να φτάνει σε οργασμό όλο και πιο κοντά στον κόλπο.
- Στην τελευταία φάση η γυναίκα διεγείρει το σύντροφό της μέχρι η εκσπερμάτιση να είναι αναπόφευκτη, οπότε και ακολουθούν η διείσδυση και η ολοκλήρωση στον κόλπο.

Συνήθως, μία μόνο εκσπερμάτιση μέσα στον κόλπο είναι ικανή να παραμερίσει το φόβο της ενδοκοιλιακής εκσπερμάτισης στον άνδρα.

Πρόωρη εκσπερμάτιση

Σε μια προσπάθεια να ελέγξει την εκσπερμάτισή του, ο άνδρας στρέφει συνήθως την προσοχή του σε άλλα πράγματα κατά τη διάρκεια της επαφής (σε κάτι μη ερωτικό, όπως είναι η δουλειά). Αυτό που χρειάζεται όμως είναι να επιμηκύνει την ευχαρίστησή του παρακολουθώντας τα μηνύματα του σώματός του από τη στιγμή της έντονης διέγερσης έως το σημείο του «μη γυρισμού».

Οι δύο πιο αποτελεσματικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της πρόωρης εκσπερμάτισης, ούτως ώστε ο άνδρας να αποκτήσει σταδιακά καλύτερη επαφή και έλεγχο των σεξουαλικών του αισθήσεων, είναι η τεχνική «σταμάτα-ξεκίνα» και αυτή της συμπίεσης.

Η τεχνική «σταμάτα-ξεκίνα»

- **Πρώτο στάδιο.** Αυτό το στάδιο μπορεί να διαρκέσει όσο χρόνο χρειάζεται ο άνδρας για να αποκτήσει τον έλεγχο της εκσπερμάτισής του με τον αυνανισμό (μόνος του). Μπορεί να αυτοϊκανοποιείται τρεις φορές την εβδομάδα σε ένα ήρεμο περιβάλλον όπου κανείς δεν θα τον ενοχλήσει.
 - Στην αρχή, για να διεγερθεί, μπορεί να χρησιμοποιήσει μια φαντασίωση.
 - Στη συνέχεια είναι σημαντικό να διώξει κάθε σκέψη που του αποσπά την προσοχή, είτε είναι θετική (φαντασίωση) είτε αρνητική (προηγούμενη αναποτελεσματική μέθοδος), και να παρακολουθήσει τα μηνύματα του σώματός του και τις αλλαγές που συμβαίνουν.
 - Όταν νιώσει ότι φτάνει στο σημείο του «μη γυρισμού», θα σταματήσει και θα περιμένει μερικά δευτερόλεπτα ώστε να υποχωρήσει λίγο η διέγερσή του και μετά να ξαναρχίσει. Αυτή η διαδικασία επαναλαμβάνεται τρεις φορές. Την τέταρτη φορά ο άνδρας μπορεί να αφήσει τον εαυτό του ελεύθερο να εκσπερματίσει.
- Όταν ο άνδρας καταφέρει να νιώθει άνετα με την άσκηση, δείχνει και στη σύντροφό του τη διαδικασία ώστε να την εφαρμόσει και εκείνη.

- **Δεύτερο στάδιο.** Η άσκηση «σταμάτα-ξεκίνα» γίνεται μαζί με τη σύντροφο του άνδρα, πρώτα με τον ερεθισμό του πέους με το χέρι της και έπειτα με διείσδυση στον κόλπο (στην αρχή με τη γυναίκα πάνω από τον άνδρα).

Στην τελευταία φάση οι κινήσεις της γυναίκας πρέπει να είναι πολύ αργές. Όταν ο άνδρας νιώσει ότι φτάνει σε οργασμό, πρέπει να την ενημερώσει ώστε να παραμείνει ακίνητη ή να βγει έξω (μπορεί να χρειαστούν από δύο έως δέκα επαναλήψεις αυτής της φάσης).

Η τεχνική της συμπίεσης

Συνήθως συνοδεύει την τεχνική «σταμάτα-ξεκίνα». Με αυτήν ο άνδρας μαθαίνει να εστιάζει την προσοχή του στις αισθήσεις του και η σύντροφός του να πιέζει το πέος με το χέρι της τόσο έντονα ώστε η στύση να χάνεται κατά ένα μέρος όταν ο άνδρας φτάνει στο σημείο να εκσπερματίσει.

Αυτές οι τεχνικές έχουν μεγάλη επιτυχία στη θεραπεία της πρόωρης εκσπερμάτισης. Τα ζευγάρια προτιμούν συνήθως την τεχνική «σταμάτα-ξεκίνα» επειδή νιώθουν περισσότερο βολικά και πετυχαίνουν πιο εύκολα τη μετάβαση από τον έλεγχο με το χέρι στον έλεγχο μέσα στον κόλπο.

Κολπικός σπασμός

Για την αντιμετώπιση της διαταραχής του κολπικού σπασμού είναι κατ' αρχάς απαραίτητη η ενημέρωση της γυναίκας για τη φυσιολογία των γεννητικών της οργάνων. Έπειτα δίνονται ασκήσεις για το σπίτι, οι οποίες θα ολοκληρωθούν όταν εκείνη επιθυμεί.

- **Πρώτο στάδιο.** Σε αυτό το στάδιο η γυναίκα προσπαθεί μόνη της να αποκτήσει τον έλεγχο των μυών του κόλπου της βάζοντας στην αρχή ένα δάχτυλο στον κόλπο της για όσα δευτερόλεπτα μπορεί και σταδιακά χρησιμοποιεί και τα δύο της δάχτυλα.
- **Δεύτερο στάδιο.** Σε αυτό το στάδιο συμμετέχει και ο σύντροφος.

- Πρώτα κάνουν την άσκηση του «εστιασμού στις αισθήσεις», προχωρώντας τόσο όσο θέλει η γυναίκα.
- Στη συνέχεια και ο σύντροφος επαναλαμβάνει τα βήματα που έκανε η γυναίκα μόνη της.
- **Τρίτο στάδιο.** Σταδιακά γίνεται η διείσδυση στον κόλπο, χωρίς όμως καμιά κίνηση, με τη γυναίκα από πάνω για να έχει τον έλεγχο. Στόχος είναι να παραταθεί ο χρόνος παραμονής του άνδρα μέσα στον κόλπο.

20. Πώς μπορώ να βοηθήσω το σύντροφό μου που αντιμετωπίζει ένα σεξουαλικό πρόβλημα;

- Δείξε ενδιαφέρον και υπομονή για το πρόβλημά του. Πολλές φορές η αδιαφορία και τα παράπονα μπορεί να επιδεινώσουν τα πράγματα.
- Ενημερώσου για τη σεξουαλική λειτουργία του άνδρα και της γυναίκας, καθώς και για το σεξουαλικό πρόβλημα του συντρόφου σου. Έτσι θα μπορείς να καταλάβεις καλύτερα ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζει. Αναζήτησε βιβλία ή ηλεκτρονικές ιστοσελίδες που να ασχολούνται με το πρόβλημά του.
- Αξιοποιήστε μαζί τον ελεύθερο χρόνο σας (πηγαίνετε, για παράδειγμα, μια εκδρομή το σαββατοκύριακο) για να διασκεδάσετε και να χαλαρώσετε παρέα. Έτσι εξασφαλίζετε τις προϋποθέσεις για να περάσετε ευχάριστες και τρυφερές στιγμές, χωρίς πίεση χρόνου.
- Αν είναι απόμακρος ή απόμακρη, πλησίασέ τον/την και μάθε τι τον/την προβληματίζει, χωρίς να πιέζεις για σεξουαλική επαφή. Συζητήστε συγκεκριμένα θέματα που μπορεί να προκύψουν και αποφασίστε μαζί πώς θα τα αντιμετωπίσετε.
- Συμφωνήστε να αποφεύγετε για ένα μήνα κάθε σεξουαλική επαφή και οποιαδήποτε αναφορά σε αυτήν. Παράλληλα δείξε του/της με διάφορους τρόπους πόσο τον/τη θέλεις. Με αυτή τη στάση απαλλάσσεις το/τη σύντροφό σου από το άγχος και τις

ενοχές που μπορεί να νιώθει για το σεξουαλικό πρόβλημά του/της.

- Εάν το επιθυμείς, προσφέρσου να τον/τη συνοδεύσεις σε έναν ειδικό ή να συμμετάσχεις σε θεραπεία ζεύγους. Εξήγησέ του/της ότι είναι φυσιολογικό να μην μπορεί να αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα μόνος του/μόνη της και ότι ένας ειδικός θεραπευτής στα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να βοηθήσει.
- Μην αναλαμβάνεις όμως την ευθύνη για το πρόβλημα του συντρόφου σου ή για την απόμακρη συμπεριφορά που μπορεί να έχει εξαιτίας του.

Μια και το σεξουαλικό πρόβλημα επηρεάζει και τους δύο σας, είναι πολύ πιθανό να χρειαστεί να συμμετάσχεις και εσύ στη θεραπεία. Είναι σημαντικό να ενημερωθείς για τις ειδικές ασκήσεις που θα εφαρμόσετε, καθώς και για τον τρόπο με τον οποίο θα βελτιώσετε τη μεταξύ σας επικοινωνία.

21. Τι μπορώ να κάνω αν έχω κάποιο σεξουαλικό πρόβλημα;

- Ενημερώσου για το σεξουαλικό σου πρόβλημα. Οι πληροφορίες θα σε βοηθήσουν να κατανοήσεις τη φύση του, τις αιτίες που το προκαλούν (οργανικές, ψυχολογικές ή και τα δύο), καθώς και αν χρειάζεται να απευθυνθείς σε ειδικό.
- Προσπάθησε να χαλαρώσεις και να απολαύσεις το χρόνο που περνάς με το σύντροφό σου.
- Απόφυγε να έρθεις σε συνουσία. Με αυτό τον τρόπο θα απαλλαγείς από το άγχος.
- Συζήτησε ανοιχτά με το/τη σύντροφό σου το πρόβλημα που αντιμετωπίζεις. Πολλές φορές μπορεί να αισθάνεται ότι τον/την απομονώνεις και ότι δεν του/της δίνεις τη δυνατότητα να συζητήσει ένα θέμα που αφορά και τον ίδιο/την ίδια.
- Σήμερα οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες θεραπεύονται με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας, κυρίως με συμπεριφοριστικές τεχνικές,

όπως αυτή του «εστιασμού στις αισθήσεις». Ακολουθήστε μαζί την τεχνική βήμα βήμα και μην απογοητεύεστε αν τα αποτελέσματα αργούν να έρθουν. Χρειάζεται υπομονή και προσπάθεια για να υπάρξει πρόοδος.

- Αναζήτησε τη βοήθεια ενός ψυχοθεραπευτή ειδικού για το πρόβλημά σου. Μπορεί το πρόβλημα να είναι τόσο πολύπλοκο ώστε να μην είσαι σε θέση να το αντιμετωπίσεις μόνος/μόνη σου.
- Εάν δεν έχεις σχέση, προσπάθησε να βρεις ένα σύντροφο που να κατανοεί το πρόβλημά σου. Η καλή επικοινωνία στο ζευγάρι συμβάλλει στην καλύτερη εξέλιξη της θεραπείας.

22. Υπάρχουν και άλλα προβλήματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα;

Υπάρχουν άλλες δύο κατηγορίες προβλημάτων (που αναφέρονται συνοπτικά).

- **Σεξουαλικές παρεκκλίσεις ή παραφιλίες.** Σε αυτές τις διαταραχές το αντικείμενο της σεξουαλικής προτίμησης διαφέρει από το συνηθισμένο. Το παραφιλικό άτομο διεγείρεται από ερεθίσματα που δεν διεγείρουν τους περισσότερους ανθρώπους. Η διέγερση, ο οργασμός και η ικανοποίηση ως φυσιολογικές αντιδράσεις δεν παραβλάπτονται. Στις παραφιλίες δηλαδή η διαταραχή αφορά το σεξουαλικό σκοπό ή στόχο. Υπάρχουν επαναλαμβανόμενες και έντονες φαντασιώσεις ή συμπεριφορές που σχετίζονται με ασυνήθη αντικείμενα, δραστηριότητες ή καταστάσεις και προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη στην κοινωνική, την εργασιακή και σε άλλες πλευρές της λειτουργικότητας του ατόμου. Στις παραφιλίες περιλαμβάνονται ο φετιχισμός, η εφασιομανία, η παιδοφιλία, ο μαζοχισμός, ο σαδισμός, η ηδονοβλεψία, ο τρανσβεστικός φετιχισμός.
- **Διαταραχές ταυτότητας φύλου.** Το άτομο από πολύ νεαρή ηλικία νιώθει σοβαρή και επίμονη δυσφορία για το βιολογικό του φύλο και έχει την έντονη επιθυμία να το αλλάξει. Σε αυτές τις

διαταραχές υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ σωματικού και ψυχολογικού φύλου ή της ταυτότητας του φύλου, δηλαδή της αίσθησης του φύλου του ατόμου.

23. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά δεν υπάρχουν βιβλία αυτοβοήθειας για όλες τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Υπάρχει το βιβλίο του H.S. Kaplan, *Πώς να ξεπεράσετε την πρόωρη εκσπερμάτιση*. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους μύθους γύρω από το σεξ μπορεί κανείς να βρει στο βιβλίο των Ν. Βαϊδάκη, Β. Αλεβίζος και Κ. Ευθυμίου, *Σεξουαλική αγωγή υγείας στα σχολεία*. Τέλος, όσοι θέλουν να διαβάσουν περισσότερα για τη θεραπεία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών μπορούν να αναζητήσουν το εξαιρετικό έργο του Ν. Βαϊδάκη, *Η σεξουαλική συμπεριφορά του ανθρώπου*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΞΕ

- **Ο κολπικός οργασμός είναι καλύτερος από τον κλειτοριδικό.** Στις μέρες μας είναι πλέον ξεκάθαρο ότι ο οργασμός που προκαλείται μέσω της κολπικής διέγερσης δεν προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τον οργασμό που προέρχεται από τον ερεθισμό της κλειτορίδας. Αυτός ο μύθος όμως συνεχίζει να προκαλεί άγχος τόσο στους άνδρες, που μπορεί ναιώθουν ανεπαρκείς επειδή δεν καταφέρνουν να προκαλέσουν στη σύντροφό τους κολπικό οργασμό, όσο και στις γυναίκες, που νομίζουν ότι δεν έχουν οργασμό επειδή μπορούν να φτάνουν στην κορύφωση μόνο κλειτοριδικά.
- **Μύθος για το μέγεθος του πέους.** Πολλοί άνδρες ανησυχούν ότι το μέγεθος του πέους τους μπορεί να μην είναι «ικανοποιητικό» για την απόλαυση της συντρόφου τους. Δυστυχώς οι πληροφορίες πολλών ανδρών προέρχονται από συζητήσεις που είχαν με άλλα αγόρια στην εφηβεία, όπου κυριαρχεί η υπερβολή, καθώς και από πορνογραφικό υλικό. Μια σημαντική πληροφορία για τους άνδρες είναι ότι ο οργασμός στη γυναίκα γίνεται στο έξω τριτομόριο του κόλπου, με αποτέλεσμα το μέγεθος του πέους να μην επηρεάζει ουσιαστικά την απόλαυσή της. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι μια διεθνής έρευνα κατέδειξε ότι το μέσο μήκος του πέους είναι περίπου 13 εκατοστά.
- **Η ιδανική σεξουαλική συνένυρση καταλήγει σε ταυτόχρονο οργασμό των ερωτικών συντρόφων.** Πολλά άτομα θέτουν ως υποχρεωτικό στόχο της σεξουαλικής επαφής την ταυτόχρονη κορύφωση και καταβάλλουν υπερβολικές προσπάθειες για την επίτευξή του. Αποτέλεσμα αυτής της λανθασμένης πεποίθησης είναι να μην μπορούν να απολαύσουν το ερωτικό παιχνίδι, πόσω μάλλον να βιώσουν μια εμπειρία που επιτυγχάνεται με το χρόνο, όταν το ζευγάρι έχει αποκτήσει καλή σεξουαλική επικοινωνία.
- **Υπάρχει μια ιδεώδης σταθερή συχνότητα σεξουαλικών επαφών.** Το κάθε ζευγάρι έχει τη δική του συχνότητα την οποία θε-

ωρεί ικανοποιητική και η οποία εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες του, την ηλικία, τις οικογενειακές και οικονομικές δυσκολίες του και την κατάσταση της υγείας του. Σε συζητήσεις ωστόσο, και κυρίως οι άνδρες, δηλώνουν ψευδώς ότι οι σεξουαλικές επαφές τους είναι πολύ πιο συχνές από ό,τι στην πραγματικότητα, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολύ υψηλά πρότυπα επίδοσης που φυσικά δεν είναι αληθινά.

- **Ο αυνανισμός προκαλεί προβλήματα υγείας.** Ο αυνανισμός είναι μια απολύτως φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα, που δεν εγκυμονεί κανέναν κίνδυνο για την υγεία μας. Επιπλέον, με τον αυνανισμό εξερευνούμε τη σεξουαλικότητά μας με τη βοήθεια της φαντασίας μας και ανακουφιζόμαστε από τη σεξουαλική ένταση.
- **Οι άνδρες δεν περνούν από μια περίοδο αντίστοιχη με τη γυναικεία εμμηνόπαυση.** Είναι αλήθεια ότι για τους άνδρες δεν υπάρχει μια αντίστοιχη φάση με τη γυναικεία εμμηνόπαυση, αλλά και εκείνοι μεταξύ των 50 και 60 ετών βιώνουν μια σειρά σωματικών, ορμονικών και ψυχολογικών αλλαγών, καθώς και μια σχετική μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και απόδοσης.
- **Η σεξουαλική πράξη δεν επιτρέπεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.** Οι γυναίκες πρέπει να είναι προσεκτικές κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, σε καμία περίπτωση όμως δεν απαγορεύονται οι σεξουαλικές επαφές από τη στιγμή που ο γυναικολόγος διαπιστώσει ότι η κύηση είναι ομαλή.

Μερικά άλλα «πρέπει» σχετικά με το σεξ (τα οποία φυσικά δεν ισχύουν):

- Ο άνδρας πρέπει να έχει πάντα διάθεση για σεξ.
- Ο άνδρας πρέπει να έχει πάντα «τέλεια» στύση.
- Ο άνδρας πρέπει πάντα να παίρνει την πρωτοβουλία.

Σωματόμορφες διαταραχές

Μαρία Πενέση

1. Τι είναι οι σωματόμορφες διαταραχές;
2. Ποιες είναι οι σωματόμορφες διαταραχές;
3. Είναι εύκολο να διαγνωσθούν από τον ειδικό οι σωματόμορφες διαταραχές;
4. Σε ποιους παράγοντες οφείλονται οι σωματόμορφες διαταραχές;
5. Γιατί να αναζητήσουν θεραπεία τα άτομα με σωματόμορφες διαταραχές; Ποιες μορφές θεραπείας είναι αποτελεσματικές;
6. Τι συμβαίνει στην ψυχοθεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών;
7. Είναι αποτελεσματικές οι ψυχοθεραπείες;
8. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι οι σωματόμορφες διαταραχές;

Πρόκειται για μια ομάδα ψυχικών διαταραχών των οποίων βασικό χαρακτηριστικό είναι η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων –γι' αυτό και ονομάζονται σωματόμορφες. Τα συμπτώματα αυτά, ενώ δίνουν την εντύπωση ότι εκφράζουν κάποια παθολογική βλάβη, δεν έχουν οργανική βάση (όπως διαπιστώνεται έπειτα από ιατρικές εξετάσεις), ούτε μπορούν να αποδοθούν στη χρήση ουσιών (ναρκωτικά, αλκοόλ ή φάρμακα) ή σε κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. διαταραχή πανικού). Επιπλέον, σε αντίθεση με άλλες ομάδες ψυχικών διαταραχών, τα συμπτώματα εδώ δεν παράγονται σκόπιμα ή προσποιητά από το άτομο· μάλλον του προκαλούν μεγάλη δυσφορία ή επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργικότητά του στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό και τους άλλους τομείς της ζωής του.

2. Ποιες είναι οι σωματόμορφες διαταραχές;

Στις σωματόμορφες διαταραχές περιλαμβάνονται οι ακόλουθες:

- **Σωματοποιητική διαταραχή.** Χαρακτηρίζεται από πολλαπλά σωματικά συμπτώματα, όπως γαστρεντερικά, σεξουαλικά και ψευδονευρολογικά (υπάρχει δηλαδή παρουσία συμπτώματος που υποδηλώνει κάποια νευρολογική κατάσταση, όπως παράλυση ενός μέλους του σώματος), τα οποία συνήθως αρχίζουν πριν από την ηλικία των 30 ετών, διαρκούν πολλά χρόνια και οδηγούν επανειλημμένα στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.
- **Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή.** Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα σωματικά ενοχλήματα (π.χ. κόπωση, ανορεξία, ενοχλήματα στο γαστρεντερικό ή το ουροποιητικό σύστημα), που διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες. Εδώ όμως δεν πληρούνται τα κριτήρια για διαταραχή σωματοποίησης ή για κάποια άλλη σωματόμορφη διαταραχή.
- **Διαταραχή μετατροπής.** Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότε-

ρα συμπτώματα ή ελλείμματα που έχουν να κάνουν με κινητική ή αισθητηριακή δυσλειτουργία (ξαφνική εμφάνιση παράλυσης, τύφλωσης, σπασμών ή άλλων συμπτωμάτων), γεγονός που υποδηλώνει μια νευρολογική ή άλλη γενική παθολογική κατάσταση. Θεωρείται ότι η έναρξη ή η επιδείνωση των συμπτωμάτων συσχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες.

- **Διαταραχή πόνου.** Βασικό χαρακτηριστικό της είναι ο πόνος σε μία ή περισσότερες περιοχές του σώματος. Και σ' αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο θεωρείται ότι παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες. Ο πόνος προκαλεί μεγάλη δυσφορία και δυσλειτουργία στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό και σε άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής (τα άτομα συχνά δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε καθημερινά καθήκοντα στο σπίτι ή στην εργασία τους).
- **Υποχονδρίαση.** Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η έντονη ενασχόληση του ατόμου με την ιδέα ή το φόβο ότι πάσχει από μια σοβαρή ασθένεια παρερμηνεύοντας τα σωματικά συμπτώματα ως παθολογικά (π.χ. ο παραμικρός βήχας ερμηνεύεται ως ένδειξη καρκίνου). Το υποχονδριακό άτομο εμμένει σε αυτή την άποψη παρά τις επανειλημμένες αρνητικές ιατρικές εξετάσεις και διαβεβαιώσεις. Η πεποίθησή του αυτή δεν παίρνει τη μορφή παραληρήματος (βλ. κεφάλαιο «Σχιζοφρένεια»), καθώς μπορεί τελικά να δεχτεί ότι είναι πιθανό να μην πάσχει από την αρρώστια που φοβάται ότι έχει.
- **Σωματοδυσμορφική διαταραχή.** Χαρακτηρίζεται βασικά από την έντονη ενασχόληση του ατόμου με κάποιο φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνισή του. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί και να υπάρχει ένα μικρό σωματικό ελάττωμα (τα κυριότερα ενοχλήματα αφορούν το πρόσωπο και το κεφάλι), αλλά η ανησυχία του ατόμου γι' αυτό είναι σαφώς υπερβολική. Η σωματοδυσμορφική διαταραχή συνήθως αρχίζει στην εφηβεία, αλλά μπορεί να περάσουν χρόνια πριν διαγνωσθεί, αφού το άτομο δεν αποκαλύπτει τα συμπτώματά του. Η σωματοδυσμορφική διαταραχή ενδέχεται να οδηγήσει σε περιορισμό των δραστηριοτήτων, κοι-

νωνική απομόνωση, εγκατάλειψη σπουδών ή εργασίας, ακόμη και σε χειρουργικές, οδοντιατρικές ή πλαστικές επεμβάσεις.

- **Σωματόμορφη διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.** Περιλαμβάνει διαταραχές με σωματόμορφα συμπτώματα (ψευδοκύηση, διαταραχή με υποχονδριακά συμπτώματα διάρκειας μικρότερης των έξι μηνών κ.ά.) που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη σωματόμορφη διαταραχή.

3.

Είναι εύκολο να διαγνωσθούν από τον ειδικό οι σωματόμορφες διαταραχές;

Οι σωματόμορφες διαταραχές είναι από τις πιο δύσκολες να διαγνωσθούν επειδή συγχέονται με κάποιες άλλες και ειδικότερα με τις ακατανόητα προσποισιές διαταραχές, την υπόκριση, τις οργανικές διαταραχές οφειλόμενες σε ψυχολογικούς λόγους και τις μη διαγνωσμένες σωματικές ασθένειες.

Στις *ακατανόητα προσποισιές διαταραχές* και στην *υπόκριση* περιλαμβάνεται η σκόπιμη παραγωγή ή προσποίηση συμπτωμάτων (σωματικών ή ψυχολογικών) προκειμένου το άτομο να πάρει το ρόλο του «αρρώστου» (ανάγκη που δεν μπορεί να εξηγηθεί), να επιτύχει κάποιο στόχο ή να αποκομίσει κάποιο κέρδος (π.χ. αποφυγή στρατιωτικής θητείας, αποφυγή ποινικής δίωξης, επίτευξη οικονομικής αποζημίωσης, προμήθεια ναρκωτικών, καλύτερη φροντίδα από το περιβάλλον). Αντίθετα, στις σωματόμορφες διαταραχές τα άτομα δεν υποκρίνονται, αλλά πονούν πραγματικά και εμφανίζουν διάφορα σωματικά συμπτώματα χωρίς τη θέλησή τους ή, ακριβέστερα, χωρίς να έχουν την αίσθηση ότι ελέγχουν την παραγωγή των συμπτωμάτων αυτών.

Οι *οργανικές διαταραχές οφειλόμενες σε ψυχολογικούς λόγους* (π.χ. έλκος του δωδεκαδάκτυλου, υπέρταση) έχουν οργανική βάση η οποία δικαιολογεί τα σωματικά συμπτώματα. Αντίθετα, στις σωματόμορφες διαταραχές δεν υπάρχει οργανική παθολογία παρά μόνο σωματική συμπτωματολογία, γι' αυτό και τα συμπτώματα δεν

ακολουθούν τους γνωστούς φυσιολογικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα, στη διαταραχή μετατροπής αν ο ειδικός σηκώσει ένα «παράλυτο» χέρι πάνω από το κεφάλι του ασθενή και το αφήσει ελεύθερο, αυτό δεν πέφτει στο κεφάλι του (όπως θα περίμενε κανείς). Εκτός αυτού, το ηλεκτρομυογράφημα στο «παράλυτο» μέλος είναι φυσιολογικό.

Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις *μη διαγνωσμένες σωματικές ασθένειες*. Όπως προαναφέρθηκε, πριν τη διάγνωση πρέπει να γίνεται πλήρης σωματικός και εργαστηριακός έλεγχος. Ωστόσο αρκετές νευρολογικές (πολλαπλή σκλήρυνση, βαριά μυασθένεια) και άλλες σωματικές διαταραχές (ενδοκρινολογικές διαταραχές, αυτοάνοσες παθήσεις) δεν είναι δυνατόν να εντοπιστούν κατά την έναρξή τους. Έτσι υπάρχει ο κίνδυνος το άτομο να διαγνωσθεί με σωματόμορφη διαταραχή και αργότερα να βρεθεί κάποια νευρολογική ή άλλη οργανική πάθηση που να δικαιολογεί αναδρομικά τα συμπτώματά του.

4.

Σε ποιους παράγοντες οφείλονται οι σωματόμορφες διαταραχές;

Η σωματοποίηση είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο στο οποίο εμπλέκονται πολλοί παράγοντες, γι' αυτό και δεν μπορεί να εξηγηθεί ικανοποιητικά μόνο από μια θεωρία. Μολονότι αυτές οι διαταραχές δεν έχουν κοινή αιτιολογία, φαίνεται γενικά από έρευνες ότι η πιθανότητα ανάπτυξής τους αυξάνεται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται κληρονομικοί ή νευροβιολογικοί παράγοντες, ιστορικό με ασθένειες ή τραυματισμούς, προηγούμενες εμπειρίες με ασθένεια ή θάνατο κάποιου μέλους της οικογένειας, οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα και αξίες.

Ειδικότερα, για την ανάπτυξη της υποχονδρίας το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο υποστηρίζει ότι τα άτομα που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή έχουν διαμορφώσει δυσλειτουργικές,

μη ρεαλιστικές αντιλήψεις για την υγεία (π.χ. τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν πάντα ένδειξη ότι συμβαίνει κάτι παθολογικό) βάσει προηγούμενων εμπειριών τους (π.χ. ασθένεια των ίδιων ή μέλους της οικογένειάς τους). Έτσι, ένα κρίσιμο γεγονός στη ζωή ενός ατόμου (π.χ. η εμφάνιση ενός συγκεκριμένου συμπτώματος μετά το θάνατο στενού συγγενή από μη διαγνωσμένη ασθένεια) ενεργοποιεί τις ήδη υπάρχουσες δυσλειτουργικές αντιλήψεις, οι οποίες οδηγούν σε έναν προκατειλημμένο τρόπο σκέψης: το άτομο δίνει επιλεκτικά σημασία στις πληροφορίες που μοιάζουν να επαληθεύουν την πεποίθησή του ότι πάσχει από μια ασθένεια και ταυτόχρονα αγνοεί ή ελαχιστοποιεί τη σημασία στοιχείων που δείχνουν ότι είναι υγιές. Παρερμηνεύει λοιπόν τα σωματικά συμπτώματα εκλαμβάνοντάς τα ως ενδείξεις σοβαρής ασθένειας, με αποτέλεσμα να του δημιουργούνται αυτόματες αρνητικές σκέψεις για την υγεία («ίσως έχω καρκίνο»), οι οποίες συνοδεύονται από άγχος. Το άγχος επιδρά στις οργανικές λειτουργίες, στον τρόπο αντίληψης, σκέψης και ερμηνείας, στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά του ατόμου με υποχονδρίαση. Ειδικότερα, η αυξημένη φυσιολογική διέγερση (αποτέλεσμα των αρνητικών σκέψεων για την υγεία) συνεπάγεται αλλαγές σε λειτουργίες που επηρεάζονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (π.χ. δύσπνοια, ταχυπαλμία, εφίδρωση, αίσθημα ζάλης), τις οποίες το άτομο εκλαμβάνει ως πρόσθετες αποδείξεις του ότι είναι άρρωστο. Έτσι εστιάζει την προσοχή του στις σωματικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα να παρατηρεί πιο εύκολα και να παρερμηνεύει ως παθολογικές είτε κάποιες πλευρές τους που στο παρελθόν περνούσαν απαρατήρητες είτε κάποιες φυσιολογικές αλλαγές. Όλα αυτά του δημιουργούν άγχος, θυμό και κατάθλιψη, και στην προσπάθειά του να μην εκτίθεται στα εσωτερικά αγχογόνα ερεθίσματα (π.χ. ενόχληση στο στομάχι) καταφεύγει σε συμπεριφορές αποφυγής. Αυτές βοηθούν στην προσωρινή μείωση του άγχους (και έτσι επαναλαμβάνονται), μακροπρόθεσμα όμως αυξάνουν το άγχος και το φόβο και συμβάλλουν στη διατήρηση της κατάστασης. Τέτοιες συμπεριφορές είναι η αναζήτηση καθησυχασμού από διάφορους γιατρούς, φίλους ή την οι-

κογένεια, η αναζήτηση πληροφοριών σε βιβλία και επιστημονικά συγγράμματα, καθώς και οι συμπεριφορές ελέγχου των σωματικών λειτουργιών. Σε μερικούς ασθενείς αυτές οι συμπεριφορές έχουν άμεση επίδραση στις σωματικές αλλαγές που προκάλεσαν αρχικά τις αρνητικές σκέψεις. Ο επαναλαμβανόμενος έλεγχος της περιοχής στην οποία εντοπίζεται ο πόνος είναι δυνατόν να προκαλέσει τον ερεθισμό της και έτσι το σύμπτωμα γίνεται πιο επώδυνο. Το άτομο όμως ερμηνεύει αυτό το γεγονός ως επιβεβαίωση της διάγνωσης που είχε κάνει για την κατάσταση της υγείας του. Με αυτό τον τρόπο διατηρούνται το άγχος για την υγεία και η υποχονδρίαση.

5.

Γιατί να αναζητήσουν θεραπεία τα άτομα με σωματόμορφες διαταραχές; Ποιες μορφές θεραπείας είναι αποτελεσματικές;

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι άνθρωποι που εμφανίζουν κάποια από αυτές τις διαταραχές επισκέπτονται συχνά γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Παρόλο που μετά από μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων ο γιατρός τούς ανακοινώνει ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας, οι ίδιοι δεν καθησυχάζουν και καταφεύγουν σε άλλον ειδικό για να υποβληθούν σε νέα σειρά εξετάσεων. Η άρνησή τους να αποδεχτούν την άποψη του γιατρού οφείλεται και στο γεγονός ότι βιώνουν στ' αλήθεια τα συμπτώματά τους. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματά τους είναι πραγματικά και τους προκαλούν μεγάλη δυσφορία διαταράσσοντας την κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική τους ζωή. Γι' αυτό το λόγο η θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών — οι οποίες κακώς αντιμετωπίζονται ως μη υπαρκτές — θεωρείται αναγκαία.

Είναι απαραίτητο ο ειδικός να εξηγήσει στον ασθενή ότι σωματικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν και χωρίς οργανική βλάβη και να του ζητήσει να μην επισκεφθεί άλλους γιατρούς πριν αναζητήσει ψυχολογική βοήθεια. Η συνήθης θέση «δεν έχεις τίποτα» δεν βοηθά τον ασθενή. Αντίθετα, του προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη

ανησυχία, αφού του δημιουργεί την υπόνοια ότι πάσχει από κάτι που ο γιατρός του δεν καταφέρνει να διαγνώσει.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η θεραπεία αυτών των διαταραχών είναι δύσκολη. Η θεραπευτική αντιμετώπιση βασίζεται στην ανάπτυξη μιας καλής και σταθερής σχέσης με τον ασθενή. Στο πλαίσιο της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας χρησιμοποιούνται αφενός γνωσιακές τεχνικές για την αντιμετώπιση της παρερμηνείας των συμπτωμάτων (π.χ. στην υποχονδρίαση) και αφετέρου συμπεριφοριστικές τεχνικές για την εκπαίδευση στη βιοανάδραση, την εκμάθηση τρόπων χαλάρωσης και τον έλεγχο του πόνου και του άγχους (π.χ. στη διαταραχή πόνου).

6.

Τι συμβαίνει στην ψυχοθεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών;

Βασικός σκοπός της θεραπείας στην υποχονδρίαση είναι ο θεραπευόμενος να αναγνωρίσει και να δεχτεί την ψυχολογική φύση του προβλήματός του. Για να τον βοηθήσει να εμπλακεί ενεργά στη θεραπεία, ο θεραπευτής επισημαίνει ότι δεν αμφισβητείται η ύπαρξη των συμπτωμάτων του, αλλά ότι είναι πιθανό να υπάρχουν γι' αυτά εναλλακτικές ερμηνείες. Η εύρεση τέτοιων ερμηνειών για τα συμπτώματα που το άτομο παρερμηνεύει ως τεκμήρια σωματικής ασθένειας συνιστά την κύρια θεραπευτική στρατηγική, σε συνδυασμό με τον έλεγχο της ρεαλιστικότητας των ερμηνειών με τη χρήση «συμπεριφοριστικών πειραμάτων». Για παράδειγμα, μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου ορίζεται και συμφωνείται ένα χρονικό διάστημα τεσσάρων μηνών, εντός του οποίου ο θεραπευόμενος καλείται να ελέγξει τη ρεαλιστικότητα μιας εναλλακτικής ερμηνείας των σωματικών συμπτωμάτων του και στη συνέχεια να αποφασίσει αν θέλει να επιστρέψει στην αρχική ερμηνεία και στον αρχικό τρόπο αντιμετώπισής τους. Ο τελικός στόχος είναι η τροποποίηση ή αντικατάσταση των δυσλειτουργικών σκέψεων με πιο ρεαλιστικές εκτιμήσεις για τα σωματικά συμπτώματα. Σε μια βοηθητική προκα-

ταρκτική παρέμβαση το άτομο μαθαίνει, μέσω συγκεκριμένων παραδειγμάτων, για τους διάφορους παράγοντες που συντηρούν το άγχος και την έντονη ενασχόληση με το θέμα της υγείας. Για παράδειγμα, αναλύεται ο ρόλος συμπεριφορών όπως είναι η αναζήτηση καθησυχασμού και ο έλεγχος της σωματικής κατάστασης, και περιγράφονται η μεροληπτικότητα στον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών και η σύνδεση σκέψεων και συναισθημάτων. Εξηγείται ότι το άγχος και η ανησυχία συχνά προέρχονται όχι από τα ίδια τα συμπτώματα αλλά από το είδος των σκέψεων (αρνητικές, καταστροφικές) που τα συνοδεύουν.

Μια από τις τεχνικές χειρισμού του πόνου και του άγχους είναι η *βιοανάδραση*. Σε αυτήν ορισμένα μηχανήματα συνδέονται με το σώμα και δίνουν στο άτομο ακριβείς πληροφορίες για συγκεκριμένες φυσιολογικές λειτουργίες (π.χ. μυϊκή ένταση) οι οποίες ελέγχονται από το νευρικό σύστημα, αλλά δεν γίνονται εύκολα ή απόλυτα αισθητές. Έχοντας στη διάθεσή του τέτοιες πληροφορίες, το άτομο μαθαίνει να ελέγχει και να ρυθμίζει κατά βούληση τις λειτουργίες αυτές. Τα μηχανήματα, τα οποία το άτομο μπορεί να χειρίζεται μόνο του, εκτός από τον έλεγχο του άγχους και του πόνου, βοηθούν και στη μυϊκή χαλάρωση.

Η τεχνική της *χαλάρωσης* βοηθά σε προβλήματα στα οποία τα κύρια σωματικά συμπτώματα που φοβίζονται τον ασθενή είναι αποτέλεσμα μυϊκής έντασης ή διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η χρήση της ενδείκνυται όταν διαπιστώνεται ο φαύλος κύκλος «άγχος-ένταση-πόνος», ο οποίος διακόπτεται με την εφαρμογή της προοδευτικής νευρομυϊκής χαλάρωσης. Έχει βρεθεί ότι όταν ο νευρομυϊκός τόνος είναι χαμηλός, δεν είναι δυνατόν να αισθάνεται κανείς ταυτόχρονα άγχος. Όταν το άτομο χαλαρώνει, η αίσθηση του πόνου μειώνεται.

Μια άλλη τεχνική για την αντιμετώπιση του πόνου, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα με τη χαλάρωση, είναι η *καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση*. Το άτομο φαντάζεται μια ευχάριστη εικόνα (την οποία πιθανώς έχει ζήσει πραγματικά στη ζωή του, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο στη διαδικασία) όσο πιο λεπτομερει-

ακά και ζωντανά γίνεται και τη φέρνει στη φαντασία του όποτε νιώθει άγχος. Σημαντική είναι τέλος και η τεχνική της *απόσπασης της προσοχής* από τον πόνο, κατά την οποία ο ασθενής εστιάζει την προσοχή του σε ένα μη οδυνηρό ερέθισμα από το άμεσο περιβάλλον. Η απόσπαση της προσοχής μπορεί να είναι είτε παθητική (π.χ. βλέπει μια ωραία ταινία) είτε ενεργητική (π.χ. τραγουδά).

Αρκετά αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου είναι τα *προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς*, στα οποία η συμπεριφορά διαμορφώνεται βάσει της ύπαρξης ή της έλλειψης ενίσχυσης. Ο όρος «ενίσχυση» περιλαμβάνει κάθε ερέθισμα που αυξάνει την πιθανότητα να συμβεί μια αντίδραση. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών αποτελεί μεταγενέστερο στάδιο της θεραπείας και προϋποθέτει την ύπαρξη *συμφωνίας* μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Στην αρχή χρησιμοποιείται η θετική ενίσχυση. Για παράδειγμα, ορίζεται ότι κάθε φορά που το άτομο θα εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά (π.χ. σωματική δραστηριότητα) θα αμείβεται από το περιβάλλον με διάφορους τρόπους (έπαινος, προσοχή, χαμόγελο, χάδι κ.λπ.). Ταυτόχρονα χρησιμοποιείται η απόσβεση για την εξάλειψη μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Κάθε φορά δηλαδή που το άτομο εκδηλώνει μια συμπεριφορά πόνου, θα διακόπτεται η ενίσχυση, το άτομο θα αντιμετωπίζεται με αδιαφορία από τους αγαπημένους του και θα αποφεύγεται η επαφή μαζί του. Μόλις διακόψει την αρνητική συμπεριφορά και εκδηλώσει ενδιαφέρον για σωματική δραστηριότητα, το άτομο ενισχύεται και πάλι θετικά (αντιμετωπίζεται με χαμόγελο, ενδιαφέρον κ.λπ.). Ο θεραπευτής μαθαίνει σε ανθρώπους από το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή να καταγράφουν τις συμπεριφορές πόνου, να προσπαθούν να μην τις ενισχύουν και να αμείβουν συστηματικά τη σωματική δραστηριότητά του. Επίσης, εξετάζει κατά διαστήματα τις καταγραφές, προκειμένου να επιφέρει αλλαγές στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

7. Είναι αποτελεσματικές οι ψυχοθεραπείες;

Με τη χρήση γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών τα άτομα με σωματόμορφες διαταραχές καταφέρνουν να χειριστούν αποτελεσματικά τον πόνο και συνειδητοποιούν ότι μπορούν και τα ίδια να ελέγξουν τη σωματική τους κατάσταση, γεγονός που αυξάνει την αυτοπεποίθησή τους και μειώνει το άγχος τους. Μολονότι η θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών είναι αρκετά δύσκολη λόγω της σοβαρότητάς τους και της άρνησης των πασχόντων να αναζητήσουν ψυχολογική βοήθεια, σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει αξιοσημείωτη αλλαγή, ακόμη και πλήρη εξάλειψη των σωματικών συμπτωμάτων.

8. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Λόγω της φύσης της διαταραχής, δεν κρίνεται βοηθητική η ανάγνωση ενός εγχειρίδιου αυτοβοήθειας. Γι' αυτό και δεν προτείνεται κανένα σχετικό βιβλίο.

Κεφαλαλγίες

Κατερίνα Αγγελή

1. Υπάρχουν διαφορετικά είδη πονοκεφάλου;
2. Ποιες είναι οι αιτίες των πονοκεφάλων; Υπάρχει σχέση ανάμεσα στο στρες και τον πονοκέφαλο;
3. Πόσο επικίνδυνο σύμπτωμα είναι ο πονοκέφαλος;
4. Πώς αντιμετωπίζεται ο πονοκέφαλος;
5. Υπάρχουν κάποιες απλές συμβουλές για τους πάσχοντες από πονοκεφάλους;
6. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Υπάρχουν διαφορετικά είδη πονοκεφάλου;

Οι κεφαλαλγίες διαφέρουν ως προς το είδος, την περιοχή και την ένταση του πόνου, τη συχνότητα και τη διάρκειά του, αλλά και τους παθογενετικούς μηχανισμούς που τον προκαλούν. Ο πόνος μπορεί να είναι συνεχής ή παλμικός, έντονος ή αμβλύς, και να διαρκεί από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι ολόκληρες ώρες ή και ημέρες. Μπορεί να εντοπίζεται στο πρόσθιο μέρος της κεφαλής, στους κροτάφους ή τον αυχένα, αμφίπλευρα ή μόνο από τη μια πλευρά της κεφαλής. Μπορεί να εμφανίζεται συχνά ή σπάνια, με μια σταθερή και προβλέψιμη συχνότητα ή χωρίς καμιά χρονική κανονικότητα. Με βάση μια πολύ γενική διάκριση, οι κεφαλαλγίες κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: (α) τις **πρωτογενείς κεφαλαλγίες**, οι οποίες δεν οφείλονται σε κάποια άλλη παθολογική κατάσταση και διακρίνονται σε τρεις βασικούς τύπους: τις ημικρανίες, τις κεφαλαλγίες τάσεως και τις αθροιστικές κεφαλαλγίες· και (β) τις **δευτερογενείς κεφαλαλγίες**, οι οποίες εμφανίζονται ως σύμπτωμα κάποιου άλλου προβλήματος υγείας (π.χ. όγκος στον εγκέφαλο, εγκεφαλικό επεισόδιο ή ανεύρυσμα, μηνιγγίτιδα, ιγμορίτιδα κ.ά.).

Η **ημικρανία** εμφανίζεται συνήθως ως πολύ έντονος παλμικός πόνος στη μία ή και τις δύο πλευρές της κεφαλής, συνοδευόμενος από ναυτία, τάση για εμετό και μειωμένη όρεξη. Το έντονο φως, οι δυνατοί ήχοι και η σωματική δραστηριότητα επιδεινώνουν τα συμπτώματα, γι' αυτό οι πάσχοντες την ώρα της κρίσης επιδιώκουν να βρίσκονται σε δροσερό, σκοτεινό και ήσυχο μέρος. Η συνήθης διάρκεια ενός επεισοδίου ημικρανίας είναι από 4 έως 12 ώρες, χωρίς όμως να αποκλείονται συντομότερα αλλά και εκτενέστερα επεισόδια. Η ημικρανία εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 10 και 30 ετών. Ένα χαρακτηριστικό της, το οποίο τη διακρίνει από τα άλλα είδη κεφαλαλγίας, είναι ορισμένα **πρόδρομα συμπτώματα** (νευρική αδυναμία, κόπωση, πείνα, δυσκολία στην επικοινωνία), τα οποία εμφανίζονται λίγο πριν και προμηνύουν την έναρξη του πόνου. Συχνά είναι και τα **επακόλουθα συμπτώματα**, τα

οποία διαρκούν μια ή δυο ημέρες μετά τη λήξη του πόνου. Δεν εμφανίζουν όμως όλοι οι πάσχοντες πρόδρομα και επακόλουθα συμπτώματα. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της ημικρανίας, που επίσης τη διαφοροποιεί από τα άλλα είδη κεφαλαλγίας, είναι η *αύρα*, η οποία περιλαμβάνει αλλαγές στην όραση (λάμψεις και χρώματα, θολή όραση, απώλεια μέρους του οπτικού πεδίου κ.ά.), τη γεύση και την ακοή, και εμφανίζεται σε κύματα για περίπου 15 με 30 λεπτά, προεξοφλώντας τον πάσχοντα για τον επερχόμενο πόνο. Περίπου το ένα τρίτο των πασχόντων από ημικρανίες εμφανίζει αύρα. Η αύρα μπορεί να μη συνοδεύεται πάντοτε από ημικρανία ή να μην εμφανίζεται σε όλα τα επεισόδια. Οι ημικρανίες με αύρα ονομάζονται *κλασικές ημικρανίες*, ενώ εκείνες χωρίς αύρα ονομάζονται *κοινές*. Σε σπάνιες περιπτώσεις η ημικρανία μπορεί να προκαλέσει ασυνήθη νευρολογικά συμπτώματα, όπως ζάλη, λιποθυμία ή μούδιασμα. Εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες (αναλογία 3:1), ιδιαίτερα στην ηλικία μεταξύ 35 και 45 ετών. Συνυπάρχει συχνά με διάφορες νευρολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές, όπως είναι η επιληψία, οι κρίσεις πανικού και η κατάθλιψη. Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που παρουσιάζουν ημικρανίες με αύρα έχουν αυξημένη πιθανότητα να σκεφτούν ή να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι **κεφαλαλγίες τάσεως** (οι οποίες στο παρελθόν ονομάζονταν «κεφαλαλγίες μυϊκής σύσπασης») αποτελούν την πιο συχνή μορφή πονοκεφάλου. Στην κατηγορία αυτή ανήκει περίπου το 75% των πονοκεφάλων. Πολλοί άνθρωποι (ποσοστό 40%-70% του γενικού πληθυσμού) εμφανίζουν περιστασιακά τέτοιου είδους πονοκεφάλους. Οι κεφαλαλγίες τάσεως χαρακτηρίζονται από σταθερό πόνο στον αυχένα και στο πίσω μέρος του κεφαλιού, ο οποίος μπορεί να συνεχίζεται και μέχρι το πρόσθιο μέρος, δημιουργώντας έναν «κλοιό πόνου» ή «μέγγενη», όπως συχνά περιγράφεται από τους πάσχοντες. Στο 20% των περιπτώσεων ο πόνος εντοπίζεται στη μία πλευρά του κεφαλιού. Συνήθως εμφανίζεται ευαισθησία στους μυς του κρανίου, του αυχένα και των ώμων. Η ένταση κυμαίνεται από ήπια έως μέτρια και μπορεί να δυσκολεύει το άτομο, αλλά δεν το

καθιστά ανίκανο να εκτελέσει τις δραστηριότητές του. Η κεφαλαλγία τάσεως μπορεί να είναι *σποραδική* (να εμφανίζεται λιγότερο από 15 φορές το μήνα, με διάρκεια λίγων ωρών) ή *χρόνια* (να εμφανίζεται περισσότερο από 15 φορές το μήνα και να διαρκεί σχεδόν ολόκληρη την ημέρα). Εκδηλώνεται συνήθως το απόγευμα ή το βράδυ και συχνά συνοδεύεται από δυσκολίες στον ύπνο και στη συγκέντρωση. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει αυξημένη ευαισθησία στο φως ή στο θόρυβο, αλλά όχι και στα δύο ταυτόχρονα, όπως στην περίπτωση της ημικρανίας. Η σωματική δραστηριότητα συνήθως δεν επιδεινώνει τον πόνο.

Παρά τις διαφορές μεταξύ τους, οι ημικρανίες και οι κεφαλαλγίες τάσεως έχουν αρκετά κοινά στοιχεία όσον αφορά την αιτιολογία και την αντιμετώπισή τους. Πολλοί άνθρωποι παρουσιάζουν σε διαφορετικές στιγμές και τα δύο είδη πονοκεφάλου ή ανάμεικτα συμπτώματά τους.

Οι **αθροιστικές κεφαλαλγίες** αποτελούν μια πιο σπάνια μορφή πονοκεφάλου. Εμφανίζονται με αρκετά μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες (αναλογία 6:1). Οι πάσχοντες υποφέρουν σε καθημερινή βάση από βασανιστικούς πονοκεφάλους, που παρουσιάζονται «αθροιστικά» σε διάστημα μερικών εβδομάδων, μετά από το οποίο μπορεί να εξαφανιστούν για μήνες ή και χρόνια. Στις αθροιστικές κεφαλαλγίες ο πόνος επικεντρώνεται γύρω από το ένα μάτι και μπορεί να εξαπλώνεται και στο υπόλοιπο πρόσωπο. Συχνά παρουσιάζεται καταρροή ή ερεθισμός στο μάτι όπου εντοπίζεται ο πόνος, και καταρροή ή απόφραξη στο αντίστοιχο ρουθούνι. Οι πάσχοντες από αθροιστική κεφαλαλγία συνήθως ανακουφίζονται με τη σωματική δραστηριότητα, σε αντίθεση με τους πάσχοντες από ημικρανίες. Ο πόνος στις αθροιστικές κεφαλαλγίες δεν είναι συνεχής όπως στις ημικρανίες, αλλά εμφανίζεται για πολλά μικρά επαναλαμβανόμενα διαστήματα.

2. Ποιες είναι οι αιτίες των πονοκεφάλων; Υπάρχει σχέση ανάμεσα στο στρες και τον πονοκέφαλο;

Τα διαφορετικά είδη πονοκεφάλων έχουν συσχετιστεί με διαφορετικούς παθογενετικούς μηχανισμούς, παρότι ορισμένοι παράγοντες φαίνεται πως επηρεάζουν τον πόνο σε όλες τις περιπτώσεις. Η νικοτίνη αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης πονοκεφάλου, χωρίς όμως να μπορεί να υποστηριχθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται και την απαλλαγή από τους πονοκεφάλους. Η σχέση της καφεΐνης πάλι είναι πιο περίπλοκη. Αν και περιέχεται σε διάφορα αναλγητικά φάρμακα, η συστηματική κατανάλωσή της μπορεί να κάνει το άτομο ευάλωτο στην εμφάνιση πονοκεφάλου και να του προκαλέσει αντισταθμιστικό πονοκέφαλο σε περίπτωση στέρξής της. Το στρες φαίνεται επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο, επηρεάζοντας την εμφάνιση, την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Γι' αυτό θα γίνει πρώτα μια συνοπτική αναφορά στο στρες και στις σωματικές αντιδράσεις που σχετίζονται με αυτό, και έπειτα στους υπόλοιπους παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την αιτιολογία και την έναρξη των δύο πιο συχνών μορφών κεφαλαλγίας: της ημικρανίας και των πονοκεφάλων τάσεως.

Το στρες είναι οι σωματικές αντιδράσεις που προκαλούνται όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με καταστάσεις που θεωρούμε ότι είναι απειλητικές ή ότι υπερβαίνουν τα αποθέματά μας (ψυχολογικά, υλικά και σωματικά). Αυτές οι σωματικές αντιδράσεις σχετίζονται με τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος και ιδιαίτερα της συμπαθητικής μοίρας του. Όταν αντιμετωπίζουμε μια στρεσογόνο κατάσταση, ενεργοποιείται ένας ενστικτώδης μηχανισμός που προετοιμάζει τον οργανισμό για «φυγή» ή για «πάλη». Αυτό τον έμφυτο μηχανισμό τον έχουμε κληρονομήσει από τους προγόνους μας, οι οποίοι, ζώντας σε συνθήκες πολύ διαφορετικές από τις σημερινές, χρειαζόνταν ένα μηχανισμό που να τους προστατεύει από τους κινδύνους που αντιμετώπιζαν τότε (επιθέσεις από άγρια θηρία, μέλη άλλων φυλών κ.λπ.). Ο μηχανισμός αυτός έμπαινε σε λειτουργία κάθε φορά που έρχονταν αντιμέτωποι με

κάποιο κίνδυνο, και προετοίμαζε τον οργανισμό για φυγή ή για πάλη, επιτρέποντάς τους ή να φύγουν ή να παλέψουν με τον αντίπαλο. Ο μηχανισμός αυτός προετοιμάζει τον οργανισμό να αναλάβει έντονη σωματική δραστηριότητα, προκαλώντας ορισμένες αντιδράσεις, οι οποίες σχετίζονται με τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος: αύξηση του καρδιακού ρυθμού και του ρυθμού της αναπνοής, σύσπαση των μυών, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αγγειοσυστολή, αύξηση της θερμοκρασίας και του ρυθμού του μεταβολισμού, εφίδρωση, ανόρθωση των τριχών, μείωση της λειτουργίας του πεπτικού, του αναπαραγωγικού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Η αντίδραση του στρες σχετίζεται επίσης με την έκκριση ουσιών από τον οργανισμό, όπως είναι η επινεφρίνη (ή αδρεναλίνη) και η κορτιζόλη.

Η «φυγή ή πάλη» (ή μηχανισμός του στρες) είναι ενστικτώδης και ενεργοποιείται αυτόματα όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια κατάσταση την οποία θεωρεί στρεσογόνο. Οι καταστάσεις όμως που ο σημερινός άνθρωπος εκλαμβάνει ως στρεσογόνες διαφέρουν πολύ από εκείνες που αντιμετώπιζαν οι πρόγονοί του, οπότε «χτίστηκε» αυτό το ένστικτο στον οργανισμό. Οι καταστάσεις που αισθάνεται κανείς σήμερα ότι τον απειλούν δεν είναι πια τα άγρια θηρία και οι εχθροί που του επιτίθενται, αλλά οι δύσκολες και απαιτητικές επαγγελματικές υποχρεώσεις, οι πιεστικές προθεσμίες, οι εξετάσεις και οι χωρισμοί. Για την αντιμετώπιση των περισσότερων στρεσογόνων καταστάσεων δεν απαιτείται έντονη σωματική δραστηριότητα. Για παράδειγμα, το να αρχίσει κάποιος να τρέχει δεν τον βοηθά να αντιμετωπίσει μια πιεστική προθεσμία. Μόλις όμως μια κατάσταση γίνει αντιληπτή ως στρεσογόνος ή απειλητική, ενεργοποιείται αυτόματα ο ενστικτώδης μηχανισμός «φυγή ή πάλη», παρότι μπορεί να είναι άχρηστος στην αντιμετώπισή της. Όταν λοιπόν βρίσκεται κανείς αντιμέτωπος με δύσκολες καταστάσεις, εκδηλώνει σωματική ένταση η οποία δεν εκτονώνεται μέσω της δράσης. Αυτή η ένταση συσσωρεύεται και συχνά δημιουργεί σωματικά συμπτώματα. Οι σωματικές αντιδράσεις του στρες, οι οποίες είναι δυνατόν να συνοδεύουν διάφορα συναι-

σθήματα (άγχος, θυμός, φόβος), ενδέχεται να συμβάλουν στη δημιουργία πονοκεφάλου, να επιδεινώσουν την έντασή του ή να παρατείνουν τη διάρκειά του.

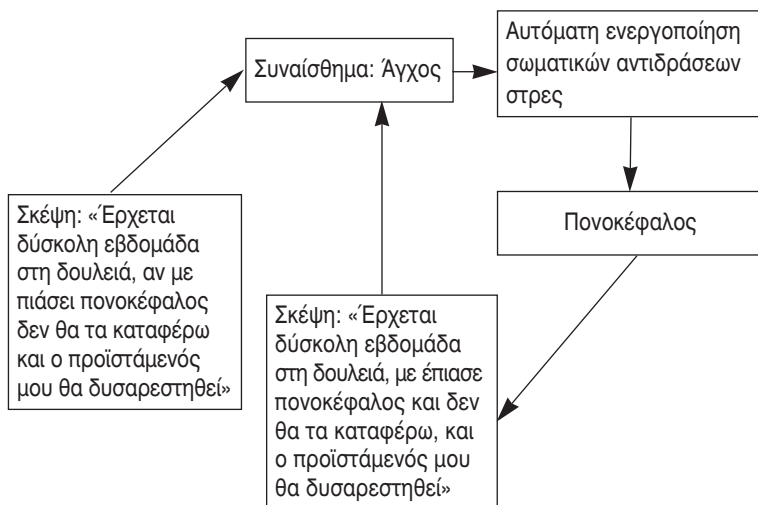
Πότε όμως εκλαμβάνουμε ένα ερέθισμα ως απειλητικό; Είναι οι ίδιες καταστάσεις απειλητικές για όλους τους ανθρώπους; Είναι δυνατόν μια κατάσταση να προκαλέσει έντονα συναισθήματα σε ένα άτομο, αλλά να αφήσει αδιάφορο ένα άλλο; Πράγματι, μια κατάσταση μπορεί να είναι εξαιρετικά απειλητική για κάποιους ανθρώπους και λιγότερο για κάποιους άλλους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα συναισθήματά μας δεν τα προκαλεί η ίδια η κατάσταση, αλλά η δική μας εκτίμηση και αξιολόγηση, οι *σκέψεις* που κάνουμε για τη συγκεκριμένη κατάσταση. Ο κάθε άνθρωπος αξιολογεί αυτόματα το ερέθισμα που του παρουσιάζεται κάνοντας διάφορες σκέψεις γι' αυτό και το αποτέλεσμα αυτής της αξιολόγησης υπαγορεύει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του. Έτσι, μια κατάσταση μπορεί να αξιολογηθεί ως απειλητική και να προκαλέσει άγχος (και τις σχετιζόμενες με αυτό σωματικές αντιδράσεις του στρες). Παρακάτω παρουσιάζεται ένα παράδειγμα στο οποίο φαίνεται πώς η ίδια κατάσταση, αξιολογούμενη με διαφορετικό τρόπο, μπορεί να προκαλέσει διαφορετικά συναισθήματα.

Κατάσταση	Εκτίμηση – αξιολόγηση (σκέψεις)	Συναίσθημα
Ο Δημήτρης έχει καθυστερήσει στο ραντεβού μας	Του έχει συμβεί κάτι κακό	Άγχος
Ο Δημήτρης έχει καθυστερήσει στο ραντεβού μας	Θα έμπλεξε στην κίνηση	Ηρεμία
Ο Δημήτρης έχει καθυστερήσει στο ραντεβού μας	Θα χασομεράει, δεν τον νοιάζει που με κάνει να περιμένω	Θυμός

Στο πιο πάνω παράδειγμα τα συναισθήματα του θυμού και του άγχους σχετίζονται με την αντίδραση του στρες. Η κοπέλα που περιμένει μπορεί να νιώσει τα χέρια της να ιδρώνουν, τους μύς της να σφίγγονται, την αναπνοή της να γίνεται ρηχή και γρήγορη. Όλες αυτές οι αντιδράσεις δεν της χρησιμεύουν στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κατάστασης, εκτός και αν αποφασίσει να παλέψει με τον Δημήτρη μόλις αυτός εμφανιστεί! Οι σκέψεις που περνούν από το μυαλό μας για κάθε ερέθισμα που αντιμετωπίζουμε γίνονται συνήθως αυτόματα, με αποτέλεσμα συχνά να μην τις συνειδητοποιούμε· αυτό που συνειδητοποιούμε είναι το συναίσθημα που μας προκαλούν. Το στρες λοιπόν δεν είναι αποτέλεσμα των καταστάσεων που αντιμετωπίζουμε, αλλά των σκέψεων και των εκτιμήσεών μας γι' αυτές. Ο κάθε άνθρωπος τείνει να ερμηνεύει τις καταστάσεις με το δικό του τρόπο, ο οποίος μπορεί να είναι αγχογόνος και να προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους (π.χ. «Δεν θα τα καταφέρω», «Δεν προλαβαίνω», «Αν κάνω λάθος, καταστράφηκα», «Κάτι κακό θα συμβεί» κ.λπ.).

Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που εμφανίζουν πονοκεφάλους αντιμετωπίζουν περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή τους. Το εύρημα αυτό επιδέχεται διπλή ερμηνεία: τα άτομα αυτά μπορεί πράγματι να αντιμετωπίζουν περισσότερες δύσκολες καταστάσεις, αλλά είναι επίσης πιθανό να εκλαμβάνουν πιο πολλές καταστάσεις ως απειλητικές και στρεσογόνες σε σύγκριση με τους μη πάσχοντες. Ο φόβος για την εμφάνιση πονοκεφάλου είναι δυνατόν να λειτουργήσει ως στρεσογόνος παράγοντας. Ένας άνθρωπος που τλαιπωρείται συχνά από πονοκεφάλους ενδέχεται να αρχίσει να ανησυχεί για το εάν και πότε θα ξανακάνουν την εμφάνισή τους. Η ανησυχία αυτή προκαλεί στρες και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης πονοκεφάλου, παγιδεύοντας έτσι το άτομο σε ένα φαύλο κύκλο (βλ. το ακόλουθο σχήμα).

Από τη στιγμή που έχουμε κάνει την εκτίμησή μας για μια κατάσταση και την έχουμε αξιολογήσει ως απειλητική, καλούμαστε να την *αντιμετωπίσουμε*. Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που αισθάνονται ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν το στρες, και έχουν βρει τρόπους να το κάνουν, είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν πονοκεφάλους.



Η ημικρανία θεωρείται ότι επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες (σε διάφορες έρευνες έχει βρεθεί ότι 50%-80% των πασχόντων έχουν θετικό κληρονομικό ιστορικό), αλλά και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το στρες που εμπλέκεται στην περίπτωση της ημικρανίας προκαλεί συστολή και αμέσως μετά διαστολή των αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου. Υποστηρίζεται ότι η συστολή των αιμοφόρων αγγείων σχετίζεται με τα πρόδρομα συμπτώματα της ημικρανίας (ναυτία, εμετός), ενώ η διαστολή με τον πόνο που ακολουθεί. Ενδιαφέρων θεωρείται ο ρόλος του εγκεφαλικού στελέχους, το οποίο διαθέτει ένα σύστημα καταστολής του πόνου και προκαλεί την απελευθέρωση «παισιπόνων» ουσιών στον οργανισμό κάθε φορά που εντοπίζει κάποιο μήνυμα πόνου· το προσωπικό νεύρο, το οποίο εντοπίζεται στο εγκεφαλικό στέλεχος, μεταφέρει τα μηνύματα πόνου από και προς τον εγκέφαλο. Έχει επίσης συζητηθεί και διερευνηθεί ο ρόλος της σεροτονίνης, ενός νευροδιαβιβαστή τα επίπεδα του οποίου είναι συχνά μειωμένα στους πάσχοντες από ημικρανία. Η σεροτονίνη λειτουργεί σαν «φίλτρο» για τα διάφορα αισθητηριακά ερεθίσματα (και τα ερεθίσματα πό-

νου) μετριάζοντας την έντασή τους, με αποτέλεσμα ορισμένα από αυτά να μη γίνονται αντιληπτά από το άτομο. Τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης σχετίζονται με την ημικρανία, αλλά και με την κατάθλιψη και την αϋπνία. Στα άτομα με προδιάθεση να εμφανίσουν ημικρανία, ορισμένα *εκλυτικά ερεθίσματα* απενεργοποιούν τους σεροτονινεργικούς νευρώνες περιοχών του στελέχους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου.

Ερεθίσματα που οδηγούν στην εμφάνιση ημικρανίας μπορεί να είναι:

- Οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις – το στρες. Στην προκειμένη περίπτωση τα αιμοφόρα αγγεία και οι αρτηρίες μπορεί να παραμείνουν σε συστολή κατά την περίοδο του στρες και, όταν το άτομο χαλαρώσει, να διασταλούν έντονα, με αποτέλεσμα να προκληθεί πονοκέφαλος. Γι' αυτό οι ημικρανίες εμφανίζονται συχνά μετά από περιόδους στρες (π.χ. σαββατοκύριακα). Η έναρξη της ημικρανίας σχετίζεται με το στρες σε ποσοστό 60% των πασχόντων.
- Ορισμένες τροφές, όπως τα επεξεργασμένα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κόκκινο κρασί, η σοκολάτα, τα καφεϊνούχα ροφήματα, τα καρύδια, τα συσκευασμένα κρέατα. Ωστόσο, ο ρόλος των συστατικών των τροφών στην έναρξη της ημικρανίας έχει αμφισβητηθεί.
- Ορμονικοί παράγοντες, όπως η ωορρηξία, η εμμηνόπαυση, η έμμηνος ρύση, η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών. Το 60% των γυναικών που πάσχουν από ημικρανία αναφέρει ότι οι ημικρανίες συμβαίνουν συνήθως αμέσως πριν ή μετά την έμμηνο ρύση ή κατά τη διάρκειά της (εμμηνορρυσιακή ημικρανία).
- Οι αλλαγές του καιρού (έντονη ηλιοφάνεια, ζέστη, υγρασία, αλλαγές στην ατμοσφαιρική πίεση).
- Η έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες (π.χ. ζεστό μπάνιο).
- Η παράλειψη γευμάτων.
- Η αφυδάτωση (μπορεί να προκληθεί από κατανάλωση αλκοόλ, έντονη σωματική άσκηση κ.λπ.).
- Η έλλειψη ύπνου ή οι πολλές ώρες ύπνου.

Οι κεφαλαλγίες τάσεως έχουν συσχετιστεί με τη σύσπαση των μυών του αυχένα και των ώμων, αλλά και των κροταφογοναθικών μυών. Η σύσπαση αυτή μπορεί να οφείλεται στο στρες ή σε κακές συνήθειες (π.χ. στάση σώματος). Όταν ένας μυς συσπάται, συρρικνώνεται, με αποτέλεσμα να παγιδεύει τους μεταβολίτες (τις ουσίες που παράγονται από τη μυϊκή δραστηριότητα) και να προκαλείται πόνος. Ο πόνος μπορεί να επιφέρει ενόχληση και ανησυχία, που τροφοδοτούν τη σωματική αντίδραση του στρες, η οποία με τη σειρά της προκαλεί (εκτός των άλλων) περαιτέρω μυϊκή σύσπαση. Έτσι το άτομο εμπλέκεται σε ένα φαύλο κύκλο στρες και πόνου.

Το κεφάλι μας στηρίζεται στο άνω μέρος της σπονδυλικής στήλης από τους μυς της πλάτης, των ώμων, του αυχένα και της σιαγόνας. Οι μύες έχουν επίμηκες σχήμα και, όταν συσπώνται, συρρικνώνονται. Ας φανταστούμε τη σπονδυλική μας στήλη και το κεφάλι μας σαν ένα μολύβι με λεπτή μύτη, πάνω στην οποία ισορροπεί ένας βόλος, που παραμένει στη θέση του με τη βοήθεια ελαστικών ταινιών. Αν μειώσουμε το μήκος κάποιας από τις ταινίες, δεν είναι δυνατόν οι υπόλοιπες να παραμείνουν ανεπηρέαστες. Κάποιες θα τεντωθούν και κάποιες θα συρρικνωθούν. Το ίδιο συμβαίνει και με τους μυς που στηρίζουν το κεφάλι μας. Όταν κάποιος από αυτούς συσπάται, όλοι οι υπόλοιποι επηρεάζονται.

Οι κεφαλαλγίες τάσεως έχουν συσχετιστεί επίσης με τη σύσπαση των μυών του μετώπου, του αυχένα και των ώμων, οι οποίοι σχηματίζουν το λεγόμενο «τρίγωνο του στρες», μια περιοχή συσώρευσης έντασης. Η παρατεταμένη σύσπαση των μυών που στηρίζουν το κεφάλι μπορεί να οφείλεται στο στρες και σε συνήθειες που έχουν να κάνουν με τη στάση του σώματος ή γενικότερα με κινήσεις. Για παράδειγμα, όταν γράφουμε στον υπολογιστή δεν είναι απαραίτητο να έχουμε σηκωμένους τους ώμους και σφιγμένα τα δόντια μας, πολλοί άνθρωποι όμως το κάνουν. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο στρες που αισθάνονται σε μια δεδομένη στιγμή, σε πολλές περιπτώσεις όμως αποτελεί εδραιωμένη συνήθεια. Πολλά επαγγέλματα σχετίζονται έντονα με τους πονοκεφάλους τάσεως (π.χ. τηλεφωνητές, κομμωτές), επειδή απαιτούν επαναλαμβανόμενη χρήση

ορισμένων μυϊκών ομάδων. Η στάση στην οποία συνηθίζουμε να κοιμόμαστε είναι επίσης πιθανό να επιβαρύνει τους μυς του αυχένα και των ώμων (π.χ. αν χρησιμοποιούμε πολύ ψηλό μαξιλάρι ή κοιμόμαστε μπρούμυτα, με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι).

Συχνά ο πόνος προκαλείται από τη σύσπαση των κροταφογναθικών μυών. Πολλοί άνθρωποι έχουν την τάση να σφίγγουν τα δόντια τους, ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου (τριγμός των οδόντων ή βρυγμός), με αποτέλεσμα να καταπονούνται οι κροταφογναθικοί μύες και να προκαλείται πόνος στη συγκεκριμένη περιοχή (μάγουλα, άρθρωση του σαγονιού), ο οποίος όμως πιθανώς να αντανακλάται και σε άλλες περιοχές του κεφαλιού. Ένας απλός τρόπος για να διαπιστώσεις αν έχεις την τάση να σφίγγεις τους κροταφογναθικούς μυς σου είναι να ψηλαφίσεις την περιοχή από την κάτω σιαγόνα ως τους κροτάφους πιέζοντας κάθε σημείο με δύναμη. Αν αισθανθείς πόνο, ίσως οι κροταφογναθικοί σου μυς να είναι καταπονημένοι.

Πονοκέφαλος μπορεί να προκληθεί και εξαιτίας προβλημάτων στην όραση. Όταν κουράζουμε τα μάτια μας (π.χ. διαβάζοντας, δουλεύοντας στον υπολογιστή, παραμένοντας για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε χώρους με φωτισμό φθορίου), οι μύες που ελέγχουν την οφθαλμική κίνηση καταπονούνται. Ο πονοκέφαλος αυτού του είδους συχνά συγχέεται με τον πονοκέφαλο τάσεως· κι αυτό διότι αν εργαστούμε στον υπολογιστή για πολλές ώρες έχοντας ακατάλληλη στάση, είναι πιθανό, εκτός από τους οφθαλμικούς μυς, να καταπονηθούν και οι μύες του αυχένα και των ώμων μας.

3. Πόσο επικίνδυνο σύμπτωμα είναι ο πονοκέφαλος;

Όταν ο πονοκέφαλος εμπίπτει σε μια από τις πρωτογενείς κεφαλαλγίες, δεν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή. Μπορεί το άτομο να υποφέρει, αλλά δεν κινδυνεύει. Σε περίπτωση όμως που ο πονοκέφαλος είναι δευτερογενής και αποτελεί σύμπτωμα κάποιου άλ-

λου ιατρικού προβλήματος, απαιτείται επείγοντως ιατρική εξέταση. Ανησυχητικές ενδείξεις είναι οι ακόλουθες:

- Ο πονοκέφαλος εμφανίζεται μαζί με πυρετό, ευαισθησία στο φως ή αυχενική δυσκαμψία. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο μπορεί να έχει προσβληθεί από μηνιγγίτιδα ή κάποια άλλη ενδοκρανιακή μολυσματική ασθένεια.
- Ο πονοκέφαλος εμφανίζεται απότομα, μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα ή λεπτά. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει εγκεφαλική αιμορραγία.
- Υπάρχει αλλοίωση της συνείδησης. Όταν το άτομο αισθάνεται νύστα, αδυναμία, σύγχυση, τάση για λιποθυμία ή εμφανίζει επιληπτικές κρίσεις πριν από την έναρξη του πονοκεφάλου ή κατά τη διάρκειά του, τότε υπάρχει κίνδυνος για ενδοκρανιακή μόλυνση, αιμορραγία και εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Εμφανίζονται επίμονα νευρολογικά συμπτώματα, όπως αδυναμία ενός άκρου, απώλεια της ισορροπίας ή της όρασης από το ένα μάτι, διπλωπία ή δυσκολίες στην ομιλία. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει κίνδυνος για όγκο στον εγκέφαλο, εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλική αιμορραγία και άλλες επικίνδυνες καταστάσεις.
- Το άτομο που έχει υποστεί πρόσφατα εγκεφαλικό τραύμα εμφανίζει πονοκεφάλους.
- Ο πρώτος πονοκέφαλος εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 ετών.
- Υπάρχει η υποψία ότι το άτομο που παρουσιάζει τον πονοκέφαλο έχει εκτεθεί σε μονοξείδιο του άνθρακα.

4. Πώς αντιμετωπίζεται ο πονοκέφαλος;

Ο πόνος αποτελεί μια προειδοποίηση, ένα μήνυμα του οργανισμού μας ότι υπάρχει κάποια δυσλειτουργία και ότι πρέπει να κάνουμε κάτι για να τη διορθώσουμε. Για παράδειγμα, όταν αγγίζουμε κάτι που καίει, αισθανόμαστε πόνο, ο οποίος μας αναγκάζει να τραβήξουμε

το χέρι μας για να μην πάθουμε έγκαυμα. Το ίδιο συμβαίνει και με τους πονοκεφάλους, για την αντιμετώπιση των οποίων έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι: φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική παρέμβαση, μασάζ, αλλαγή συνηθειών. Στη συνέχεια θα αναφερθούν εν συντομία η φαρμακευτική αγωγή και αναλυτικά οι ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Φαρμακευτική αγωγή

Τα φάρμακα που βοηθούν στην αντιμετώπιση των πονοκεφάλων διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: αυτά που χρησιμοποιούνται για να αμβλύνουν τον πόνο και αυτά που χρησιμοποιούνται προληπτικά, πριν την εμφάνισή του. Για την ανακούφιση από τον πόνο συχνά χρησιμοποιούνται αναλγητικά φάρμακα ευρείας κυκλοφορίας, για τα οποία δεν χρειάζεται ιατρική συνταγή. Αυτά είναι πιο αποτελεσματικά όταν λαμβάνονται αμέσως μόλις εκδηλωθεί πονοκέφαλος. Χρειάζεται όμως προσοχή, επειδή η αλόγιστη και συχνή χρήση μπορεί να προκαλέσει *αντισταθμιστικούς πονοκεφάλους* τις ημέρες που το άτομο δεν λαμβάνει το φάρμακο. Γι' αυτό η λήψη του φαρμάκου δεν πρέπει να ξεπερνά τις δύο ή τρεις ημέρες (ή δέκα δόσεις) την εβδομάδα. Τα φάρμακα που περιέχουν καφεΐνη είναι πιθανότερο να οδηγήσουν σε αντισταθμιστικούς πονοκεφάλους.

Τα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά τόσο στην ανακούφιση όσο και στην πρόληψη του πόνου, αλλά πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνονται υπό ιατρική καθοδήγηση και παρακολούθηση. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και ορισμένα αγχολυτικά φαίνεται ότι μειώνουν τους πονοκεφάλους τάσεως. Στην αντιμετώπιση της ημικρανίας χρησιμοποιούνται και φάρμακα που περιέχουν τριπτάνη (η οποία ρυθμίζει τα επίπεδα της σεροτονίνης) και εργοτίνη (η οποία προκαλεί αγγειοσυστολή). Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, μυοχαλαρωτικά, βαρβιτουρικά και οπιοειδή χρησιμοποιούνται επίσης για την αντιμετώπι-

ση των πονοκεφάλων. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από κεφαλαλγίες τάσεως συχνά δεν ανακουφίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Για την πρόληψη των ημικρανιών χρησιμοποιούνται βήτα αναστολείς, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της μοναμινοξειδάσης και αντισπασμωδικά (βαλπροϊκό οξύ).

Ψυχολογικές παρεμβάσεις

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις για τους πονοκεφάλους βασίζονται στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο και περιλαμβάνουν τη διαχείριση του στρες (ημερολόγιο πονοκεφάλων, διαχείριση του χρόνου, επίλυση προβλημάτων, εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά, ασκήσεις χαλάρωσης, γνωσιακή αναδόμηση κ.λπ.), τη βιοανάδραση και τον αυτοέλεγχο για την αλλαγή συνηθειών που συμβάλλουν στην εμφάνιση των πονοκεφάλων. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις λειτουργούν τόσο σε επίπεδο θεραπείας όσο και σε επίπεδο πρόληψης του πονοκεφάλου (μειώνοντας τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνισή του).

Η **διαχείριση του στρες** επιδιώκει να βοηθήσει το άτομο αφενός να κατανοήσει τη συμβολή του στρες στους πονοκεφάλους του, τις πηγές στρες στη ζωή του και τον τρόπο με τον οποίο τις αντιμετωπίζει, και αφετέρου να μάθει να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τις πρώτες σωματικές ενδείξεις του στρες. Το *ημερολόγιο πονοκεφάλων* μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο στον εντοπισμό των πηγών στρες και έντασης. Σε ένα τέτοιο ημερολόγιο ο πάσχων καλείται να καταγράφει αναλυτικά στοιχεία για κάθε επεισόδιο πονοκεφάλου που έχει: τι ώρα συνέβη, σε ποια κατάσταση βρισκόταν ο ίδιος εκείνη την ώρα ή λίγο πριν (με ποιους και πού ήταν, τι έκανε), τι ένταση και διάρκεια είχε, τι σκέψεις τού προκάλεσε και τι έκανε για να αντιμετωπίσει τον πόνο. Είναι επίσης χρήσιμο να σημειωθεί αν πριν από την κρίση είχε καταναλώσει κάποια ουσία (π.χ. καφέ, σοκολάτα κ.λπ.), ώστε να εντοπιστεί η επίδρασή της στην εμφάνιση του πονοκεφάλου.

Παρακάτω παρατίθεται ένα παράδειγμα ημερολογίου πονοκεφάλων. Όπως φαίνεται, για το συγκεκριμένο άτομο εντοπίζονται μια πηγή στρες (οικονομικές δυσκολίες σε συνδυασμό με οικογενειακές υποχρεώσεις), ένας τρόπος αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης (αποφεύγει τη συζήτηση, αλλά το πρόβλημα συνεχίζει να το απασχολεί), και ένας τρόπος σκέψης σχετικά με τον πονοκέφαλο.

Ημέρα/Ωρα	Κατάσταση	Ένταση/ Διάρκεια	Τι πέρασε από το μυαλό μου	Τι έκανα	Τι αποτέλεσμα είχε
Τρίτη, 5 μ.μ.	Τρώμε με τη Σύλβια και τα παιδιά. Συζητάμε για τις διακοπές – οικονομικές δυσκολίες	Ξεκίνησε ως ήπιος	Δεν μου φτάνουν τα προβλήματά μου, πάλι θα τρελαθώ στον πόνο	Είπα να το συζητήσουμε άλλη φορά επειδή πονάω, όμως δεν μου έφυγε από το μυαλό	Συνέχισα να το σκέφτομαι και να πονάω

Αφού εντοπιστούν οι στρεσογόνες καταστάσεις, το άτομο μαθαίνει να τις χειρίζεται πιο αποτελεσματικά μέσω της εκπαίδευσης στην *επίλυση προβλημάτων* και στη *διεκδικητική συμπεριφορά*. Ορισμένες καταστάσεις συχνά γίνονται πηγές στρες επειδή το άτομο δυσκολεύεται είτε να διεκδικήσει («Είχα πολλή δουλειά για να προλάβω μια προθεσμία και ο Νίκος μού ζήτησε να τον βοηθήσω στη μετακόμισή του. Δεν ήθελα να αρνηθώ, δέχτηκα, αλλά αγχώθηκα τρομερά με την προθεσμία», «Ήμουν πολύ κουρασμένη και ήθελα να ξαπλώσω, αλλά η μητέρα μου μου ζήτησε να την πάω για ψώνια. Δεν ήθελα να τη στενοχωρήσω και πήγα, αλλά ένιωθα πιεσμένη») είτε να επιλέξει μια λύση σε ένα πρόβλημα ή δίλημμα που αντιμετωπίζει («Δεν έχω αρκετά χρήματα για να πάμε διακοπές εκεί που θέλει η Σύλβια. Τι να κάνω;», «Μου πρότειναν από τη δουλειά μια μετάθεση στην επαρχία με πολύ καλό μισθό και προοπτικές, αλλά ποιο θα ήταν το καλύτερο για την οικογένειά μου;»). Η εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά και στην επίλυση προβλημάτων με γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές μπορεί να περιορίσει το

στρες που απορρέει από αυτού του είδους τις καταστάσεις. Συχνά το στρες προκαλείται επίσης από τη δυσκολία να οργανώσουμε και να διαχειριστούμε τις πολλές υποχρεώσεις μας (επαγγελματικές, οικογενειακές, διαπροσωπικές). Η εκπαίδευση στη *διαχείριση και οργάνωση του χρόνου* μπορεί να μας βοηθήσει να αποφύγουμε τις στρεσογόνες καταστάσεις.

Επειδή όμως είναι αδύνατον να εξαφανίσουμε εντελώς τις στρεσογόνες καταστάσεις από τη ζωή μας, βασική θέση στη διαχείριση του στρες κατέχουν οι τεχνικές που στοχεύουν στην καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων με το λιγότερο δυνατό κόστος (σωματικό και ψυχολογικό) για το άτομο. Είναι λοιπόν σημαντικό το άτομο να μάθει αρχικά να αναγνωρίζει τις ενδείξεις έντασης στο σώμα του και εν συνεχεία να την ελέγχει. Η *εκπαίδευση στη χαλάρωση* χρησιμοποιείται προκειμένου το άτομο να μάθει να ελέγχει, μέσω της συστηματικής εφαρμογής ασκήσεων χαλάρωσης, τις αυτόνομες σωματικές λειτουργίες που σχετίζονται με την αντίδραση του στρες. Ξεκινά με την εκπαίδευση στη διαφραγματική αναπνοή και περιλαμβάνει ασκήσεις μυϊκής χαλάρωσης και καθοδηγούμενη φαντασίωση, κατά την οποία το άτομο καλείται να αναπαραστήσει νοερά σκηνές που του προκαλούν αίσθημα χαλάρωσης. Οι ασκήσεις χαλάρωσης βοηθούν στη μείωση του πόνου. Η συστηματική εφαρμογή τους λειτουργεί και προληπτικά, μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης ανάλογων συμπτωμάτων στο μέλλον. Η *γνωσιακή αναδόμηση* επιδιώκει να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τα πράγματα, ο οποίος πιθανόν είναι αγχογόνος («Αν γίνεις αυτό, καταστράφηκα», «Αν με πιάσει πονοκέφαλος, χάθηκα», «Αν του το πω, θα γίνει χαμός» κ.λπ.). Το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει τις σκέψεις που του προκαλούν άγχος και να τις αμφισβητεί, αντικαθιστώντας τις με άλλες, πιο ρεαλιστικές και λειτουργικές. Πολύ σημαντική είναι η αποδοχή του προβλήματος από τον πάσχοντα, που πρέπει να δει τον εαυτό του και την κατάσταση με επιείκεια.

Η **βιοανάδραση** είναι μια μέθοδος εκπαίδευσης του ατόμου στην ενημερότητα και τον έλεγχο των αυτόνομων σωματικών λειτουργιών του, η οποία έχει εξαιρετικά θετικά αποτελέσματα στους

πονοκεφάλους. Με τη βοήθεια καταγραφών από ειδικά μηχανήματα, το άτομο μαθαίνει να παρακολουθεί και να ελέγχει ορισμένες σωματικές λειτουργίες που σχετίζονται με το στρες και οι οποίες, όταν δεν διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση, του διαφεύγουν. Στην αρχή της εκπαίδευσης απαιτείται συνειδητή προσπάθεια, με την εξάσκηση όμως ο εντοπισμός της έντασης και η χαλάρωση γίνονται σταδιακά συνήθεια, δηλαδή γίνονται αυτόματα. Η βιοανάδραση στους πονοκεφάλους εφαρμόζεται σε συνδυασμό με ασκήσεις χαλάρωσης και τεχνικές διαχείρισης του στρες με πολύ θετικά αποτελέσματα.

Από τις διάφορες μορφές βιοανάδρασης η ηλεκτρομυογραφική και η θερμική χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα στους πονοκεφάλους. Η *ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση* καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα που παράγεται από τις μυϊκές συσπάσεις. Στην περίπτωση των πονοκεφάλων τάσεως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, καθώς το άτομο παρακολουθεί και μαθαίνει να ελέγχει τη δραστηριότητα των μυών των ώμων, του αυχένα, του κροταφογναθικού συνδέσμου και του μετώπου, η οποία καταγράφεται σε μια οθόνη με τη βοήθεια ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στους μύς αυτούς. Η *θερμική βιοανάδραση* χρησιμοποιείται στην ημικρανία και καταγράφει τις αλλαγές στη θερμοκρασία του δέρματος, οι οποίες οφείλονται στη συστολή και τη διαστολή των αιμοφόρων αγγείων. Το στρες προκαλεί συστολή των αιμοφόρων αγγείων, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αιμάτωση του δέρματος και άρα η θερμοκρασία του. Οι τιμές της θερμοκρασίας καταγράφονται σε ειδική οθόνη με τη βοήθεια ηλεκτροδίων που τοποθετούνται συνήθως στην άκρη των δακτύλων των χεριών. Παρακολουθώντας τις αλλαγές στην οθόνη, το άτομο μαθαίνει να ελέγχει τη δραστηριότητα των αιμοφόρων αγγείων του.

Οι **τεχνικές αυτοελέγχου** διευκολύνουν το άτομο να ακολουθεί πιο εύκολα τις συνήθειες υγιεινής που απαιτούνται για την πρόληψη των πονοκεφάλων.

5. Υπάρχουν κάποιες απλές συμβουλές για τους πάσχοντες από πονοκεφάλους;

- Με τη βοήθεια του ημερολογίου εντόπισε τους εξωτερικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση πονοκεφάλου (π.χ. κατανάλωση μεγάλης ποσότητας καφέ) και απόφυγέ τους.
- Προσπάθησε να εξισορροπήσεις το πρόγραμμά σου έτσι ώστε να τρως επαρκώς και σε τακτικές ώρες, και να κοιμάσαι αρκετά και καλά τη νύχτα. Απόφυγε την κατανάλωση καφέ, αλκοόλ και μεγάλης ποσότητας τροφής πριν πας για ύπνο.
- Αφιέρωσε χρόνο σε δραστηριότητες που σε διασκεδάζουν και σε χαλαρώνουν (π.χ. ένα ζεστό μπάνιο μπορεί να είναι πολύ ανακουφιστικό στην περίπτωση της κεφαλαλγίας τάσεως).
- Μην κάνεις κατάχρηση αναλγητικών φαρμάκων ή οποιασδήποτε άλλης ουσίας χωρίς τη συμβουλή και την καθοδήγηση γιατρού. Αν καταναλώνεις αναλγητικά φάρμακα απόφυγε το αλκοόλ, γιατί επηρεάζει την απορρόφησή τους από τον οργανισμό.
- Ξεκίνα μια μορφή σωματικής άσκησης που να σε ευχαριστεί και ασκήσου τακτικά.
- Μην κλείνεις τα μάτια στην ψυχολογική διάσταση του πονοκεφάλου σου και μη διστάζεις να ζητήσεις τη βοήθεια ειδικού.
- Πρόσεξε τη στάση του σώματός σου, ιδιαίτερα του αυχένα και των ώμων σου. Προσπάθησε να κρατάς ίσια την πλάτη και τον αυχένα. Απόφυγε να έχεις για πολλή ώρα τον αυχένα λυγισμένο και τους ώμους σηκωμένους (π.χ. με το να μιλάς στο τηλέφωνο ή να κοιμάσαι μπρούμυτα).
- Κάνε «διαλείμματα από το στρες». Σταμάτα για λίγο από τη δουλειά σου και έλεγξε τους μυς των ώμων, του αυχένα, της σιαγόνας και του μετώπου. Εντόπισε τυχόν σφιξίματα και χαλάρωσέ τους. Θυμήσου: τα δόντια δεν πρέπει να ακουμπούν μεταξύ τους, οι ώμοι πρέπει να είναι χαμηλωμένοι, το μέτωπο δεν πρέπει να είναι συνοφρυωμένο.
- Διόξε τη μυϊκή ένταση από το τρίγωνο του στρες:
 - Προσπάθησε να ακουμπήσεις το δεξιά αυτί σου στο δεξιά

ώμο σου κρατώντας χαμηλωμένο τον αριστερό ώμο. Μείνε για λίγο σε αυτή τη στάση και μετά άφησε το κεφάλι να γείρει προς τα εμπρός, ώστε το πιγούνι να ακουμπήσει το θώρακά σου. Κάνε το ίδιο από την αριστερή πλευρά. Επανάλαβε μερικές φορές.

- Άπλωσε το χέρι σου προς τα εμπρός, σαν να θέλεις να πιάσεις ένα αντικείμενο που βρίσκεται ευθεία μπροστά σου, αρκετά μακριά από εσένα. Επανάλαβε με το άλλο χέρι.
- Άφησε το κεφάλι σου να πέσει με όλο του το βάρος προς τα εμπρός, ώστε να ακουμπήσει στο στήθος σου. Συνέχισε να «κυλάς» προς τα κάτω αφήνοντας τα γόνατά σου να λυγίσουν. Όταν τα χέρια σου θα κρέμονται δίπλα από τα γόνατά σου, μείνε σε αυτή τη θέση για λίγο και μετά «ξεδίπλωσε» αργά το σώμα σου στην αρχική όρθια θέση.
- Ζήτα από ένα οικείο σε σένα πρόσωπο να σου κάνει μασάζ στις περιοχές όπου αισθάνεσαι την ένταση.

6. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποιο βιβλίο αυτοβοήθειας για τους πονοκεφάλους στην ελληνική γλώσσα. Ωστόσο, βιβλία αυτοβοήθειας σχετικά με το στρες και την αντιμετώπισή του μπορεί να φανούν χρήσιμα στην αντιμετώπιση των πονοκεφάλων. Ενδεικτικά προτείνονται τα βιβλία της H. Kennerley, *Ξεπερνώντας το άγχος*, και του D. Fontana, *Το άγχος και η αντιμετώπισή του*.

Σχετικά με τους πονοκεφάλους, μπορείς να ανατρέξεις σε ξένη βιβλιογραφία. Ενδεικτικά προτείνονται τα βιβλία των A.M. Rapoport & F. Sheftell, *Headache relief for women*, των L. Robbins & S.S. Lang, *Headache help*, και των S. Solomon & S. Fraccaro, *The headache book*.

Αλκοολισμός

Μαρία Μουσούλη

1. Τι είναι αλκοολισμός;
2. Τι είναι το αλκοόλ και πώς δρα στον οργανισμό;
3. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη δράση του αλκοόλ;
4. Ποιο είναι το ασφαλές όριο για την κατανάλωση αλκοόλ;
5. Γιατί οι άνθρωποι εξαρτώνται από το αλκοόλ;
6. Ποιες είναι οι συνέπειες του αλκοολισμού;
7. Διαφοροποιείται η δράση του αλκοόλ στον οργανισμό με την πάροδο της ηλικίας;
8. Επιδρά το αλκοόλ διαφορετικά στο γυναικείο και στον ανδρικό οργανισμό;
9. Υπάρχει θεραπεία για τον αλκοολισμό;
10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

1. Τι είναι αλκοολισμός;

Ο ορισμός του αλκοολισμού είναι προβληματικός γιατί τα όρια μεταξύ απλής χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν. Σήμερα ο επιστημονικός κόσμος ορίζει τον αλκοολισμό με βάση τις έννοιες «κατάχρηση αλκοόλ» και «εξάρτηση από αλκοόλ». Πρόκειται για δύο διακριτές διαταραχές οι οποίες στηρίζονται σε διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια. Η κατάχρηση είναι ηπιότερη της εξάρτησης και δεν οδηγεί απαραίτητα σε αυτήν.

Η **εξάρτηση από το αλκοόλ** χαρακτηρίζεται, μεταξύ άλλων, από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Ανοχή, δηλαδή έντονη ανάγκη για αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- Στερητικό σύνδρομο (δηλαδή μεταβολή της συμπεριφοράς), το οποίο χαρακτηρίζεται από ποικίλα σωματικά και γνωστικά συμπτώματα μετά τη διακοπή ή την ελάττωση των επιπέδων οινοπνεύματος στο αίμα των ατόμων με μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ.
- Έντονη επιθυμία και αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαττώσει ή να ελέγξει τη χρήση του αλκοόλ.
- Κατανάλωση ποσοτήτων της ουσίας είτε μεγαλύτερων από την αρχική πρόθεση του ατόμου (π.χ. σκοπεύει να πει μια μπίρα και πίνει πολύ περισσότερες) είτε για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από το προβλεπόμενο (π.χ. σκοπεύει να παραμείνει μόνο μια ώρα στο μπαρ, αλλά μένει περισσότερο).
- Εγκατάλειψη ή μείωση των ενδιαφερόντων και των δραστηριοτήτων είτε εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ είτε λόγω κατασπατάλησης του χρόνου με στόχο την εξεύρεση ή τη χρήση αλκοόλ.

Ο όρος **κατάχρηση αλκοόλ** αναφέρεται σε ένα δυσπροσαρμοστικό τύπο χρήσης αλκοόλ που συνδέεται με τη μη εκπλήρωση των κοινωνικών και εργασιακών υποχρεώσεων και με αρνητικές σωματικές, διαπροσωπικές και νομικές συνέπειες από την επανειλημμέ-

νη χρήση της ουσίας. Τα φαινόμενα ανοχής, στέρησης και έντονης ενασχόλησης με την προμήθεια και την κατανάλωση αλκοόλ δεν είναι κυρίαρχα σε αυτή τη διαταραχή.

2. Τι είναι το αλκοόλ και πώς δρα στον οργανισμό;

Το αλκοόλ είναι μια ψυχοτρόπος ουσία που δρα κυρίως στον εγκέφαλο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αρχικά εισέρχεται στο στομάχι, όπου ένα μέρος του απορροφάται, ενώ η υπολειπόμενη ποσότητα διοχετεύεται στο αίμα. Η ποσότητα φαγητού στο στομάχι, ο ρυθμός κατανάλωσης οινοπνεύματος, το είδος του ποτού, το βάρος, το φύλο και η ηλικία του ατόμου, καθώς και οι κοινωνικές περιστάσεις είναι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστό απορρόφησής του. Εν συνεχεία, μόλις το αλκοόλ φτάσει στα νευρικά κύτταρα, δρα κατασταλτικά στα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου προκαλώντας έως ένα βαθμό υπνηλία, ηρεμία ή ευχάριστη χαλάρωση, καθώς και έλλειψη αναστολών και απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς.

Καθοριστικό ρόλο στο βαθμό επίδρασής του στον εγκέφαλο παίζει το ποσοστό του αλκοόλ που κυκλοφορεί στο αίμα (*επίπεδο αλκοόλ στο αίμα*), και όχι η ποσότητά του στο στομάχι. Το 90% του αλκοόλ αποβάλλεται από τον οργανισμό με ένα σταθερό ρυθμό για κάθε άτομο. Επισημαίνεται ότι δεν έχουν όλα τα ποτά την ίδια περιεκτικότητα σε οινόπνευμα.

3. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη δράση του αλκοόλ;

Η δράση του αλκοόλ επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι ο χρόνος κατανάλωσής του. Για παράδειγμα, ένα ποτό που καταναλώνεται μέσα σε μία ώρα έχει λιγότερο εμφανή

επίδραση από ό,τι τρία ή τέσσερα ποτά που καταναλώνονται στον ίδιο χρόνο. Ωστόσο, η συγκεκριμένη επίδραση αφορά μόνο το βαθμό της μέθης και δεν σχετίζεται με τις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Επίσης, η ύπαρξη φαγητού στο στομάχι επιβραδύνει την απορρόφηση του αλκοόλ, ενώ η νεαρή ηλικία και η περιστασιακή χρήση αλκοόλ είναι παράγοντες που καθιστούν τα άτομα περισσότερο ευάλωτα στο οινόπνευμα.

4. Ποιο είναι το ασφαλές όριο για την κατανάλωση αλκοόλ;

Όπως προκύπτει από διεθνείς έρευνες, ένα σχετικά «ασφαλές» όριο χρήσης του αλκοόλ είναι έως δύο ποτά την ημέρα για τους άνδρες και ένα ποτό για τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους. Επειδή όμως και πάλι είναι πιθανό να υπάρξουν αρνητικές συνέπειες, καλό είναι να απέχει κανείς εντελώς από τη χρήση οиноπνεύματος, επί παραδείγματι, για δύο συνεχόμενες ημέρες την εβδομάδα. Βεβαίως, σε αρκετές περιπτώσεις η κατανάλωση ακόμη και απειροελάχιστης ποσότητας αλκοόλ απαγορεύεται για λόγους υγείας και ασφάλειας (π.χ. έγκυοι, άτομα που πρόκειται να οδηγήσουν ή πρέπει να βρίσκονται σε εγρήγορση και να διατηρούν την επιδεξιότητά τους για επαγγελματικούς λόγους, άνθρωποι που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και ασφαλώς άτομα που βρίσκονται στη διαδικασία απεξάρτησης από το αλκοόλ).

5. Γιατί οι άνθρωποι εξαρτώνται από το αλκοόλ;

Μέχρι σήμερα δεν έχει «απομονωθεί» ένας παράγοντας που να εξηγεί τη ροπή προς την παθολογική χρήση αλκοόλ. Τα αίτια μάλλον είναι σύνθετα, πρόκειται δηλαδή για το αποτέλεσμα της επίδρασης ποικίλων παραγόντων. Αυτή η διαπίστωση επιτρέπει μια πληρέστερη και αποτελεσματικότερη προσέγγιση.

Από μελέτες που έγιναν σε δείγμα αλκοολικών διαπιστώθηκε η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης για εξάρτηση από το αλκοόλ, παρόλο που δεν είναι γνωστό τι ακριβώς κληροδοτείται. Για παράδειγμα, έρευνες σε παιδιά αλκοολικών τα οποία υιοθετήθηκαν από ζευγάρια μη αλκοολικών έδειξαν ότι αυτά έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να αναπτύξουν αλκοολισμό από ό,τι ένα υιοθετημένο παιδί του οποίου τόσο οι θετοί όσο και οι φυσικοί γονείς δεν είναι αλκοολικοί. Ειδικοί υποστηρίζουν μάλιστα ότι υπάρχει τρεις με τέσσερις φορές μεγαλύτερος κίνδυνος εξάρτησης από το αλκοόλ σε στενούς συγγενείς αλκοολικών από ό,τι σε υιοθετημένα παιδιά με φυσικούς γονείς αλκοολικούς.

Οι περισσότεροι αλκοολικοί όμως δεν παρουσιάζουν οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού. Αυτό υποδηλώνει ότι στη γένεση του αλκοολισμού συμβάλλουν περιβαλλοντικοί, δηλαδή ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι οι προσδοκίες που εναποτίθενται στη χρήση του, η μοναξιά, η απομόνωση, το άγχος, η αϋπνία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, οι τραυματικές εμπειρίες, η κοινωνική πίεση, τα διαπροσωπικά προβλήματα και τα κοινωνικά πρότυπα.

Στην εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να συντελέσουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη, η κοινωνική φοβία και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

6. Ποιες είναι οι συνέπειες του αλκοολισμού;

Όταν το άτομο καταναλώνει αλκοόλ μέσα στα ασφαλή όρια, μπορεί να απολαύσει τα θετικά αποτελέσματα της χρήσης του τόσο σε επίπεδο ψυχικής διάθεσης και ευφορίας όσο και σε επίπεδο σωματικής υγείας. Για παράδειγμα, πολλές έρευνες έδειξαν κατά καιρούς ότι όσοι καταναλώνουν αλκοόλ με μέτρο έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρδιακά προβλήματα από ό,τι εκείνοι που δεν πίνουν καθόλου ή πίνουν μεγάλες ποσότητες.

Τα σωματικά, νευρολογικά και ψυχικά επακόλουθα της κατάχρησης και της εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι πολύ σοβαρά. Εξίσου σημαντική είναι η μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου στο διαπροσωπικό, τον επαγγελματικό και τον κοινωνικό τομέα. Στις ανεπτυγμένες χώρες το αλκοόλ συγκαταλέγεται στις δέκα κύριες αιτίες των ασθενειών και των τραυματισμών. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το αλκοόλ ευθύνεται για το 3,27% (1,8 εκατομμύρια) των θανάτων και για το 4% (58,3 εκατομμύρια) των χρόνιων παθήσεων.

Οι σωματικές επιπλοκές από τη συχνή χρήση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος είναι δυνατόν να επηρεάσουν οποιοδήποτε σύστημα οργάνων του σώματος, κυρίως όμως αφορούν το γαστρεντερικό, το καρδιακό και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Ασθένειες που συνήθως προκαλούνται από μεγάλη χρήση αλκοόλ είναι η οξεία γαστρίτιδα, τα έλκη στομάχου και δωδεκαδακτύλου, η κίρρωση του ήπατος, το λιπώδες ήπαρ, η χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια, η οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, ο καρκίνος διαφόρων τμημάτων της γαστρεντερικής οδού και η αλκοολική καρδιομυοπάθεια.

Στα νευρολογικά επακόλουθα του αλκοολισμού περιλαμβάνονται η οξεία δηλητηρίαση, που μπορεί να προκαλέσει κώμα και θάνατο, η χρόνια δηλητηρίαση από οινόπνευμα με βαριές βλάβες, όπως είναι η αλκοολική πολυνευροπάθεια που εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία, παραισθήσεις και συμπτώματα μη αισθητικότητας της περιφέρειας (κυρίως των ποδιών), καθώς και επιληπτικά επεισόδια. Η επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα οδηγεί σε έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, κυρίως της μνήμης, και σε ατροφία της παρεγκεφαλίδας, που με τη σειρά της οδηγεί σε δύο σοβαρότατες διαταραχές: την εγκεφαλοπάθεια Wernicke και το σύνδρομο Korsakoff. Η *εγκεφαλοπάθεια Wernicke* είναι μια οξεία κατάσταση που εξελίσσεται γρήγορα και απαιτεί άμεση φαρμακευτική θεραπεία για να αποτραπεί ο θάνατος. Τα συμπτώματα της ασθένειας είναι θολή συνείδηση, αδυναμία των μυών να ελέγξουν τις κινήσεις του ματιού και πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να

περπατήσει ή να σταθεί όρθιο. Το *σύνδρομο Korsakoff* είναι μια χρόνια κατάσταση η οποία ενδέχεται να ακολουθήσει την εγκεφαλοπάθεια Wernicke και βελτιώνεται στο 75% των ασθενών που σταματούν τη χρήση οινοπνεύματος και διατρέφονται επαρκώς για ένα διάστημα από έξι μήνες έως δύο χρόνια. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό του συνδρόμου είναι η μείωση της βραχύχρονης μνήμης, η οποία εκφράζεται κυρίως ως αδυναμία αποθήκευσης νέων πληροφοριών. Έκπτωση μπορεί να παρουσιαστεί και στη μακρόχρονη μνήμη, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην μπορεί να θυμηθεί πληροφορίες τις οποίες θυμόταν στο παρελθόν.

Οι επιπτώσεις του αλκοόλ στις ψυχικές λειτουργίες εξαρτώνται άμεσα από την ποσότητα που καταναλώνεται. Μια επανορθώσιμη ψυχική διαταραχή είναι η μέθη, η οποία δεν συνεπάγεται απαραίτητα εξάρτηση από το αλκοόλ, προκαλεί όμως ψυχολογικές μεταβολές που εκφράζονται με ασυμβίβαστη σεξουαλική και επιθετική συμπεριφορά, εύθυμη διάθεση, αδιαφορία για την κοινωνική και την επαγγελματική δραστηριότητα, αστάθεια βαδίσματος, έκπτωση στην προσοχή, τη μνήμη και την κριτική σκέψη.

Άλλες ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται από το αλκοόλ είναι η ψυχωσική διαταραχή, η άνοια και η αμνησιακή διαταραχή. Δεν αποκλείεται επίσης να παρουσιαστεί στερητική διαταραχή με συμπτώματα ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων, ναυτίας, εμετού, πυρετού.

Άλλα κοινωνικά, επαγγελματικά και διαπροσωπικά προβλήματα που προκύπτουν από την παθολογική χρήση οινοπνεύματος είναι η κατάθλιψη, που αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονιών, οι πτώσεις και τα ατυχήματα κατά τη διάρκεια της μέθης, οι απουσίες από την εργασία, τα ατυχήματα εν ώρα εργασίας, η χαμηλή παραγωγικότητα, τα διαπροσωπικά προβλήματα στην οικογένεια και την εργασία.

Από ερευνητικά ευρήματα προέκυψε ότι πολλοί δράστες βίαιων εγκληματικών πράξεων βρίσκονταν υπό την επήρεια αλκοόλ την ώρα της επίθεσης. Έρευνα που διενεργήθηκε από το Βρετανικό Ιατρικό Σύλλογο κατέδειξε ότι το αλκοόλ αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα στο 60% με 70% των ανθρωποκτονιών, στο 75% των

μαχαιρωμάτων, στο 70% των ξυλοδαρμών και στο 50% των διαπληκτισμών και των οικογενειακών επιθέσεων. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να σημειωθεί ότι οι μέχρι σήμερα έρευνες που εξετάζουν τη σχέση αλκοόλ και βίαιης συμπεριφοράς έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το αλκοόλ δεν προκαλεί βία από μόνο του, αλλά σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Η κατάχρηση αλκοόλ και η ροπή προς τη βία έχουν κοινές αιτίες, που μπορεί να είναι η ιδιοσυγκρασία του ατόμου, μια ριψοκίνδυνη προσωπικότητα ή ένα κοινωνικό περιβάλλον που ενισχύει ή συμβάλλει στην εκδήλωση αποκλίνουσας συμπεριφοράς.

7. Διαφοροποιείται η δράση του αλκοόλ στον οργανισμό με την πάροδο της ηλικίας;

Με την πάροδο της ηλικίας οι νοητικές και οι σωματικές λειτουργίες του ανθρώπου, όπως είναι η όραση και η ακοή, εξασθενούν. Κατά τον ίδιο τρόπο άλλες λειτουργίες που σχετίζονται με τη διαδικασία της γήρανσης συμβάλλουν ώστε άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να αισθάνονται ευφορία ακόμη και με την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων ποτού. Η αυξημένη χρήση φαρμάκων στην ηλικία αυτή είναι ένας πρόσθετος παράγοντας που επιβάλλει στα ηλικιωμένα άτομα να απέχουν από το ποτό, επειδή η παράλληλη χρήση φαρμάκων και αλκοόλ αντενδείκνυται λόγω των ενδεχόμενων σοβαρότατων επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο.

8. Επιδρά το αλκοόλ διαφορετικά στο γυναικείο και στον ανδρικό οργανισμό;

Οι γυναίκες μεθούν πιο εύκολα από τους άνδρες καταναλώνοντας την ίδια ποσότητα αλκοόλ, ακόμη και όταν έχουν μεγαλύτερο σω-

ματικό βάρος. Αυτό συμβαίνει επειδή ο γυναικείος οργανισμός περιέχει αναλογικά μικρότερη ποσότητα νερού από ό,τι ο ανδρικός. Έτσι, μετά την ανάμειξη αλκοόλ και νερού, η συγκέντρωση του πρώτου στο αίμα του γυναικείου σώματος είναι μεγαλύτερη από ό,τι στο ανδρικό.

9. Υπάρχει θεραπεία για τον αλκοολισμό;

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για τον αλκοολισμό ποικίλλουν και διακρίνονται σε θεραπείες για την αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων και σε μακροχρόνιες θεραπείες.

Οι *θεραπείες για την αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων* εφαρμόζονται όταν παρουσιαστούν επιπλοκές από τη χρήση και κατάχρηση οινοπνεύματος, με στόχο την πρόληψη συμπτωμάτων στένωσης. Τις πρώτες ημέρες χορηγείται φαρμακευτική αγωγή, για να βοηθηθούν οι ασθενείς να απέχουν από το αλκοόλ. Κάποιες ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή της χρήσης δημιουργούν δυσφορικά συμπτώματα, όπως εμετό, ναυτία, ταχυκαρδία, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην επιθυμεί να πει επειδή φοβάται ότι θα εμφανιστούν αυτά τα συμπτώματα. Η χορήγηση των ουσιών γίνεται αφού πρώτα ο ασθενής ενημερωθεί για τη δράση τους και δώσει τη συγκατάθεσή του. Σημαντικό είναι να συνδυάζεται με ψυχοθεραπεία, η οποία θα καλύψει θέματα όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση του αλκοολικού.

Από την άλλη, σε οποιαδήποτε *μακροχρόνια θεραπεία* προηγείται αποτοξίνωση, δηλαδή αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος του ατόμου και παρακολούθησή του προκειμένου να ελεγχθούν τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου και να αποφευχθούν οι επιπτώσεις του. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η αποτοξίνωση πρέπει πάντοτε να γίνεται σε παθολογικό ή ψυχιατρικό τμήμα νοσοκομείου, επειδή η ξαφνική διακοπή ενέχει τον κίνδυνο θάνατου και το στερητικό σύνδρομο στον αλκοολικό ασθενή μπορεί

να οδηγήσει σε επιπλοκές που χρειάζονται στενή ιατρική παρακολούθηση.

Μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που μπορεί να εφαρμοστεί στον αλκοολισμό είναι η συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, η οποία εστιάζεται στην τωρινή συμπεριφορά του ατόμου. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, η συμπεριφορά του αλκοολικού είναι αποτέλεσμα μάθησης. Αυτή η μαθημένη συμπεριφορά διατηρείται και ενισχύεται από διάφορους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, και για να αλλάξει πρέπει να εφαρμοστούν κάποιες τεχνικές που βασίζονται στους νόμους της μάθησης.

Στην αρχή της θεραπείας ο ασθενής μαζί με το θεραπευτή καθορίζουν από κοινού τους στόχους για την αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς, η οποία θα πραγματοποιηθεί με τη βοήθεια και την καθοδήγηση του θεραπευτή. Οι περισσότερες προσεγγίσεις στη θεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνουν συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως:

- Η συστηματική απευαισθητοποίηση, που επιχειρεί τη σταδιακή αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων σε συνδυασμό με χαλάρωση.
- Η εκμάθηση τεχνικών αυτοελέγχου.
- Η θεραπεία αποστροφής, κατά την οποία η λήψη αλκοόλ συνδέεται με εμετό, ναυτία, μια άσχημη οσμή ή ένα άλλο αποστροφικό ερέθισμα.
- Η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες, επειδή η κατάχρηση αλκοόλ δημιουργεί ένταση και άγχος.
- Η εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά.
- Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές για τη θεραπεία του αλκοολισμού εμφανίστηκαν κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970. Από τότε έως σήμερα εμπλουτίστηκαν με τεχνικές ενδυνάμωσης των κινήτρων για θεραπεία και πρόληψη της υποτροπής, καθώς και με στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα τελευταία χρόνια επιχειρείται η ενσωμάτωση των νέων απόψεων της γνωσιακής σχολής στις συμπεριφοριστικές τεχνικές.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεωρία συνέβαλε κατά πολύ στην κατανόηση της ανάπτυξης, της διατήρησης και της θεραπείας των προβλημάτων αλκοολισμού. Το βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης είναι ότι ο θεραπευτής δεν βλέπει τον αλκοολικό ως ασθενή. Τον βλέπει ως ένα άτομο που χρειάζεται να εκπαιδευτεί σε μια σειρά από κοινωνικές δεξιότητες και να αναπτύξει αποτελεσματικές στρατηγικές για να αντιμετωπίζει τις αντιξοότητες της ζωής του.

Μια μέθοδος γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας εφαρμόσιμη στο χώρο των εξαρτήσεων είναι η «πρόληψη υποτροπής». Αυτή συνδυάζει την εκπαίδευση σε συμπεριφορικές δεξιότητες, σε γνωσιακές παρεμβάσεις και σε διαδικασίες αλλαγής του τρόπου ζωής με στόχο να ενισχύσει και να διατηρήσει μια «συνήθεια αλλαγής».

Η θεραπεία επιδιώκει ειδικότερα:

- Να εφοδιάσει το θεραπευόμενο με δεξιότητες, ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει, να περιμένει, να αποφεύγει και να αντιμετωπίζει καταστάσεις που τον κάνουν να θέλει να πει.
- Αν και όταν ολισθήσει ο θεραπευόμενος, να διαθέτει τα κατάλληλα εφόδια για να μπορεί να αντιλαμβάνεται ότι το συγκεκριμένο επεισόδιο είναι ένα μεμονωμένο περιστατικό και δεν συνεπάγεται πλήρη υποτροπή. Για παράδειγμα, όταν μεθύσει, να πει στον εαυτό του ότι αυτό δεν σημαίνει πως ξανάγινε αλκοολικός.
- Να ενισχύσει το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητάς του.
- Να τον βοηθήσει να αλλάξει τρόπο ζωής.

Ο ρόλος του θεραπευτή είναι περισσότερο καθοδηγητικός, εκπαιδευτικός, με τελικό στόχο ο ίδιος ο θεραπευόμενος να βοηθήσει τον εαυτό του αυξάνοντας την αυτοαντίληψή του, αφού θα έχει εκπαιδευτεί σε γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές και στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμόζεται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους, όπως είναι η θεραπεία ζευγους ή η οικογενειακή θεραπεία, αφού ο αλκοολικός έχει ανάγκη τη συνεχή υποστήριξη και την κατάλληλη αντιμετώπιση από το περιβάλλον του.

10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Επειδή ο αλκοολισμός θεωρείται μια σοβαρή και πολλές φορές επικίνδυνη έξη, κρίνεται απαραίτητη η συμβολή ειδικά καταρτισμένων θεραπειών (σε εξειδικευμένα κέντρα) για την αντιμετώπισή του.

Διαταραχές προσωπικότητας

Αλεξάνδρα Παπαδημητρίου
Φανή Κατσούλη

1. Τι είναι η προσωπικότητα και οι διαταραχές προσωπικότητας;
2. Σε ποια ηλικία εμφανίζονται οι διαταραχές προσωπικότητας;
3. Σε ποιες περιόδους μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονα αυτά τα προβλήματα;
4. Πού οφείλεται η δημιουργία μιας διαταραχής προσωπικότητας;
5. Τι είναι τα «σχήματα» σκέψης;
6. Πώς μπορούν να τροποποιηθούν τα σχήματα της σκέψης;
7. Πότε πρέπει να αναζητήσω θεραπευτική βοήθεια;
8. Πόσο διαρκεί η θεραπεία;
9. Ποιες είναι οι διαταραχές προσωπικότητας;
10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας στο πλαίσιο της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας. Το παρακάτω κείμενο βασίζεται κυρίως στη θεωρία «σχημάτων» του Young και στη θεραπευτική προσέγγιση την οποία προτείνει για τις διαταραχές προσωπικότητας. Η προσέγγιση αυτή επιλέχθηκε επειδή υπάρχει στην ελληνική γλώσσα το βιβλίο αυτοβοήθειας των J. Young και J. Klosko, *Ανακαλύπτοντας ξανά τη ζωή σας*, το οποίο ασχολείται με τις διαταραχές προσωπικότητας. Δεν γίνεται αναφορά σε άλλες σημαντικές θεωρήσεις, όπως του Beck και των συνεργατών του και της M. Linnehan. Το βιβλίο των Young και Klosko όμως μπορεί να βοηθήσει τον αναγνώστη να εξοικειωθεί με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας.

1. Τι είναι η προσωπικότητα και οι διαταραχές προσωπικότητας;

Η «προσωπικότητα» είναι ένα σύνολο σχετικά μόνιμων τάσεων, διαθέσεων, πεποιθήσεων, επιθυμιών, αξιών και σχημάτων συμπεριφοράς που απαρτίζουν την ταυτότητά μας και καθορίζουν αυτό που είμαστε. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας διαμορφώνονται κυρίως από τις βιολογικές προδιαθέσεις μας, τις πρώιμες παιδικές εμπειρίες μας, αλλά και τις εμπειρίες που έχουμε καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο παίζει η αλληλεπίδραση με την οικογένειά μας και κυρίως με τους γονείς μας.

Οι «διαταραχές προσωπικότητας» είναι ένα σύνολο από δυσπροσαρμοστικές και δύσκαμπτες σκέψεις, συναισθήματα και σχήματα συμπεριφοράς, που βιώνονται σταθερά για μεγάλο χρονικό διάστημα και προκαλούν δυσκολίες σε πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου και ιδιαίτερα στις σχέσεις του με τους άλλους. Το άτομο με διαταραχή προσωπικότητας δεν αντιλαμβάνεται εύκολα ότι ο τρόπος σκέψης και συμπεριφοράς του είναι δυσλειτουργικός και ότι το ίδιο συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στα προβλήματά του· αντί-

θετα, θεωρεί συνήθως τους άλλους υπεύθυνους για τα προβλήματα του και δύσκολα ζητά βοήθεια από ειδικό.

2. Σε ποια ηλικία εμφανίζονται οι διαταραχές προσωπικότητας;

Οι διαταραχές προσωπικότητας εμφανίζονται συνήθως στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Όταν το άτομο έχει μια διαταραχή προσωπικότητας, αντιμετωπίζει μακροχρόνιες δυσκολίες στους περισσότερους τομείς της ζωής του και πρέπει να προσπαθήσει πολύ για να αντεπεξέλθει. Με την πάροδο του χρόνου η ένταση των συμπτωμάτων ελαττώνεται περισσότερο σε ορισμένες διαταραχές και λιγότερο σε κάποιες άλλες.

3. Σε ποιες περιόδους μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονα αυτά τα προβλήματα;

Σε κάποιες περιόδους της ζωής οι συνέπειες της διαταραχής γίνονται πιο έντονες. Σε περιόδους έντονου άγχους λόγω δύσκολων καταστάσεων (εξετάσεις, αλλαγή εργασίας, απόλυση, διάλυση σχέσης, προοπτική γάμου ή μητρότητας κ.λπ.) είναι πολύ πιθανό να εντείνονται τα προβλήματα σε διάφορους τομείς, χωρίς το ίδιο το άτομο να κατανοεί τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό. Αν συνειδητοποιήσει ότι σε συγκεκριμένες περιόδους της ζωής του υπάρχουν κάποια επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς είτε δικής του («είναι η τρίτη φορά που βρίσκομαι στο δικαστήριο επειδή χτύπησα κάποιον προπορευόμενο οδηγό στο δρόμο») είτε σημαντικών δικών του ανθρώπων με τους οποίους έχει σχέση («δεν μπορώ να καταλάβω πώς είναι δυνατόν όλοι οι άνδρες να με εγκαταλείπουν»), θα πρέπει να αναζητήσει βοήθεια από ειδικό.

4. Πού οφείλεται η δημιουργία μιας διαταραχής προσωπικότητας;

Δεν υπάρχουν ξεκάθαρες αιτιολογικές εξηγήσεις για το πώς αναπτύσσονται οι διαταραχές προσωπικότητας. Γενικά φαίνεται ότι η ανάπτυξη τους οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων που επιδρούν μεταξύ τους. Η *ιδιοσυγκρασία* του κάθε ατόμου είναι ένας από αυτούς. Η ιδιοσυγκρασία είναι έμφυτη – κληρονομική – και αποτελεί το συναισθηματικό μας υπόβαθρο και τον τρόπο με τον οποίο είμαστε προικισμένοι να αντιδρούμε απέναντι στα γεγονότα. Καθοριστική στη βιολογική και συναισθηματική μας ανάπτυξη είναι επίσης η συμβολή του περιβάλλοντος. Η *οικογένειά μας* είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας, ο οποίος ασκεί επίδραση πάνω μας από την αρχή της ζωής μας. Η οικογένεια καλείται να ικανοποιήσει βασικές και πρωταρχικές ανάγκες μας από τα πρώτα χρόνια της ζωής μας. Μερικές από αυτές τις ανάγκες είναι η ασφάλεια, η αυτονομία, η αυτοεκτίμηση, η επαφή με τους ανθρώπους. Αν ικανοποιηθούν σε σημαντικό βαθμό, τότε η συναισθηματική και ψυχολογική μας ανάπτυξη θα είναι ομαλή. Αν όμως υπάρχουν σοβαρά προβλήματα που εμποδίζουν την εκπλήρωση αυτών των αναγκών, τότε εμείς, ανάλογα και με την ιδιοσυγκρασία μας, θα διαμορφώσουμε κάποιες αντιλήψεις και σημαντικές πεποιθήσεις για τον εαυτό μας και τους άλλους, οι οποίες μας ωθούν να συμπεριφερόμαστε δυσλειτουργικά τόσο κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής μας όσο και μετά την είσοδό μας στην ενήλικη ζωή. Αυτή η δυσλειτουργική συμπεριφορά εντείνεται σε περιόδους στρες.

5. Τι είναι τα «σχήματα» σκέψης;

Η έννοια του «σχήματος» προέρχεται από τη *γνωστική ψυχολογία*. Τα σχήματα είναι εργαλεία οργάνωσης και αποθήκευσης της γνώσης για τον εαυτό μας και τον κόσμο. Εκφράζονται στη σκέψη, στο

συναίσθημα και στη συμπεριφορά μας. Προέρχονται από την παρελθούσα εμπειρία μας και μας βοηθούν να ερμηνεύσουμε τις εμπειρίες μας στο παρόν και να προβλέψουμε τις καταστάσεις στο μέλλον. Με πιο απλά λόγια, τα σχήματα είναι *βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις για τον εαυτό μας και τον κόσμο*, τις οποίες έχουμε αποκτήσει κατά την παιδική ηλικία. Έχουν αφετηρία τον τρόπο με τον οποίο μας συμπεριφερόταν και μας αντιμετώπιζε η οικογένειά μας ή άλλα σημαντικά πρόσωπα της ζωής μας (ή τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύαμε εμείς τη συμπεριφορά τους) έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής μας.

Τα σχήματα ενεργοποιούνται κάθε φορά που αντιμετωπίζουμε ένα γεγονός το οποίο «προσομοιάζει» σε δύσκολες και επώδυνες εμπειρίες του παρελθόντος. Επειδή διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από τις εμπειρίες της παιδικής μας ηλικίας και δομούν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε και αξιολογούμε τα πράγματα, οι αντιλήψεις που προκύπτουν από αυτά τα σχήματα παραμένουν σταθερές στο χρόνο (αφού είμαστε βέβαιοι γι' αυτές και δεν τις αμφισβητούμε). Επιπλέον τα σχήματα μας προσφέρουν ένα αίσθημα προβλεψιμότητας και ασφάλειας για τον εαυτό μας και τις διαπροσωπικές μας σχέσεις. Παρέχουν ένα μοναδικό τρόπο να οργανώνουμε και να ερμηνεύουμε τις νέες εμπειρίες με βάση τις αντιλήψεις που διαμορφώθηκαν από τις παρελθούσες εμπειρίες μας. Εγκαταλείποντας την πίστη μας σε ένα σχήμα είναι σαν να απαρνιόμαστε την ασφάλεια που μας δίνει η βεβαιότητα για το ποιοι είμαστε. Γι' αυτό και συνηθίζουμε να εμμένουμε στα σχήματα της σκέψης μας, ακόμη και αν αυτά λειτουργούν εις βάρος μας.

6. Πώς μπορούν να τροποποιηθούν τα σχήματα της σκέψης;

Όπως προαναφέρθηκε, τα σχήματα είναι βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και αλλάζουν πολύ δύσκολα. Για να τροποποιηθούν απαιτούν

διαρκή εξάσκηση και αυτοέλεγχο, και αυτό σημαίνει ότι η διαδικασία της αλλαγής είναι μακροχρόνια.

Το πρώτο βήμα για την αλλαγή των σχημάτων είναι να αναγνωρίσει το άτομο ότι ίσως ορισμένα πράγματα και καταστάσεις στη ζωή του επαναλαμβάνονται. Μπορεί να είναι ο τρόπος με τον οποίο σχετίζεται με τους ανθρώπους, το πώς συμπεριφέρεται στους γύρω του και το πώς εκείνοι του συμπεριφέρονται. Η δημιουργία τέτοιων επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών μπορεί να εξηγείται από συμπεριφορές που το άτομο είχε υιοθετήσει στην παιδική του ηλικία και από τον τρόπο που το αντιμετώπιζε η οικογένειά του ως παιδί.

Το δεύτερο βήμα στη θεραπεία είναι το άτομο να αναγνωρίσει τα σχήματα της σκέψης του και το πώς αυτά επηρεάζουν την τωρινή του συμπεριφορά. Ίσως ανακαλύψει ότι έχει κάποια σχήματα τα οποία δυσκολεύουν τη ζωή του σε πολλούς τομείς (συναισθηματικό, επαγγελματικό κ.λπ.).

Στη συνέχεια, και με τη βοήθεια του θεραπευτή του, το άτομο θα εξετάσει την εγκυρότητα των σχημάτων σε ένα λογικό επίπεδο. Σε αυτό θα τον βοηθήσει η καταγραφή των αποδεικτικών στοιχείων που είναι υπέρ και κατά της ρεαλιστικότητας των σχημάτων του.

Τέλος, αφού έχει κατανοήσει πώς τα σχήματά του εκδηλώνονται μέσω της συμπεριφοράς του, θα επιχειρήσει με τη βοήθεια του θεραπευτή του να διαφοροποιήσει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και συμπεριφέρεται.

Θα δούμε αυτή την πορεία με ένα παράδειγμα. Ένας άνδρας αντιλαμβάνεται ότι, επειδή δεν μπορεί ποτέ να πει «όχι» στις απαιτήσεις των συναδέλφων του, αναγκάζεται να δουλεύει καθημερινά περισσότερο απ' όσο του αναλογεί. Αναζητά επαγγελματική βοήθεια θέλοντας να βρει λύση στο πρόβλημα αυτό. Από τη συνεργασία του με τον ειδικό ανακαλύπτει ότι εμφανίζει παρόμοιες συμπεριφορές (αδυναμία να εκφράσει την άποψή του και να υποστεί τις «συνέπειες») και σε άλλους τομείς της ζωής του (π.χ. στη σχέση του με τη σύντροφό του, τους φίλους του κ.λπ.). Στη συνέχεια αντιλαμβάνεται, πάλι με τη βοήθεια του θεραπευτή, ότι αυτή η αντί-

δραση δεν του είναι άγνωστη και ότι υπήρχε ήδη από την παιδική του ηλικία. Σε μια βαθύτερη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους διαπιστώνει ότι αυτή η συμπεριφορά του πηγάζει από την αντίληψή του ότι «δεν μπορεί να τα καταφέρει μόνος του και χρειάζεται τη βοήθεια των άλλων για να τα βγάλει πέρα» (σχήμα ευαλωτότητας). Αυτή η αντίληψη δεν του επιτρέπει να λέει ελεύθερα τη γνώμη του και να διαφωνεί με τους άλλους επειδή φοβάται ότι έτσι μπορεί να χάσει την αποδοχή και τη στήριξή τους. Το επόμενο βήμα είναι να προσπαθήσει, με τη βοήθεια του θεραπευτή, να ελέγξει πόσο ρεαλιστικό και ορθό είναι αυτό το σχήμα του. Αρχίζει, με υπόδειξη του θεραπευτή, να καταγράφει σε καθημερινή βάση όλες τις δραστηριότητές του και να αξιολογεί κατά πόσο τις πραγματοποίησε στηριζόμενος στις δικές του δυνάμεις ή στη βοήθεια των άλλων. Μέσω αυτής της διαδικασίας αντιλαμβάνεται ότι πολλές από τις δραστηριότητές του βασίζονται αποκλειστικά στις δικές του προσπάθειες και ότι πολλές από εκείνες που ολοκληρώνει με τη βοήθεια των άλλων μπορεί να τις κάνει και μόνος του χωρίς να χάσει τη στήριξή τους (π.χ. η απόφαση για την ανακαίνιση του σπιτιού του, η επιτυχημένη πραγματοποίηση και η προθυμία της συντρόφου του να αποδεχθεί τις προτάσεις του).

7. Πότε πρέπει να αναζητήσω θεραπευτική βοήθεια;

Ζήτησε θεραπευτική βοήθεια από ψυχολόγο ή ψυχίατρο (με κατάλληλη ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση) εάν τα συμπτώματά σου είναι τόσο σοβαρά ώστε να διαταράσσουν τη λειτουργικότητά σου ή να δυσχεραίνουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις σου με τους άλλους ανθρώπους. Αν έχεις σκέψεις αυτοκτονίας ή συμπεριφέρεσαι με τρόπο που αποβαίνει επικίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα των άλλων και τη δική σου, πήγαινε οπωσδήποτε σε έναν ειδικό.

8. Πόσο διαρκεί η θεραπεία;

Η θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας είναι αρκετά απαιτητική και δύσκολη. Η δυσκολία επιτείνεται και από το γεγονός ότι τα άτομα απευθύνονται στο θεραπευτή για να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της διαταραχής τους (καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους, έντονα συναισθήματα θυμού κ.ά.), και όχι για την ίδια τη διαταραχή, την οποία δεν αναγνωρίζουν ότι έχουν.

Η θεραπεία απαιτεί πολύ χρόνο συγκριτικά με τη θεραπεία άλλων διαταραχών. Εξαιτίας της ελλιπούς επίγνωσης των δυσλειτουργικών σχημάτων του αλλά και της συνήθως μακροχρόνιας επανάληψης των ίδιων μοτίβων αντίληψης και συμπεριφοράς, το άτομο με διαταραχή προσωπικότητας αδυνατεί να αντιληφθεί το μηχανισμό δημιουργίας των συμπτωμάτων (δυσκολιών) του. Για παράδειγμα, ένα άτομο, το οποίο λόγω ιδιαίτερων επαγγελματικών καταστάσεων πρέπει να πάρει άμεσα μια απόφαση για το μέλλον του, απευθύνεται σε ένα θεραπευτή και ζητά τη βοήθειά του. Στην πραγματικότητα το άτομο πάσχει από αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας, εμφανίζει δηλαδή και άλλα «συμπτώματα». Η επίλυση του προβλήματος που το απασχολεί και το πιέζει γίνεται αφορμή να κατανοήσει τη δυσκολία του στη λήψη αποφάσεων και στην ανάληψη ευθυνών. Το γεγονός όμως ότι πρόκειται για μια μόνο έκφραση της αποφευκτικής του προσωπικότητας (αποφυγή δέσμευσης σε προσωπικό επίπεδο, έντονος φόβος αρνητικής κριτικής) δεν του είναι κατανοητό.

9. Ποιες είναι οι διαταραχές προσωπικότητας;

Υπάρχουν αρκετοί τύποι διαταραχών προσωπικότητας:

- Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας.

- Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας.
- Δραματική διαταραχή της προσωπικότητας.
- Εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας.
- Μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας.
- Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας.
- Παθητική-επιθετική διαταραχή της προσωπικότητας.
- Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας.
- Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας.
- Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας.
- Ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας.

Όλες αυτές οι διαφορετικού τύπου διαταραχές εξετάζονται αναλυτικά στις επόμενες ενότητες.

10. Τι να διαβάσω για να βοηθήσω τον εαυτό μου;

Στα ελληνικά κυκλοφορεί το βιβλίο των J.E. Young & J.S. Klosko, *Ανακαλύπτοντας ξανά τη ζωή σας*, το οποίο μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με κάποια διαταραχή προσωπικότητας να καταλάβουν καλύτερα τη φύση των προβλημάτων τους.

Τύποι διαταραχών προσωπικότητας

- Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας
- Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας
- Παθητική-επιθετική διαταραχή προσωπικότητας
- Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας
- Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας
- Μεταιχμιακή ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας
- Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας
- Δραματική διαταραχή προσωπικότητας
- Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας
- Εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας
- Ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Η παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους ανθρώπους και έντονη καχυποψία. Μπορεί να γίνει εμφανής στην εφηβική ηλικία με μοναχικότητα, άγχος σε διάφορες κοινωνικές περιστάσεις, χαμηλή απόδοση στο σχολείο, δύσκολες και λιγοστές σχέσεις με συνομηλίκους. Παρουσιάζεται σε ποσοστό από 0,5% έως 2,5% του γενικού πληθυσμού.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας;

Βασικά χαρακτηριστικά στην παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας είναι η έντονη δυσπιστία και η καχυποψία απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Το άτομο δυσκολεύεται να εμπιστευτεί τους γύρω του και θεωρεί τα κίνητρα των πράξεών τους κακόβουλα. Πιστεύει ότι δεν το αντιμετωπίζουν σωστά και το εκμεταλλεύονται. Αμφισβάλλει διαρκώς για την πίστη ή την αξιοπιστία των φίλων και συνεργατών του, δεν συγχωρεί επικρίσεις και δεν είναι ποτέ σίγουρο για την πίστη του συντρόφου του. Η διάθεσή του είναι ευμετάβλητη, καθώς εξαγριώνεται ή ξεσπά ξαφνικά σε κλάματα. Βρίσκεται συνεχώς σε κατάσταση επαγρύπνησης και επιφυλακής. Κάποιες φορές δείχνει εκτός πραγματικότητας, με τις καταστάσεις να του φαίνονται εξωπραγματικές και τα συναισθήματά του να παραλύουν. Αυτή η στάση του κάνει συχνά τους άλλους να απορούν. Πότε πότε κατακλύζεται από άγχος και κατάθλιψη, επειδή βιώνει ένα αίσθημα μειονεκτικότητας και απόγνωσης για τη ζωή του.

3. Πού οφείλεται αυτή η διαταραχή;

Αν το άτομο ανατρέξει στο παρελθόν, είναι πιθανό να συνειδητοποιήσει ότι δεν μπορούσε να εμπιστευτεί τους ανθρώπους στην οικογένειά του επειδή πρόδιδαν την εμπιστοσύνη του ή του συμπεριφέρονταν με άσχημο τρόπο. Μπορεί κάποιο μέλος της οικογένειάς του να το κακοποιούσε λεκτικά, σωματικά ή σεξουαλικά, να το ταπείνωνε ή να το υποβίβαζε διαρκώς. Μπορεί επίσης ο ένας από τους γονείς του να το προειδοποιούσε επανειλημμένα να μην εμπιστεύεται τους ανθρώπους εκτός οικογένειας ή να του εξέφραζε τη στοργή του με τρόπο που του προκαλούσε αμηχανία.

Αυτές οι εμπειρίες και τα βιώματα διαμόρφωσαν σταδιακά τα σχήματά του, τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τον κόσμο. Στην πραγματικότητα, το άτομο κατακλύζεται από δυσπιστία και καχυποψία επειδή θεωρεί ότι ο κόσμος είναι απειλητικός και ότι οι άλλοι θα το κακομεταχειριστούν και θα το πληγώσουν – όπως και στο παρελθόν. Αυτό το σχήμα δυσπιστίας το αναγκάζει να βρίσκεται σε εγρήγορση για να προστατεύσει τον εαυτό του και συχνά πληγώνει τους άλλους προτού το πληγώσουν εκείνοι ή τους θέτει υπό δοκιμασία για να εξακριβώσει αν είναι με το μέρος του. Έτσι δεν καταφέρνει να διατηρήσει σταθερές και ισορροπημένες σχέσεις με τους ανθρώπους, βρίσκεται σε διαρκή συναισθηματική ανησυχία και κατακλύζεται από θυμό.

4. Πώς μπορούν να βοηθηθούν τα άτομα με παρανοειδή διαταραχή;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει το δύσπιστο και καχύποπτο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τα πράγματα και να απεγκλωβιστεί από αυτόν. Με τη βοήθεια του θεραπευτή το άτομο θα αναβιώσει εμπειρίες του παρελθόντος και θα εκφράσει τα συναισθήματά του απέναντι σε εκεί-

νους που ίσως το υποβίβασαν ή το κακομεταχειρίστηκαν. Θα συνειδητοποιήσει επίσης πώς οι πρώιμες εμπειρίες του σχετίζονται με τον τωρινό τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς του. Μέσω της θεραπείας θα πειραματιστεί επίσης με την υιοθέτηση πιο λειτουργικών αντιλήψεων και συμπεριφορών.

Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από την έντονη αίσθηση σπουδαιότητας και μεγαλείου του ατόμου και από την ανάγκη του να έχει το θαυμασμό των άλλων. Αρκετά ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά είναι κοινά και σε άτομα με άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Η διαταραχή παρουσιάζεται στο 1% του γενικού πληθυσμού και είναι συχνότερη στους άνδρες.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο που πάσχει από αυτή τη διαταραχή πιστεύει ότι είναι σπουδαίο και ότι οι άλλοι οφείλουν να το αναγνωρίζουν και να το θαυμάζουν. Θεωρεί τον εαυτό του μοναδικό και ξεχωριστό, επιζητά την παρέα αναγνωρισμένων προσώπων με κύρος και δυσκολεύεται να αποδεχτεί τις επιθυμίες και τα αισθήματα των άλλων ανθρώπων. Αδυνατεί να δεχτεί το «όχι» ως απάντηση, είναι πολύ ανταγωνιστικό και θυμώνει όταν δεν μπορεί να έχει αυτό που θέλει. Δίνει πάντα προτεραιότητα στις ανάγκες του, επιμένει να ικανοποιούν οι άλλοι τις επιθυμίες του και αδιαφορεί για τους κοινωνικούς κανόνες και τις συμβατικότητες. Δυσκολεύεται επίσης να ελέγξει τον παρορμητισμό του και όταν δεν μπορεί να εκπληρώσει ένα στόχο του, απογοητεύεται και εγκαταλείπει την προσπάθεια. Μπορεί να καταφεύγει σε προβληματικές συμπεριφορές, μπορεί δηλαδή να πίνει, να καπνίζει ή να τρώει υπερβολικά, για να αντιμετωπίσει συναισθήματα ματαίωσης και θλίψης. Αισθάνεται ζήλια για τα επιτεύγματα των άλλων και συχνά έχει φαντασιώσεις που σχετίζονται με επιτυ-

χίες, εξυπνάδα, ομορφιά ή ιδανική αγάπη (π.χ. το άτομο αφιερώνει σημαντικό μέρος του χρόνου του στο να «πλάθει» εικόνες και να φαντάζεται τον εαυτό του να πετυχαίνει επαγγελματικά, να γίνεται αντικείμενο θαυμασμού ή να ζει μια ιδανική σχέση). Οι άνθρωποι τους οποίους συναναστρέφεται συχνά παραπονιούνται για τη συναισθηματική ψυχρότητα που τους δείχνει, γεγονός που δυσχεραίνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

3. Πού οφείλεται αυτή η διαταραχή;

Υπάρχει το ενδεχόμενο οι γονείς του ατόμου να μην κατάφεραν να ασκήσουν πάνω του επαρκή έλεγχο και πειθαρχία, να του έδιναν ανά πάσα στιγμή αυτό που ήθελε και να ικανοποιούσαν όλες τις επιθυμίες του. Και αφού το άτομο δεν αντιμετώπισε ποτέ οποιαδήποτε συνέπεια για τις αρνητικές συμπεριφορές του, δεν έμαθε να ανέχεται την απογοήτευση και τη ματαίωση και δεν κατάφερε να ελέγχει την απαιτητικότητα και τις παρορμήσεις του στη μετέπειτα ζωή του. Σε άλλες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να στερήθηκε την αγάπη και τη φροντίδα της οικογένειάς του στην παιδική του ηλικία. Ή πάλι δεν αποκλείεται να είχε υπερπροστατευτικούς γονείς, οι οποίοι δεν του επέτρεπαν καμιά πρωτοβουλία. Για να αντισταθμίσει τα συναισθήματα μειονεκτικότητας που του δημιουργήθηκαν, προσπάθησε να διακριθεί σε άλλους τομείς (π.χ. στο σχολείο) ή κατέφυγε στη δημιουργία φαντασιώσεων σπουδαιότητας και μεγαλείου. Τέλος, τα άτομα με κάποιο εμφανές μειονέκτημα (π.χ. σωματική αναπηρία) μπορεί επίσης να εμφανίσουν ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας, θέλοντας έτσι να «αντισταθμίσουν» το πρόβλημά τους.

Αυτές οι διαφορετικές εμπειρίες έκαναν το άτομο να εκτιμά τον εαυτό του με έναν «ιδιαιτέρο» τρόπο, να θεωρεί ότι διαφέρει και να αντιμετωπίζει τους άλλους ως κατώτερους και υποτελείς του. Η μεγαλειώδης αίσθηση εαυτού το ωθεί σε ένα διαρκή και ακατά-

παυστο αγώνα για την επίδειξη της ανωτερότητάς του. Πίσω από αυτή τη συμπεριφορά πάντως είναι πιθανό να κρύβεται ο φόβος αλλά και το σχήμα της ανεπάρκειας και της ευαλωτότητάς του. Τα συναισθήματά του απορρέουν από τα σχήματα της σκέψης του. Το άτομο αισθάνεται ότι απειλείται, κυριεύεται από θυμό όταν οι άλλοι δεν αναγνωρίζουν την ανωτερότητά του, και νιώθει κατάθλιψη όταν οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί για να αποδείξει το μεγαλείο του αποτυγχάνουν.

4. Πώς πρέπει να συμπεριφέρομαι σε ένα άτομο με ναρκισσιστική διαταραχή;

Αν είσαι συγγενής, σύντροφος ή φίλος ενός ατόμου με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας, θα πρέπει κατ' αρχάς να κατανοήσεις τους λόγους για τους οποίους συμπεριφέρεται με αυτό τον τρόπο. Μερικές από τις βασικότερες αιτίες αναφέρθηκαν ήδη. Εάν περίμενες μάταια να αλλάξει ο απαιτητικός σύντροφός σου, καλό είναι να γνωρίζεις ότι ίσως χρειάζεται να αλλάξεις εσύ τη συμπεριφορά σου απέναντί του και να μάθεις να τον αντιμετωπίζεις. Οι άνθρωποι με αυτή τη διαταραχή αδυνατούν να θέσουν όρια στον εαυτό τους, γι' αυτό πρέπει να βάζεις εσύ τους περιορισμούς. Διεκδίκησε τα δικαιώματά σου στη σχέση σας και διατύπωσε αυτό που θέλεις με σταθερό και ήρεμο τρόπο. Οριοθετώντας τη συμπεριφορά σου εμπνέεις στο άτομο ασφάλεια και σιγουριά.

Αν αντιληφθείς ότι τα στοιχεία της διαταραχής είναι τόσο έντονα ώστε να επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα και τις διαπροσωπικές σχέσεις του, ή το άτομο αν παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης (απώλεια ενδιαφέροντος, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, απώλεια της ενεργητικότητας, αδυναμία συγκέντρωσης), παρότρυνέ το να απευθυνθεί οπωσδήποτε σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας.

Παθητική-επιθετική διαταραχή προσωπικότητας

1. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με παθητική-επιθετική διαταραχή προσωπικότητας;

Κεντρικό στοιχείο της διαταραχής αποτελεί η αντίφαση στην επιθυμία του ατόμου να αποκτήσει τα οφέλη της εξουσίας και ταυτόχρονα να διατηρήσει την αυτονομία του. Αυτό φαίνεται από την τάση του να αντιτίθεται με έμμεσους τρόπους στους φορείς της εξουσίας (αστυνομικές αρχές, πολιτικούς, δασκάλους, εργοδότες, εκκλησία), ενισχύοντας έτσι την αίσθηση της αυτονομίας που είναι πολύ σημαντική γι' αυτό. Το άτομο προσπαθεί συχνά να ξεφύγει από τους νόμους και τους κοινωνικούς κανόνες (ή να τους καταπατήσει) με ένα είδος έμμεσης και καλυμμένης αντίδρασης: απουσιάζει τακτικά από το σχολείο, δεν παραδίδει εργασίες στην καθορισμένη προθεσμία, δεν τηρεί με συνέπεια το ωράριο εργασίας. Από την άλλη πλευρά, εξαιτίας της ανάγκης του για αποδοχή και της επιθυμίας του να απολαμβάνει την προστασία και τα προνόμια της εξουσίας, δείχνει να υποτάσσεται και να συμμορφώνεται (φαινομενικά) με τους φορείς εξουσίας.

2. Σκέψεις, αντιλήψεις και συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους

Το άτομο που πάσχει από παθητική-επιθετική διαταραχή προσωπικότητας είναι παθητικό και υποτακτικό, αλλά όταν νιώθει ότι χάνει την αυτονομία του αμύνεται και ανατρέπει τις αρχές. Θεωρεί τους άλλους — κυρίως τους φορείς εξουσίας — κτητικούς, απαιτητικούς και ελεγκτικούς, ταυτόχρονα όμως επιζητά την προστασία τους. Βασική του αντίληψη είναι ότι πρέπει να κάνει τα πάντα με το δικό του τρόπο και χωρίς τις υποδείξεις των άλλων. Κατά βάθος δεν μπο-

ρεί να αντέξει τον έλεγχο των άλλων επειδή απειλεί την αυτονομία και την ανεξαρτησία του. Χρειάζεται τις αρχές για να το προστατεύουν, φοβάται όμως ότι αν τηρήσει τους νόμους θα χάσει την ελευθερία δράσης του, κάτι που θα το συντρίψει.

Κυρίαρχα συναισθήματα του ατόμου με παθητική-επιθετική διαταραχή προσωπικότητας είναι ο θυμός και κάποιες φορές το άγχος. Τα συναισθήματα αυτά πηγάζουν από την πεποίθησή του ότι είναι ευάλωτο στον εξωτερικό έλεγχο και από την απειλή ότι θα χάσει την αποδοχή και την αυτονομία του.

3. Θεραπευτική παρέμβαση

Τα άτομα με παθητική-επιθετική διαταραχή προσωπικότητας δεν καταφεύγουν σε ειδικό με δική τους πρωτοβουλία, αλλά μετά από προτροπή του οικογενειακού ή του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Ενδέχεται επίσης να αναζητήσουν θεραπεία λόγω των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους (απώλεια ενδιαφέροντος, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, απώλεια της ενεργητικότητας, αδυναμία συγκέντρωσης), τα οποία είναι αποτέλεσμα του γενικότερου αρνητικού και απειλητικού τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει το άτομο να υιοθετήσει λειτουργικούς τρόπους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Σε αυτό βοηθούν η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες και η άσκηση σε ορθούς τρόπους διεκδικητικότητας. Με τη βοήθεια του θεραπευτή, το άτομο αναγνωρίζει πώς ο τρόπος σκέψης και οι αντιλήψεις του (φόβος απώλειας της αποδοχής και της αυτονομίας) σχετίζονται με τη συμπεριφορά και το συναίσθημά του. Η μάθηση τέλος αφορά την καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων του.

Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η αποστασιοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις και το περιορισμένο εύρος στην έκφραση των συναισθημάτων. Η σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να παρουσιαστεί και κατά την παιδική και εφηβική ηλικία με μοναχικότητα, λιγοστές σχέσεις με τους συνομηλίκους και χαμηλή επίδοση στο σχολείο.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας;

Κεντρικά στοιχεία της συμπεριφοράς του ατόμου με αυτή τη διαταραχή είναι η αποξένωση, η απομόνωση και η απουσία επιθυμίας για στενές σχέσεις. Το άτομο συνήθως δεν έχει κανένα φίλο, επιλέγει μοναχικές δραστηριότητες, δεν ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με άλλους και δείχνει αδιαφορία για τον έπαινο ή την κριτική. Πλησιάζει τους άλλους ανθρώπους για συγκεκριμένους λόγους (π.χ. από επαγγελματική ανάγκη), δεν επιδιώκει όμως να δημιουργήσει ζεστές σχέσεις μαζί τους. Η αποστασιοποίησή του από τις διαπροσωπικές σχέσεις δεν φαίνεται να το ενοχλεί, αντίθετα την επιδιώκει. Εξαιτίας της απομόνωσής του έχει περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες, που το δυσκολεύουν όταν αποφασίζει να προσεγγίσει κάποιον. Οι άλλοι γύρω του το χαρακτηρίζουν ως συναισθηματικά ψυχρό και απόμακρο. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του είναι επίσης η δυσκολία του να εκφράσει το θυμό του. Τέλος, επιλέγει μοναχικά επαγγέλματα (π.χ. υπολογιστές, μαθηματικά, νυχτοφύλακας κ.λπ.) και μπορεί να είναι ιδιαίτερα πετυχημένο σε αυτά.

3. Σκέψεις, αντιλήψεις και συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους

Το άτομο με αυτή τη διαταραχή θεωρεί τον εαυτό του αυτάρκη και αυτόνομο. Ο καλύτερός του φίλος είναι ακριβώς ο εαυτός του. Δεν θεωρεί σημαντικές τη συναισθηματική εγγύτητα και την εκδήλωση συναισθημάτων. Πιστεύει ότι οι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί και ότι οι ζεστές σχέσεις θα το περιορίσουν. Πίσω από αυτή τη συμπεριφορά υπάρχει ένα σταθερό σχήμα ευαλωτότητας και φόβου για τον κόσμο, το οποίο αναπτύχθηκε κατά την παιδική ηλικία και εδραιώθηκε με την πάροδο των χρόνων. Η ανθρώπινη επικοινωνία τού προκαλεί σύγχυση και φόβο, γι' αυτό την αποφεύγει.

Όσο το άτομο διατηρεί απόσταση από τους άλλους βιώνει μια ήπια μελαγχολία, η οποία μετατρέπεται σε έντονο άγχος αν πιεστεί να δημιουργήσει ζεστές σχέσεις. Η δυσκολία του να εκφράσει τα συναισθήματά του, λεκτικά και μη λεκτικά, δίνει στους γύρω του την εντύπωση ότι πρόκειται για συναισθηματικά απαθή και ψυχρό άνθρωπο.

4. Θεραπευτική παρέμβαση

Το άτομο με σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας προσέρχεται σε θεραπεία εξαιτίας της κατάθλιψης που συχνά εμφανίζει. Ο μοναχικός τρόπος ζωής δεν αποτελεί λόγο αναζήτησης θεραπείας γι' αυτό, επειδή συμφωνεί με την πεποίθησή του ότι οι ζεστές σχέσεις είναι αυτοπεριοριστικές.

Αν η κοινωνική απομόνωση είναι δυσλειτουργική για τη ζωή του ατόμου, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία προσπαθεί κατ' αρχάς να μειώσει την αποξένωση και τις επιπτώσεις της. Για παράδειγμα, το άτομο μαθαίνει σταδιακά ότι μπορεί να ζητά τη βοήθεια των άλλων χωρίς κάτι τέτοιο να σημαίνει ότι θα χάσει την αυτονομία του. Αυτό το πετυχαίνει αρχικά μέσα από τη σχέση του με

το θεραπευτή και κατόπιν μέσω της άσκησής του σε κοινωνικές δεξιότητες και της κινητοποίησής του για τη δημιουργία ενός κοινωνικού δικτύου. Ένας άλλος στόχος είναι να μάθει να αναγνωρίζει και να βιώνει διάφορα συναισθήματα και τις «λεπτές» διαβαθμίσεις τους. Παράλληλα, το άτομο αρχίζει να συνειδητοποιεί τις βασικές αντιλήψεις του και το σχήμα ευαλωτότητας που ενεργοποιείται από την επαφή του με τους ανθρώπους, και εργάζεται με στόχο την τροποποίησή τους.

Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Κύριο χαρακτηριστικό της σχιζότυπης διαταραχής προσωπικότητας είναι οι ιδιορρυθμίες και οι εκκεντρικότητες στη σκέψη και η ανεπάρκεια στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η διαταραχή εμφανίζεται περίπου στο 3% του πληθυσμού και είναι ελαφρώς συχνότερη στους άνδρες. Μπορεί να εκδηλωθεί και κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία με κοινωνικό άγχος, μοναχικότητα και ιδιόρρυθμες σκέψεις.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο που πάσχει από σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας αντιμετωπίζει δυσκολίες στις κοινωνικές επαφές και στις διαπροσωπικές του σχέσεις, είναι μοναχικό και δεν έχει πολλούς φίλους. Οι άλλοι συνήθως κρίνουν την εξωτερική του εμφάνιση ως παράξενη ή εκκεντρική και θεωρούν ότι διακατέχεται από έναν ιδιόρρυθμο και «μαγικό» τρόπο σκέψης. Το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι διάφορα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω του σχετίζονται οπωσδήποτε μαζί του κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο. Μπορεί επίσης να γίνεται καχύποπτο με τους ανθρώπους και να πιστεύει ότι οι άλλοι έχουν την ικανότητα να μαντεύουν τι σκέφτεται. Διατηρεί πεποιθήσεις που οι περισσότεροι άνθρωποι δεν συμμερίζονται (π.χ. πίστη σε μαντική ικανότητα, δεισιδαιμονίες, τηλεπάθεια). Συχνά ασχολείται με κάποιες δραστηριότητες (π.χ. αστρονομία) με αποκλειστικό, επίμονο και μονομερή τρόπο, παραμελώντας την εργασία του και τους άλλους τομείς της ζωής του. Παρόλο που ο λόγος του εί-

ναι κατανοητός, συχνά γίνεται ασαφής, υπερανalyτικός ή μεταφορικός, δυσχεραίνοντας την επικοινωνία του με τους ανθρώπους.

3. Σκέψεις, αντιλήψεις και συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους

Το άτομο αποφεύγει τις κοινωνικές επαφές και τις συναισθηματικές σχέσεις επειδή του προκαλούν έντονη δυσφορία. Θεωρεί τη συναισθηματική εγγύτητα επικίνδυνη και τους ανθρώπους ανάξιους εμπιστοσύνης και ανέντιμους. Πιστεύει ότι πρέπει να βρίσκεται διαρκώς σε επιφυλακή. Η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και η αποφυγή διαιωνίζουν την αποξένωσή του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η κοινωνική απομόνωση δεν του προκαλεί στενοχώρια και θλίψη.

4. Θεραπευτική παρέμβαση

Ένα άτομο με σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας δεν αναζητά θεραπευτική βοήθεια παρά μόνο όταν ταλαιπωρείται από άγχος ή κατάθλιψη. Ο ειδικός της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας θα εκπαιδεύσει το άτομο να αναγνωρίζει πώς η συμπεριφορά του συνδέεται με τη δυσλειτουργική σκέψη και τις αντιλήψεις του για τους ανθρώπους (π.χ. εάν το άτομο είναι πεπεισμένο ότι οι άνθρωποι είναι ανάξιοι εμπιστοσύνης, ο θεραπευτής θα του δείξει πώς αυτό επηρεάζει τις διαπροσωπικές του σχέσεις). Θα του μάθει επίσης να αναγνωρίζει τον «ιδιόρρυθμο» τρόπο σκέψης και το πώς αυτός επιδρά στη συμπεριφορά του. Παράλληλα, θα ενισχύσει την προσπάθειά του να αποκτήσει κοινωνικές δεξιότητες και να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις.

Μεταιχμιακή ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η αστάθεια που εκδηλώνεται σε διάφορους τομείς της ζωής, όπως είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συναισθηματική κατάσταση και η εικόνα του εαυτού. Η διαταραχή εμφανίζεται περίπου στο 2% του γενικού πληθυσμού και είναι πιο συχνή στις γυναίκες.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με μεταιχμιακή (ή οριακή) διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο με οριακή διαταραχή προσωπικότητας συμπεριφέρεται πολύ παρορμητικά σε τομείς που μπορεί να εγκυμονούν κινδύνους (π.χ. παράλογο ξόδεμα χρημάτων, επικίνδυνη οδήγηση, τζόγος, χρήση ουσιών, επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές χωρίς μέτρα προφύλαξης κ.λπ.). Ταυτόχρονα δημιουργεί έντονες και ασταθείς σχέσεις: τη μια στιγμή ενθουσιάζεται υπερβολικά με κάποιον και την άλλη διαλύει τη σχέση (εξιδανίκευση-υποτίμηση). Ως άνθρωπος είναι συνήθως πνευματώδης, ευφυής και ευχάριστος, «κουβαλά» όμως από το παρελθόν του πολλές διαλυμένες σχέσεις, απολύσεις ή παραιτήσεις από την εργασία του, καθώς και ανολοκλήρωτες εκπαιδευτικές επιδιώξεις (π.χ. πανεπιστήμιο που δεν τελείωσε, ξένες γλώσσες που δεν έμαθε κ.λπ.). Χαρακτηριστική είναι και η αντίδρασή του σε οποιαδήποτε μορφή εγκατάλειψης. Μόλις αισθανθεί ότι κάποιος απομακρύνεται από αυτό ενεργοποιεί το σχήμα της εγκατάλειψης και πλημμυρίζει από φόβο και οργή. Στην προσπάθειά του να αποφύγει την εγκατάλειψη και να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα που του προκαλεί, είναι πιθανό να καταφύγει σε επι-

κίνδυνες παρορμητικές συμπεριφορές, όπως απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμό. Συνήθως δίνει στους άλλους την εντύπωση ενός ατόμου συγχυσμένου κι αβέβαιου όσον αφορά την αυτοεικόνα, τους στόχους, τις προτεραιότητες, την επιλογή επαγγέλματος, τις σεξουαλικές προτιμήσεις και τα συναισθήματά του.

3. Μεταιχμιακή (ή οριακή) διαταραχή προσωπικότητας και συναισθημα

Η συναισθηματική διάθεση του ατόμου με μεταιχμιακή διαταραχή είναι ιδιαίτερα ασταθής, με συχνές μεταπτώσεις ακόμη και μέσα σε μερικές ώρες. Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει το θυμό, τη δυσφορία, το άγχος, την απελπισία και πολλές φορές την οργή του. Κατακλύζεται από διάφορα συναισθήματα, χωρίς να είναι σε θέση να τα αναγνωρίσει και να τα ξεχωρίσει. Αυτή η συναισθηματική σύγχυση είναι που οδηγεί σε παρορμητική ή και αυτοτιμωρητική συμπεριφορά. Το άτομο αντιλαμβάνεται τους ανθρώπους και τις καταστάσεις με απόλυτο και ακραίο τρόπο, είτε ως εντελώς κακούς είτε ως απόλυτα καλούς, κι έτσι το συναισθημά του κινείται σε ακραίες και όχι ενδιάμεσες διαβαθμίσεις. Επιπλέον, βαριέται εύκολα και παραπονιέται διαρκώς ότι νιώθει «κενό» και μόνο.

4. Μεταιχμιακή (ή οριακή) διαταραχή προσωπικότητας και πρώιμες εμπειρίες

Το άτομο είναι ευαίσθητο στην κριτική και δυσκολεύεται να εμπιστευτεί τους ανθρώπους αλλά και τον εαυτό του για διάφορους λόγους. Ίσως κατά την παιδική του ηλικία να βίωσε την καταστροφή της εμπιστοσύνης και της σταθερότητας στο οικογενειακό του περιβάλλον. Ή μπορεί να υπέστη κάποια μορφή κακοποίησης, παραμέλησης ή ελλιπή και ασταθή γονεϊκή φροντίδα. Δεν αποκλείεται τέλος να μεγάλωσε σε περιβάλλον όπου η έκφραση των συναισθη-

μάτων είτε απουσίαζε εντελώς είτε τιμωρούνταν, και όπου οι αντιλήψεις για τον εαυτό και τους άλλους συνεχώς απορρίπτονταν. Οι παραπάνω συνθήκες, σε συνδυασμό με την έμφυτη τάση του ατόμου να αντιδρά πιο έντονα – από ό,τι οι υπόλοιποι – σε καταστάσεις ήπιου στρες, του δημιουργούν αβεβαιότητα για τα συναισθήματα που κάθε φορά νιώθει.

5.

Σκέψεις, αντιλήψεις και συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους

Το άτομο με οριακή διαταραχή πιστεύει ότι ο κόσμος είναι εχθρικός και ότι αν εκφράσει τα συναισθήματά του θα απορριφθεί και θα γίνει αντικείμενο εκμετάλλευσης από τους άλλους. Πιστεύει επίσης ότι είναι τρωτό και ευάλωτο και ότι χρειάζεται κάποιον να στηριχθεί για να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες. Στις σχέσεις του αναζητά την ασφάλεια και την οριοθέτηση που δεν βίωσε στο παρελθόν. Αυτό όμως μέχρι να αρχίσει να αισθάνεται καλά. Τότε ακριβώς «ενεργοποιείται» το σχήμα της ευαλωτότητάς του και το άτομο φοβάται ότι αν νιώσει καλά μέσα σε μια σχέση ή γενικά σε μια σταθερή κατάσταση, θα είναι εύκολο να πληγωθεί, επειδή βιώνει τον κόσμο ως επικίνδυνο. Έτσι αποζητά την ασφάλεια που έχει μάθει να αντλεί από την απουσία σταθερών σχέσεων και καταστάσεων. Με αυτό τον τρόπο παραπαίει διαρκώς ανάμεσα στην επιθυμία για σταθερότητα και στην «ανάγκη» του για αστάθεια και χάος, καταστάσεις οι οποίες του είναι οικείες.

Με ανάλογο τρόπο ενεργοποιούνται και άλλα σχήματά του, όπως αυτά της εξάρτησης και της δυσπιστίας, καθώς και συναισθήματα αυτοενοχοποίησης και αυτουποτίμησης. Γι' αυτό το λόγο καταφεύγει σε παρορμητικές, χαοτικές και συχνά επικίνδυνες συμπεριφορές, που του προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση και ασφάλεια.

6. Μεταιχμιακή (ή οριακή) διαταραχή προσωπικότητας και αυτοτραυματισμός

Ο αυτοτραυματισμός είναι ένας νοσηρός και παθολογικός τρόπος χειρισμού των αγχογόνων καταστάσεων. Το άτομο λειτουργεί εκείνη τη στιγμή παρορμητικά και χωρίς να συνειδητοποιεί πλήρως πόσο επικίνδυνες συνέπειες μπορεί να έχει η πράξη του. Μερικές από τις συνηθέστερες μορφές αυτοτραυματισμού είναι ο αυτοακρωτηριασμός, το κόψιμο, τα γδαρσίματα, τα εσκεμμένα χτυπήματα και τα καψίματα.

Αρκετά άτομα με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αυτοτραυματίζονται εξαιτίας της αδυναμίας τους να αντεπεξέλθουν με υγιή τρόπο στα αυξημένα επίπεδα της ψυχολογικής και σωματικής έντασής τους. Όταν έρχονται αντιμέτωπα με δυνατά και αφόρητα συναισθήματα ή καταστάσεις, επιλέγουν να κάνουν κακό στον εαυτό τους επειδή με αυτό τον τρόπο ανακουφίζονται γρήγορα και αποφορτίζουν την ένταση και το άγχος τους. Τέτοιες πράξεις, είτε είναι περιστασιακές είτε επαναλαμβανόμενες, τους επιτρέπουν την πρόσκαιρη διαφυγή από αισθήματα κενού, «μουδιάσματος» (αδυναμία βίωσης συναισθήματος), κατάθλιψης και θυμού.

Προσοχή: αν έχεις την τάση να αυτοτραυματίζεσαι και να επιδεικνύεις οποιαδήποτε μορφή αυτοτιμωρητικής ή επικίνδυνης συμπεριφοράς (π.χ. κατανάλωση αλκοόλ κατά την οδήγηση), αν έχεις σκέψεις αυτοκτονίας ή αν έχεις πραγματοποιήσει στο παρελθόν τέτοιες απόπειρες, *θα πρέπει απαραίτητως να ζητήσεις βοήθεια από ειδικό.*

7. Θεραπευτική παρέμβαση

Μέσω της θεραπείας το άτομο μπορεί να μάθει να βάζει όρια στον εαυτό του, να αναγνωρίζει τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα όχι μόνο στις ακραίες εκφάνσεις τους αλλά και στις ενδιάμεσες

βαθμίδες τους, και να δημιουργεί πιο σταθερές σχέσεις στη ζωή του. Με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία το άτομο αρχίζει να προσδιορίζει τα στερεότυπα δυσλειτουργικά σχήματα της σκέψης του, να κατανοεί κάποιες καταστάσεις που συνέβησαν στην παιδική του ηλικία και να εντοπίζει τα πρόσωπα που συνέβαλαν στη διαμόρφωση αυτών των σχημάτων. Δυο άλλα αποτελέσματα της θεραπείας είναι η ενδυνάμωση της αίσθησης της προσωπικής ταυτότητας και η αύξηση του ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς, ειδικά των ακραίων εκδηλώσεών της (αυτοτραυματισμοί, παράλογες και επικίνδυνες πράξεις, αυτοκτονική διάθεση κ.λπ.).

Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από αδιαφορία για τους συνανθρώπους τους και από αδυναμία να συμμορφωθούν με τους κοινωνικούς κανόνες. Συνήθως περιφρονούν και παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων, εκδηλώνουν ανεύθυνη και παραβατική συμπεριφορά, αδιαφορούν για το νόμο και την τάξη, και αδυνατούν να διατηρήσουν σταθερές κοινωνικές σχέσεις. Η διαταραχή παρουσιάζεται στο 3% των ανδρών και στο 1% των γυναικών του γενικού πληθυσμού.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο με αντικοινωνική διαταραχή μερικές φορές δείχνει επιθετικότητα απέναντι στους άλλους ανθρώπους και μοιάζει να χαίρεται να τους βλέπει να υποφέρουν. Δυσκολεύεται να εμπιστευτεί τους γύρω του, φοβάται μήπως το κοροϊδέψουν, ενώ συχνά εκμεταλλεύεται ή προσβάλλει τους κοντινούς του ανθρώπους. Επιπλέον, λέει συχνά ψέματα, δεν νοιάζεται για τις ανάγκες των άλλων και δεν νιώθει ενοχές για την κακή συμπεριφορά του, αφού δεν αισθάνεται ότι πρέπει να ζήσει σύμφωνα με τους κανόνες και τους νόμους της κοινωνίας. Είναι ιδιαίτερα ευερέθιστο, αδιαφορεί για τη σωματική ακεραιότητα των άλλων και συχνά εμπλέκεται σε καβγάδες. Οι παράνομες πράξεις του μπορεί να γίνουν αιτία να βρεθεί αντιμέτωπο με το νόμο και να οδηγηθεί ακόμη και στη φυλακή. Τέλος, το άτομο με αντικοινωνική διαταραχή δυσκολεύεται να αναλάβει τη δέσμευση να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα, ειδικά στον εργασιακό του χώρο.

3. Σκέψεις και συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους

Το άτομο με αντικοινωνική διαταραχή πιστεύει ότι είναι ένας αυτόνομος, μοναχικός και δυνατός άνθρωπος. Νιώθει επίσης ότι έχει αδικηθεί ή παρεξηγηθεί από την κοινωνία, και ότι μόνο αν «σκληρύνει» θα καταφέρει να κερδίσει αυτά που του αξίζουν. Οι άλλοι είτε είναι αδύναμοι, οπότε μπορεί να τους εκμεταλλευτεί, είτε πιο δυνατοί από το ίδιο, οπότε και πάλι πρέπει να τους εκμεταλλευτεί πριν πέσει θύμα τους.

4. Ποια είναι η πορεία της διαταραχής;

Η αντικοινωνική συμπεριφορά παρουσιάζεται συνήθως στην εφηβεία, μπορεί όμως να εκδηλωθεί και σε μικρότερη ηλικία. Ως παιδί το άτομο πιθανώς ήταν επιθετικό προς τους ανθρώπους και τα ζώα ή έκλεβε και παραβίαζε κανόνες. Δεν αποκλείεται να πειραματίστηκε με ουσίες και αλκοόλ ή να ξεκίνησε από πολύ νωρίς τη σεξουαλική του δραστηριότητα, η οποία μερικές φορές ίσως να ήταν βίαιη. Τα περισσότερα προβλήματά του στην εφηβεία σχετίζονταν κυρίως με το νόμο και την παραβατική συμπεριφορά του. Η αντικοινωνική συμπεριφορά συνήθως ελαττώνεται καθώς το άτομο μεγαλώνει, πολύ περισσότερο μετά την ηλικία των 40 ετών.

5. Πού οφείλεται αυτή η διαταραχή;

Το άτομο είναι πιθανό να είχε νιώσει ταπείνωση και να είχε πέσει θύμα εκμετάλλευσης ή να είχε κακοποιηθεί από μέλη της οικογένειάς του κατά την παιδική του ηλικία. Ίσως οι γονείς του να μη σέβονταν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ατομικότητά του, ή κάποιος κοντινός του άνθρωπος να το κακοποιούσε σωματικά ή το υποβί-

βαζε λεκτικά. Το άτομο ένιωθε ότι δεν μπορούσε να εμπιστευτεί τους κοντινούς του ανθρώπους, αφού του έλεγαν ψέματα ή το εξανάγκαζαν να κάνει κάποια πράγματα υπό την απειλή αυστηρής τιμωρίας. Η κακοποίηση την οποία υπέστη του δημιούργησε την ανάγκη να «αντεπιτεθεί» κακοποιώντας κάποιον άλλο. Το αποτέλεσμα είναι να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση και να πιστεύει ότι είναι καλύτερα να πληγώσει τους άλλους παρά να πληγωθεί.

6.

Πώς μπορούν να βοηθηθούν τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας;

Συνήθως τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή δεν αναζητούν βοήθεια από μόνα τους, αλλά παρακινούνται από συγγενείς ή άλλους ανθρώπους που αναγνωρίζουν την αντικοινωνική συμπεριφορά τους. Πολλές φορές επίσης καταλήγουν σε ψυχοθεραπεία επειδή υποχρεώνονται από το δικαστήριο εξαιτίας της παραβατικής συμπεριφοράς τους.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία μπορεί να τους βοηθήσει πρώτα απ' όλα να αναπτύξουν μια μέθοδο για να αποφεύγουν την άμεση και παρορμητική αντίδρασή τους απέναντι σε καταστάσεις ή πρόσωπα που πιστεύουν ότι αντιστρατεύονται το συμφέρον τους. Στη συνέχεια μπορεί να τους μάθει πώς να επιλέγουν αντιδράσεις οι οποίες θα έχουν μικρότερο «κόστος».

Στη θεραπεία είναι δυνατόν να ακολουθήσει και ένα δεύτερο στάδιο. Εδώ ο θεραπευτής βοηθά τα άτομα να δουν τα λάθη στη σκέψη τους και να υιοθετήσουν νέες αντιλήψεις ώστε να βελτιώσουν τις σχέσεις τους με τους άλλους, να απαλλαγούν σιγά σιγά από την καχυποψία και τη δυσπιστία, και να αρχίσουν να εμπιστεύονται ανθρώπους που το αξίζουν. Με τη βοήθεια του θεραπευτή τα άτομα ανατρέχουν στο παρελθόν και εκφράζουν το θυμό τους στο πρόσωπο που τα κακομεταχειρίστηκε, γεγονός που τα βοηθά να σταματήσουν να κακομεταχειρίζονται τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά τους στο παρόν.

Δραματική διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η υπερβολική συναισθηματικότητα και η αναζήτηση προσοχής. Τα άτομα με δραματική διαταραχή προσωπικότητας προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή πάνω τους με την εξωτερική τους εμφάνιση αλλά και με τον υπερβολικό, θεατρικό λόγο τους. Η διαταραχή παρουσιάζεται σε ποσοστό 2% με 3% του γενικού πληθυσμού και είναι πιο συχνή στις γυναίκες.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με δραματική διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο με δραματική διαταραχή ακολουθεί μόνο το συναίσθημα στις περισσότερες εκδηλώσεις της ζωής του. Του αρέσει να αισθάνεται ότι αποτελεί το επίκεντρο της προσοχής και αρκετές φορές συμπεριφέρεται και ντύνεται με πολύ ελκυστικό και σαγηνευτικό τρόπο. Η συναισθηματική του έκφραση είναι υπερβολική και θεατρική. Μπορεί να έχει απότομες εναλλαγές στη διάθεσή του. Είναι συνήθως υπερευαίσθητο και εμπιστεύεται πολύ εύκολα τους συνανθρώπους του. Πολλές από τις σχέσεις του είναι επιφανειακές, μολονότι τις θεωρεί πιο στενές από ό,τι πράγματι είναι. Προσκολλάται σχετικά εύκολα σε ανθρώπους τους οποίους θεωρεί «δυνατούς» και ικανούς να δώσουν λύσεις στα προβλήματά του. Από την άλλη, μπορεί να δυσκολεύεται να ξεκινήσει μια νέα δουλειά ή να δημιουργήσει ουσιαστικές ερωτικές σχέσεις. Έτσι, είτε εμπλέκεται σε ερωτικές σχέσεις για μικρό χρονικό διάστημα και χάνει γρήγορα το ενδιαφέρον του, είτε τις αποφεύγει εντελώς.

3. Σκέψεις, αντιλήψεις και συναισθήματα για τον εαυτό και τους άλλους

Το άτομο με δραματική διαταραχή νιώθει ότι δεν είναι ελκυστικό και ότι χρειάζεται κάποιον να το θαυμάζει για να είναι ευτυχισμένο. Πιστεύει ότι μόνο αν είναι υπερβολικό και εντυπωσιακό θα γίνει αρεστό και νιώθει πολύ άσχημα όταν το αγνοούν. Μπορεί να αισθάνεται ανεπάρκεια και να φοβάται μήπως αποκαλυφθούν τα ελαττώματά του. Νιώθει επίσης ότι κάτι του λείπει και ότι οι άλλοι δεν του προσφέρουν αυτά που επιθυμεί και χρειάζεται. Δεν αποκλείεται τέλος να δυσκολεύεται να ανεχθεί την κριτική των άλλων και να θεωρεί τους γύρω του καλούς όσο το ευχαριστούν και του δίνουν την προσοχή που χρειάζεται.

4. Πού οφείλεται αυτή η διαταραχή;

Τα αρνητικά σχήματα που έχει το άτομο για τον εαυτό του οφείλονται στην απόμακρη στάση και στην υπό όρους στοργή που του παρείχαν αυτοί που το φρόντιζαν όταν ήταν παιδί. Με άλλα λόγια, η μητέρα και ο πατέρας του είναι πιθανό να μην κάλυπταν τις συναισθηματικές ανάγκες του, να μην είχαν ουσιαστική σχέση μαζί του ή να ήταν πολύ επικριτικοί απέναντι σε ό,τι έκανε. Έτσι, το άτομο κατέληξε να νιώθει παραμελημένο και συναισθηματικά στερημένο. Επειδή φοβόταν ότι δεν το αγαπούν, προσπαθούσε να τραβήξει την προσοχή υιοθετώντας υπερβολικές μορφές συμπεριφοράς. Είναι μάλιστα πιθανό, ως παιδί που του έλειπε η στοργή, να έκρυβε τον πραγματικό εαυτό του και να έπαιζε διάφορους ρόλους που του επέτρεπαν να κερδίζει την προσοχή και την αγάπη της οικογένειάς του.

5. Μπορούν τα άτομα με δραματική διαταραχή να γίνουν επικίνδυνα για τον εαυτό τους;

Πολλές φορές η ανάγκη τους για φροντίδα και αποδοχή ωθεί τα άτομα με δραματική διαταραχή να συμπεριφέρονται ακραία. Θέλοντας να αποσπάσουν την προσοχή των άλλων, δεν αποκλείεται να κάνουν και απόπειρες αυτοκτονίας, οι οποίες μερικές φορές μπορεί να αποβούν μοιραίες.

Προσοχή: αν έχεις νιώσει την ανάγκη να αντιδράσεις το ίδιο ακραία, *θα πρέπει οπωσδήποτε να ζητήσεις τη βοήθεια ειδικού.*

6. Πώς μπορούν να βοηθηθούν τα άτομα με δραματική διαταραχή;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία θα τα βοηθήσει να διορθώσουν την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους. Θα μάθουν πώς να εντοπίζουν τα συναισθήματα στέρησης στις τωρινές τους σχέσεις και να έρχονται σε επαφή με τις ανάγκες τους. Θα αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες και θα μάθουν να αντλούν ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, χωρίς να υιοθετούν υπερβολικούς και «θεατρικούς» τρόπους. Με τη βοήθεια του θεραπευτή τους θα συνειδητοποιήσουν πώς πραγματικά ένιωσαν στο παρελθόν, ποιες λανθασμένες ιδέες είχαν για τον εαυτό τους και ποιες ανάγκες τους δεν ικανοποιήθηκαν. Έτσι θα μπορέσουν να χτίσουν υγιείς σχέσεις στο παρόν και στο μέλλον.

Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι η έντονη κοινωνική αναστολή, το αίσθημα ανεπάρκειας και η υπερευαισθησία στην κριτική των άλλων. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή αποφεύγουν τις κοινωνικές δραστηριότητες και τις ενασχολήσεις που απαιτούν επαφή με άλλους ανθρώπους. Η αποφευκτική είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή προσωπικότητας.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί μεν να θέλει να βρίσκεται μαζί με άλλους και να κάνει παρέες, αλλά τις αποφεύγει επειδή φοβάται μήπως το επικρίνουν, το πληγώσουν ή το απορρίψουν. Ακόμη όμως κι όταν δημιουργεί σχέσεις, φοβάται ότι θα το εγκαταλείψουν. Επειδή αισθάνεται ανεπάρκεια, για να μείνει σε μια σχέση θέλει να νιώθει ότι οι άλλοι το αποδέχονται χωρίς όρους. Εξαιτίας αυτής της αίσθησης, δεν διακινδυνεύει νέες επαφές και έχει περιορισμένες προσδοκίες από τις ερωτικές και τις φιλικές του σχέσεις. Συχνά επίσης αποφεύγει να διατηρεί σταθερές κοινωνικές και ερωτικές σχέσεις φοβούμενο ότι οι άλλοι θα το πλησιάσουν και θα διακρίνουν τα ελαττώματά του. Το άτομο με αποφευκτική διαταραχή δεν αντέχει τα δυσάρεστα συναισθήματα επειδή πιστεύει ότι έτσι χάνει τον έλεγχο. Επιπλέον, δεν του αρέσει να προσελκύει την προσοχή και στις παρέες του προσπαθεί συνήθως να μένει «αόρατο». Τέλος έχει την τάση να αγνοεί τα προβλήματά

του και να νομίζει ότι οι δυσκολίες του θα ξεπεραστούν από μόνες τους αργότερα.

3. Πού οφείλεται αυτή η διαταραχή;

Μπορεί κατά το παρελθόν το άτομο να δεχόταν έντονη κριτική από τους γονείς του και να ένιωθε ενοχή και ντροπή για τα λάθη του. Η μειονεκτικότητα που νιώθει ωστόσο δεν βασίζεται συνήθως σε πραγματικό ελάττωμα, αλλά σε αυτό που του έλεγαν οι γονείς του και οι άλλοι. Πολλές φορές το άτομο ένιωθε ότι οι γονείς του το συνέκριναν με τα αδέρφια του και αισθανόταν κατώτερο. Δεν είναι απίθανο να είχε κάποια τραυματική εμπειρία (πραγματική ή φανταστική) από τη συμμετοχή του σε μια κοινωνική δραστηριότητα, την οποία φοβάται μήπως ξαναζήσει. Ένα άλλο ενδεχόμενο είναι το άτομο να διέφερε ως παιδί, με αποτέλεσμα να το αποκλείουν από τις παρέες και να το κοροϊδεύουν. Με την πάροδο του χρόνου η αμηχανία επεκτάθηκε σε όλες τις κοινωνικές καταστάσεις και το άτομο έγινε πιο μοναχικό.

4. Πώς μπορούν να βοηθηθούν τα άτομα με αποφευκτική διαταραχή;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία θα τα βοηθήσει να ξεπεράσουν το κοινωνικό άγχος τους, να δείξουν εμπιστοσύνη στους άλλους και να δεσμευθούν σε μια υποχρέωση. Παράλληλα θα τους επιτρέψει να αξιολογήσουν αν η άποψη που έχουν για τον εαυτό τους ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, να συνειδητοποιήσουν τα ταλέντα και τις ικανότητές τους, να τολμήσουν να πλησιάσουν τους άλλους και να πάψουν να αποφεύγουν τις κοινωνικές καταστάσεις που τους δημιουργούν άγχος. Κατ' αυτό τον τρόπο θα νιώσουν ότι ανήκουν σε μια ομάδα, μια αίσθηση που είχαν στερηθεί.

Εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας έχουν μια έντονη και υπερβολική ανάγκη να δέχονται τη φροντίδα των άλλων. Βασίζονται πάντα στους γύρω τους για τις καθημερινές αποφάσεις τους και νιώθουν ανίκανα να τα βγάλουν πέρα μόνα τους.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας θεωρεί τη ζωή του υπερβολικά δύσκολη και νιώθει ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του χωρίς τη βοήθεια κάποιου άλλου. Επειδή φοβάται ότι θα χάσει τους ανθρώπους από τους οποίους εξαρτάται και ότι μόνο του δεν θα τα καταφέρει, κάνει τα πάντα για να κρατήσει τους άλλους στο πλευρό του. Συνήθως δεν εμπιστεύεται την κρίση του και δεν μπορεί να αποφασίσει για θέματα που το αφορούν, γι' αυτό και ζητά πάντα τη γνώμη των άλλων. Επιπλέον, επειδή πιστεύει ότι πρέπει να ικανοποιεί με κάθε τρόπο τους άλλους, βάζει τις ανάγκες τους πάνω από τις δικές του και κάνει τα πάντα για να αποφύγει τις συγκρούσεις. Αυτές οι υποχωρήσεις μειώνουν την αυτοεκτίμησή του και το άτομο νιώθει ότι χάνει την ατομικότητά του.

3. Πού οφείλεται αυτή η διαταραχή;

Τα συναισθήματα εξάρτησης που νιώθει το άτομο έχουν κατά κα-

νόνα τις ρίζες τους στην παιδική του ηλικία. Οι γονείς του είτε υπήρξαν υπερπροστατευτικοί, αποφάσιζαν πάντα για λογαριασμό του, δεν του ανέθεταν ευθύνες και το μεγάλωσαν χωρίς ελευθερία, είτε δεν κατάφεραν να του προσφέρουν προστασία, σιγουριά και μια σταθερή βάση για να ξεκινήσει τη ζωή του. Και στις δύο περιπτώσεις δεν του επιτράπηκε να αναπτύξει την αυτονομία και την ανεξαρτησία του και να αισθανθεί σίγουρο για τις ικανότητές του. Δεν αποκλείεται επίσης οι γονείς του να προσπαθούσαν να ελέγξουν και να κατευθύνουν τη ζωή του, να μην του επέτρεπαν να κάνει τις δικές του επιλογές και να του δημιουργούσαν ενοχές όταν διαφωνούσε μαζί τους. Η υιοθέτηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς στην παιδική του ηλικία ήταν πιθανώς ένας τρόπος να αντιμετωπίσει την κατάσταση που υπήρχε στο σπίτι του. Ίσως πάλι η μίμηση ενός προτύπου (π.χ. εξαρτητική μητέρα) να ήταν ένας άλλος τρόπος να αντιμετωπίσει αυτή την ατμόσφαιρα.

4.

Πώς μπορούν να βοηθηθούν τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία θα βοηθήσει τα άτομα να συνειδητοποιήσουν πρώτα απ' όλα το εξαρτητικό μοτίβο συμπεριφοράς τους και τις εκδηλώσεις του. Το επόμενο βήμα είναι να αναγνωρίσουν τα θετικά σημεία του χαρακτήρα τους, να νιώσουν επαρκή και να τροποποιήσουν τις υποτιμητικές σκέψεις για τον εαυτό τους. Θα εκπαιδευτούν επίσης στη διεκδικητική συμπεριφορά και στις κοινωνικές δεξιότητες, και θα μάθουν τρόπους επίλυσης προβλημάτων έτσι ώστε να σταματήσουν να φοβούνται την ανεξαρτητοποίησή τους. Παράλληλα, θα βοηθηθούν να ξεπεράσουν τους φόβους τους και θα μάθουν να φροντίζουν μόνο τους τον εαυτό τους. Με αυτό τον τρόπο θα ανακτήσουν τη χαμένη αυτοεκτίμησή τους και θα αρχίσουν να ανταποκρίνονται χωρίς άγχος στις απαιτήσεις της πραγματικότητας.

Ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

1. Γενικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας είναι η έντονη ενασχόληση του ατόμου με την τάξη και τον έλεγχο, που εμποδίζει την λειτουργικότητά του στους περισσότερους τομείς της ζωής του. Το «πρέπει» και ο «έλεγχος» είναι οι λέξεις που κυριαρχούν στη ζωή του. Η ψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζεται στο 1% του γενικού πληθυσμού και είναι συχνότερη στους άνδρες.

2. Ποια είναι η συμπεριφορά του ατόμου με ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας;

Το άτομο με ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας είναι πολύ πειθαρχημένο και θέλει να έχει τον πλήρη έλεγχο της ζωής του. Το κυρίαρχο συναίσθημά του είναι συνήθως η πίεση. Το άτομο θέλει να είναι άριστο σε ό,τι αναλαμβάνει. Παράλληλα, νιώθει την ανάγκη να είναι απόλυτα οργανωμένο έως και την τελευταία λεπτομέρεια. Συχνά απογοητεύεται από τον εαυτό του επειδή δεν ανταποκρίθηκε στα στάνταρ του και αισθάνεται άγχος για την επόμενη δραστηριότητα που θα αναλάβει, γιατί δεν θέλει να κάνει λάθη. Όσο καλά κι αν τα έχει καταφέρει, μέσα του νιώθει ανικανοποίητο.

Πολλές φορές επίσης αισθάνεται ότι χάνει την επαφή με τον εαυτό του και είναι άκαμπτο και σφιγμένο συναισθηματικά. Επιπλέον έχει πολλές απαιτήσεις από τους κοντινούς του ανθρώπους και θέλει πάντα να είναι αντάξιοι των προσδοκιών του, αγνοώντας τις δικές τους ανάγκες. Συχνά ακολουθεί τη λογική και δεν συγχωρεί εύκολα. Μπορεί να θυμώνει με τους άλλους, τους οποίους θεωρεί ανεπαρκείς και ανεύθυνους.

3. Πού οφείλεται αυτή η διαταραχή;

Η ψυχαναγκαστική διαταραχή είναι πιθανό να οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο μεγάλωσε. Το άτομο δηλαδή μπορεί να έζησε σε μια οικογένεια η οποία του προσέφερε αγάπη υπό όρους. Οι γονείς έδειχναν την εκτίμηση και τη στοργή τους μόνο όταν το άτομο σημείωνε μια επιτυχία ή συμπεριφερόταν με «τέλειο» τρόπο. Οι απαιτήσεις τους ήταν μεγάλες και οι επικρίσεις τους σκληρές όταν δεν τα κατάφερνε. Ως ενήλικας το άτομο εξακολουθεί να νιώθει μειονεκτικά, παρόλο που μπορεί να είναι επιτυχημένο. Αυτό συμβαίνει επειδή έχει συνδέσει την επιτυχία με την αποδοχή από τους άλλους ανθρώπους, όπως συνέβαινε στα παιδικά του χρόνια, και συνεπώς ταυτίζει την αποτυχία με την απόρριψη.

4. Πώς μπορούν να βοηθηθούν τα άτομα με ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας;

Η θεραπεία βοηθά τα άτομα να δουν αν οι προσδοκίες τις οποίες έχουν θέσει στον εαυτό τους είναι ρεαλιστικές ή πολύ υψηλές. Θα συνειδητοποιήσουν πώς έχουν δημιουργηθεί οι δυσλειτουργικές αντιλήψεις τους για τον εαυτό τους και τους άλλους, καθώς και τα σχήματα της τελειοθρίας, του ελέγχου και της υπευθυνότητας, τα οποία έχουν τις ρίζες τους στις εμπειρίες της παιδικής τους ηλικίας, και θα κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι αντιλήψεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους και τις σχέσεις τους με τους άλλους. Έτσι θα αρχίσουν να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό τους και τους άλλους, δεν θα συνδέουν την προσωπική αξία αποκλειστικά με την επιτυχία και δεν θα αναλαμβάνουν ευθύνες που δεν τους αναλογούν. Με τη θεραπεία θα μπορέσουν επίσης να ιεραρχούν σωστά τις δραστηριότητές τους και να προγραμματίζουν το χρόνο που θα αφιερώσουν σε καθεμιά, πάντα με βάση τη σημασία που έχει καθεμιά για τη ζωή τους. Έτσι θα δαπανούν λι-

γότερο χρόνο σε δευτερεύουσες εργασίες, θα μάθουν να μοιράζονται τις ευθύνες με τους άλλους και θα εντάξουν στο πρόγραμμά τους ευχάριστες και χαλαρωτικές δραστηριότητες.

Βιβλία αυτοβοήθειας:

Γίνε ο θεραπευτής του εαυτού σου

Γιώργος Ευσταθίου

1. Υποφέρουν πολλοί άνθρωποι από ψυχολογικά προβλήματα;
2. Ποιες είναι οι παραδοσιακές μορφές αντιμετώπισης ενός ψυχολογικού προβλήματος;
3. Γιατί τα φάρμακα δεν αρκούν;
4. Τι είναι η ψυχανάλυση;
5. Τι είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία;
6. Σε ποιες περιπτώσεις είναι χρήσιμη η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία;
7. Γιατί υπάρχουν τα βιβλία αυτοβοήθειας;
8. Τι είναι τα βιβλία αυτοβοήθειας;
9. Ποια είναι η φιλοσοφία των βιβλίων αυτοβοήθειας;
10. Πώς πρέπει να χρησιμοποιήσω ένα βιβλίο αυτοβοήθειας;
11. Μπορεί ένα βιβλίο αυτοβοήθειας να αντικαταστήσει τον ψυχοθεραπευτή;
12. Σε ποιους απευθύνονται τα βιβλία αυτοβοήθειας;
13. Πόσο αποτελεσματικά είναι τα βιβλία αυτοβοήθειας;
14. Είναι σίγουρο ότι θα τα καταφέρω χρησιμοποιώντας ένα βιβλίο αυτοβοήθειας;
15. Με ποιον άλλο τρόπο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα βιβλίο αυτοβοήθειας;
16. Πώς μπορώ να γνωρίζω ποιο βιβλίο είναι κατάλληλο για μένα;
17. Πώς μπορώ να βεβαιωθώ για την ποιότητα ενός βιβλίου αυτοβοήθειας;

1. Υποφέρουν πολλοί άνθρωποι από ψυχολογικά προβλήματα;

Περίπου 10% του γενικού πληθυσμού υποφέρει από κατάθλιψη, ενώ ποσοστό άνω του 10% υποφέρει από κάποια διαταραχή που σχετίζεται με το άγχος. Πολλοί άνθρωποι επίσης αντιμετωπίζουν διάφορες προσωπικές δυσκολίες και ψυχολογικά προβλήματα, που έχουν να κάνουν με τις σχέσεις τους, τη διατροφή τους, τη σεξουαλική ζωή τους, τις σωματικές επιπτώσεις του στρες ή και με τη συνολική λειτουργία του εαυτού τους. Η συχνότητα και η έκταση των δυσκολιών αυτών κάνουν επιτακτική την ανάγκη για παρεμβάσεις αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας.

2. Ποιες είναι οι παραδοσιακές μορφές αντιμετώπισης ενός ψυχολογικού προβλήματος;

Παραδοσιακά διακρίνονται δύο μορφές παρέμβασης για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων: η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχουν πολλές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες βασίζονται σε διαφορετικές αρχές.

3. Γιατί τα φάρμακα δεν αρκούν;

Η φαρμακευτική αγωγή είναι πολύ χρήσιμη όταν το άτομο βρίσκεται σε περίοδο κρίσης ή έξαρσης του προβλήματος. Γενικά όμως η μακροπρόθεσμη χρήση φαρμάκων δεν είναι πάντοτε ωφέλιμη. Η ψυχοθεραπεία είναι εξίσου καλή με τα φάρμακα, αλλά υπερτερεί ως προς τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος στο χρόνο. Επιπλέον αρκετές φορές τα φάρμακα έχουν παρενέργειες και γενικότερα συντείνουν στην ψυχολογική εξάρτηση από μια χημική ου-

σία, αφού το άτομο αποδίδει τη βελτίωση στην εξωγενή επίδραση του φαρμάκου που του χορηγείται. Τέλος, τα φάρμακα δεν έχουν καμιά χρησιμότητα σε πολλές προσωπικές δυσκολίες που δεν υπάρχουν στις ψυχικές διαταραχές, όπως είναι τα προβλήματα ζεύγους, αλλά και σ' εκείνη την κατηγορία των ψυχικών διαταραχών που αφορούν τη γενικευμένη λειτουργικότητα της προσωπικότητας.

4. Τι είναι η ψυχανάλυση;

Η ψυχανάλυση είναι μια από τις πολλές μορφές ψυχοθεραπείας που βασίζονται στη θεωρία του Freud, όπως και οι λεγόμενες «ψυχαναλυτικές» ή «ψυχοδυναμικές» ψυχοθεραπείες. Ο Freud και οι οπαδοί του άσκησαν για μεγάλο χρονικό διάστημα σημαντική επίδραση στο χώρο της ψυχοθεραπείας. Η θεραπεία που προσέφεραν ήταν μακροχρόνια και απαιτούσε συχνή επαφή του πελάτη με τον ψυχοθεραπευτή (διαρκούσε συνήθως χρόνια, με συχνότητα δύο ή περισσότερες συνεδρίες την εβδομάδα). Ο λόγος ήταν ότι γινόταν προσπάθεια να εντοπιστούν οι ρίζες των προβλημάτων που αντιμετώπιζε το άτομο ανατρέχοντας στην παιδική του ηλικία. Ως εκ τούτου, αυτές οι μορφές θεραπείας απευθύνονταν μόνο σε όσους είχαν την οικονομική ευχέρεια να τις ακολουθήσουν. Επιπλέον οι θεραπευτές που εφαρμόζαν αυτή την προσέγγιση δεν ενδιαφέρθηκαν ιδιαίτερα να αποδείξουν επιστημονικά την αποτελεσματικότητά της.

5. Τι είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία;

Ως αντίδραση στην έλλειψη επαρκών επιστημονικών δεδομένων για την αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης και των ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών γενικότερα, κατά τις δεκαετίες του 1950 και του 1960 αναπτύχθηκε μια νέα μορφή ψυχοθεραπείας που ονο-

μάστηκε «θεραπεία της συμπεριφοράς». Η προσέγγιση αυτή είχε δύο βασικά χαρακτηριστικά. Πρώτον, έδινε έμφαση στην αντιμετώπιση αυτών καθαυτών των συμπτωμάτων και, δεύτερον, βασιζόταν στα πορίσματα της επιστήμης της ψυχολογίας προκειμένου να τεκμηριώσει επιστημονικά τις τεχνικές που χρησιμοποιούσε.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του 1970 ο Α.Τ. Beck εισήγαγε τη «γνωσιακή ψυχοθεραπεία», η οποία έδινε έμφαση στον τρόπο σκέψης του ατόμου. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία βασίζεται στην αρχή ότι οι νοητικές λειτουργίες, δηλαδή το νόημα που δίνουμε σε μια κατάσταση, οι σκέψεις που κάνουμε γι' αυτήν, οι νοητικές εικόνες που σχηματίζουμε αλλά και οι γενικότερες αντιλήψεις και πεποιθήσεις μας, καθορίζουν τη συμπεριφορά και τις συναισθηματικές αντιδράσεις μας. Τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια σύγκλιση της γνωσιακής ψυχοθεραπείας και της θεραπείας της συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα σώμα κλινικής πρακτικής και θεωρίας που ονομάζεται «γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία».

6.

Σε ποιες περιπτώσεις είναι χρήσιμη η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία;

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία υποβλήθηκε σε αυστηρότατο επιστημονικό έλεγχο και αποδείχθηκε εξαιρετικά αποτελεσματική. Σήμερα εφαρμόζεται με επιτυχία σε μια σειρά ψυχολογικών προβλημάτων, όπως είναι οι διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι διαταραχές προσωπικότητας, οι διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, η χρήση ουσιών, τα προβλήματα ζεύγους, τα σωματικά προβλήματα που σχετίζονται με ψυχολογικούς παράγοντες, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και η αντιμετώπιση των ψυχολογικών κρίσεων.

7. Γιατί υπάρχουν τα βιβλία αυτοβοήθειας;

Αν και σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας δυνατότητες παρέμβασης αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας οι οποίες βασίζονται στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, δεν έχει σταθεί ακόμη δυνατόν να καταστούν αυτές οι δυνατότητες διαθέσιμες σε όλους τους ενδιαφερόμενους. Ένα από τα κύρια εμπόδια είναι το οικονομικό κόστος. Παρότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι πολύ οικονομικότερη από την ψυχανάλυση και τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες, αφού έχει πολύ μικρότερη διάρκεια (συνήθως δεν απαιτείται πάνω από μια συνάντηση με τον ειδικό ανά εβδομάδα), το κόστος παραμένει σχετικά υψηλό.

Η κοινότητα των γνωσιακών-συμπεριφοριστών ψυχοθεραπευτών αντέδρασε σε αυτή την κατάσταση παρουσιάζοντας τις αρχές και τις τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας σε εγχειρίδια αυτοβοήθειας, έτσι ώστε να τις καταστήσει διαθέσιμες στο ευρύτερο κοινό. Αυτό έγινε εφικτό επειδή οι μέθοδοι της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας είναι τόσο απλές που μπορούν να διδαχθούν σε έναν επιμελή αναγνώστη ακόμη και από έναν έντυπο οδηγό.

8. Τι είναι τα βιβλία αυτοβοήθειας;

Τα εγχειρίδια αυτοβοήθειας είναι πρακτικοί οδηγοί αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων. Είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να διευκολύνουν την επίτευξη και τη διατήρηση της επιθυμητής αλλαγής χωρίς την παρέμβαση ειδικού ψυχικής υγείας. Κύριοι στόχοι κάθε προγράμματος αυτοβοήθειας είναι να κατανοήσει το άτομο σε βάθος τη φύση των προβλημάτων του και να μάθει αποτελεσματικές τεχνικές για να τα αντιμετωπίσει. Οι τεχνικές εντάσσονται σε ένα συστηματικό πρόγραμμα θεραπείας, που το άτομο καλείται να εφαρμόσει ακολουθώντας τις οδηγίες που του δίνονται.

9. Ποια είναι η φιλοσοφία των βιβλίων αυτοβοήθειας;

Τα εγχειρίδια αυτοβοήθειας βασίζονται στην αξιοποίηση της *αυτορρυθμιστικής ικανότητας*, δηλαδή στον εγγενή μηχανισμό αυτορρύθμισης του ατόμου, ο οποίος του επιτρέπει να διατηρεί τη λειτουργικότητά του και να προσαρμόζεται στις συνθήκες της ζωής του. Μερικές φορές αυτός ο μηχανισμός χρειάζεται «έξωθεν» συστηματική παρέμβαση για να μπορέσει να επιτελέσει ξανά το ρόλο του ως ρυθμιστικού στοιχείου προσαρμογής. Αυτή η εξωτερική συστηματική παρέμβαση ονομάζεται «αυτοδιαχείριση» και ορίζεται ως η εξειδικευμένη στήριξη που παρέχεται στο άτομο προκειμένου αυτό να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες προσαρμογής που υπερβαίνουν τις δυνατότητες της αυτορρυθμιστικής του ικανότητας. Με αυτή την έννοια, η φιλοσοφία πίσω από τα προγράμματα αυτοβοήθειας αποτελεί μια ειδική περίπτωση αυτοδιαχείρισης και είναι σύστοιχη με την ουσία της γενικότερης συλλογιστικής που ακολουθείται στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. Το άτομο συμμετέχει ως ισότιμος συνεργάτης στην παραδοσιακή μορφή των συναντήσεων με το θεραπευτή και ως κύριος υπεύθυνος για την πρόοδο της θεραπείας στη μορφή των προγραμμάτων αυτοβοήθειας. Αυτό προάγει την τάση του για αυτοπραγμάτωση, αυτοοριοθέτηση, αυτοϋπευθυνότητα και αυτονομία, σε αντίθεση με τον παραδοσιακό ρόλο του παθητικού αποδέκτη θεραπευτικών υπηρεσιών, όπως συμβαίνει στη φαρμακοθεραπεία ή σε παλαιότερες μορφές ψυχοθεραπείας.

10. Πώς πρέπει να χρησιμοποιήσω ένα βιβλίο αυτοβοήθειας;

Για να ξεπεράσεις ένα ψυχολογικό πρόβλημα χρειάζεται χρόνος, προσπάθεια και επιμονή. Δεν αρκεί να διαβάσεις το βιβλίο, πρέπει να εξασκηθείς στις τεχνικές που παρουσιάζονται και να βεβαιωθείς

ότι ακολουθείς τις απαιτήσεις του προγράμματος. Μια καλή γενική στρατηγική είναι να διαβάσεις πρώτα όλο το βιβλίο προκειμένου να εξοικειωθείς με το περιεχόμενό του και στη συνέχεια να ακολουθήσεις βήμα προς βήμα τις τεχνικές που παρουσιάζονται, φροντίζοντας να έχεις κατακτήσει επαρκώς την κάθε τεχνική πριν προχωρήσεις στην επόμενη.

Όσο δύσκολο κι αν σου φαίνεται να ακολουθήσεις τις προτάσεις του προγράμματος, μη διακόψεις την προσπάθεια. Αν κατάλαβεις ότι δεν μπορείς να αντεπεξέλθεις στις απαιτήσεις ενός βήματος, ίσως είναι προτιμότερο να επαναλάβεις το προηγούμενο βήμα. Δεν πρέπει να βιάζεσαι να ολοκληρώσεις το πρόγραμμα. Προσπάθησε να ακολουθήσεις τον προτεινόμενο ρυθμό, αν και το βασικό δεν είναι να ολοκληρώσεις γρήγορα το πρόγραμμα, αλλά να σημειώσεις πρόοδο. Και βέβαια δεν πρέπει να αναμένεις την επιτυχία από τη μια στιγμή στην άλλη. Η αλλαγή απαιτεί χρόνο και δεν αναμένεται να υπάρξουν θεαματικά αποτελέσματα από πολύ νωρίς. Τέλος, πρέπει να θυμάσαι ότι η πρόοδός σου θα παρουσιάζει διακυμάνσεις. Μην περιμένεις μια καθημερινή, ομαλή και σταθερή, «γραμμικού τύπου» βελτίωση. Θα υπάρξουν διαστήματα που τα πράγματα θα πηγαίνουν καλά, διαστήματα στασιμότητας, αλλά και διαστήματα δυσκολιών και επιδείνωσης. Μην απογοητεύεσαι όταν θα συναντάς δυσκολίες. Αποτελούν και αυτές φυσιολογικό μέρος της διαδικασίας αλλαγής.

11.

Μπορεί ένα βιβλίο αυτοβοήθειας να αντικαταστήσει τον ψυχοθεραπευτή;

Τα βιβλία αυτοβοήθειας είναι άλλη μια μορφή παρέμβασης και δεν επιδιώκουν να αντικαταστήσουν τους ψυχοθεραπευτές. Κανένα βιβλίο δεν μπορεί να συμπεριλάβει όλο το εύρος των εμπειριών της ψυχοθεραπείας. Είναι πολλοί οι άνθρωποι που διαπιστώνουν ότι τα βιβλία αυτοβοήθειας δεν αρκούν για να καλύψουν όλες τις ανά-

γκες τους και κρίνουν ότι θα τους ήταν χρήσιμη περισσότερη συστηματική βοήθεια από έναν ειδικό ψυχικής υγείας. Και σε τέτοιες περιπτώσεις πάντως η επαφή με ένα βιβλίο αυτοβοήθειας και η εξοικείωση με τις τεχνικές αποτελούν ένα πολύ καλό πρώτο βήμα για την περαιτέρω δουλειά σε συνεργασία με τον ειδικό.

12. Σε ποιους απευθύνονται τα βιβλία αυτοβοήθειας;

Τα βιβλία αυτοβοήθειας απευθύνονται σε όλους τους ανθρώπους που υποφέρουν σιωπηλά και οι οποίοι, παρά τις αναζητήσεις τους, δεν μπορούν να λάβουν την κατάλληλη βοήθεια. Αν δεν μπορείς να λάβεις συστηματική βοήθεια επειδή αισθάνεσαι αμηχανία να απευθυνθείς σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας ή επειδή δεν υπάρχει ο κατάλληλος ειδικός στην περιοχή όπου ζεις ή ακόμη επειδή δεν έχεις την οικονομική δυνατότητα για κάτι τέτοιο, να ξέρεις πως ένα βιβλίο αυτοβοήθειας είναι πιθανό να σου προσφέρει μια διέξοδο. Ακόμη και αν δεν μπορέσεις να ξεπεράσεις το πρόβλημα, το βιβλίο θα σε βοηθήσει να αντιληφθείς τι όφελος θα είχες από την ψυχοθεραπεία ή από κάποια άλλη μορφή θεραπείας.

13. Πόσο αποτελεσματικά είναι τα βιβλία αυτοβοήθειας;

Είναι γεγονός ότι δεν υπάρχουν πολλές εμπειρικές έρευνες που να τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτοβοήθειας. Υπάρχουν όμως ολοένα και περισσότερες ενδείξεις ότι τα σχετικά βιβλία μπορούν να προσφέρουν βοήθεια αν είναι οργανωμένα έτσι που να επιτρέπουν στον αναγνώστη να παρακολουθήσει το πρόγραμμα με το δικό του ρυθμό και φυσικά αν ο αναγνώστης αφιερώνει το χρόνο και την απαιτούμενη προσπάθεια για να μάθει να εφαρμόζει τις προτεινόμενες τεχνικές.

Γενικά, φαίνεται ότι σημαντικός αριθμός ανθρώπων μπορεί με τα βιβλία αυτοβοήθειας να ξεπεράσει τα προβλήματά του χωρίς επαγγελματική βοήθεια. Υπάρχουν όμως και άνθρωποι που είτε δεν βοηθιούνται είτε σημειώνουν πολύ μικρή πρόοδο. Σε αυτές τις περιπτώσεις καλό είναι να αναζητηθεί κατευθυνόμενη αυτοβοήθεια, να ακολουθηθεί δηλαδή ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας με την υποστήριξη και την καθοδήγηση ενός ειδικού ψυχικής υγείας. Αν και αυτό δεν αποδειχθεί αποτελεσματικό, θα πρέπει να αναζητηθεί ατομική ψυχοθεραπεία.

14. Είναι σίγουρο ότι θα τα καταφέρω χρησιμοποιώντας ένα βιβλίο αυτοβοήθειας;

Δεν είναι όλα τα προβλήματα το ίδιο εύκολο να αντιμετωπιστούν. Σε γενικές γραμμές, είναι πιο εύκολο να αντιμετωπίσεις μόνος/μόνη σου προβλήματα που αφορούν μόνο μια συγκεκριμένη περιοχή της ζωής σου. Όσο πιο γενικό είναι το πρόβλημα όμως και όσους περισσότερους τομείς της ζωής σου επηρεάζει, τόσο πιο δύσκολη γίνεται η αντιμετώπισή του. Αυτό σημαίνει ότι η ανάγκη να απευθυνθείς σε ειδικό δεν είναι ένδειξη προσωπικής αδυναμίας, αλλά χαρακτηριστικό της πολυπλοκότητας του προβλήματος που αντιμετωπίζεις. Και αν τελικά χρειαστείς τη βοήθεια του ειδικού, θα υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορείς να κάνεις μόνος/μόνη σου είτε για να βοηθήσεις τον εαυτό σου είτε για να μην αφήσεις τα πράγματα να χειροτερέψουν.

15. Με ποιον άλλο τρόπο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα βιβλίο αυτοβοήθειας;

Πολλές φορές τα βιβλία αυτοβοήθειας χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά στην παραδοσιακή ψυχοθεραπεία υπό την καθοδήγηση του ειδικού ψυχικής υγείας. Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται η απο-

τελεσματικότητα της θεραπείας και μειώνεται η διάρκεια της και συνεπώς το κόστος της. Τα βιβλία αυτοβοήθειας είναι επίσης εξαιρετικά χρήσιμα σε συγγενείς και φίλους, οι οποίοι ενδιαφέρονται για το πρόσωπο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα και θέλουν να ενημερωθούν και να μάθουν ποια στάση πρέπει να τηρούν.

16. Πώς μπορώ να γνωρίζω ποιο βιβλίο είναι κατάλληλο για μένα;

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να μην είσαι σε θέση να αναγνωρίσεις την ακριβή φύση του προβλήματος που σε απασχολεί. Αφιέρωσε λίγο χρόνο για να ξεφυλλίσεις τα βιβλία που σου προτείνουμε, προκειμένου να δεις ποιο αναφέρεται στις δικές σου δυσκολίες και φυσικά ταιριάζει στη δική σου νοοτροπία, καθώς δεν είναι όλα τα βιβλία γραμμένα με τον ίδιο τρόπο.

Αν έχεις τη φοιτητική ιδιότητα, μπορείς να απευθυνθείς στην Υπηρεσία Τηλεσυμβουλευτικής του δικτυακού τόπου του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (www.uoa.gr/skf), όπου ειδικοί θα σου προτείνουν βιβλία αυτοβοήθειας κατάλληλα για το πρόβλημά σου. Εάν δεν είσαι φοιτητής ή φοιτήτρια, μπορείς να στείλεις μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μέσω του δικτυακού τόπου του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (www.ibrt.gr).

17. Πώς μπορώ να βεβαιωθώ για την ποιότητα ενός βιβλίου αυτοβοήθειας;

Η κίνηση για την ανάπτυξη προγραμμάτων αυτοβοήθειας σε μορφή βιβλίου έχει δεχτεί ευρεία κριτική, κυρίως εξαιτίας της σωρείας των βοηθημάτων που έχουν εκδοθεί. Τα βιβλία αυτά ποικίλλουν σημαντικά σε ποιότητα και σε καταλληλότητα, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο για τον ενδιαφερόμενο να επιλέξει ένα χρήσιμο βιβλίο. Στα

κεφάλαια και στο τέλος του οδηγού παρατίθεται εκτενής κατάλογος ποιοτικών βιβλίων αυτοβοήθειας με γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές, τα οποία έχουν γράψει Έλληνες επιστήμονες ή έχουν μεταφραστεί στα ελληνικά από άλλες γλώσσες (κυρίως από τα αγγλικά).

ΛΕΞΙΛΟΓΙΟ

Απόσβεση: Η εξασθένηση της σύνδεσης μεταξύ ενός ερεθίσματος και μιας αντίδρασης, που γίνεται όταν το συγκεκριμένο ερέθισμα σταματήσει να εμφανίζεται. Με την πάροδο του χρόνου η σύζευξη χαλαρώνει και εξαφανίζεται.

Αποφυγή: Δυσλειτουργική συμπεριφορά την οποία υιοθετεί το άτομο προκειμένου να αποφύγει ένα αντικείμενο, μια κατάσταση ή μια σκέψη που του προκαλεί άγχος ή φόβο. Οδηγεί σε άμεση μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, αλλά η ωφέλεια είναι βραχυπρόθεσμη. Τις περισσότερες φορές μάλιστα το πρόβλημα διαιωνίζεται και εντείνεται, αφού το άτομο δεν εφαρμόζει τρόπους ουσιαστικής αντιμετώπισής του.

Αρνητικές/δυσλειτουργικές σκέψεις: Αυτόματες, μη ρεαλιστικές σκέψεις οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μας.

Αυτόματες σκέψεις: Γρήγορες σκέψεις αξιολόγησης που δεν είναι αποτέλεσμα σκόπιμης προσπάθειας ή επαγωγικού συλλογισμού. Πηγάζουν αυτόματα, είναι ταχείες και σύντομες. Το άτομο είναι κυρίως ενήμερο για το συναίσθημα που τις ακολουθεί, παρά για το περιεχόμενό τους. Έτσι πολύ συχνά τις αποδέχεται, χωρίς κριτική, ως αληθινές.

Βουλιμικό/υπερφαγικό επεισόδιο: Το άτομο καταναλώνει μέσα σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. δύο ωρών) υπερβολική ποσότητα τροφής, έχοντας την αίσθηση ότι δεν μπορεί να σταματήσει.

Γενίκευση του ερεθίσματος: Μια αντίδραση που δεν προκαλείται μόνο

από το ερέθισμα με το οποίο έχει αρχικά συνδεθεί, αλλά και από άλλα παρόμοια με αυτό ερεθίσματα.

Γνωσιακές τεχνικές: Θεραπευτικές τεχνικές τις οποίες ο θεραπευτής διδάσκει στο θεραπευόμενο. Κύριος στόχος τους είναι η αντικατάσταση των μη ρεαλιστικών σκέψεων με άλλες περισσότερο λειτουργικές. Αυτές οι τεχνικές αποτελούν ισόβια βοηθήματα, τα οποία το άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει και μόνο του μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Δεν είναι ειδικές μόνο για μια διαταραχή και μπορούν να εφαρμοστούν όποτε το άτομο καταλαβαίνει ότι αντιδρά με έναν υπερβολικά συναισθηματικό ή δυσλειτουργικό τρόπο.

Γνωστικά (ή γνωσιακά ή διεργασιακά) λάθη (ή διαστρεβλώσεις): Αναληθείς ή μικρού βαθμού αλήθειας αυτόματες σκέψεις. Οδηγούν σε μη ρεαλιστικό τρόπο αντίληψης και επεξεργασίας των πληροφοριών, με αποτέλεσμα την εξαγωγή λανθασμένων συμπερασμάτων για τον εαυτό και τους άλλους, επηρεάζοντας επίσης αρνητικά τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά.

Γνωστική ψυχολογία: Ο κλάδος της ψυχολογίας που ασχολείται με την ανάλυση των γνωστικών λειτουργιών. Ως «γνωστικές λειτουργίες» νοούνται όλες εκείνες οι νοητικές δραστηριότητες που συντελούν στην απόκτηση, την οργάνωση και τη χρήση της γνώσης (π.χ. αντίληψη, μνήμη, σκέψη, γλώσσα, ικανότητα λύσης προβλημάτων).

Διαγνωστικές δοκιμασίες: Τεστ αξιολόγησης και ερωτηματολόγια που ο ειδικός χορηγεί στο άτομο για να αξιολογήσει τις δυσκολίες του.

Διαταραχή: Όρος που χρησιμοποιούν οι επιστήμονες ψυχικής υγείας για να δηλώσουν μορφές συμπεριφορών που αποκλίνουν από το «μέσο-φυσιολογικό» και προκαλούν υποκειμενική δυσφορία και δυσλειτουργικότητα στο άτομο ή/και στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Ενίσχυση: Κάθε ερέθισμα που αυξάνει την πιθανότητα να συμβεί μια αντίδραση.

Εξαρτημένη μεταβλητή: Η μεταβλητή της οποίας η τιμή επηρεάζεται από τις τιμές άλλων μεταβλητών, που ονομάζονται «ανεξάρτητες μεταβλητές». Οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι εκείνες που μετريούνται για να δώσουν τα αποτελέσματα ενός πειράματος.

Μήνυμα αυτοκαθοδήγησης/αυτοσυμβουλές: Μικρές επιβεβαιωτικές φράσεις απευθυνόμενες στον εαυτό, τις οποίες ο θεραπευόμενος βρίσκει μαζί με το θεραπευτή, για να αντικαθιστά άμεσα τις μη ρεαλι-

στικές σκέψεις που κάνει όταν έρχεται αντιμέτωπος με καταστάσεις που του προκαλούν δυσφορία.

Νευροδιαβιβαστής: Κάθε ουσία που βρίσκεται στα σημεία επαφής των νευρικών κυττάρων μεταξύ των ιστών ή σε άλλους ιστούς και μεταβιβάζει νευρικά σήματα.

Νόμοι της μάθησης: Σύμφωνα με την ψυχολογία της μάθησης, η μάθηση συνίσταται στην ενδυνάμωση των δεσμών μεταξύ ερεθισμάτων και αντιδράσεων μέσα από την επίδραση των παρακάτω νόμων:

- *Νόμος του αποτελέσματος (ή δοκιμής και επιτυχίας).* Αντιδράσεις οι οποίες εμφανίζονται μόλις πριν από μια ικανοποιητική κατάσταση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επαναληφθούν.
- *Νόμος της ετοιμότητας (ή της προπαρασκευής).* Αποτελεί τη βιοφυσιολογική βάση του νόμου του αποτελέσματος και συνδέεται με τη μελέτη των κινήτρων. Σύμφωνα με αυτό το νόμο, η ετοιμότητα του οργανισμού για μάθηση εξαρτάται από το βαθμό ικανοποίησης που συνοδεύει τα ερεθίσματα.
- *Νόμος της άσκησης.* Για να διατηρηθεί η σύναψη ή ο δεσμός ανάμεσα σε ένα ερέθισμα και μια αντίδραση, θα πρέπει να γίνεται επανάληψη. Με την επανάληψη η ανάκληση στο μέλλον επιτυγχάνεται ευκολότερα και αυτόματα. Όταν δεν ακολουθεί συχνή άσκηση, λησμονείται αυτό που έχει μαθευτεί.

Νόμοι της συχνότητας και του πρόσφατου και η αρχή της υποκατάστασης: Σύμφωνα με τους νόμους του πρόσφατου και της συχνότητας, όσο πιο πρόσφατο είναι ένα ερέθισμα (κατάσταση, γεγονός κ.λπ.) και όσο πιο πολλές φορές επαναληφθεί προκαλώντας την ίδια αντίδραση, τόσο καλύτερες γίνονται οι προϋποθέσεις και τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να επαναληφθεί η αντίδραση, δηλαδή να επιτευχθεί η μάθηση.

Σύμφωνα με την αρχή της υποκατάστασης, αν ένα ουδέτερο ερέθισμα συνδεθεί συνειρμικά με ένα φυσικό ερέθισμα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να προκαλέσει την ίδια αντίδραση που προκαλεί και το φυσικό ερέθισμα. Για να πάρει όμως το ουδέτερο ερέθισμα τη θέση του απόλυτου, φυσικού, αρχικού ερεθίσματος, δηλαδή για να γίνει υποκατάσταση, απαιτείται κάποια μορφή ενδυνάμωσης του δεσμού (ενίσχυση).

Ντοπαμίνη: Νευροδιαβιβαστής που σχετίζεται με τη δημιουργία ευφο-

ρίας και ευχαρίστησης στον ανθρώπινο οργανισμό. Είναι ο κύριος νευροδιαβιβαστής που εμπλέκεται στις ανθρώπινες κινήσεις.

Πελάτης (ή θεραπευόμενος): Είναι το άτομο που για κάποιο λόγο επιδιώκει τη θεραπευτική σχέση, συνήθως εξαιτίας μιας αίσθησης ανικανοποίητου στη συγκινησιακή ή διαπροσωπική του προσαρμογή.

Σεροτονίνη: Νευροδιαβιβαστής που επιδρά στην αρτηριακή υπέρταση και στη νευρική διέγερση και σχετίζεται με την κατάθλιψη.

Συμπεριφορισμός: Μια προσέγγιση στην ψυχολογία την οποία εισήγαγε ο J.B. Watson. Σύμφωνα με τη θεωρία του συμπεριφορισμού, η ψυχολογία πρέπει να αυτοπεριοριστεί σε παρατηρήσιμα, μετρήσιμα φαινόμενα, που μπορούν να ερευνηθούν με επιστημονική αυστηρότητα (π.χ. συμπεριφορά και όχι εσωτερικά νοητικά συμβάντα).

Συμπεριφοριστικές τεχνικές: Τεχνικές που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας για την αντικατάσταση μιας δυσλειτουργικής συμπεριφοράς με μια επιθυμητή ή για την εκμάθηση μιας νέας συμπεριφοράς.

Συνεδρίες επανεξέτασης (follow-up): Ενισχυτικές συναντήσεις του ψυχοθεραπευτή με το θεραπευόμενο που έχουν προληπτικό χαρακτήρα. Πραγματοποιούνται σε προκαθορισμένο χρόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (συνήθως τρεις, έξι και δώδεκα μήνες μετά).

Συντελεστική μάθηση (διαδικασία): Μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο υιοθετεί και εκτελεί μορφές συμπεριφοράς που οδηγούν σε κάποια επιθυμητά για εκείνο αποτελέσματα (ακόμη και αν αυτές οι συμπεριφορές είναι αρνητικές για το ίδιο ή/και για το περιβάλλον του). Για παράδειγμα, το άτομο «μαθαίνει» να αποφεύγει τους σκύλους γιατί έτσι μειώνεται το άγχος που αισθάνεται όταν τους συναντά.

Σχήματα: Αντιλήψεις για τον εαυτό και τον κόσμο, που δημιουργούνται μέσα από τις γονεϊκές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μας καθώς και μέσα από τις εμπειρίες μας. Πρόκειται για σφαιρικές, άκαμπτες και υπεργενικευμένες αντιλήψεις, τόσο θεμελιώδεις και βαθιές που, παρότι δεν γίνονται πάντα αντιληπτές, αντιμετωπίζονται ως απόλυτες αλήθειες. Έτσι, επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε και επεξεργαζόμαστε τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, επηρεάζοντας καθοριστικά τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μας. Τέτοιες αρνητικού χαρακτήρα αντιλήψεις έρχονται συνήθως στην επιφάνεια σε χρονικές περιόδους ψυχολογικής πίεσης, ενώ σε ορισμένες

διαταραχές ενδέχεται να είναι συνεχώς ενεργοποιημένες. Για παράδειγμα, το αρνητικό σχήμα «είμαι αδύναμος» μπορεί να επηρεάζει καθοριστικά τις καθημερινές δραστηριότητες ενός ατόμου, χωρίς το ίδιο το άτομο να αντιλαμβάνεται ότι έχει αυτή την αντίληψη για τον εαυτό του.

Υποτροπή: Επανεμφάνιση των συμπτωμάτων μιας διαταραχής ή μιας προβληματικής συμπεριφοράς.

Φαύλος κύκλος: Μεταφορικά χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση στην οποία η επίλυση του αρχικού προβλήματος οδηγεί στη δημιουργία ενός άλλου, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί πάλι στο αρχικό, προκαλώντας αδιέξοδο. Εδώ ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει την αλυσιδωτή εμφάνιση μη ρεαλιστικών σκέψεων, αρνητικών συναισθημάτων και δυσλειτουργικών συμπεριφορών που αλληλεπιδρούν και οδηγούν στη διατήρηση των συμπτωμάτων και στη συντήρηση των ψυχολογικών διαταραχών.

Ψυχολογία της μάθησης: Ένας από τους σημαντικότερους τομείς έρευνας της γενικής ψυχολογίας που μελετά το φαινόμενο της μάθησης, με έμφαση στη διερεύνηση του ρόλου της μνήμης, στην πρόσκτηση και επεξεργασία των πληροφοριών. Οι εργασίες γίνονται σε ψυχολογικά εργαστήρια και με βάση αυστηρά επιστημονικά κριτήρια εξασφαλίζονται η αντικειμενικότητα, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Ψυχωτικό/ψυχωσικό επεισόδιο: Τα συμπτώματα ενός ψυχωσικού επεισοδίου ποικίλλουν σε είδος και ένταση, και μπορεί να περιλαμβάνουν αποδιοργανωμένο λόγο (π.χ. ασυναρτησία), παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ακινησία με μυϊκή δυσκαμψία ή διέγερση, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά κ.ά. Η εικόνα που δίνεται γενικότερα είναι αυτή της έντονης αναστάτωσης με σύγχυση, αμηχανία και ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Επιλογές βιβλίων αυτοβοήθειας και συμβουλευτικής

Σειρά: **Αυτοεκπαίδευση και ψυχολογική βοήθεια**

Υπεύθυνη: Α. Καλαντζή-Αζίζι

- Blaszczynski, A. (2003). *Τζόγος – ξεπερνώντας το πάθος για τα τυχερά παιχνίδια: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας* (επιμ. έκδ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, μτφρ. Ν. Βουλαλάς). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Overcoming Compulsive Gambling*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1998.)
- Gilbert, P. (1999). *Ξεπερνώντας την κατάθλιψη: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές* (επιμ. έκδ. Δ. Μόνος, μτφρ. Κ. Αγγελή & Γ. Ευσταθίου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου: *Overcoming Depression*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1997.)
- Kennerley, H. (1999). *Ξεπερνώντας το άγχος: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές* (επιμ. έκδ. Μ. Χαρίτου-Φατούρου, μτφρ. Γ. Ευσταθίου & Κ. Αγγελή). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Overcoming Anxiety*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1997.)
- Neuhaus, C. (1999). *Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του: Γνωστική-συμπεριφοριστική προσέγγιση* (επιμ. έκδ. Μ. Ζαφειροπούλου, μτφρ. Γ. Μωραΐτου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Das Hyperaktive Kind*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996.)

Silove, D. & Manicavasagar, V. (2000). *Ξεπερνώντας τον πανικό: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές* (επιμ. έκδ. Θ. Καλπάκογλου, μτφρ. Ν. Βουλαλάς). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Overcoming Panic*. Έτος πρωτοτύπου έκδοσης 1997.)

Σειρά: **Βιβλιοθεραπεία**

Υπεύθυνος: Γ. Σίμος

Alberti, R. & Emmons, M. (2002). *Δικαίωμά σας! Ένας οδηγός για περισσότερο ισότιμες σχέσεις* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος, μτφρ. Ν. Νικολαΐδης). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *Your perfect right: a guide to assertive living*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1993.)

Beck, A. T. (1996). *Δεν αρκεί μόνο η αγάπη* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος, μτφρ. Χ. Μουτζούκης). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *Love is never enough*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1988.)

Burns, D. D. (1997). *Αισθανθείτε καλά!* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος, μτφρ. Μ. Χήρα). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *Feeling Good*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1980.)

Fairburn, C. (1999). *Βουλμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος, μτφρ. Μ. Χήρα). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *Overcoming binge eating*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1995.)

Garner, A. (2001). *Η τέχνη της επικοινωνίας* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος, μτφρ. Β. Λαμπάδη). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *Conversationally speaking*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1995.)

Kaplan, H. S. (1995). *Πώς να ξεπεράσετε την πρόωγη εκσπερμάτιση* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *How to overcome premature ejaculation*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1989.)

Lamagnère, F. (1999). *Μανίες, φοβίες και έμμονες ιδέες* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος, μτφρ. Μ. Χήρα). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *Manies, peurs et idées fixes*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1994.)

Young, J. E. & Klosko, J. S. (1996). *Ανακαλύπτοντας ξανά τη ζωή σας* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος, μτφρ. Μ. Χήρα). Αθήνα: Πατάκης. (Τίτλος πρωτοτύπου *Reinventing your life*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1993.)

Σειρά: Αντιμετώπιση προβλημάτων παιδιού και εφήβου

Υπεύθυνη: Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου

- Herbert, M. (1996). *Διατροφή και ύπνος των παιδιών* (επιμ. έκδ. Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου, μτφρ. Θ. Τσοβίλη). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου: *Coping with children's feeding problems and bedtime battles*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης: 1996.)
- Herbert, M. (1996). *Οι καβγάδες των παιδιών* (επιμ. έκδ. Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου, μτφρ. Θ. Τσοβίλη). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Fending and fighting: A guide to the management of aggression and quarelling with children*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996.)
- Herbert, M. (1996). *Τα όρια στη συμπεριφορά των παιδιών: Θετικοί τρόποι διαπαιδαγώγησης* (επιμ. έκδ. Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου, μτφρ. Θ. Τσοβίλη). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Setting limits: Promoting positive parenting*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996.)
- Herbert, M. (1998). *Χωρισμός και διαζύγιο* (επιμ. έκδ. Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου, μτφρ. Γ. Μωραΐτου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Separation and anxiety: Helping children cope*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996.)
- Herbert, M. (1998). *Η κακή συμπεριφορά: Βοηθώντας τους γονείς να αντιμετωπίσουν το παιδί με διαταραχή διαγωγής* (επιμ. έκδ. Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου, μτφρ. Γ. Μωραΐτου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Banishing bad behaviour: Helping Parents cope with a child's conduct disorder*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996.)
- Herbert, M. (2004). *Εκπαιδεύοντας τα παιδιά στη χρήση της τουαλέτας* (επιμ. έκδ. Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου, μτφρ. Γ. Ευσταθίου & Κ. Αγγελή). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Toilet training, bedwetting and soiling*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996.)
- Herbert, M. (2004). *Τα παιδιά μπροστά στο πένθος και την απώλεια* (επιμ. έκδ. Β. Παπαδιώτη-Αθανασίου, μτφρ. Κ. Αγγελή & Γ. Ευσταθίου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου: *Supporting bereaved and dying children and their parents*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1996.)

Επιλογές άλλων βιβλίων

- Fontana, D. (1993). *Άγχος και η αντιμετώπισή του* (επιμ. έκδ. Ν. Δέγλε-ρης, μτφρ. Μ. Τερζίδου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Managing stress*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1990.)
- Göckel, R. (1988). *Γυναίκες που τρώνε πολύ. Τα ψυχολογικά αίτια της παχυσαρκίας και η αντιμετώπισή τους* (μτφρ. Λ. Ταχμαζίδου). Αθήνα: Οδυσσέας.
- Lewis, D. (1994). *Πολεμήστε τη φοβία σας και νικήστε* (επιμ. έκδ. Α. Κολοδημητράκη, μτφρ. Δ. Βαλάσης). Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Βασιλείου. (Τίτλος πρωτοτύπου *Fight your phobia – and win*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1991.)
- Marks, I. (1991). *Νικήστε τις φοβίες* (επιμ. έκδ. Ι. Κασβίκης, μτφρ. Μ. Γρηγοριάδου). Αθήνα: Μέδουσα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Living with fear – Understanding and coping with anxiety*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1978.)
- Πασχάλης, Τ. (1979). *Βοηθήστε το παιδί*. Αθήνα: Δανιάς.
- Parry, G. (1993). *Ψυχολογικές κρίσεις... και η αντιμετώπισή τους* (επιμ. έκδ. Ν. Ε. Δέγλερης, μτφρ. Ν. Ρώντα). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Coping with crises: Problems in practice*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1990.)
- Wolpe, J. & Wolpe, D. (1996). *Ζωή χωρίς φόβο* (μτφρ. Σ. Ανδρεοπούλου). Αθήνα: Δίοδος. (Τίτλος πρωτοτύπου *Life without fear*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1988.)
- Χάιντς, Έ. (2000). *Συζυγική θεραπεία: Τρόποι βελτίωσης της συζυγικής επικοινωνίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βιβλία θεραπευόμενων που περιγράφουν τις εμπειρίες τους

- Παπαγιώργης, Κ. (1999). *Σύνδρομο αγοραφοβίας*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Φωκά, Π. (1997). *Οι καρδερίνες είναι πουλιά αποδημητικά (Στο κλουβί του φόβου)*. Αθήνα: Εκδόσεις Οιακιστής.

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία για τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία

- Dattilio, F. M. & Padesky, C. A. (1995). *Συμβουλευτική ζευγαριών: Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση* (επιμ. έκδ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, μτφρ. Ν. Χαρίλα). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Cognitive therapy with couples*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1990.)
- Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Συμπεριφοράς – Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (1992). *Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς*, τόμ. Α (επιμ. έκδ. Α. Καλαντζή-Αζίζι & Ν. Δέγλερης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Συμπεριφοράς – Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (1995). *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας*, τόμ. Β. (επιμ. έκδ. Γ. Μπουλουγούρης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Συμπεριφοράς – Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (1995). *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας*, τόμ. Γ. (επιμ. έκδ. Γ. Μπουλουγούρης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Goreczny, A. J. (1997). Συμπεριφορική Ιατρική. Στο L. A. Heiden & M. Hersen (Επιμ.), *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*, σσ. 425-454 (επιμ. έκδ. Α. Καλαντζή-Αζίζι & Φ. Αναγνωστόπουλος). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Introduction to Clinical Psychology*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1995.)
- Guerney, B. G. (1996). *Βελτίωση σχέσεων* (μτφρ.-επιμ. έκδ. Έ. Χάιντς). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Relationship Enhancement*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1977.)
- Herbert, M. (1989). *Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας* (εποπτ. έκδ. Ι. Ν. Παρασκευόπουλος). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Problems of childhood: A complete guide for all concerned*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1985.)
- Herbert, M. (1992). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας* (επιμ. έκδ. Α. Καλαντζή-Αζίζι). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Living with teenagers*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1989.)
- Herbert, M. (1997). *Ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του* (επιμ. έκδ. Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, μτφρ. Γ. Σκαρβέλη). Αθή-

- να: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Working with children and their families*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1988.)
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1984). *Αυτογνωσία: Αυτοανάλυση και αυτοέλεγχος* (ψυχολογική θεώρηση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1999, δ' έκδοση βελτιωμένη). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1999, ε' έκδοση). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο Χώρο του Σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Ευσταθίου, Γ. & Αγγελή, Κ. (2002). *Αυτογνωσία – Αυτοδιαχείριση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλπάκογλου, Θ. (1997). *Άγχος και πανικός: Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Molnar, A. & Linquist, B. (1993). *Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο* (επιμ. έκδ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, μτφρ. Ε. Γαλανάκη, Κ. Γκαρή, Ν. Παπατυλιανού & Ε. Σοφιανίδου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Changing problem behavior in school*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1990.)
- Μπουλουγούρης, Γ. (1992). *Φοβίες... και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπακώστας, Ι. (1994). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (1999). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές* (επιμ. έκδ. Α. Μπρούζος, μτφρ. Α. Αλεξανδροπούλου & Ε. Δασκαλοπούλου). Αθήνα: Τυπωθήτω. (Τίτλος πρωτοτύπου *Personality: Theory and Research*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1997.)
- Ronpen, T. (1999). *Η γνωστική-εξελικτική θεραπεία στα παιδιά* (επιμ. έκδ. Μ. Ζαφειροπούλου). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου *Cognitive-developmental therapy with children*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1997.)
- Σούλης, Σ. Γ. (2000). *Μαθαίνοντας βήμα με βήμα στο σχολείο και το σπίτι*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Χριστάκης, Κ. Γ. (2001). *Προβλήματα συμπεριφοράς στη σχολική ηλικία: Εκτίμηση, πρόληψη, καταγραφή, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ατραπός.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία για τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία

- Alford, B. A. & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (1994). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. New York: The Guilford Press.
- Dryden, W. & Rentoul, R. (επιμ. έκδ.) (1991). *Adult Clinical Problems: A cognitive-behavioural approach*. London: Routledge.
- Emmelkamp, P. M. G. (1994). Behavior therapy with adults. Στο A. E. Bergin & S. L. Garfield (επιμ. έκδ.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4η έκδ., σσ. 379-427). New York: Wiley.
- Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (επιμ. έκδ.) (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. Στο A. E. Bergin & S. L. Garfield (επιμ. έκδ.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4η έκδ., σσ. 428-466.) New York: Wiley.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-therapie: Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis* (3η έκδ.). Berlin: Springer Verlag.
- Kasvikis, I. (επιμ. έκδ.) (1995). *25 years of scientific progress in behavioural-cognitive therapies*. Athens: Ellinika Grammata.

- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W. W. Norton & Company.
- Salkovskis, P. M. (επιμ. έκδ.) (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.

Ξερόγλωσσα βιβλία αυτοβοήθειας που προτείνονται στα κεφάλαια του βιβλίου

- Cooper, M., Todd, G., & Wells, A. (2000). *Bulimia nervosa: A cognitive Therapy Programme for Clients*. London: Jessica Kingsley.
- de Silva, P. & S. Rachman (2004). *Obsessive-Compulsive Disorder: the facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Butler, G. (1999). *Overcoming social anxiety and shyness: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson.
- Fennell, M. (1999). *Overcoming low self-esteem*. London: Robinson.
- Gillen, M. (1998). *Assertiveness*. London: Institute of Personnel and Development.
- Rapoport, A. M. & Sheftell, F. (1996). *Headache relief for women*. Boston: Little, Brown and Co.
- Robbins, L. & Lang, S. S. (1995). *Headache help*. New York: Houghton Mifflin.
- Solomon, S. & Fraccaro, S. (1991). *The headache book*. New York: Consumer Reports Books.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper and Row.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good*. New York: Morrow.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook*. New York: Penguin.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1988). *The relaxation and stress reduction workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ellis, T. E. & Newman, C. F. (1996). *Choosing to live: How to defeat suicide through cognitive therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Fanning, P., McKay, M., & Davis, M. (1995). *Messages: The communication skills book*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Fennell, M. J. V. (1999). *Overcoming low self-esteem: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson Publishing.
- Foa, E. B. & Wilson, R. (1991). *Stop obsessing: How to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam Books.
- Greenberger, D. G. & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood*. New York: Guilford.
- Markway, B. G., Carmin, C. N., Pollard, C. A., & Flynn, T. (1992). *Dying of embarrassment: Help for social anxiety and phobia*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Matsakis, A. (1998). *Trust after trauma: A guide to relationships for survivors and those who love them*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1981). *Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- McKay, M. & Fanning, P. (1987). *Self-esteem: A proven program of cognitive techniques for assessing, improving, and maintaining your self-esteem*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Rapee, R. M. (1998). *Overcoming shyness and social phobia: A step-by-step guide*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Sandbek, T. J. (1993). *The deadly diet: Recovering from anorexia and bulimia*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Siegel, M., Brisman, J., & Weinshel, M. (1988). *Surviving an eating disorder: Strategies for family and friends*. New York: Harper & Row.
- Steketee, G. & White, K. (1990). *When once is not enough: Help for obsessive-compulsives*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Wilson, R. R. (1988). *Breaking the panic cycle*. Rockville, MD: Anxiety Disorders Association of America.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life*. New York: Dutton.
- Wright, J. W. & Basco, M. (2001). *Getting your life back: The complete guide to recovering from depression*. New York: The Free Press.

ΟΙ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ ΤΟΜΟΥ

Κατερίνα Αγγελή

MSc. Κλινικής Ψυχολογίας, Ψυχοθεραπεύτρια γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης
kageli@psych.uoa.gr.

Γεωργία Αλεξοπούλου

Ψυχολόγος
alexopouloug@hotmail.com

Ιωάννα Αποστολοπούλου

Ψυχολόγος
iapostor@ppp.uoa.gr

Γεσθημανή Αραπίδου

Ψυχολόγος
arapidoum@yahoo.gr

Κωνσταντίνος Ευθυμίου

MSc. Κλινικής Ψυχολογίας, Diploma Ψυχοθεραπευτή γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, Diploma σεξοθεραπείας και θεραπείας ζεύγους
kefthim@psych.uoa.gr

Γιώργος Ευσταθίου

MSc. Κλινικής Ψυχολογίας, Ψυχοθεραπευτής γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης
gefsthath@psych.uoa.gr

Άγγελος Ηλιόπουλος

Υποψήφιος διδάκτωρ Τμήματος Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου
Αθηνών

anilio@panteion.gr

Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια του μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης στην Κλινική Ψυχολογία του Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονική Υπεύθυνη του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς και του Κύκλου Ευαισθητοποίησης στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία

kalantzi@psych.uoa.gr

Φανή Κατσούλη

Ψυχολόγος

fkatsoul@yahoo.gr

Μαρία Κουλουβάρη

Ψυχολόγος

mkoulounari@keel.org.gr

Κατερίνα Κουρέα

Ψυχολόγος

mwwwm@lycos.com

Ευσταθία Κοφίτσα

Ψυχολόγος

kofitsaef@hotmail.com

Αθανασία Μαυροειδή

MSc. Κλινικής Ψυχολογίας, Ψυχοθεραπεύτρια γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης

amavroeidi@psych.uoa.gr

Νίκος Μολδοβάνος

Ψυχολόγος

nikosmoldo@yahoo.gr

Μαρία Μουσουλή

MSc. Δικαστικής Ψυχολογίας
mariamousouli@hotmail.com

Αλεξάνδρα Παπαδημητρίου

MSc. Κλινικής Ψυχολογίας
alrapad@ppp.gr

Ευθυμία Παυλάτου

MSc. Κλινικής Ψυχολογίας, Ψυχοθεραπεύτρια γνωσιακής συμπεριφο-
ριστικής κατεύθυνσης
epavlatou@psych.uoa.gr

Μαρία Πενέση

Ψυχολόγος
penesi@internet.gr

Χριστίνα Σιδέρη

Ψυχολόγος
christinasideri79@hotmail.com

Δέσποινα Τζόβα

Ψυχολόγος
despina.tzova@gmail.com

Χαρά Τσέκου

Ψυχολόγος, MSc. Γνωστικών Νευροεπιστημών
xr_tsk@hotmail.com

Πέννυ Υφαντή

Ψυχολόγος
pennyifanti@acn.gr

Βίκη Φαράντου

Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύ-
θυνσης
gpaschos@mail.ntua.gr

Άγχος, φοβίες, διαταραχή πανικού- αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μετατραυματική διαταραχή άγχους, σωματόμορφες διαταραχές, ανορεξία, βουλιμία, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχές προσωπικότητας, αλκοολισμός, κεφαλαλγίες, θεραπεία ζεύγους, σεξουαλικές διαταραχές : ψυχικές διαταραχές που δημιουργούν σύγχυση, φόβο, αβεβαιότητα...

Ο οδηγός «πρώτων βοηθειών» που κρατάτε στα χέρια σας θα σας βοηθήσει να τις κατανοήσετε και να τις αντιμετωπίσετε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Θα μάθετε για τα βασικά χαρακτηριστικά της κάθε διαταραχής (πώς ξεκινά, ποια πορεία ακολουθεί, πού μπορεί να οφείλεται και ποιες συνέπειες έχει στη ζωή σας)· θα διαβάσετε για τους μύθους που τη συνοδεύουν· και θα πληροφορηθείτε για τις δυνατότητες αντιμετώπισής της και τους τρόπους θεραπείας της. Το τόσο διαδεδομένο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας, που σας προτείνουν οι συγγραφείς, είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, άρτιο, κατανοητό και προπάντων αποτελεσματικό.

Το βιβλίο θα φανεί χρήσιμο σε όλους εσάς που:

- * Αντιμετωπίζετε μια ψυχική διαταραχή και διστάζετε να απευθυνθείτε σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας.
- * Ακολουθείτε θεραπεία και θέλετε να μάθετε περισσότερα για το πρόβλημά σας.
- * Επιθυμείτε να βοηθήσετε ένα αγαπημένο σας πρόσωπο που υποφέρει.
- * Είστε ειδικοί ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, σύμβουλοι κ.λπ.) και θέλετε να απαντήσετε απλά και κατανοητά στα ερωτήματα των πελατών σας.
- * Σπουδάζετε ή κάνετε τα πρώτα σας βήματα άσκησης στην ψυχοθεραπεία.

