

# ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Γεωργαντά Ευγενία, Psy.D.  
Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια\*

## Ορισμός προσαρμογής

Η διαδικασία εκείνη του οργανισμού που θα επιτρέψει στο άτομο να ανταποκριθεί και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις συνθήκες και απαιτήσεις του περιβάλλοντος ονομάζεται **προσαρμογή**. Η προσαρμογή στην πραγματικότητα είναι μια ένδειξη ψυχικής υγείας.

Οι τρόποι και τα μέσα που χρησιμοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις τόσο του βιολογικού όσο και του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος του μπορεί να είναι συνειδητοί ή ασυνειδητοί. Η προσαρμογή στην πραγματικότητα είναι μια **δύσκολη και συνεχής διαδικασία** που βασίζεται σε μια **δυναμική διεργασία** και όχι σε απλή και παθητική αποδοχή των απαιτήσεων του περιβάλλοντος. Η δυνατότητα/ ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα και να δώσει λύσεις σε καταστάσεις και προβλήματα που τον ταλαιπωρούν εξαρτάται από τις εξωτερικές συνθήκες αλλά κυρίως από την προσωπικότητα του. Έτσι για την καλύτερη δυνατή προσαρμογή απαιτείται μια προσωπικότητα που να έχει γερά θεμέλια και την ικανότητα αντιμετώπισης κρίσιμων καταστάσεων. Προβλήματα στην ομαλή εξελικτική πορεία του ατόμου μπορεί να οδηγήσουν τόσο σε προβλήματα προσαρμογής όσο και σε σοβαρότερες ψυχικές ασθένειες.

Μερικές φορές η προσαρμογή γίνεται αυτόματα, είναι δηλαδή απλή για το άτομο, αλλά αυτό συμβαίνει μόνο όταν οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος είναι βιολογικά και ψυχολογικά αποδεκτές. Τότε τις αντιμετωπίζει εύκολα και ανταποκρίνεται αρμονικά, συνήθως όμως η διαδικασία αυτή είναι δύσκολη, περιπλέκεται και αναγκάζει το άτομο να αναπτύξει ορισμένου τύπου συμπεριφορές. Άλλοτε εσωτερικοί παράγοντες και άλλοτε οι περιβαλλοντικές συνθήκες παίζουν τον σπουδαιότερο ρόλο για τον καθορισμό του τρόπου αντίδρασης. Πάντως κάθε μορφή αντίδρασης στις δυσκολίες που παρουσιάζονται κατά την διαδικασία της προσαρμογής είναι το αποτέλεσμα της συνεργασίας εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων.

Οι εξωτερικές δυσκολίες γίνονται ευκολότερα συνειδητές και το άτομο επιστρατεύει συνήθως συνειδητούς τρόπους συμπεριφοράς προκειμένου να τις αντιμετωπίσει. Οι εσωτερικές όμως δυσκολίες είναι κυρίως ασυνειδητές και ο τρόπος που το άτομο αντιδρά είναι ασυνειδητός και συχνά μόνο αμυντικός.

---

\* Δημοσιευμένο στο βιβλίο «Τι είναι Ψυχοθεραπεία», Εκδόσεις Ασημάκης, Αθήνα (2003)

Βέβαια και οι δύο αυτές κατηγορίες συχνά συνυπάρχουν. Δηλαδή η αντίδραση του ατόμου σε ένα εξωτερικό, αντικειμενικά τραυματικό γεγονός είναι συνάρτηση και της προσωπικότητας του και της φυσικής του κατάστασης και των ευκαιριών ακόμα που του παρουσιάζονται και του παρέχουν τη δυνατότητα να αντιδράσει.

Συνοψίζοντας την δουλειά πολλών θεωρητικών θα μπορούσαμε να αναφερθούμε σε ορισμένα χαρακτηριστικά των ανθρώπων που θεωρούνται ότι λειτουργούν καλά και έχουν καλή προσαρμογή (Sappington, 1989).

- Έχουν συνειδητό έλεγχο της ζωής τους
- Αποδέχονται τον εαυτό τους, δηλαδή τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά στοιχεία τους.
- Βλέπουν τον εαυτό τους και τον κόσμο με ακρίβεια (accurately)
- Κινητοποιούνται από θετικούς στόχους και αποφεύγουν καταστάσεις έντασης και στεναχώριας
- Έχουν την δυνατότητα να αλλάζουν καθόλη την διάρκεια του βίου τους
- Είναι ανεκτικοί απέναντι στους άλλους
- Μπορούν να δημιουργήσουν κοντινές προσωπικές σχέσεις με ορισμένα άτομα. (σελ. 7)

Για να καταλάβουμε βέβαια την διαφορά ανάμεσα στην αποτελεσματική και στην μη αποτελεσματική προσαρμογή χρειάζεται να λάβουμε υπόψη μας τρεις παράγοντες:

1. Τις εντάσεις/ πιέσεις που δημιουργεί η ζωή
2. τις συνθήκες που δημιουργούν τις εντάσεις αυτές και
3. τις συνέπειες τους.

Όταν μιλάμε για εντάσεις και πιέσεις που δέχεται το άτομο συνήθως εννοούμε απαιτήσεις που υπερβαίνουν τις δυνάμεις του και στις οποίες δυσκολεύεται να ανταποκριθεί με αποτέλεσμα να νοιώθει άγχος και στρες. Τέτοιες καταστάσεις οδηγούν σε προβλήματα προσαρμογής και μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:

- **Αποστέρηση**—η ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο όταν ισχυρά επιθυμητά κίνητρα απειλούνται με ματαίωση, ή γενικά εμποδίζεται η πραγμάτωση τους. Το συναίσθημα της αποστέρησης προέρχεται από την ματαίωση των επιθυμιών του ατόμου ή τη διάψευση της δυνατότητας ικανοποίησης τους ή ακόμα από την έλλειψη κάθε προσδοκίας για το μέλλον. Η ματαίωση των επιθυμιών μπορεί να προέλθει από *περιβαλλοντικά εμπόδια*, όπως ο πόλεμος, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μια ανίατη αρρώστια, ή από τις *κοινωνικές απαγορεύσεις* που θέτει το περιβάλλον. Η ματαίωση των επιθυμιών μας και η δημιουργία του συναισθήματος της αποστέρησης μπορεί να προέλθουν και από εσωτερικά εμπόδια πράγμα που φαίνεται από το γεγονός της εμφάνισης άγχους, αλλαγή στα συναισθήματα ή την συμπεριφορά ενός ατόμου δίχως να μπορούν τα φαινόμενα να αποδοθούν σε ένα εξωτερικό γεγονός. Τα εσωτερικά

εμπόδια είτε αντικειμενικά είτε όχι, προκαλούν αποτυχίες. Οι αποτυχίες αυτές, που οφείλονται είτε σε ατομικές ελλείψεις και ανικανότητες είτε σε προσωπικά λάθη οδηγούν το άτομο σε υποτίμηση του εαυτού του, υποτίμηση που είναι γενεσιουργός έντονης αποστέρησης.

- **Απειλή**—στην κατάσταση αυτή το άτομο βιώνει την απειλή της αποστέρησης και ματαίωσης των επιθυμιών του. Προϊδεάζει δηλαδή μια κατάσταση όπου πιστεύει ότι κινδυνεύει χωρίς ο κίνδυνος αυτός καθαυτός να είναι παρών. Γνωρίζουμε βέβαια ότι η απειλή του κινδύνου συχνά δημιουργεί μεγαλύτερο στρες και ψυχική ένταση από την τελική παρουσία της απειλητικής κατάστασης ή αντικειμένου. Δηλαδή από την στιγμή που ο άνθρωπος αναγκαστεί να αντιμετωπίσει την κρίσιμη κατάσταση συχνά ανακαλύπτει πως ή αυτή δεν είναι τόσο απειλητική όσο φανταζόταν ή ότι ο ίδιος έχει αποθέματα δυνάμεων μεγαλύτερα από εκείνα που νόμιζε ότι είχε.
- **Σύγκρουση**—όταν η επιλογή μιας κατεύθυνσης ανάμεσα σε πολλές μας υποχρεώνει στην παραίτηση από άλλες εξίσου επιθυμητές επιλογές. Η αποστέρηση δηλαδή μπορεί συχνά να μην είναι αποτέλεσμα ενός εσωτερικού ή εξωτερικού εμποδίου, αλλά να πηγάζει από την σύγκρουση ανάμεσα σε δύο επιθυμίες, δύο αξίες, ή σε δύο σκοπούς που το άτομο επιδιώκει. Κάθε επιλογή είναι και μια παραίτηση, γιατί μας υποχρεώνει να αφήσουμε άλλες επιθυμητές δραστηριότητες, ακόμα και όταν αυτό που επιλέξαμε δεν είναι δυσάρεστο και είναι έντονα επιθυμητό. Στην πραγματικότητα η σύγκρουση δεν είναι καθαυτή μια πηγή άγχους διαφορετική από την αποστέρηση. Το βασικό χαρακτηριστικό της σύγκρουσης είναι η *προϊδέαση της αποστέρησης* που θα προκληθεί από την απόφαση, εφόσον προϋποθέτει εγκατάλειψη της επιθυμίας για την ικανοποίηση μιας άλλης. Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι συγκρούσεων:

A) η σύγκρουση που προκαλείται από την *ταυτόχρονη προσέγγιση και αποφυγή του ίδιου σκοπού*. Το άτομο θέλει και δεν θέλει να επιλέξει την διέξοδο που του παρουσιάζεται

B) τη σύγκρουση που προκαλείται από την *ταυτόχρονη προσέγγιση δύο αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμητών σκοπών*. Το άτομο δηλαδή βρίσκεται μπροστά σε δυο προοπτικές ή διεξόδους που του προσφέρονται και δεν ξέρει ποια να επιλέξει γιατί επιδιώκει συγχρόνως δυο επιθυμητούς σκοπούς που όμως ο ένας αναιρεί τον άλλο

Γ) τη σύγκρουση που προκαλείται από την *αποφυγή και των δυο σκοπών*. Η δυσκολία επιλογής οδηγεί το άτομο στο να αποφεύγει να επιλέξει οποιαδήποτε από τις προοπτικές που έχει μπροστά του, όταν κανένας από τους δυο στόχους δεν του είναι αρεστός. Πρόκειται βασικά για δυσκολία απόρριψης.

- **Πίεση (στρες)**—η πίεση είναι δύο μορφών: εσωτερική και εξωτερική. Εσωτερική είναι η πίεση που το ίδιο το άτομο ασκεί πάνω στον εαυτό του και που προέρχεται από τα ιδανικά του, τα κίνητρα του, την ηθική του.

Εξωτερική είναι η πίεση που προέρχεται από το κοινωνικό περιβάλλον και τις απαιτήσεις του.

Οι εξωτερικοί αντικειμενικοί παράγοντες του στρες μπορούν να συνοψιστούν:

1. Στη *διάρκεια* του—όσο περισσότερο διαρκεί τόσο πιο σοβαρό και παθογενές μπορεί να αποβεί.
2. Στη *σημασία* του—αν αφορά δηλαδή ζωτικά προβλήματα ή λιγότερο σημαντικά θέματα ζωής του ατόμου—αν και η σημασία παραλλάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό ανάλογα με την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.
3. Στη *πολλαπλότητα* του—αν δηλαδή προέρχεται από μία ή περισσότερες πηγές, γιατί πολλά στρες συγχρόνως μπορεί να έχουν πολύ σοβαρότερες συνέπειες για το άτομο.

Οι εσωτερικοί, υποκειμενικοί παράγοντες του στρες, δηλαδή η ένταση και επήρεια του εξαρτώνται από:

1. την ατομική εκτίμηση του κάθε προβλήματος. Το άτομο δηλαδή δεν αντιδρά σύμφωνα με την κατάσταση, αλλά σύμφωνα με το πως εκτιμά, πως δέχεται ή «εισπράττει» μια δεδομένη κατάσταση.
2. τον βαθμό αντοχής του ατόμου απέναντι στο στρες. Μπορεί δηλαδή ένα άτομο να είναι λιγότερο ή περισσότερο «ευπαθές» στο στρες γενικά, ή να είναι ανθεκτικό σε μια μορφή στρες και αδυνατεί να αντιμετωπίσει μια άλλη έκφραση του.

Οι τρόποι αντίδρασης και προσαρμογής σε καταστάσεις που δημιουργούν πίεση, απειλή, ματαίωση και σύγκρουση διαφέρουν από άτομο σε άτομο και από περίσταση σε περίσταση. Είναι τρόποι συμπεριφοράς που υιοθετεί το άτομο για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση που του παρουσιάζεται. Υπάρχουν τόσο συνειδητοί όσο και ασυνείδητοι τρόποι αντίδρασης που εξαρτώνται από την εκτίμηση της συγκεκριμένης κατάστασης και των δυνατοτήτων του ίδιου του ατόμου.

Η μία κατηγορία αντιδράσεων αναφέρεται στην *απευθείας αντιμετώπιση* της κατάστασης η οποία έχει ως στόχο την *ενεργητική αντιμετώπιση* του προβλήματος ή της κατάστασης και στοχεύει στην εξάλειψη ή στο ξεπέρασμα των εμποδίων που παρουσιάζονται στο άτομο και προκαλούν στρες. Η ενεργητική αντιμετώπιση κινητοποιεί το άτομο που προσπαθεί:

1. Να *προετοιμαστεί* για την κατάσταση που καλείται να αντιμετωπίσει συλλέγοντας πληροφορίες και προετοιμάζοντας τον εαυτό του.
2. Να αντιμετωπίσει την κατάσταση είτε *επιθετικά* είτε *αποφεύγοντας* την ανάλογα με την εκτίμηση του της κατάστασης και των κινδύνων ή εμποδίων που ενέχει. Δηλαδή το άτομο ή ενεργητικά θα διεκδικήσει την καλύτερη για αυτόν λύση ή παθητικά θα αποφύγει την κατάσταση . (Fight or flight response)
3. Σε ακραίες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην *απάθεια* και παντελή έλλειψη αντιμετώπισης της κατάστασης, όπως στις περιπτώσεις των στρατοπέδων συγκέντρωσης.

Η άλλη κατηγορία αναφέρεται στην έμμεση προσπάθεια του ατόμου να *καταπραΰνει/ απαλύνει το αποτέλεσμα της κατάστασης εσωτερικά*. Εάν δηλαδή το άτομο δεν μπορεί να αντιδράσει άμεσα προσπαθώντας να αλλάξει τις συνθήκες που προκαλούν το στρες συχνά θα καταφύγει σε έμμεσους τρόπους που έχουν σαν στόχο να καταπραΰνουν το αποτέλεσμα που δημιουργούν αυτές οι καταστάσεις στον εαυτό του. Οι ασυνείδητοι μηχανισμοί που μπορεί να χρησιμοποιήσει το άτομο για να μετριάσει την ένταση των πιέσεων που δέχεται εσωτερικά έχουν ονομαστεί *μηχανισμοί άμυνας* και περιγράφονται από τον Freud και την κόρη του Anna. Υπάρχουν βέβαια και συνειδητοί μηχανισμοί που στοχεύουν στο να μετριάσουν τον αντίκτυπο που έχουν αυτές οι εντάσεις. Αυτοί οι *μηχανισμοί αντιμετώπισης* της πραγματικότητας έχουν παρουσιαστεί από τον George Vaillant βάση μιας μακροχρόνιας έρευνας που έγινε στο Πανεπιστήμιο του Harvard. Αυτοί οι μηχανισμοί αντιμετώπισης δεν αλλοιώνουν την πραγματικότητα όπως συμβαίνει με τους μηχανισμούς άμυνας. Έτσι το άτομο εξακολουθεί να έχει μια ρεαλιστική εικόνα της κατάστασης του και να επιζητεί λύση.

Οι **μηχανισμοί αντιμετώπισης** (coping mechanisms) είναι:

- **Καταστολή** (suppression) – το άτομο προσπαθεί να καταστείλει, να απαλύνει, τον αντίκτυπο που έχει η κατάσταση χωρίς να την αρνείται ή να την απωθεί
- **Αναμονή** (anticipation)– το άτομο προσπαθεί να προβλέψει και να προγραμματίσει τις ενέργειες που μπορεί να τον βοηθήσουν
- **Επαναπροσδιορισμός** (reframing)– το άτομο προσπαθεί να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται και αντιμετωπίζει μια κατάσταση βλέποντας την μέσα από μια πιο θετική οπτική γωνία (positively connoting)
- **Ελπίδα και αισιοδοξία** για την έκβαση της κατάστασης. Παρόλες τις αντιξοότητες είναι σημαντικό να μην χάνει κανείς την αισιοδοξία του και να συνεχίσει να ελπίζει για μια ευνοϊκή έκβαση της κατάστασης
- **Χιούμορ** – η δυνατότητα του να γελά κανείς με τον εαυτό του και τις αντιξοότητες που του παρουσιάζονται απαιτεί ψυχική δύναμη αλλά είναι και ένας πολύ υγιείς τρόπος αντίδρασης σε καταστάσεις έντασης και πίεσης
- **Αλτρουισμός** – η δυνατότητα να δίνουμε και να μην σκεφτόμαστε μόνο τον εαυτό μας και όσα εμείς υποφέρουμε

Για να αποφασίσει τη λύση που θα δώσει το άτομο για να αποφύγει το στρες θα ακολουθήσει τα ίδια περίπου στάδια σε κάθε περίπτωση:

A) ορίζει και εκτιμάει το πρόβλημα,

B) σκέφτεται τις εναλλακτικές λύσεις που του προσφέρονται,

Γ) αποφασίζει τη λύση που θεωρεί ασφαλέστερη και πιο ικανοποιητική,

Δ) εκτιμάει εκ των προτέρων τα αποτελέσματα που θα έχει ώστε να αποφύγει νέες δυσκολίες.

Το δυσκολότερο βήμα σε αυτή την διαδικασία είναι η *λήψη της απόφασης*, η επιλογή που τελικά το άτομο θα κάνει, καθώς πολλές φορές θα χρειαστεί να βασιστεί μόνο σε πιθανότητες.

Η λήψη αποφάσεων, κυρίως σε δύσκολες και κρίσιμες καταστάσεις, απαιτεί την ρεαλιστική στάθμιση και αντιμετώπιση της πραγματικότητας. Όταν οι πιέσεις είναι πολλές και διαρκείς ή η προσωπικότητα του ατόμου είναι ανίσχυρη και αδύναμη στην αντιμετώπιση τους μπορεί να το οδηγήσουν στην αποδιοργάνωση του.

## ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

### Πως ορίζουμε την ψυχική ασθένεια

Καμιά απόλυτη και αδιάσειστη περιγραφή της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου δεν υπάρχει. Θα μπορούσαμε πολύ απλοϊκά να περιγράψουμε την ψυχική ασθένεια ως συμπεριφορά που αποκλίνει από το φυσιολογικό. Πράγματι ο *στατιστικός ορισμός* αποτελεί ένα τρόπο και μέσο προσέγγισης του περίπλοκου αυτού θέματος. Για αυτό άλλωστε στην διαδικασία διάγνωσης της ψυχικής νόσου τόσο ο ψυχίατρος όσο και ο κλινικός ψυχολόγος χρησιμοποιεί το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των ψυχικών νόσων που εκδίδεται και αναθεωρείται κάθε μερικά χρόνια από τον Αμερικάνικο Ψυχιατρικό Σύνδεσμο.

Οι συχνές αναθεωρήσεις καταδεικνύουν την στενή σχέση φυσιολογικής συμπεριφοράς και κοινωνικών προτύπων και αξιών. Δηλαδή ένας τρόπος ορισμού της φυσιολογικής συμπεριφοράς ορίζεται μέσα από αυτό που κάνει η πλειοψηφία των ανθρώπων και επομένως έχει άμεση σχέση με κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές. Για παράδειγμα στην αρχική έκδοση του εγχειριδίου αυτού το 1980 η ομοφυλοφιλία κατατασσόταν ως μια ψυχοπαθολογική κατηγορία. Στις τελευταίες εκδόσεις του εγχειριδίου και λόγω της μεγάλης αύξησης και αποδοχής της ομοφυλοφιλίας από την κοινωνία (ιδίως της Αμερικής) η ομοφυλοφιλία δεν κατατάσσεται πλέον ως ψυχική νόσος αλλά ως σεξουαλική προτίμηση.

Με την αλλαγή των κοινωνικών δεδομένων βλέπουμε όχι μόνο αλλαγή στις κατηγορίες των ψυχικών νοσημάτων αλλά και αλλαγή στις διαταραχές που επικρατούν ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες. Για παράδειγμα την Βικτοριανή εποχή όπου ο Φρόιντ ανέπτυξε την θεωρία του μια από τις κυρίαρχες νόσους ήταν οι υστερικές νευρώσεις ως αποτέλεσμα της καταπίεσης των σεξουαλικών ενστίκτων. Σήμερα με την σεξουαλική απελευθέρωση δεν βλέπουμε συχνά τέτοιου είδους ασθένειες. Οι διαταραχές της προσωπικότητας και της πρόσληψης τροφής φαίνεται να έχουν την μεγαλύτερη διάδοση στην εποχή μας.

Πέρα από το στατιστικό ορισμό, όπου η συμπεριφορά που ονομάζεται μη φυσιολογική είναι εκείνη που αποκλίνει από το μέσο όρο (για αυτό και συχνά αποκαλείται αποκλίνουσα συμπεριφορά) και παρουσιάζει μια συγκεκριμένη *συμπτωματολογία*, και άλλες συνθήκες χρειάζεται να συνυπάρχουν για να μιλήσουμε για ψυχοπαθολογία. Για να αποφύγουμε λοιπόν να αποκαλούμε ψυχικά ασθενείς όποιους ανθρώπους μπορεί να παρουσιάζουν πρωτότυπες, διαφορετικές και συχνά δημιουργικές συμπεριφορές και τρόπους ζωής που αποκλίνουν από το μέσο όρο χρειάζεται

να λάβουμε υπόψη μας πως το άτομο προσαρμόζεται στην πραγματικότητα και πως *το ίδιο βιώνει την καθημερινότητά του*. Δηλαδή από την μια μεριά χρειάζεται να δούμε αν και κατά πόσο καταφέρνει να *ανταποκριθεί στις εξωτερικές απαιτήσεις* (δουλειά, σχέσεις, κλπ.) και από την άλλη πως ανταποκρίνεται *σε εσωτερικές απαιτήσεις*. Σημασία δηλαδή έχει η εσωτερική συνοχή και αρμονία ή η παρουσία έντονων συγκρούσεων που και ο ίδιος ο άνθρωπος περιγράφει ως ανεπιθύμητες.

Για να αποφύγουμε λάθη που απορρέουν από ψυχικές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα οι αντικοινωνικές προσωπικότητες, όπου οι διαταραχές είναι σύμφωνες με το εγώ του ανθρώπου και επομένως ο ίδιος δεν βιώνει καμιά αναταραχή σε σχέση με συμπεριφορές ή τρόπους λειτουργίας που είναι παθολογικοί, χρησιμοποιούμε και άλλους δύο τρόπους διάγνωσης της ψυχικής νόσου. Την *ωριμότητα και καταλληλότητα* της συμπεριφοράς του ανθρώπου, δηλαδή αν ο τρόπος που αντιδρά και συμπεριφέρεται είναι ανάλογος με την ηλικία του και την περίσταση, και το αν και κατά πόσο ο τρόπος λειτουργίας του συγκεκριμένου ανθρώπου λαμβάνει υπόψη του το καλό του κοινωνικού συνόλου και των συνανθρώπων του. Δηλαδή ένας *ηθικός ορισμός* σύμφωνα με τον οποίο το άτομο σέβεται και ακολουθεί τους ηθικούς κανόνες που επικρατούν στην κοινωνία όπου ζει.

### **Ιστορική αναδρομή**

Πολλές από τις προκαταλήψεις που μας ταλαιπωρούν σήμερα σε σχέση με την ψυχική ασθένεια έχουν την ρίζα τους στο μακρινό παρελθόν. Στην Παλαιολιθική εποχή έχουμε δείγματα «χειρουργικών» επεμβάσεων, τρύπες δηλαδή σε κρανία, που θα επέτρεπαν στα κακά δαιμόνια να εξέλθουν. Η δεισιδαιμονία και η άποψη της κατάληψης του ανθρώπου από δαίμονες εμφανίζεται σε πολύ παλαιές γραφές τόσο των Κινέζων και των Αιγυπτίων όσο και των Ελλήνων και των Εβραίων. Οι πρώτες μορφές θεραπείας λοιπόν ήταν ο *εξορκισμός*.

Ο Ιπποκράτης για πρώτη φορά αρνήθηκε την ύπαρξη δαιμόνων και θεοτήτων που ευθύνονται για τις ψυχικές διαταραχές και μίλησε για φυσικά αίτια όπως και στις άλλες παθήσεις. Στον Ιπποκράτη οφείλουμε και την πρώτη κατάταξη των ψυχικών παθήσεων σε κατηγορίες που ισχύουν εν μέρει μέχρι σήμερα. Ανέφερε τρεις μεγάλες κατηγορίες: την μανία, την μελαγχολία και την φρενίτιδα. Έτσι την εποχή εκείνη η θεραπευτική αγωγή αποτελείτο από θεραπείες που ακόμα και σήμερα είναι πολύ καινοτόμες, όπως μουσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, χοροθεραπεία, άσκηση και μασάζ, περιπάτους στη φύση, ύπνωση και εκπαίδευση.

Μετά την πτώση της Ρώμης και κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα έχουμε την επαναφορά των προκαταλήψεων και της δεισιδαιμονίας. Η θεραπεία επανέρχεται στους κληρικούς με την μορφή εξορκισμών, που έφτασε και σε σημεία κακοποίησης των ψυχικά αρρώστων. Από τα μέσα του 15<sup>ου</sup> μέχρι και τον 17<sup>ο</sup> αιώνα η μεταχείριση ήταν απάνθρωπη. Το 1547 ιδρύεται το πρώτο άσυλο. Το μοναστήρι της Αγίας Μαίρης στο Λονδίνο μετετράπη στο νοσοκομείο BEDLAM. Οι πιο βίαιοι ασθενείς έγιναν αντικείμενα έκθεσης στο κοινό για μία δραχμή. Άλλους πάλι τους έβαζαν να ζητιανεύουν στους δρόμους του Λονδίνου. Μέχρι και το 18ο αιώνα οι ασθενείς στα άσυλα μεταχειρίζονταν σα ζώα. Δεμένοι με αλυσίδες σε κελιά, χωρίς ζέστη, φαΐ, και τουαλέτες.

Το 1792 ο Pinel στη Γαλλία ανέλαβε το νοσοκομείο La Bicêtre και άρχισε τις πρώτες αλλαγές εξανθρωπισμού της κατάστασης διαβίωσης των ασθενών. Έτσι ξεκίνησε μια πιο ανθρώπινη συμπεριφορά, η κατάργηση των αλυσίδων, μεγαλύτερη καλοσύνη, καθαριότητα, έκθεση στον ήλιο για κάποιες ώρες της ημέρας. Το πείραμα εστεύθηκε από επιτυχία και οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση της κατάστασης τους. Μετά ο Pinel ανέλαβε το Salpêtrière και αυτά τα δυο ήταν τα πρώτα μοντέρνα ψυχιατρεία. Παράλληλα, στην Αγγλία ο William Tuke έφτιαξε το York Retreat και στην Αμερική ο Benjamin Rush, ο πατέρας της αμερικανικής ψυχιατρικής, στο Pennsylvania Hospital οργάνωσε το πρώτο μάθημα στην Ψυχιατρική. Η Dorothea Dix, παιδαγωγός, ξεκίνησε μεγάλη καμπάνια και κατάφερε να φτιάξει νοσοκομεία σε 20 πολιτείες στην Αμερική και 2 στον Καναδά. Το 1879 ο Wundt ίδρυσε το πρώτο ψυχολογικό εργαστήριο. Το 1890 ο William James έγραψε το πρώτο βιβλίο με τίτλο Principles of Psychology.

Στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα πλέον με τον Griesinger και τον Kraepelin βλέπουμε ξανά να επικρατεί η άποψη ότι οι ψυχασθενείς είναι άνθρωποι που είναι άρρωστοι και ότι υπάρχουν οργανικά αίτια για την πάθησή τους. Έτσι εμφανίζεται για πρώτη φορά στη σύγχρονη εποχή το *ιατρικό μοντέλο*. Στις αρχές του 20ου αιώνα ψυχολογικές αιτιολογίες άρχισαν να συζητούνται για πρώτη φορά. Το *ψυχολογικό μοντέλο* έκανε την εμφάνισή του με την παρουσία του Mesmer, του Breuer και του Freud. Τα πρώτα βήματα για την κατανόηση της ψυχοδυναμικής των ψυχικών ασθενειών έγιναν από τον Freud ο οποίος σπούδασε νευρολόγος στο Παρίσι υπό τον Charcot όπου μυήθηκε στην τεχνική της ύπνωσης. Όταν γύρισε στη Βιέννη δούλεψε μαζί με τον Breuer κυρίως με υστερικές γυναίκες και ανέπτυξε την θεωρία του περί υστερίας και των νευρώσεων ως αποτέλεσμα ασυνειδήτων συγκρούσεων.

Έκτοτε πολλές θεωρίες αναπτύχθηκαν για την επεξήγηση των ψυχικών ασθενειών. Όλα τα ψυχοδυναμικά μοντέλα πιστεύουν ότι η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα ψυχικών συγκρούσεων που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν από το άτομο με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων. Κάθε ψυχοδυναμική σχολή όμως διαφέρει ως προς το ποιες είναι αυτές οι συγκρούσεις και από που προέρχονται. Το πόσο έντονες είναι οι συγκρούσεις αυτές ή πόσο αδύναμο είναι το εγώ στην αντιμετώπιση τους οδηγεί σε λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές μορφές ψυχοπαθολογίας. Ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζονται κατατάσσουμε τις ψυχικές ασθένειες σε διάφορες κατηγορίες.

## Κατηγορίες Ψυχικών Νοσημάτων

Οι **νευρώσεις** και οι **ψυχώσεις** αποτελούν δύο βασικές κατηγορίες ψυχικών νοσημάτων. Και οι δύο αντιπροσωπεύουν την προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τις εσωτερικές του συγκρούσεις με αποτέλεσμα την δημιουργία συμπτωμάτων που είναι **δυστονικά** προς το εγώ. Δηλαδή το άτομο τα αντιλαμβάνεται ως κάτι ξένο προς αυτό που είναι και κατά συνέπεια υποφέρει από την παρουσία τους. Οι νευρώσεις είναι λιγότερο σοβαρές από τις ψυχώσεις γιατί το άτομο παραμένει σε επαφή με την πραγματικότητα και μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί σαν μέρος του κοινωνικού συνόλου. Στις ψυχώσεις το άτομο στην προσπάθεια να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις χάνει την επαφή του με την πραγματικότητα και δημιουργεί μια δική του



πραγματικότητα μέσα από τις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες του. Έτσι η ικανότητα του να λειτουργήσει στις υποχρεώσεις του μειώνεται ή και εξαλείφεται.

## ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Κάθε νεύρωση παίρνει το όνομα της από το κυρίαρχο σύμπτωμα. Έτσι έχουμε τρεις βασικές κατηγορίες νευρώσεων:

**A. Αγχώδεις Διαταραχές** όπου το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι το άγχος. Η κατηγορία αυτή χωρίζεται σε τέσσερις υποκατηγορίες ανάλογα με την μορφή που παίρνει το άγχος.

1. **Γενικευμένη Αγχώδης διαταραχή** – το άγχος είναι γενικευμένο και απροσδιόριστο και το άτομο προσπαθεί να το εκτονώσει αυξάνοντας τις δραστηριότητες του.
2. **Φοβίες** – το άγχος παίρνει μια συγκεκριμένη μορφή, έχει ένα συγκεκριμένο στόχο σε αντικείμενα ή καταστάσεις που όταν το άτομο τις αποφεύγει μειώνει το άγχος. Έτσι στις φοβίες βλέπουμε να λειτουργούν τρεις μηχανισμοί άμυνας: Η μετάθεση, η προβολή και η αποφυγή. Το άτομο μεταθέτει την αρχική πηγή της έντασης και εσωτερικής σύγκρουσης σε κάτι εξωτερικό που έχει μια συμβολική σχέση με την αρχική αιτία. Πάνω σε αυτό το αντικείμενο ή κατάσταση προβάλλει την εσωτερική του ανησυχία και μετά αποφεύγοντας αυτό το αντικείμενο ή κατάσταση νοιώθει σαν να αποφεύγει τον πραγματικό κίνδυνο. Έτσι οι φοβίες επιτρέπουν μια μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα στο άτομο από την γενικευμένη κατάσταση άγχους από την οποία το άτομο δεν μπορεί να ξεφύγει. Υπάρχουν πολλών ειδών φοβίες ανάλογα με το αντικείμενο ή την κατάσταση που έχει συμβολικά επιλεχθεί ως στόχος της μετάθεσης. Έχουμε: Υποφοβίες, Αγοραφοβίες, Κλειστοφοβίες, Μικροβιοφοβίες, Εντομοφοβίες, Ζωοφοβίες και ότι άλλο μπορεί να φανταστεί ο ανθρώπινος νους.
3. **Διαταραχή Πανικού** – σε αυτή την διαταραχή το άγχος φτάνει σε ακραίες καταστάσεις με συμπτώματα πανικού. Δηλαδή το άτομο νοιώθει έντονο φόβο που συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, όπως δυσκολία στην αναπνοή, ζαλάδες, τρέμουλο, εφίδρωση, ναυτία, πόνο στο στήθος, μούδιασμα, ταχυκαρδία και έτσι έχει μια αίσθηση και το φόβο επικείμενου θανάτου ή ότι θα χάσει τον έλεγχο.
4. **Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή** – σε αυτές τις διαταραχές η σύγκρουση εκφράζεται ανοιχτά με την επανάληψη παράλογων και άχρηστων σκέψεων ή συμπεριφορών που έχουν ως σκοπό την μείωση του άγχους. Η αμφιθυμία και οι ενοχές παίζουν πρωταρχικό ρόλο σε αυτή την κατηγορία των διαταραχών. Οι κύριες συγκρούσεις που ταλαιπωρούν το άτομο είναι γύρω από θέματα

δικαιοσύνης, σωστού/ λάθους, αγάπης/ μίσους, καθαριότητας/ βρώμας, τάξης/ αταξίας.

## B. Υστερικές Νευρώσεις

Σε αυτή την κατηγορία νευρώσεων οι διαταραχές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. **Σωματόμορφες διαταραχές** – σε αυτές το κυρίαρχο σύμπτωμα έχει σχέση με το σώμα αν και δεν υπάρχει οργανική βάση για το πρόβλημα που παρουσιάζεται. Οι διαταραχές αυτές χωρίζονται σε πέντε υποκατηγορίες:

- **Σωματοποιητική διαταραχή** (Σύνδρομο Briquet ή υστερία Briquet) όπου παρατηρούμαι πολλαπλά σωματικά συμπτώματα που υποτροπιάζουν χωρίς οργανικά αίτια. Τα ενοχλήματα είναι γενικά, ασαφή, και παρουσιάζονται με δραματικό τρόπο.
- **Διαταραχή μετατροπής** (Υστερική νεύρωση) – στη διαταραχή αυτή παρουσιάζονται ψευδονευρολογικά συμπτώματα, όπως τύφλωση, παράλυση, κτλ., που δεν έχουν νευρολογική βάση και δεν υπόκεινται σε εκούσιο έλεγχο.
- **Σωματόμορφη διαταραχή πόνου** – στην οποία παρατηρούμαι την επίμονη ενασχόληση του ατόμου με τον πόνο, ενώ απουσιάζουν φυσικά σημεία ή παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που να μπορούν να εξηγήσουν τον πόνο ή την ένταση του.
- **Υποχονδρίαση** – όπου το άτομο φοβάται ή πιστεύει ότι έχει μια σοβαρή ασθένεια. Επίσης παρατηρούμαι μια γενικότερη έντονη ασχολία του ατόμου με σωματικές λειτουργίες.
- **Σωματοδυσμορφική διαταραχή** – η έντονη ενασχόληση του ατόμου με κάποιο φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνιση του.

2. **Διασχιστικές Διαταραχές** – σε αυτές το κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι κάποια μεταβολή στις φυσιολογικά συνθετικές λειτουργίες της ταυτότητας, της μνήμης ή της συνείδησης και χωρίζονται στις εξής υποκατηγορίες:

- **Διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας** – παρατηρούμαι την ύπαρξη μέσα στο άτομο 2 ή περισσότερων ξεχωριστών προσωπικοτήτων. Αυτή η διαταραχή είναι χρόνια και αρχίζει στην παιδική ηλικία.
- **Ψυχογενής φυγή** – το ξαφνικό και απροσδόκητο ταξίδι μακριά από τον τόπο διαμονής με την ανάληψη καινούργιας ταυτότητας. Στην διαταραχή αυτή το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί την προηγούμενη ταυτότητα του.
- **Ψυχογενής αμνησία** – στη διαταραχή αυτή το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί σημαντικά στοιχεία της προσωπικής του ζωής. Τα στοιχεία αυτά συνήθως συνδέονται με ένα τραυματικό γεγονός που το άτομο απωθεί στο ασυνείδητο.

- **Διαταραχή αποπροσωποποίησης** – επίμονα ή επαναλαμβανόμενα επεισόδια αποπροσωποποίησης. Παρατηρούμαι μια διαταραχή της αντίληψης όπου μεταβάλλεται η συνήθης αίσθηση της πραγματικότητας. Το άτομο νοιώθει αποξενωμένο ή απομακρυσμένο από τον εαυτό του. Νοιώθει δηλαδή σαν εξωτερικός παρατηρητής ή σαν ρομπότ που δρα και αντιδρά μηχανικά. Τα αισθήματα αυτά είναι δυστονικά προς το εγώ, βιώνονται δηλαδή με δυσαρέσκεια και ενοχλούν τον άνθρωπο. Ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος.

## Γ. Διαταραχές της Διάθεσης (Mood Disorders)

Οι διαταραχές της διάθεσης χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο. Διακρίνουμε την διάθεση από το συναίσθημα (affect) που αποτελεί την έκφραση της. Η εξωτερική έκφραση δεν συμβαδίζει πάντα με την διάθεση. Οι διαταραχές της διάθεσης μπορούν να ξεκινήσουν από ελαφριές διαταραχές και να πάρουν έως και ψυχωσικές διαστάσεις εάν το άτομο χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες.

1. **Καταθλιπτικές διαταραχές** – όπου επηρεάζεται:
  - Το συναίσθημα—καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος
  - Το αυτόνομο νευρικό σύστημα—διαταραχή του ύπνου, της όρεξης, της ενέργειας, της σεξουαλικής διάθεσης, και ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση.
  - Η κινητοποίηση—απώλεια ενδιαφέροντος, αισθήματα ανημπορίας, έλλειψη ελπίδας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας.
  - Η σκέψη και η αντίληψη—με αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση (στην περίπτωση που η κατάθλιψη πάρει ψυχωσικές διαστάσεις παρατηρούμαι και ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες).
  - Σωματικά ενοχλήματα

Οι καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται σε δυο υποκατηγορίες:

- A) **Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο** – καταθλιπτικό επεισόδιο μικρότερης διάρκειας αλλά μεγαλύτερης έντασης από την
- B) **Δυσθυμία** – όπου η συναισθηματική διαταραχή είναι ηπιότερη αλλά μεγαλύτερης διάρκειας.

2. **Διπολικές διαταραχές** – οι οποίες χαρακτηρίζονται από δυο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Στην

τυπική μορφή οι ασθενείς περνούν από κύκλους. Το βασικό διακριτικό στοιχείο είναι η ύπαρξη εξάρσεων που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαθέσεων από φυσιολογικές καταστάσεις ευφορίας και χαράς μέχρι παθολογικές καταστάσεις μανίας. Σε αυτές τις μανιακές καταστάσεις παρατηρούνται:

- Διαταραχές στη συναισθηματική διάθεση με ευφορία που είναι υπερβολική και κολλητική.
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- Πίεση λόγου
- Ιδεοφυγή, δηλαδή απότομες αλλαγές θέματος
- Διάσπαση προσοχής
- Υπερκινητικότητα
- Έλλειψη κριτικής ικανότητας με αποτέλεσμα το άτομο να εμπλέκεται σε δραστηριότητες που είναι επικίνδυνες
- Συναισθηματική αστάθεια

Οι διπολικές διαταραχές περιλαμβάνουν δυο κατηγορίες ανάλογα με την ένταση των επεισοδίων:

A) **Μανιοκαταθλιπτική νόσο** – όπου παρατηρούμαι πλήρως ανεπτυγμένα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης και

B) **Κυκλοθυμία** – όπου παρατηρούμαι βραχύτερες και λιγότερο έντονες διακυμάνσεις της διάθεσης.

## ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Οι ψυχώσεις είναι και αυτές μια προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει εσωτερικές συγκρούσεις που όμως οδηγεί σε σοβαρότερες διαταραχές και αποδιοργάνωση της προσωπικότητας του ατόμου με συνέπεια να διαταραχτεί η επαφή του με την πραγματικότητα, οι εργασιακές αλλά και οι κοινωνικές του σχέσεις. Το άτομο συνήθως χρειάζεται να νοσηλευτεί και να λάβει και φαρμακευτική αγωγή. Η συμπεριφορά του μπορεί να είναι επικίνδυνη τόσο για τον ίδιο όσο και για τους άλλους. Τα σημαντικά συμπτώματα που διαφοροποιούν μια νεύρωση από μια ψύχωση είναι οι *ψευδαισθήσεις* (ακουστικές, οπτικές, γευστικές, κλπ.) και οι *παραληρητικές ιδέες* που μπορεί να έχουν την μορφή μεγαλομανίας, καταδίωξης, υποχονδρίας, καταστροφής, επιρροής, κλπ.

Υπάρχουν επτά κατηγορίες ψυχώσεων:

**A. Διαταραχές της Διάθεσης** – όπως και στις νευρώσεις αλλά με πιο ακραία συμπτώματα που συμπεριλαμβάνουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

**B. Παρανοϊκές Διαταραχές** – οι οποίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών, κυρίως δίωξης, ζηλοτυπίας, ερωτομανίας, και

μεγαλείου. Το χαρακτηριστικό των ιδεών αυτών είναι ότι δεν είναι αλλόκοτες (μπορεί δηλαδή να συμβούν στη ζωή) και γενικά η συμπεριφορά δεν είναι εμφανώς παράξενη όπως στη σχιζοφρένεια. Εμφανίζεται συνήθως στη μέση ηλικία χωρίς την παρουσία ψευδαισθήσεων.

**Γ. Σχιζοφρένεια** (σχίζω τις φρένες)— χαρακτηρίζεται από την πιο έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και της εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν την ζωή του. Στη σχιζοφρένεια παρατηρούμαι διαταραχές στις ακόλουθες λειτουργίες:

- Σκέψη – εκτός από τις αλλόκοτες και παραληρητικές ιδέες, έχουμε διαταραχή του ειρμού και της μορφής της σκέψης.
- Αντίληψη – παρουσία ψευδαισθήσεων ιδιαίτερα ακουστικών.
- Συναίσθημα – το οποίο είναι αμβλύ, επίπεδο, ή απρόσφορο
- Αίσθηση του εαυτού—παρατηρούμαι απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας.
- Βούληση – ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει μια πορεία ενεργειών μέχρι την λογική τους κατάληξη. Αμφιθυμία με δυσκολία στην επιλογή.
- Διαπροσωπική λειτουργικότητα—διαταραγμένες σχέσεις με τον έξω κόσμο, το άτομο είναι χαμένο στο δικό του κόσμο και συναισθηματικά αποκομμένο από τους άλλους.
- Ψυχοκινητικότητα – έντονη διέγερση ή κατατονικότητα. Επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως βάδισμα πάνω-κάτω ή κούνημα προς-πίσω. Απάθεια και ακινησία.

Η εμφάνιση της διαταραχής αυτής γίνεται κυρίως στην εφηβεία με μια αργή και σταδιακή επιδείνωση. Η προνοσηρή κατάσταση του ατόμου (το πως δηλαδή λειτουργούσε πριν την εμφάνιση της) θα παίξει καθοριστικό ρόλο για την πρόγνωση της εξέλιξης. Οι συνήθειες επιπλοκές είναι πράξεις βίας.

Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τύποι:

1. παρανοϊκός
2. κατατονικός
3. αποδιοργανωμένος
4. αδιαφοροποίητος

**Δ. Βραχεία Αντιδραστική Ψύχωση** – Αιφνίδια έναρξη ψυχωσικού επεισοδίου που διαρκεί λίγες ώρες έως το πολύ ένα μήνα και προκαλείται από αναγνωρίσιμο ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα.

**Ε. Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή** – έχει τα κλινικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας αλλά διαρκή λιγότερο από 6 μήνες.

**ΣΤ. Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή** – για κάποια χρονική περίοδο συνυπάρχουν συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού ή μανιακού συνδρόμου με συμπτώματα σχιζοφρένειας.

**Z. Προκλητή Ψυχωσική Διαταραχή** (folie a deux) – παραληρητικές ιδέες αναπτύσσονται στα πλαίσια μιας στενής σχέσης.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ**

Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν διαταραχές σε σχέση με το φαγητό. Είναι μια σχετικά σύγχρονη κατηγορία παθήσεων που παρατηρείται κυρίως στις εύρωστες οικονομικά κοινωνίες. Μέχρι πρόσφατα ήταν μια πάθηση που κυριαρχούσε στον γυναικείο πληθυσμό. Με την εισβολή της μόδας και των σωματικών προτύπων και στους άνδρες έχει κάνει την εμφάνισή της και στον πληθυσμό αυτό. Έχουμε δύο κατηγορίες:

**A. Ψυχογενής ανορεξία** – η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα σύνδρομο αυτό-επιβαλλόμενης ασιτίας. Τα κύρια χαρακτηριστικά είναι:

- άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος.
- Έντονος φόβος μήπως γίνει παχύ.
- Διαταραχή στη σωματική εικόνα –όπου αν και αποστεωμένο το άτομο συνεχίζει να νομίζει ότι είναι παχύ.
- Σημαντική απώλεια βάρους με αποτέλεσμα να κινδυνεύει και η ίδια η ζωή του (δυσνητικά θανατηφόρος, 5% έως 18% πεθαίνουν κυρίως από καρδιολογικές επιπλοκές και προβλήματα με τους ηλεκτρολύτες για αυτό και συχνά η νοσηλεία είναι αναπόφευκτη για υποχρεωτική σίτιση).
- Αμηνόρροια
- Παιδικό χνούδι που καλύπτει το σώμα και σταμάτημα της εξέλιξης των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών.

Πρόκειται κυρίως για διαταραχή στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία. Συχνά θεωρείται σαν μια ασυνείδητη προσπάθεια του ατόμου να σταματήσει την εξέλιξη του (συνήθως εμφανίζεται στην αρχή της εφηβείας). Παρουσιάζεται συνήθως σε εύπορες οικογένειες που ανήκουν σε ανώτερες κοινωνικά και μορφωτικά τάξεις που συχνά έχουν υψηλά στάνταρ και απαιτήσεις από τα παιδιά τους. Η απώλεια βάρους κατορθώνεται με μείωση της τροφής, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρτικών, με εξαντλητική άσκηση. Κατά 95% εμφανίζεται σε γυναίκες. Μια στις 250 γυναίκες μεταξύ 12 και 18 ετών μπορεί να εμφανίσει ψυχογενή ανορεξία.

**B. Ψυχογενής Βουλιμία** – στη διαταραχή αυτή παρατηρούμαι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και να σταματήσει την κατανάλωση τροφίμων. Ταχύτατα καταναλώνει μεγάλες ποσότητες σε μικρό χρονικό διάστημα. Ο βουλιμικός γνωρίζει ότι η συμπεριφορά του είναι παθολογική και συχνά νοιώθει κατάθλιψη. Κατηγορεί τον εαυτό του και μπορεί να χρησιμοποιήσει

προκλητό εμετό για να ανακουφιστεί τόσο από τον κοιλιακό πόνο, όσο και για να μειώσει τα αισθήματα ενοχής και να ελέγξει το βάρος του. Θέλει να διατηρήσει το σωστό βάρος (και συνήθως δεν είναι υπέρβαρος, όπως ο παχύσαρκος αλλά έχει συχνές διακυμάνσεις βάρους) και προσπαθεί να το ελέγξει με δίαιτα, νηστεία, άσκηση, εμετό ή χρήση καθαρτικών και διουρητικών.

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Διακρίνονται δύο κατηγορίες διαταραχών του ύπνου:

### A. Δυσυπνίες – που περιλαμβάνουν τις εξής υποκατηγορίες:

- **Διαταραχές Αϋπνίας** – δυσκολία του ατόμου να ξεκινήσει ή να διατηρήσει τον ύπνο του ή ύπνος που δεν ξεκουράζει. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα για ένα μήνα.
- **Διαταραχές Υπερυπνίας** – υπερβολική υπνηλία ή προσβολές ύπνου που δεν δικαιολογούνται από ανεπαρκή ποσότητα ύπνου
- **Διαταραχή του προγράμματος ύπνου – εγρήγορης**

### B. Παραϋπνίες – που περιλαμβάνουν τις εξής υποκατηγορίες:

- **Διαταραχή Υπνοβασίας** – η διαταραχή παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών σε ποσοστό 1% έως 6%.
- **Διαταραχή Ενύπνιου Τρόμου** – επανειλημμένα επεισόδια απότομης αφύπνισης. Διαρκούν από 1 έως 10 λεπτά και συμβαίνουν στην αρχή του ύπνου. Ξεκινούν με κραυγή πανικού και παρουσιάζουν ταχυκαρδία, ταχύπνοια, εφίδρωση. Κατά την διάρκεια τους το άτομο είναι σε σύγχυση, αποπροσανατολισμένο, με έμμονες κινήσεις και χωρίς να ανταποκρίνεται σε ερωτήσεις.
- **Διαταραχή Ονειρικού Άγχους (Εφιάλτες)** – αφύπνιση από εξαιρετικά τρομακτικά όνειρα που το άτομο θυμάται με λεπτομέρειες και που περιλαμβάνουν απειλές για την επιβίωση, ασφάλεια και αυτο-εκτίμηση του ατόμου.

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αυτή η κατηγορία ψυχικών νοσημάτων είναι διαφορετική από τις προηγούμενες. Εδώ η ψυχική νόσος δεν είναι δυστονική προς το εγώ. είναι η ίδια η δομή της προσωπικότητας που παρουσιάζει πρόβλημα. Δεν υπάρχουν συμπτώματα και η νόσος δεν είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας επίλυσης μιας σύγκρουσης. Όλη η ζωή και η προσωπικότητα του ατόμου είναι ένα σύμπτωμα. Έτσι το εγώ παρουσιάζεται ελλιπές και αδύναμο σε 11 σημαντικές λειτουργίες:

- Έλλειψη αυτο-εκτίμησης και αυτο-πεποίθησης

- Έλλειψη ασφάλειας
- Έλλειψη αυθορμητισμού και συναισθηματισμού
- Έλλειψη καλής επαφής με την πραγματικότητα
- Δυσκολία στην αλλαγή και προσαρμογή ότι οι εξωτερικές συνθήκες θα αλλάξουν για να διευκολυνθεί το άτομο αντί να αλλάξει το άτομο
- Δυσκολία στην ικανοποίηση αναγκών και στην ευχαρίστηση χωρίς ενοχές
- Ελλιπής αίσθηση του εαυτού, των ορίων, δυνατοτήτων και περιορισμών του ατόμου
- Δυσκολία στη δημιουργία ρεαλιστικών στόχων ή στην συνεχόμενη προσπάθεια για επίτευξη τους
- Δυσκολία στο να μάθουν από τις προσωπικές τους εμπειρίες με αποτέλεσμα να συνεχίσουν να κάνουν τα ίδια λάθη
- Δυσκολία στην λειτουργία σε ομάδα μια και δυσκολεύονται να αποδεχτούν κανόνες και όρους λειτουργίας
- Δυσκολία στην έκφραση της ατομικότητας, της ιδιαιτερότητας και της διαφορετικότητας λόγω υπέρμετρης ανάγκης για αποδοχή

Υπάρχουν τρεις ευρύς κατηγορίες διαταραχής της προσωπικότητας:

A. Αυτοί που συχνά παρουσιάζονται σαν *παράξενοι* ή *εκκεντρικοί*:

1. **Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας** – βασικό χαρακτηριστικό είναι η αδικαιολόγητη τάση να ερμηνεύονται οι πράξεις των ανθρώπων σαν εσκεμμένα μειωτικές ή απειλητικές. Το άτομο είναι καχύποπτο, δύσπιστο, υπερευαίσθητο προς τους άλλους. Χαρακτηρίζεται από ένταση, επιφυλακτικότητα, ακαμψία, μυστικότητα, έντονη ηθικολογία, μεγάλη σοβαρότητα. Είναι ψυχρά και στεγνά λογικά άτομα.
2. **Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας** – βασικό χαρακτηριστικό είναι η έντονη αδιαφορία του ατόμου να κάνει κοινωνικές σχέσεις. Έχει πολύ περιορισμένο εύρος ικανοτήτων στο να νοιώσει και να εκφράσει συναισθήματα. Είναι μοναχικά άτομα που καταφεύγουν στην φαντασία τους. Ψυχρά, απόμακρα και χωρίς χιούμορ.
3. **Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας** – βασικό χαρακτηριστικό είναι οι ιδιορρυθμίες, εκκεντρικότητες, παραξενιές της ομιλίας, της σκέψης, της αντίληψης, της ομιλίας, της εμφάνισης και της συμπεριφοράς. Παρουσιάζουν ανεπάρκεια στις διαπροσωπικές σχέσεις.

B. Αυτοί που συχνά παρουσιάζονται σαν *δραματικοί*, με έντονα συναισθήματα και αστάθεια στις διαπροσωπικές τους σχέσεις:

1. **Δραματική διαταραχή της προσωπικότητας (Histrionic Personality)** το βασικό χαρακτηριστικό είναι η υπερβολική συναισθηματικότητα και η αναζήτηση προσοχής. Είναι ιδιαίτερα ζωντανά άτομα με δραματικές εκφράσεις. Επιδιώκουν την επιβεβαίωση, την επιδοκιμασία, την



αποδοχή. Κάνουν εύκολα φιλίες αλλά οι σχέσεις είναι ρηχές και γρήγορα γίνονται εγωκεντρικοί, εξαρτημένοι, χειριστικοί.

2. **Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας** – το βασικό χαρακτηριστικό είναι η αίσθηση μεγαλειότητας που υπάρχει στη φαντασία ή εκφράζεται στη συμπεριφορά. Παρατηρούμαι υπερευαίσθησία στην εκτίμηση των άλλων και έλλειψη ενσυναίσθησης και ενδιαφέροντος για το πως νοιώθουν οι άλλοι. Δυσκολεύονται να διατηρήσουν μια ρεαλιστική αντίληψη της αξίας τους. Δεν νοιάζονται ουσιαστικά για τους άλλους, δεν τους πλησιάζουν συναισθηματικά, πιστεύουν ότι μόνο αυτοί έχουν δικαιώματα.
3. **Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας** – το βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αυτής είναι ένα μακρύ ιστορικό συνεχούς και χρόνιας ανεύθυνης και αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Η αντικοινωνική συμπεριφορά αρχίζει πριν το 15<sup>ο</sup> έτος. Στην παιδική ηλικία λένε ψέματα, κλέβουν, καυγαδίζουν και έχουν έντονα προβλήματα με μορφές εξουσίας. Η σεξουαλική δραστηριότητα αρχίζει νωρίς με επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά. Συχνή είναι και η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Σαν ενήλικες δεν μπορούν να διατηρήσουν μια δουλειά ή μια σχέση. Απουσιάζουν σημάδια κατάθλιψης, άγχους ή ενοχής.
4. **Μεταιχμιακή (Οριακή) διαταραχή της προσωπικότητας (Borderline Personality)** – το βασικό χαρακτηριστικό είναι η μεγάλη αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη συναισθηματική διάθεση, στην εικόνα του εαυτού. Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι έντονες και ασταθείς με μεγάλες αλλαγές στη στάση του ατόμου, από υπερεξιδανίκευση έως υποτίμηση, καθώς ο αμυντικός μηχανισμός του διαχωρισμού (splitting) είναι κυρίαρχος. Έτσι οι σχέσεις είναι χαώδης και μεταβάλλονται από αγάπη σε μίσος και το αντίθετο. Η συμπεριφορά είναι παρορμητική, απρόβλεπτη και έντονα αυτοκαταστροφική. Η συναισθηματική διάθεση παρουσιάζει έντονες αλλαγές από φυσιολογική σε δυσφορική, σε καταθλιπτική, σε κρίσεις θυμού. Παρατηρούμαι επίσης διαταραχή της ταυτότητας με σύγχυση αξιών, στόχων, φύλου, εικόνας εαυτού. Υπάρχει έντονη δυσανεξία στη μοναξιά και χρόνια αισθήματα κενού ή ανίας. Κάτω από έντονο στρες μπορεί να παρουσιαστούν παροδικά ψυχωσικά συμπτώματα και για αυτό αποκαλείται μεταιχμιακή ή οριακή προσωπικότητα.

Γ. Αυτοί που συχνά παρουσιάζονται αγχώδεις ή φοβισμένοι:

1. **Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας** – το βασικό χαρακτηριστικό είναι η έλλειψη κοινωνικής άνεσης, ο φόβος αρνητικής εκτίμησης ή κριτικής και η ντροπαλότητα. Οι αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση είναι περιορισμένες και αναζητούν ιδιαίτερα υποστηρικτικούς συντρόφους. Αποφεύγουν σχέσεις αν δεν είναι σίγουροι για την πλήρη και μη κριτική αποδοχή.
2. **Εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας** – το βασικό χαρακτηριστικό είναι η εξαρτημένη και υποτακτική συμπεριφορά. Οι άλλοι αναλαμβάνουν την ευθύνη και αποφασίζουν για τις βασικές διαστάσεις της ζωής τους. Παρατηρούμαι αισθήματα ανημποριάς και

φόβο εγκατάλειψης και για αυτό δέχονται παθητικά οποιαδήποτε μεταχείριση. Έτσι συχνά εμπλέκονται σε σαδομαζοχιστικές σχέσεις.

3. **Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας** -- το βασικό χαρακτηριστικό είναι η τελειοθηρία και η ακαμψία του ατόμου, η περιορισμένη ικανότητα για έκφραση θερμών και τρυφερών συναισθημάτων. Παρατηρούμαι υπερβολική αφοσίωση στη δουλειά και την παραγωγικότητα με αποκλεισμό της διασκέδασης και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων προς αποφυγή λάθους. Γενικά τα συναισθήματα προκαλούν άγχος και συχνά υπάρχει φιλαργυρία και υπερβολική έμφαση στην τάξη και την καθαριότητα.
4. **Παθητική – Επιθετική διαταραχή της προσωπικότητας** – το βασικό χαρακτηριστικό είναι η παθητική αντίσταση στις απαιτήσεις για επαρκή κοινωνική και επαγγελματική απόδοση. Υπάρχει καλυμμένη έκφραση επιθετικότητας με την αναβλητικότητα, το χασομέρι, το ότι το άτομο ξέχασε, κτλ. Έτσι παρατηρούμαι κοινωνική και επαγγελματική αναποτελεσματικότητα.

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΩ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Θεωρούμε την χρήση μιας ουσίας παθολογική όταν σαν συνέπεια της λήψης της παρατηρούνται συμπτώματα και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά που θα θεωρούνταν εξαιρετικά ανεπιθύμητα σε οποιαδήποτε πολιτισμικά ομάδα. Η παθολογική χρήση μιας ουσίας συνήθως συνδέεται και από μια ή περισσότερες *οργανικές ψυχικές διαταραχές* όπως **τοξίκωση** και **στερητικό σύνδρομο**.

Η παθολογική χρήση μιας ουσίας διακρίνεται σε:

- A. **Κατάχρηση** -- τα κριτήρια για την διάγνωση της κατάχρησης είναι:
  - Παθολογικός τύπος χρήσης, δηλαδή αδυναμία ελάττωσης και διακοπής της ουσίας παρά την ύπαρξη σοβαρής νόσου
  - Έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας λόγω της χρήσης, όπως απώλεια φίλων, δουλειάς, κτλ.
  - Διάρκεια των ανωτέρων για τουλάχιστον ένα μήνα.
- B. **Εξάρτηση** – πιο σοβαρή μορφή διαταραχής για την οποία απαιτούνται:
  - Σωματική εξάρτηση που συνοδεύεται από:
    1. Ανοχή – απαιτείται δηλαδή όλο και περισσότερη ουσία για το επιθυμητό αποτέλεσμα
    2. Στερητικό σύνδρομο – δηλαδή το σύνολο των σωματικών συμπτωμάτων που προκαλείται από την διακοπή λήψης της ουσίας.
  - Η ουσία λαμβάνεται σε μεγαλύτερο ποσό ή για μεγαλύτερο χρόνο από ότι το άτομο είχε σκοπό.
  - Επίμονη επιθυμία ή μια ή περισσότερες αποτυχημένες προσπάθειες για να ελαττώσει ή να ελέγξει τη χρήση της ουσίας
  - Πολύς χρόνος ξοδεύεται στην εξεύρεση της ουσίας
  - Σημαντικές κοινωνικές επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες έχουν εγκαταλειφθεί λόγω της χρήσης

- Συνέχιση της χρήσης παρά τα κοινωνικά, ψυχολογικά ή σωματικά συμπτώματα που δημιουργεί.

Οι κατηγορίες των διαταραχών αυτών εξαρτώνται από την ουσία που χρησιμοποιείται. Έτσι έχουμε:

1. Αλκοολισμό
2. Χρήση Οπιούχων και Οπιοειδών
3. Κατασταλτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος— δηλαδή υπνωτικά ή αγχολυτικά
4. Διεγερτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος – όπως οι αμφεταμίνες
5. Χρήση Κοκαΐνης
6. Χρήση Ψευδαισθησιογόνων – όπως το LSD
7. Η Κάνναβη – (THC)
8. Η Νικοτίνη και
9. Οι Εισπνεόμενες Ουσίες

Σε πολλές περιπτώσεις η υπερβολική χρήση καφεΐνης, ζάχαρης και σοκολάτας μπορεί να θεωρηθούν διαταραχές χρήσης ουσιών μια και αυτές δημιουργούν εξάρτηση.

### **Αίτια των Ψυχικών Ασθενειών**

Γενικά μπορούμε να μιλήσουμε για δύο βασικές αιτίες:

1. Προβλήματα στην εξέλιξη μας και
2. Υπερβολικό στρες

Δηλαδή η ικανότητα και δυνατότητα μας προσαρμογής και καλής λειτουργίας στην καθημερινή πραγματικότητα είναι αποτέλεσμα και της ψυχοβιολογικής μας εξέλιξης και της συγκεκριμένης κατάστασης που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε.

<b>ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	_____	<b>ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ</b>	_____	<b>ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ</b>
(π.χ. σεισμός, απώλεια αγαπημένου προσώπου, κτλ.)		Δομή προσωπικότητας Αμυντικοί μηχανισμοί Δύναμη του Εγώ		Προσαρμογή ή Ψυχική Ασθένεια

Η δομή της προσωπικότητας του συγκεκριμένου ατόμου εξαρτάται από:

1. **Γενετικούς / Βιολογικούς Παράγοντες** που μελετώνται κυρίως από τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους με ειδικότητα στην νευροψυχολογία και την ψυχολογία της φυσιολογίας.
2. **Κοινωνικούς και Οικογενειακούς Παράγοντες** που δημιουργούν πρόβλημα στην ανάπτυξη και ψυχική εξέλιξη του ατόμου. Τέτοια προβλήματα είναι:
  - **Καθήλωση** – η ανάσχεση στην ψυχοερωτική ανάπτυξη που έχει σαν αποτέλεσμα την συναισθηματική προσκόλληση σε ένα από τα πρώτα στάδια ανάπτυξης, ή και σε ένα αντίστοιχο πρόσωπο

ή αντικείμενο. Αυτή η κατάσταση εμποδίζει τη δημιουργία συναισθηματικών δεσμών με νέα άτομα ή την καλλιέργεια νέων ενδιαφερόντων

- **Αδύνατα Σημεία** – όταν τραυματικές εμπειρίες δημιουργούν ιδιαίτερη ευαισθησία του ατόμου σε συγκεκριμένες στρεσογόνες καταστάσεις
- **Διαστρεβλώσεις** – όταν δημιουργούνται στάσεις και τρόποι σκέψης που εμποδίζουν την ομαλή ανάπτυξη και λειτουργία του ατόμου.

Υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία από έρευνες ότι ορισμένες καταστάσεις στην διάρκεια της εξέλιξης οδηγούν στα προβλήματα αυτά. Αυτές είναι:

1. **Αρχική Στέρηση** του βρέφους από επαρκή μητρική φροντίδα, είτε λόγο θανάτου είτε λόγο εγκατάλειψης
2. **Η Απόρριψη** του παιδιού από τους παρόντες γονείς για πολλούς και διαφορετικούς λόγους, όπως για παράδειγμα η ασυμβατότητα των χαρακτήρων και του ταμπεραμέντου γονιού – παιδιού
3. **Η Υπέρμετρη Επιείκεια και Εντρύφηση** στην ανατροφή, όπως για παράδειγμα από γονείς που πολύ δύσκολα και σε σχετικά μεγάλη ηλικία απέκτησαν ένα παιδί
4. **Η Ελλιπής και Εσφαλμένη Πειθαρχία** η οποία συνήθως συνοδεύεται από υπέρμετρες απαιτήσεις, αυστηρά και τελειομανή κριτήρια
5. **Παθολογικά Μοντέλα και Πρότυπα** τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στην ενήλικη ζωή.