



Ερευνητική Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: «Η αλλαγή των διαπροσωπικών σχέσεων ασθενών με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης προς τους άλλους ανθρώπους και τους/τις συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους».



Συντάκτριες: Δημητσάνα Θεοδώρα
Ζυμπερδίκια Βασιλική
Τσίτουρα Διαμάντω

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Καλαϊτζάκη Ε. Αργυρούλα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

*‘Σε μέτρησα και ήσουνα πολλά
ξαναμετρώ και ήσουν αλλιώς
το άφησα να είσαι κι απ’ τα δυο
δε σου αφάιρεσα ούτε μία
απ’ τις χιλιάδες ωραιότητες που είχες
ούτε μισή από τις πολύτιμες ασκήμιες σου
κόσμε’.*

(Κική Δημουλά, Τα Εύρετρα)

Ευχαριστίες

Η μελέτη αυτή ξεκίνησε πριν από δύο χρόνια. Είναι το αποτέλεσμα μιας ομαδικής προσπάθειας, γι' αυτό και κρίνουμε απαραίτητο να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν σ' αυτή.

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κα Καλαϊτζάκη Αργυρούλα, υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε, καθώς μέσα από την εμπειρία και την ενασχόλησή της με τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη συσχέτιση τους με την ψυχική υγεία, μας έδωσε κατευθύνσεις που μας επέτρεψαν να ολοκληρώσουμε επιτυχώς την εργασία.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους ιδιώτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας της πόλης του Ηρακλείου, για την καθοριστική συμβολή τους στην έρευνα, διαφορετικά θα ήταν ανέφικτη η ολοκλήρωση της, τους οποίους όμως για λόγους προστασίας της ανωνυμίας δεν μπορούμε να αναφέρουμε.

Ευχαριστούμε ακόμη θερμά τους ασθενείς και τους συντρόφους αυτών για την συμμετοχή τους στην παρούσα έρευνα, διότι μέσα από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, μας επέτρεψαν να υπεισέλθουμε σε προσωπικά τους δεδομένα.

Τέλος, θέλουμε να σημειώσουμε ότι η ευθύνη για οποιαδήποτε λάθη και παραλείψεις είναι δική μας.

Περιεχόμενα

I. Εισαγωγή.....	7
-------------------------	----------

II. Θεωρητικό Μέρος

Κεφάλαιο 1ο. Διαπροσωπικές Σχέσεις Ατόμου με τον Σύντροφο και τους Άλλους

1.1 Γενικές αρχές διαπροσωπικής επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων.....	10
1.1.1 Εισαγωγή στην διαπροσωπική επικοινωνία.....	10
1.1.2 Αρχές διαπροσωπικής επικοινωνίας.....	11
1.1.3 Η Σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων.....	12
1.1.4 Χαρακτηριστικά και είδη στενών διαπροσωπικών σχέσεων.....	13
1.2 Η μετάβαση των συντρόφων από την ερωτική έλξη και την αγάπη, στη συζυγική συμβίωση.....	16
1.2.1 Οι βασικές διαστάσεις της αγάπης και της ερωτικής έλξης.....	16
1.2.2 Τύποι συζυγικών σχέσεων.....	18
1.3 Οι ρόλοι των συντρόφων.....	22
1.3.1 Προβιομηχανική περίοδος.....	22
1.3.2 Περίοδος εκβιομηχάνισης.....	23
1.3.3 Σύγχρονη περίοδος.....	23
1.3.4 Το σύγχρονο ζευγάρι.....	25
1.4 Σχέση ζευγαριού και επικοινωνία.....	28
1.4.1 Ανάπτυξη της σχέσης του ζευγαριού.....	28
1.4.2 Επικοινωνία και οικειότητα στο ζευγάρι.....	29
1.4.3 Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία ανάμεσα στο ζευγάρι.....	30
1.4.4 Σύγκρουση: αίτια και συνέπειες που οδηγούν στην επιδείνωση της σχέσης του ζευγαριού.....	33
1.4.5 Η επικοινωνία στο ζευγάρι κατά την παρακμή της σχέσης.....	35
1.4.6 Χειρισμός συγκρούσεων στο ζευγάρι: διαπροσωπική αποκατάσταση.....	38
1.4.7 Προσωπική αποκατάσταση μετά τη διάλυση της σχέσης.....	39

Κεφάλαιο 2ο. Οι Διαταραχές της Διάθεσης και οι Αγχώδεις Διαταραχές και η Θεραπευτική τους Αντιμετώπιση

2.1 Διαταραχές διάθεσης.....	40
2.1.1 Διαταραχές διάθεσης: Γενική επισκόπηση.....	40
2.1.2 Περιγραφή επεισοδίων διάθεσης.....	42
2.1.3 Καταθλιπτικές διαταραχές.....	45
2.1.4 Διπολικές διαταραχές.....	47
2.1.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	48
2.2 Αγχώδεις διαταραχές.....	53
2.2.1 Αγχώδεις διαταραχές: Γενική επισκόπηση.....	53
2.2.2 Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία.....	56
2.2.3 Ειδική φοβία.....	57
2.2.4 Κοινωνική φοβία.....	59
2.2.5 Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή.....	59
2.2.6 Διαταραχή μετά από τραυματικό στρες.....	60
2.2.7 Διαταραχή από οξύ στρες.....	61
2.2.8 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.....	61

2.2.9 Αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση.....	62
2.2.10 Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες.....	62
2.2.11 Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.....	63
2.2.12 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	63

Κεφάλαιο 3ο. Θεωρίες των Διαπροσωπικών Σχέσεων

3.1 Σύντομη ανασκόπηση των θεωριών για τις διαπροσωπικές σχέσεις.....	67
3.2 Διαπροσωπικός κύκλος.....	74
3.3 Η θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου.....	74
3.3.1 Η θεωρία των τύπων ή των μορφών του σχετίζεσθαι.....	74
3.3.2 Το Διαπροσωπικό Οκτάγωνο.....	76
3.3.3 Πλεονεκτήματα της θεωρίας του Διαπροσωπικού Οκταγώνου.....	82
3.3.4 Η εφαρμογή της θεωρίας στην ψυχοθεραπεία.....	83

Κεφάλαιο 4ο. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Οργάνωση Υπηρεσιών

Ψυχικής Υγείας και Ρόλος Θεραπευτικής Ομάδας

4.1 Η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.....	85
4.1.1 Μοντέλα υπέρβασης του ασύλου.....	89
4.1.2 Δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδος: Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργώς.....	90
4.2 Το σύστημα ψυχικής υγείας.....	92
4.3 Ψυχιατρικές υπηρεσίες.....	93
4.3.1 Ψυχιατρικό νοσοκομείο.....	93
4.3.2 Ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου.....	94
4.3.3 Κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	95
4.3.4 Κέντρα ψυχικής υγιεινής.....	95
4.3.5 Υπηρεσίες που αφορούν την εκπαίδευση.....	97
4.3.6 Υπηρεσίες που αφορούν την στέγαση των ασθενών.....	98
4.3.7 Υπηρεσίες που αφορούν την κοινωνική ένταξη των ασθενών.....	100
4.3.8 Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας.....	100
4.3.9 Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας.....	102
4.3.10 Άτυπες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	102
4.4 Ρόλοι των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στις εναλλακτικές δομές περίθαλψης.....	103
4.4.1 Ο ρόλος του ψυχιάτρου.....	104
4.4.2 Ο ρόλος του ψυχολόγου.....	104
4.4.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	105

III. Ερευνητικό Μέρος

Κεφάλαιο 5ο. Μέθοδος

5.1 Μεθοδολογία.....	108
5.2 Ερευνητικά εργαλεία.....	109
5.3 Δείγμα.....	112
5.4 Ερευνητικές υποθέσεις.....	117
5.5 Στατιστική ανάλυση.....	118

Κεφάλαιο 6ο. Αποτελέσματα της Έρευνας

6.1 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι τους με τους άλλους.....	119
---	-----

6.2 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τις/τους συντρόφους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι τους με αυτούς.....	120
6.3 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του και του τρόπου που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους.....	123
6.4 Σύγκριση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους και με τους συντρόφους τους από τη στιγμή που απευθύνονται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.....	126
6.5 Επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών.....	128
6.6 Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, σύμφωνα με την αξιολόγηση των ίδιων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	136
6.7 Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, σύμφωνα με την αξιολόγηση των συντρόφων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	137
6.8 Η βελτίωση των διαπροσωπικών/συντροφικών σχέσεων των ασθενών σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η αξιολόγηση του HADS.....	138

Κεφάλαιο 7ο. Συζήτηση- Συμπεράσματα

7.1 Συζήτηση.....	140
7.2 Περιορισμοί έρευνας.....	148
7.3 Συμπεράσματα.....	150

Ευρετήριο Πινάκων

5.1 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά ηλικία.....	112
5.2 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση.....	113
5.3 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών και των οικογενειών τους.....	113
5.4 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης των συντρόφων και των οικογενειών τους.....	114
5.5 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά εργασιακή κατάσταση των ασθενών και των οικογενειών τους.....	114
5.6 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά εργασιακή κατάσταση των συντρόφων και των οικογενειών τους.....	115
5.7 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά δηλωθείσα θεραπεία.....	115
5.8 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά δηλωθείσα πάσχουσα ασθένεια.....	116
5.9 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος αναφορικά με τον χαρακτηρισμό της σχέσης τους.....	116
6.1 Παρουσίαση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι τους με τους άλλους.....	119
6.2 Τρόπος συσχέτισης των ασθενών με τους συντρόφους τους.....	120
6.3 Τρόπος συσχέτισης των συντρόφων με τους ασθενείς.....	121
6.4 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται με τους συντρόφους τους.....	123
6.5 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται με τους ασθενείς.....	124

6.6 Σύγκριση της σχέσης των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους και σύγκριση της σχέσης των ασθενών με τους συντρόφους τους μεταξύ πρώτης και δεύτερης χορήγησης.....	126
6.7 Σχέση του ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση το φύλο.....	128
6.8 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους με βάση το φύλο.....	129
6.9 Σχέση των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση την ηλικία.....	130
6.10 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους με βάση την ηλικία.....	131
6.11 Σχέση των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο.....	132
6.12 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους με βάση το μορφωτικό του επίπεδο των ασθενών.....	133
6.13 Σχέση των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.....	134
6.14 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.....	135
6.15 Παρουσίαση της άποψης των ασθενών και της άποψης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	136
6.16 Παρουσίαση της άποψης των συντρόφων και της άποψης των επαγγελματιών υγείας.....	137
6.17 Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των ασθενών (HADS).....	138
6.18 Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών, σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	139

IV. Βιβλιογραφία.....151

V. Παράρτημα

V.I Διάγραμμα ερευνητικής πρότασης πτυχιακής εργασίας.....	159
V.II Τροποποίηση μεθοδολογίας έρευνας της πτυχιακής εργασίας.....	168
V.III Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Κρήτη.....	171
V.IV Ερωτηματολόγια έρευνας.....	174

Εισαγωγή

Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι ίσως το πιο κεντρικό και ερευνητικά ενεργό κομμάτι της Κοινωνικής Ψυχολογίας σήμερα, κατέχοντας παράλληλα εξίσου σημαντική θέση κι ως αντικείμενο μελέτης στο σύνολο των ανθρωπιστικών επιστημών. Συγχρόνως η σημασία της ψυχικής υγείας, η αλληλεξάρτηση της από την σωματική, καθώς και η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, στάθηκε η αφορμή για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος. Υπήρξαν ωστόσο κι άλλοι λόγοι που μας οδήγησαν σ' αυτήν την επιλογή, όπως η εξοικείωση μας σε ανάλογη θεματολογία, την οποία αποκτήσαμε κατά την διάρκεια της φοίτησης μας στην σχολή, αλλά και το γεγονός ότι παρόμοια έρευνα δεν έχει μέχρι στιγμής εκπονηθεί σε πανελλαδικό και διεθνές επίπεδο.

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι διττός: Πρώτον, η σύγκριση των διαπροσωπικών σχέσεων με τους άλλους ανθρώπους γενικά και με τον/την σύντροφο, τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και του/της συντρόφου και δεύτερον, η διερεύνηση της πορείας/εξέλιξης των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών, όπως την αξιολογούν οι ίδιοι, αλλά και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας των υπηρεσιών στις οποίες προσέρχονται για βοήθεια.

Η εργασία περιλαμβάνει επτά κεφάλαια και διαιρείται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος, η δομή της εργασίας έχει διαρθρωθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα, αφού πρώτα αποκομίσει κάποιες γνώσεις γύρω από γενικές έννοιες και ορισμούς.

Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι γενικές αρχές της διαπροσωπικής επικοινωνίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με τους άλλους ανθρώπους γενικά αλλά και με τον/την σύντροφο του, η επικοινωνία (επιτυχημένη ή μη) και οι ρόλοι ανάμεσα στους συντρόφους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθεται αρχικά η γενική έννοια των αγχωδών διαταραχών και των διαταραχών διάθεσης και στη συνέχεια αναφέρεται η διάγνωση, συμπτωματολογία, κλινική εικόνα, καθώς και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι θεωρίες των διαπροσωπικών σχέσεων με έμφαση στη θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου του Birtchnell. Γίνεται λόγος για την εμφάνιση και εξέλιξη των θεωριών των διαπροσωπικών σχέσεων, τη θεωρία του

διαπροσωπικού κύκλου, τη θεωρία του διαπροσωπικού οκταγώνου, την μεταξύ τους συσχέτιση και τα πλεονεκτήματα της θεωρίας του διαπροσωπικού οκταγώνου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο μέσα από μια σύντομη αναδρομή παρουσιάζονται οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες της Ελλάδας, κατά το παρελθόν, γύρω από θέματα ψυχικής υγείας. Οι προσπάθειες αυτές, συνέβαλαν καθοριστικά στην μετατόπιση του κέντρου βάρους από την ιδρυματικού τύπου περίθαλψη στη κοινοτική φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Στη συνέχεια παρατίθενται οι υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και η δομή και ο τρόπος οργάνωσής τους. Τέλος, επισημαίνεται η σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας στην ομάδα ψυχοκοινωνικής υγείας και τον ρόλο που κάθε ειδικός κατέχει στο εσωτερικό αυτής.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αφορά την έρευνα. Στο πέμπτο κεφάλαιο καταγράφονται η ερευνητική μεθοδολογία, τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, οι ερευνητικές υποθέσεις και τα στατιστικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται στο έκτο κεφάλαιο, ενώ στο έβδομο και τελευταίο παραθέτονται τα σημαντικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα.

II. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

«Διαπροσωπικές Σχέσεις Ατόμου με τον Σύντροφο και τους Άλλους»

1.1 Γενικές Αρχές Διαπροσωπικής Επικοινωνίας και Διαπροσωπικών Σχέσεων

1.1.1 Εισαγωγή στην Διαπροσωπική Επικοινωνία

Ο Αριστοτέλης χαρακτήρισε τον άνθρωπο ως “ον πολιτικόν”, “ον κοινωνικόν”. Για τον λόγο αυτό η εξάρτηση του ανθρώπου από τους άλλους ανθρώπους είναι άμεση, ενώ ταυτόχρονα κρίνεται κι ως απαραίτητη. Την εξάρτηση του αυτή από τους άλλους, ο άνθρωπος την πετυχαίνει με τη σχέση του με αυτούς, μέσα από μια διαρκή ανταλλαγή μηνυμάτων. Αυτή η ανταλλαγή μηνυμάτων, ονομάζεται επικοινωνία. *Επικοινωνία* είναι ο χαρακτηρισμός για την πράξη, διαδικασία ή αποτέλεσμα της μετάδοσης πληροφοριών και αντικειμένων. Είναι επίσης συνώνυμο της έννοιας “συμπεριφορά”. Η λέξη *επικοινωνία* προέρχεται από τη λέξη *κοινός-κοινωνώ-* που σημαίνει έρχομαι σε επαφή ή μετέχω σε κάτι ή πληροφορούμαι. Άρα επικοινωνώ (Καζάζη, 2002).

Η ανθρώπινη επικοινωνία ωστόσο αποτελεί ένα πολύ ευρύ πεδίο, γι’ αυτό και το συγκεκριμένο κεφάλαιο θα επικεντρωθεί σε μία από τις μορφές της, αυτή της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Ως διαπροσωπική επικοινωνία, ορίζεται κάθε διαδικασία, κατά την οποία δύο άνθρωποι που μοιράζονται τους ρόλους του αποστολέα και του δέκτη, φέρουν αμοιβαία ευθύνη για την δημιουργία ενός νοήματος (Verderber και Verderber, 2006).

Κάθε πράξη επικοινωνίας πραγματοποιείται μέσα σ’ ένα πλαίσιο, το οποίο αποτελείται από τέσσερις βασικές διαστάσεις: τη *φυσική*, που αφορά το συγκεκριμένο περιβάλλον μέσα στο οποίο διεξάγεται η επικοινωνία και το οποίο ασκεί κάποια επίδραση στο περιεχόμενο, καθώς και στην μορφή των μηνυμάτων που επικοινωνούνται. Την *πολιτισμική* που αναφέρεται στους κανόνες και τις νόρμες επικοινωνίας, οι οποίες διαφοροποιούνται, ανάλογα με το εκάστοτε πολιτισμικό υπόβαθρο κάθε λαού. Την *κοινωνικοψυχολογική*, η οποία περιλαμβάνει τις σχέσεις ανάμεσα στους συμμετέχοντες ανάλογα με την κοινωνική τους θέση, τους ρόλους και

τους πολιτισμικούς κανόνες της κοινωνίας, της οποίας είναι μέλη και τέλος τη *χρονική* που αναφέρεται στην ώρα της ημέρας, καθώς και την ιστορική περίοδο κατά την οποία λαμβάνει χώρα η επικοινωνία. Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη το υπάρχον πλαίσιο, τα πρόσωπα επικοινωνούν, αποστέλλουν και παραλαμβάνουν μηνύματα (ανατροφοδότηση), χρησιμοποιώντας το σύνολο των αισθήσεων τους, στο οποίο συχνά σημειώνονται παρεμβολές, συνήθως λόγω θορύβων (Devito, 2004).

Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι επίσης σημαντική, διότι εκτός των άλλων εξυπηρετεί και *κάποιες λειτουργίες*. Οι λειτουργίες αυτές έχουν να κάνουν με τ' ότι οι άνθρωποι επικοινωνούν για να καλύψουν τις κοινωνικές και ψυχολογικές τους ανάγκες, για να διατηρήσουν και να ενισχύσουν την αίσθηση του εαυτού τους, για να δημιουργήσουν σχέσεις, για να εκπληρώσουν τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις, για ν' ανταλλάξουν πληροφορίες, αλλά και για ν' ασκήσουν την επιρροή τους στους άλλους (Verderber και Verderber, 2006).

Αναφορικά τώρα με την αποτελεσματικότητα κάθε επικοινωνιακής πράξης, αυτή εξαρτάται από την ικανότητα των συμμετεχόντων σ' αυτή. Η απόκτηση επομένως της *επικοινωνιακής ικανότητας* προκύπτει από την εκμάθηση κατάλληλων δεξιοτήτων, από την κατανόηση της κατάστασης με την οποία έρχεται το άτομο αντιμέτωπο, τον προσδιορισμό και την επίτευξη των επικοινωνιακών στόχων, την ορθή χρήση ενός συνόλου στοιχείων συμπεριφοράς και την εντύπωση που δημιουργείται από το άλλο άτομο για τον ομιλητή (Verderber, 1998).

1.1.2 Αρχές Διαπροσωπικής Επικοινωνίας

Η διαπροσωπική επικοινωνία διέπεται από τις εξής βασικές αρχές: *πρώτον* είναι *συσχετιστική*, δηλαδή σε κάθε επικοινωνιακή συναλλαγή οι άνθρωποι δεν ανταλλάσσουν μόνο νοήματα (επίπεδο περιεχομένου), αλλά διαπραγματεύονται και την σχέση τους (επίπεδο σχέσης). Σύμφωνα με έρευνες του Pearson και συν, (1995), όπως αναφέρεται από τον Devito (2004), οι άνδρες εστιάζουν περισσότερο στο περιεχόμενο ενός μηνύματος, ενώ αντίθετα οι γυναίκες επικεντρώνονται στα μηνύματα που αφορούν καθαυτή τη σχέση.

Δεύτερον, η επικοινωνία είναι *σκόπιμη*, αυτό σημαίνει ότι κάθε μορφή επικοινωνίας κατευθύνεται προς την επίτευξη ενός στόχου, ανεξάρτητα από το αν αυτή λαμβάνει χώρα συνειδητά ή όχι. *Τρίτον*, η διαπροσωπική επικοινωνία *μαθαίνεται*, καθώς είναι απόρροια των επικοινωνιακών δεξιοτήτων που έχουν μάθει

τα άτομα. *Τέταρτον*, είναι *διαρκής*, καθότι η επικοινωνία διέπεται από συνεχείς συναλλαγές, χωρίς αρχή και τέλος. Αυτή η συνεχής, κυκλική ροή της επικοινωνίας διαιρείται από τα άτομα που μετέχουν σ' αυτή, σε ερεθίσματα και αντιδράσεις. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται “στίξη” και βοηθάει τα άτομα να καταλαβαίνουν και να θυμούνται ευκολότερα τις επικοινωνιακές συναλλαγές τους. *Πέμπτον*, τα *μηνύματα* της διαπροσωπικής επικοινωνίας *κυμαίνονται ανάλογα με την συνειδητή κωδικοποίηση*. Αυτό σημαίνει ότι η κωδικοποίηση των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων μπορεί να γίνει αυθόρμητα, να στηρίζεται σε κάποιο σενάριο, ή τα μηνύματα να είναι προσεκτικά δομημένα, ανάλογα με το πως αντιλαμβάνεται το άτομο την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, σύμφωνα με τον Reardon (1987), όπως αναφέρεται από τους Verderber και Verderber (2006). *Έκτον*, η διαπροσωπική επικοινωνία έχει *ηθικές συνέπειες*, δηλαδή κάθε άτομο μπορεί να επιλέξει αν θα επικοινωνήσει με βάση τις αξίες και τις αρχές της κοινωνίας του ή όχι, οπότε και θα υποστεί τις ανάλογες επιπτώσεις. *Έβδομον*, η επικοινωνία είναι *αναπόφευκτη*, δηλαδή συμβαίνει ακόμη κι όταν ο ένας από τους συμμετέχοντες δεν σκέφτεται ότι επικοινωνεί ή δεν θέλει να επικοινωνήσει. *Όγδοον* είναι *μη αναστρέψιμη*, δεν μπορούν δηλαδή τα άτομα να την αποσύρουν και τέλος της προσδίδεται το χαρακτηριστικό της *ανεπανάληπτης*, αφού κάθε επικοινωνιακή πράξη είναι μοναδική (Devito, 2004).

1.1.3 Η Σημασία των Διαπροσωπικών Σχέσεων

Ο άνθρωπος από την φύση του, έχει την τάση να αντιλαμβάνεται κάθε είδους εξωτερικό ερέθισμα (προερχόμενο από το περιβάλλον) με διαπροσωπικούς όρους. Πρωταγωνιστές σε αυτό τον κόσμο των διαπροσωπικών σχημάτων είναι ο «εαυτός» και οι «άλλοι». Ο εαυτός ποτέ δεν είναι αποκομμένος από τους άλλους. Ακόμη κι όταν το άτομο σκέφτεται “εγωιστικά”, στις σκέψεις και τα συναισθήματα του πρωτοστατούν οι άλλοι, συνειδητά ή ασυνείδητα. Αυτό συμβαίνει, διότι η έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων βιώνεται ως μια ανεπιθύμητη κατάσταση από τους ανθρώπους. Παράλληλα αυτή η έλλειψη ενοχοποιείται για επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, για αμφισβήτηση του “εγώ” από το άτομο, αλλά και για παρουσίαση δυσκολιών στην κάλυψη των καθημερινών υποχρεώσεων (Καφέτσιος, 2005).

Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι ίσως το πιο κεντρικό και ερευνητικά ενεργό κομμάτι της κοινωνικής ψυχολογίας σήμερα. Το ενδιαφέρον αυτό για τις

διαπροσωπικές σχέσεις εκδηλώθηκε σχετικά πρόσφατα και συγκεκριμένα στα τέλη της δεκαετίας του '70, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην έξοδο από τον ατομοκεντρισμό και την στροφή προς τις «κοινωνικές» μορφές έρευνας. Αυτό το νέο επίπεδο ανάλυσης παρουσιάζει σχέσεις αλληλεξάρτησης και με άλλα επίπεδα ανάλυσης (ενδοατομικό, ομαδικό, συλλογικό). Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις κατέχουν σημαντική θέση ως κύριος συνδετικός κρίκος, ανάμεσα σε ενδοατομικά-ψυχολογικά και κοινωνικά φαινόμενα, καθώς αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό τόσο της κοινωνικής πραγματικότητας, όσο και της ατομικής εμπειρίας κάθε προσώπου (Ντάβου, 1984· Καφέτσιος, 2005).

Η *διαπροσωπική σχέση* ορίζεται από τον Hinde και από τους Duck & Gilmour (1981), όπως αναφέρουν σε σχετικά τους έργα οι Καφέτσιος (2005) και Verderber και Verderber (2006) αντίστοιχα, ως ένα δέσιμο ανάμεσα σε δύο άτομα που γνωρίζουν το ένα το άλλο και που σε κάποια φάση της ζωής τους, έχουν αναπτύξει μια σειρά αλληλεπιδράσεων. Επιπλέον, με τον όρο *στενές σχέσεις*, ορίζονται οι σχέσεις στις οποίες οι άνθρωποι έρχονται πολύ κοντά ο ένας στον άλλο, δηλαδή υπάρχει υψηλό επίπεδο οικειότητας. Μ' αυτόν τον τρόπο καταδεικνύεται επομένως, η ταυτόχρονη ανάγκη που έχει κάθε άνθρωπος για κοινωνικότητα (φιλία) και δεσμό (συντροφική/ερωτική σχέση). Η απουσία του ενός από τα δύο, για τους περισσότερους ανθρώπους συνεπάγεται με μοναξιά.

1.1.4 Χαρακτηριστικά και Είδη Στενών Διαπροσωπικών Σχέσεων

Οι συγγραφείς Verderber (1998, 2006) και Devito (2004), αναφέρονται εκτενώς τόσο στα χαρακτηριστικά, όσο και στα είδη και επίπεδα των στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Στο παρόν μέρος του κεφαλαίου θα γίνει μια σύντομη επισκόπηση αυτών.

Οι στενές σχέσεις χαρακτηρίζονται κατά κύριο λόγο από στοργή, ζεστασιά, ενδιαφέρον, εμπιστοσύνη, εκμυστήρευση προσωπικών στοιχείων, αφοσίωση, καθώς και προσδοκία ότι η σχέση θα συνεχιστεί και θα αντέξει στον χρόνο. Αυτού του τύπου οι σχέσεις επισφραγίζονται μέσα από σύμβολα και τελετές (λ.χ. γάμος, κυριακάτικο οικογενειακό τραπέζι).

Οι στενές σχέσεις είναι κατά βάση δύο τύπων: α) οι σχέσεις που βασίζονται σε ρόλους και οι οποίες παρουσιάζουν συμπεριφορές που είναι αποδεκτές από την κοινωνία ή άλλους παράγοντες (λ.χ. γονείς, αδέρφια, συνάδελφοι) και β) οι σχέσεις

που άρχισαν από μόνες τους, εθελοντικά. Σ' αυτές ανήκουν οι στενές διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν από τυπικές γνωριμίες μ' έναν ξένο, μέχρι και τις στενές σχέσεις με τους φίλους και τους συντρόφους (Verderber, 1998, 2006).

Ανεξάρτητα από το πως ξεκινούν οι σχέσεις, ποικίλλουν στην ένταση τους ως προς την ποσότητα των πληροφοριών που ο κάθε άνθρωπος μοιράζεται με τον άλλο, όπως και στις αντιδράσεις που παρατηρούνται ανάμεσα τους. Γενικά, οι σχέσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε επίπεδο γνωριμίας, σε επίπεδο φιλίας και σε στενό προσωπικό επίπεδο.

Οι σχέσεις σε επίπεδο γνωριμίας ή φίλιες συναναστροφής, είναι ανάμεσα σε ανθρώπους που γνωρίζονται ονομαστικά, οι συζητήσεις τους είναι σύντομες και περιορίζονται σε ανταλλαγή ιδεών ή σε κουτσομπολιό. Παρά το γεγονός ότι το κουτσομπολιό θεωρείται κακόβουλο, τυγχάνει συχνά να αντιπροσωπεύει έναν τρόπο φιλικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους, αποτρέποντας ταυτοχρόνως την ανάμειξη σε προσωπικά θέματα των ατόμων που συνδιαλέγονται (Verderber και Verderber 2006).

Οι σχέσεις σε επίπεδο φιλίας ή φίλιες δεκτικότητας, βασίζονται στο σύνολο των χαρακτηριστικών που αναφέρθηκαν παραπάνω για τις στενές σχέσεις. Αναφορικά με την έναρξη τους, αυτή είναι πιθανό να σηματοδοτείται, είτε από την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης βάσης, είτε εξαιτίας μιας σχέσης που είναι βασισμένη σε κάποιο ρόλο. Οι φίλιες ξεκινούν ανάμεσα σε ανθρώπους που βρίσκουν ικανοποίηση ο ένας με τον άλλο σε πολλά επίπεδα, ενώ για την διατήρηση τους απαιτείται η εκμάθηση επιπρόσθετων ικανοτήτων επικοινωνίας. Ωστόσο παρουσιάζονται διαφορές ανάμεσα στις ανδρικές φίλιες, τις γυναικείες και τις φίλιες ανδρών-γυναικών (Verderber, 1998; Devito, 2004).

Οι ανδρικές φίλιες χαρακτηρίζονταν ανέκαθεν από έλλειψη συντροφικότητας. Έτσι όσον αφορά τη διαπροσωπική επικοινωνία και σύμφωνα με το κριτήριο της οικειότητας, οι ανδρικές φίλιες δεν είναι καθόλου ιδανικές. Οι συζητήσεις των ανδρών περιορίζονται σε ζητήματα επικαιρότητας κι ελάχιστοι είναι εκείνοι που συζητούν για θέματα σχέσεων ή προσωπικά ζητήματα, αφού το μοναδικό θέμα στο οποίο μπορεί να εμβαθύνουν είναι τα αθλητικά (Devito, 2004).

Αντίθετα οι γυναικείες φίλιες αναπτύσσονται ταχύτερα και παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό οικειότητας, ενώ οι συζητήσεις τους εστιάζουν και σε προσωπικά ζητήματα. Παρά το γεγονός όμως, ότι οι γυναικείες σχέσεις είναι πιο βαθιές σύμφωνα

με τα κριτήρια της αποτελεσματικής διαπροσωπικής επικοινωνίας, αυτό δεν είναι αρκετό για τις γυναίκες, αφού συχνά εμφανίζονται ανικανοποίητες από αυτές τους τις σχέσεις. Κάτι τέτοιο συμβαίνει, επειδή οι γυναίκες ενδιαφέρονται τόσο πολύ για τους άλλους, που τελικά βιώνουν τα προβλήματα των άλλων ως δικά τους, με αποτέλεσμα αυτή η έντονη συναισθηματική εμπλοκή να τους προκαλεί ακόμη και προβλήματα υγείας, αλλά και υπερβολική εξάρτηση από τις σχέσεις που συνάπτουν (Devito, 2004).

Οι *φιλίες ανδρών-γυναικών* έχουν ως σημαντικό γνώρισμα τους την οικειότητα, η οποία από την ανδρική πλευρά εκφράζεται ως πρακτική βοήθεια, αμοιβαία υποστήριξη και συντροφικότητα, ενώ για τις γυναίκες ορίζεται ως ανταλλαγή πληροφοριών, συναισθημάτων, μυστικών και ονείρων. Κάποιες φορές όμως τα όρια μεταξύ στενής φιλίας και ερωτικής σχέσης είναι δυσδιάκριτα σ' αυτού του τύπου τους δεσμούς. Αυτό που αποδεικνύεται είναι ότι, ενώ ο έρωτας ή το σεξ μπορούν να εμπλουτιστούν από μια καλή φιλία, μια καλή φιλία συνήθως φθείνεται από τον έρωτα ή το σεξ. Η ικανοποίηση που απορρέει από μια τέτοια σχέση, συχνά στηρίζεται ακριβώς σ' αυτό, στην απουσία δηλαδή σεξουαλικής συμπεριφοράς (Devito, 2004).

Τέλος, οι *σχέσεις σε στενό προσωπικό επίπεδο*, αφορούν είτε τις στενές φιλίες ή φιλίες αμοιβαιότητας, είτε τις ερωτικές σχέσεις ή την απόλυτη στενή σχέση που είναι ο γάμος. Οι σχέσεις αυτού του επιπέδου χαρακτηρίζονται από το σύνολο των γνωρισμάτων των στενών σχέσεων και τα άτομα που ανήκουν σ' αυτές μοιράζονται τα πιο βαθιά τους αισθήματα και διακρίνονται από υψηλά επίπεδα οικειότητας (Verderber, 1998, 2006).

1.2 Η Μετάβαση των Συντρόφων από την Ερωτική Έλξη και την Αγάπη, στη Συζυγική Συμβίωση

1.2.1 Οι Βασικές Διαστάσεις της Αγάπης και της Ερωτικής Έλξης

Ο LaFollette (1996), όπως αναφέρεται από τους Verderber (2006), υποστήριξε ότι η αγάπη στην δυτική κουλτούρα μπορεί να συνδέεται μ' έναν τύπο προσωπικής σχέσης, μ' ένα στοιχείο ή γνώρισμα μιας προσωπικής σχέσης ή μ' ένα συναίσθημα που έχει κάποιος για κάποιον άλλο. Στην ενότητα αυτή, η αγάπη θα αναλυθεί ως

“ερωτική σχέση”. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να αναγνωριστούν τρία σημαντικά χαρακτηριστικά της αγάπης: το *ενδιαφέρον* (ισότιμο ενδιαφέρον του ενός συντρόφου για τις ανάγκες του άλλου και του εαυτού του), η *προσκόλληση* (η ανάγκη του κάθε ατόμου να είναι με τον σύντροφο και να δέχεται την φροντίδα και το ενδιαφέρον του) και η *οικειότητα* (πρόκειται για τον στενό δεσμό των συντρόφων που τους επιτρέπει να επικοινωνούν σε όλα τα επίπεδα, πνευματικό, συναισθηματικό, σωματικό).

Τρεις από τις σημαντικότερες θεωρήσεις που εξέτασαν και ανέλυσαν την ερωτική έλξη είναι: Αρχικά η θεωρητική προσέγγιση του Lee (1973), η οποία αποτελείται από έξι επιμέρους κατηγορίες, σύμφωνα με σχετική αναφορά στο συγγραφικό έργο των Hendrick & Hendrick (1986), όπως αναφέρεται από την Dominian (1998) - τον *έρωτα με πάθος* που εστιάζει στην φυσική έλξη και την ικανοποίηση των αισθήσεων, την *στοργικότητα* ή *φιλική αγάπη* που χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον και στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, την *μανία* ή *κτητική και ψυχαναγκαστική αγάπη* που διακρίνεται από ανασφάλεια και εξάρτηση, την *ανιδιοτελή αγάπη*, όπου κάθε σύντροφος θυσιάζει τα προσωπικά του συμφέροντα για τον άλλο, την *πρακτική αγάπη*, η οποία εκδηλώνεται μέσα από μία σχέση που στηρίζεται στις ικανοποιητικές απολαβές και το *ερωτικό παιχνίδι* που στοχεύει στην αμοιβαία απόλαυση, χωρίς καμία σοβαρή πρόθεση των συμμετεχόντων σ’ αυτό.

Δεύτερη χρονολογικά ακολουθεί η τριγωνική θεωρία του Sternberg (1986), όπως αναφέρεται από τους Verderber και Verderber (2006), ο οποίος προχώρησε στην ανάπτυξη της, έχοντας προηγουμένως αμφισβητήσει την θεώρηση του Lee. Υποστήριξε λοιπόν ότι η ερωτική έλξη εμπεριέχει σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό τρία συστατικά στοιχεία: την *οικειότητα* ή *ψυχολογική εγγύτητα* που αναφέρεται στο πόσο «κοντά» νιώθει ο ένας σύντροφος τον άλλο, το *πάθος* που βασίζεται στην ερωτική έλξη και την σεξουαλική επαφή και την *απόφαση/δέσμευση* ή *αφοσίωση* που αναφέρεται στην επιθυμία του κάθε συντρόφου να διατηρήσει την σχέση.

Τρίτη είναι η θεωρητική προσέγγιση των Shaver & Hazan (1987), όπως αναφέρεται από τον Καφέτσιο (2005), οι οποίοι και αναγνώρισαν την αγάπη/ερωτική έλξη ως βασικό συναίσθημα που είναι στενά συνδεδεμένο με τους τύπους δεσμού¹.

¹ Οι Shaver & Hazan (1987), βασισμένοι στην προϋπάρχουσα Θεωρία Δεσμού του Bowlby (1960), διατύπωσαν αρχικά την άποψη ότι η ερωτική έλξη στα ζευγάρια έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με τον δεσμό (σχέση προσκόλλησης), μεταξύ του βρέφους και του ατόμου που το φροντίζει. Στη συνέχεια προκειμένου να ισχυροποιήσουν περισσότερο αυτή τους τη θέση, παρέθεσαν τους βασικούς τύπους προσκόλλησης της Ainsworth (1978), όπως αναφέρεται από την Dominian (1998) και τον Καφέτσιο (2005). Εν συντομία οι τύποι δεσμού στους

Έτσι από την συσχέτιση που πραγματοποίησαν μεταξύ των τύπων δεσμού και των τύπων του Lee, διαπιστώθηκε ότι ο ασφαλής τύπος δεσμού είχε θετική συσχέτιση με τον έρωτα, την ανιδιοτελή αγάπη και την στοργικότητα. Ο τύπος δεσμού εμμονής είχε θετική συσχέτιση με την κτητική και ψυχαναγκαστική αγάπη και ο τύπος δεσμού αποφυγής έχει θετική συσχέτιση με το ερωτικό παιχνίδι.

Ένας άλλος μελετητής, ο Fehr, όπως αναφέρεται από την Dominionian (1998), επικεντρώθηκε σε χαρακτηριστικά αντί για τύπους, κατορθώνοντας μ' αυτόν τον τρόπο να δώσει μια πληρέστερη αντίληψη της έννοιας της αγάπης. Μέσα από την έρευνα που διεξήγαγε, διαπίστωσε ότι τα γνωρίσματα που θεωρούνταν ως χαρακτηριστικότερα για την ερμηνεία της αγάπης, όπως εμπιστοσύνη, φροντίδα, τιμιότητα, σεβασμός και φιλία σχετίζονταν με την συντροφική αγάπη. Προς την ίδια κατεύθυνση κινήθηκαν και οι έρευνες των Hatfield & Walster (1985), όπως αναφέρεται από την Dominionian (1998), οι οποίοι και όρισαν τη *συντροφική αγάπη* ως «το συναίσθημα που νιώθει το άτομο για εκείνους με τους οποίους η ζωή του περιπλέκεται βαθιά». Βασιζόμενοι σ' αυτό τον ορισμό συμπέραναν, ότι σε γνωστικό επίπεδο τα άτομα που βιώνουν την συντροφική αγάπη, νιώθουν οικεία μεταξύ τους και είναι πρόθυμα να αποκαλύψουν τον εαυτό τους στον άλλο. Αυτή η αποκάλυψη ωστόσο, προϋποθέτει εμπιστοσύνη και απαιτεί έναν υψηλό βαθμό εμπιστευτικότητας. Σε συναισθηματικό επίπεδο τώρα, τα άτομα αυτά συνδέονται στενά, νοιάζονται το ένα για το άλλο, αναζητούν τις θετικές εμπειρίες και αποφεύγουν τις επίπονες.

Οι ίδιοι συγγραφείς ασχολήθηκαν και με την νοηματοδότηση της αγάπης πάθους. Συγκεκριμένα ο Fehr, απέδωσε σ' αυτήν χαρακτηριστικά όπως ευφορία, αβεβαιότητα, εξάρτηση και φόβο, ενώ οι Hatfield & Walster (1985), όπως αναφέρεται από την Dominionian (1998), όρισαν την *αγάπη πάθους* ως «κατάσταση έντονης προσμονής για ένωση με τον άλλον και διέγερσης της φυσιολογίας». Διατύπωσαν επιπλέον την θέση ότι η αγάπη πάθους εμπεριέχει γνωστικά, αισθηματικά και συμπεριφοριστικά στοιχεία. Τα γνωστικά της στοιχεία περιλαμβάνουν αυθαίρετες σκέψεις για το αγαπημένο πρόσωπο, την εξιδανίκευση

ενήλικες είναι ο *ασφαλής τύπος* (θετική εικόνα για εαυτό και για τους άλλους), ο *τύπος εμμονής* (αρνητική εικόνα για εαυτό, αλλά θετική για τους άλλους) και ο *τύπος αποφυγής* (αρνητική εικόνα για εαυτό, αλλά και τους άλλους). Σύμφωνα με την Bartholomew (1990), ο τύπος αποφυγής διακρίνεται σε δύο επιμέρους, τον *απορριπτικό* (εξιδανικευμένα θετική εικόνα για εαυτό και αρνητική για τους άλλους) και τον *φοβικό* (αρνητική εικόνα για εαυτό και άλλους). Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που ανήκουν στους ανασφαλείς τύπους δεσμού, χαρακτηρίζονται από αδύναμη δομή του «εγώ», περισσότερο άγχος, επιθετικότητα και γενικότερα ψυχολογική καταπόνηση, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν συχνότερα μορφές κατάθλιψης όπως η δυσθυμία, αλλά και διπολικές διαταραχές, συγκριτικά με τα άτομα του ασφαλούς τύπου, τα οποία αν και παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την ψυχική υγεία, είναι παρόλα αυτά ηπιότερης έντασης και σοβαρότητας (Dominian, 1998· Καφέτσιος, 2005).

του, αλλά και έναν συγκερασμό ευφορίας, ευτυχίας, πανικού και απόγνωσης. Τα συναισθηματικά της στοιχεία αποτελούν η σεξουαλική έλξη, τα θετικά συναισθήματα όταν τα πράγματα εξελίσσονται ομαλά και τα αρνητικά σε περιπτώσεις απόρριψης. Στα συναισθηματικά γνωρίσματα της αγάπης πάθους ενυπάρχουν επίσης, η προσδοκία της αμοιβαιότητας και η επιθυμία για πλήρη και μόνιμη ένωση. Τα συμπεριφοριστικά της στοιχεία τέλος, περιλαμβάνουν την αναζήτηση του αγαπημένου προσώπου, την ευχαρίστηση να κάνει πράγματα ο ένας για τον άλλον και την σωματική εγγύτητα. Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί ότι, ενώ η παθιασμένη αγάπη προσφέρει ισχυρότερο κίνητρο για τη δημιουργία μιας σχέσης, η συντροφική αγάπη είναι εκείνη που θα συντηρήσει μια μακροχρόνια σχέση (Dominian, 1998· Verderber και Verderber, 2006).

Εκείνο παρόλα αυτά που προκαλεί εντύπωση με βάση τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω είναι ότι η περιγραφή της έννοιας της αγάπης δεν περικλείει μόνο θετικούς όρους, όπως την έχουν συνδεδεμένη οι περισσότεροι, αλλά ευθύνεται και για δυσάρεστα συναισθήματα, με κυριότερα την ανασφάλεια και το άγχος (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1998).

1.2.2 Τύποι Συζυγικών Σχέσεων

Σ' αυτήν την ενότητα θα γίνει εκτενέστερη αναφορά στους τύπους των σχέσεων γάμου και το πως αυτοί έχουν κατηγοριοποιηθεί από την Fitzpatrick (1988), όπως αναφέρεται από τους Dominian (1998) και Devito (2004). Η σημαντική αυτή ερευνήτρια σε θέματα γάμου εντόπισε αρχικά μια σειρά διαστάσεων (αλληλεξάρτηση, ανεξαρτησία και "αποφυγή συγκρούσεων" ή επικοινωνία) που διαφέρουν από ζευγάρι σε ζευγάρι. Βασιζόμενη εν συνεχεία σ' αυτές τις διαστάσεις, περιέγραψε τρεις βασικούς τύπους ανθεκτικών σχέσεων: την παραδοσιακή σχέση, την ανεξάρτητη και την διακριτή ή απομακρυσμένη.

Στα *παραδοσιακά ζευγάρια* επικρατεί ένα παραδοσιακό σύστημα πεποιθήσεων. Οι αξίες που διδάχθηκαν οι σύζυγοι από προηγούμενες γενιές, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην σταθερότητα απ' ότι στον παρορμητισμό. Αυτές οι σχέσεις παρουσιάζουν σημαντικό βαθμό αλληλεξάρτησης, καθώς το ζευγάρι πιστεύει ότι η ανεξαρτησία του κάθε συζύγου πρέπει να θυσιάζεται για το καλό της σχέσης, με αποτέλεσμα να διακρίνονται από υψηλά επίπεδα συντροφικότητας. Οι συγκρούσεις που σημειώνονται μεταξύ τους συνήθως είναι ελάχιστες και δεν αφορούν τους

ρόλους των δύο φύλων, οι οποίοι είναι ξεκάθαρα διαφορετικοί. Όσον αφορά την μεταξύ τους επικοινωνία, αυτή βασίζεται στην αμοιβαία ανταπόκριση (Dominian, 1998· Devito, 2004).

Αντίθετα, τα *ανεξάρτητα ζευγάρια* τονίζουν την ατομικότητα τους και παρόλο που οι σύζυγοι είναι ανεξάρτητοι, τείνουν να στηρίζονται ο ένας στον άλλο. Τα ζευγάρια αυτά πιστεύουν, ότι οι σχέσεις δεν πρέπει να περιορίζουν την ελευθερία του κάθε συντρόφου και στηριζόμενοι σ' αυτή τους τη θέση, διατηρούν ξεχωριστούς προσωπικούς χώρους. Επιπλέον κάποιες φορές δείχνουν να δυσκολεύονται να ακολουθήσουν μια καθημερινή ρουτίνα, γεγονός που εκφράζει την ασυμβατότητα των αξιών τους. Ωστόσο η επικοινωνία τους χαρακτηρίζεται από ανταπόκριση και οι όποιες συγκρούσεις τους, λαμβάνουν χώρα ανοιχτά και χωρίς φόβο, προβαίνοντας μάλιστα και σε αρκετά εκτεταμένες αποκαλύψεις, κάτι που δεν παρατηρείται στα παραδοσιακά ζευγάρια (Dominian, 1998· Devito, 2004).

Τα *διακριτά ή απομακρυσμένα ζευγάρια* από την άλλη, αν και ακολουθούν μια κοινή, παραδοσιακή ιδεολογία, διαφέρουν από τους δύο προηγούμενους τύπους ζευγαριών, ως προς τ' ότι δεν αναπτύσσουν συναισθηματικές συναλλαγές. Αυτό τους κάνει να είναι λιγότερο εξαρτημένοι μεταξύ τους. Επιπλέον τα ζευγάρια αυτά, κάνουν ότι μπορούν για να αποφύγουν τις συγκρούσεις. Οι αξίες τους είναι συμβατές σε θέματα γάμου και οικογένειας, υπογραμμίζοντας συγχρόνως τη σημασία της προσωπικής ελευθερίας, γεγονός που αποδεικνύεται και από το ότι η συντροφικότητα τους είναι μειωμένη και ο μόνος τρόπος αλληλεξάρτησης τους, είναι μέσα από την καθημερινή ρουτίνα (Dominian, 1998· Devito, 2004).

Μέσα από αυτή την κατηγοριοποίηση, η Fitzpatrick διαπίστωσε ότι μπορεί να προκύψουν και συνδυασμοί των παραπάνω τύπων, σε περιπτώσεις που τα ζευγάρια δεν συμφωνούν σχετικά με τον τύπο, στον οποίο ανήκει ο γάμος τους. Γι' αυτό τον λόγο και πρόσθεσε, τον *διακριτό-παραδοσιακό τύπο*, στον οποίο οι σύζυγοι συμφωνούν στην παραδοσιακή ιδεολογία για θέματα που αφορούν τον γάμο τους. Διαφοροποιούνται όμως μεταξύ τους, στ' ότι ο ένας σύζυγος αντιμετωπίζει τον γάμο ως σχέση αλληλεξάρτησης, στην οποία η σύγκρουση αναπόφευκτα υπάρχει, ενώ η αντιμετώπιση και η ερμηνεία του άλλου είναι εκ διαμέτρου αντίθετη. Ο δεύτερος συνδυασμός που προκύπτει είναι ο *παραδοσιακός-ανεξάρτητος τύπος*, στον οποίο ο ένας σύζυγος διαθέτει παραδοσιακή αντίληψη για τις σχέσεις, σε αντίθεση με τις απόψεις του άλλου που βασίζονται στην αυτονομία και την ανεξαρτησία (Verderber και Verderber, 2006).

Μια πιο πρόσφατη κατηγοριοποίηση των συζυγικών σχέσεων προτείνουν οι Cuber & Harroff (2000), οι οποίοι διερεύνησαν τα ποιοτικά στοιχεία των γάμων, διαπιστώνοντας ότι πέντε ξεχωριστοί τρόποι ζωής, επαναλαμβάνονται συνεχώς και πως τα ζευγάρια που ανήκουν σε κάθε κατηγορία παρουσιάζουν, εκτός από διαφορές και αρκετές ομοιότητες. Οι ομοιότητες αυτές εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στον τρόπο ζωής, την ερωτική έκφραση, την ανατροφή των παιδιών και την χάραξη κοινής πορείας στη ζωή. Δύο από αυτούς τους τύπους απορρέουν από τον συντροφικό γάμο (ζωτικός και ολοκληρωτικός ή ολικός τύπος) και τρεις από τον συζυγικό (συγκρουσιακός, απονεκρωμένος και παθητικός-αρμονικός τύπος). Σχετική αναφορά αυτών των τύπων γίνεται και από την Dominian (1998).

Ο πρώτος συζυγικός τύπος είναι ο *ζωτικός*. Οι σύζυγοι αυτού του τύπου βρίσκονται πολύ κοντά ο ένας με τον άλλον και αλληλοσυνδέονται ψυχολογικά σε όλα τα σοβαρά ζητήματα της ζωής. Η συντροφικότητα και η αμοιβαιότητα τους είναι γνήσια. Προσπαθούν να ασχολούνται με πράγματα αμοιβαίου ενδιαφέροντος και δεν απολαμβάνουν οποιαδήποτε δραστηριότητα, χωρίς την παρουσία του συντρόφου τους. Αυτό ωστόσο δεν σημαίνει ότι χάνουν την ατομικότητα τους ή ότι δεν έχουν συγκρούσεις μεταξύ τους, εντούτοις όταν προκύψουν τις λύνουν γρήγορα. Γενικά όμως η τακτική που ακολουθούν είναι να προσπαθούν να τις αποφεύγουν. Ο δεύτερος συντροφικός τύπος παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με τον πρώτο, με την σημαντική προσθήκη ότι είναι πιο πολύπλευρος και ονομάζεται *ολοκληρωτικός* ή *ολικός*. Το ζευγάρι αυτού του τύπου μοιράζεται δραστηριότητες σε όλους τους τομείς της ζωής του, με μεγάλο ενθουσιασμό. Είναι σαν κανείς από τους δύο συζύγους να μην είχε ή έχει ατομική υπόσταση, αφού ζουν ως “ένα” άτομο. Τα σημεία τριβής τους είναι περιορισμένα και φροντίζουν να τα επιλύουν άμεσα είτε με υποχώρηση, είτε με συμβιβασμό δίνοντας έμφαση στην επίλυση του προβλήματος κι όχι στο ποιος έχει δίκιο, θέλοντας έτσι να διαφυλάξουν την σχέση τους (Dominian, 1998; Cuber & Harroff, 2000).

Όσον αφορά τους θεσμικούς τύπους, ο πρώτος είναι ο *συγκρουσιακός*. Σ’ αυτόν τον τύπο παρατηρείται μεγάλη ένταση στο ζευγάρι, καθώς τσακώνονται συχνά, χωρίς ωστόσο να διευθετούν κανένα θέμα. Μάλιστα ορισμένοι ψυχίατροι ισχυρίζονται ότι αυτή η βαθιά ανάγκη ψυχολογικού πολέμου μεταξύ των συζύγων είναι που αποτελεί των συνδετικό παράγοντα και εξασφαλίζει την συνέχιση του γάμου, κάτι που αποδεικνύεται στην πράξη αφού αυτοί οι γάμοι δεν διαλύονται αλλά διατηρούνται. Ο δεύτερος θεσμικός τύπος είναι ο *απονεκρωμένος*. Το ζευγάρι αυτό

παρουσιάζει μια εικόνα απόλυτα αντίθετη ανάμεσα στο παρελθόν και την τωρινή πραγματικότητα. Παρόλο που είχε μια στενή σχέση με όλα τα γνωρίσματα της, με το πέρασμα του χρόνου κάθε σύντροφος έχει αναπτυχθεί ξεχωριστά, καταλήγοντας η πλειοψηφία του κοινού τους χρόνου, να περιορίζεται σε “χρόνο καθήκοντος” και το μόνο ειλικρινές και αμοιβαίο τους ενδιαφέρον να αφορά τα παιδιά τους. Συνήθως υπάρχουν λίγες φανερές διαμάχες, αλλά γενικώς η σχέση τους είναι απαθής, άψυχη, κενή. Ο τρίτος και τελευταίος θεσμικός τύπος είναι ο *παθητικός-αρμονικός*. Οι σύζυγοι έχουν επιλέξει αυτόν τον τύπο είτε από έλλειψη επιλογής, είτε σκόπιμα. Συνηθίζουν να λειτουργούν ευγενικά και πολιτισμένα, ενώ το ενδιαφέρον του ενός για τον άλλο είναι ελάχιστο, καθώς κατευθύνουν την δημιουργική τους ενέργεια στην καριέρα, τα παιδιά, τις κοινωνικές δραστηριότητες, την υπόληψη τους (Dominian, 1998· Cuber & Harroff, 2000).

Τέλος, οι συζυγικές σχέσεις έχουν υποστεί μια ακόμη κατηγοριοποίηση σε συμμετρικές και συμπληρωματικές, σύμφωνα με τον Watzlawick (1967), όπως αναφέρεται από τους Verderber και Verdeber (2006), με βάση την ανάγκη του ατόμου για έλεγχο (βλ. παρακάτω, θεωρία διαπροσωπικών αναγκών). Σε μια *συμμετρική σχέση*, τα δύο άτομα καθρεφτίζονται το ένα στη συμπεριφορά του άλλου. Αυτού του τύπου η σχέση συναντάται στον συντροφικό γάμο και χαρακτηρίζεται από ισότητα, δίνοντας μ’ αυτό τον τρόπο έμφαση στην ελαχιστοποίηση των διαφορών μεταξύ των συντρόφων. Αντίθετα σε μια *συμπληρωματική σχέση*, οι σύντροφοι εκδηλώνουν διαφορετική συμπεριφορά, όπως δηλαδή συμβαίνει στο συζυγικό μοντέλο οικογένειας. Η συμπεριφορά του ενός, εδώ λειτουργεί ως ερέθισμα για την εκδήλωση της συμπληρωματικής συμπεριφοράς του άλλου. Ο ένας σύντροφος σχεδόν πάντα ενεργεί ως ανώτερος κι ο άλλος ως κατώτερος. Αξίζει ακόμη να αναφερθεί η διαπίστωση, ότι τα συμπληρωματικά ζευγάρια παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο προσαρμογής στη σχέση απ’ ότι τα συμμετρικά, σύμφωνα με τον Holden (1991), όπως αναφέρεται από τον Devito (2004).

1.3 Οι Ρόλοι των Συντρόφων

Στην ενότητα αυτή θα γίνει αναφορά στους ρόλους των δύο συντρόφων και πως αυτοί διαφοροποιήθηκαν από την προβιομηχανική περίοδο μέχρι και σήμερα, με βάση την πολιτισμική σφραγίδα, η οποία και υπαγορεύει τον ρόλο για το κάθε φύλο.

1.3.1 Προβιομηχανική Περίοδος

Εκείνη την περίοδο, το ενδιαφέρον στρέφονταν έξω από τον γάμο στην οικονομική και κοινωνική δύναμη της οικογενειακής δομής. Το νέο ζευγάρι είχε πολύ μικρή δυνατότητα να επιλέξει ο ένας τον άλλο, αφού η απόφαση εξαρτιόταν από τους γονείς των δύο μερών. Η επιλογή γινόταν με βάση το ασφαλές πέρασμα της γης στην επόμενη γενιά, προκειμένου να διασφαλιστούν τα συμφέροντα των γονέων. Οι νεόνυμφοι έμεναν αρχικά με τους γονείς, σ' ένα δίκτυο σχέσεων που περιλάμβανε αρκετές γενεές. Στη συνέχεια, το ζευγάρι άρχισε να απομακρύνεται από την άμεση επιρροή των γονέων και των συγγενών, αναφορικά με την επιλογή συντρόφου, αποκτώντας σταδιακά μεγαλύτερη ελευθερία. Ωστόσο η αλλαγή αυτή δεν στάθηκε ικανή για να απεξαρτηθεί το ζευγάρι πλήρως από την “κηδεμονία” των γονιών, καθώς εκείνοι συνέχιζαν να ηγούνται στην εκμετάλλευση της εδαφικής περιουσίας. Παρόλα αυτά, δεν άργησε να έρθει χρονικά η ανεξαρτησία του ζευγαριού από τους γονείς, γεγονός που παρατηρείται αρχικά στις ΗΠΑ κι εν συνεχεία στην Ευρώπη (Dominian, 1998).

Μέχρι και πριν την βιομηχανική επανάσταση, το ζευγάρι και τα παιδιά τους συνέχιζαν να έχουν στραμμένη την προσοχή τους στη γη, αφού από εκεί αντλούσαν τα αγαθά για την κάλυψη των πρωταρχικών τους αναγκών. Οι γυναίκες σε αυτή τη φάση εργάζονταν στο χωράφι ή την οικογενειακή επιχείρηση μαζί με τους άνδρες τους, ενώ πρωταρχική τους απασχόληση παρέμενε η ανατροφή των παιδιών και οι καθημερινές οικιακές εργασίες. Η οικογένεια και η οικιακή οικονομία αποτελούσαν επομένως αυτή την περίοδο, τους παράγοντες εκείνους που ρύθμιζαν τους κοινωνικούς ρόλους. Οι ρόλοι αν και ήταν ξεχωριστοί για τα δύο φύλα, χαρακτηρίζονταν από μια αυξημένη αίσθηση ισοτιμίας. Αυτό αποδεικνύεται κι από το ότι δεν είχε ο ένας σύζυγος υποδεέστερη θέση από τον άλλο (Μαράτου-Αλιπράντη, 1999).

1.3.2 Περίοδος Εκβιομηχάνισης

Η συνεχής εκβιομηχάνιση όλων των δυτικών κοινωνιών, οδήγησε την οικογένεια ήδη από τον 19ο αιώνα, στο να μετατραπεί από μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης, αποκλειστικά σε μονάδα κατανάλωσης. Το μοντέλο οικογένειας που επικράτησε αυτή την περίοδο ήταν η “πυρηνική-συζυγική”, η οποία και λειτουργούσε αυτόνομα. Στο νέο αυτό οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο, η “παραγωγική” εργασία μετατέθηκε έξω από το σπίτι, με αποτέλεσμα οι άνδρες να εγκαταλείψουν στην πλειοψηφία τους τη γεωργία και να αρχίσουν να δουλεύουν ως εργάτες σε φάμπρικες και ανθρακωρυχεία. Αντιστρόφως ανάλογο είναι το ποσοστό της εξωτερικής (από το σπίτι και την οικογενειακή επιχείρηση) εργασίας για τις γυναίκες, καθώς οι περισσότερες περιορίζονταν στον οικιακό τους ρόλο, διότι έτσι ορίζονταν εκείνη την περίοδο η “ιδανική” σύζυγος. Η γυναίκα λοιπόν ήταν εκείνη που ασχολούνταν με την οικιακή εργασία, η οποία ωστόσο έπαψε σταδιακά να θεωρείται το ίδιο αναγκαία με προηγούμενες περιόδους, καθώς μπορούσε να αντικατασταθεί από καταναλωτικά αγαθά. Παράλληλα η γυναίκα διαδραμάτιζε πρωταρχικό ρόλο αναφορικά με την ανατροφή και εκπαίδευση των παιδιών, καθώς και με την εκπλήρωση των συναισθηματικών αναγκών της οικογένειας. Εν τούτοις η εργασία της χαρακτηριζόταν ως “μη παραγωγική” και γι’ αυτό τον λόγο δεν αναγνωρίζονταν. Η ουσιαστική επομένως μεταβολή που παρατηρήθηκε εκείνη την περίοδο, ήταν η αναδιάρθρωση του ρόλου της γυναίκας μέσα στην οικογένεια, με άξονα την οικονομική και όχι μόνο εξάρτηση της από τον αρχηγό της οικογένειας (Dominian, 1998· Μαράτου-Αλιπράντη, 1999).

1.3.3 Σύγχρονη Περίοδος

Σύμφωνα με τις Dominian (1998) και Μαράτου-Αλιπράντη (1999), μέχρι το πρώτο μισό του περασμένου αιώνα υπερτερεί το μοντέλο οικογένειας με “συμπληρωματικούς ρόλους” (θεσμικό-συζυγικό), ενώ δίνεται έμφαση στην κοινωνική δεξιότητα στο γάμο, η οποία και επιτυγχάνεται με την άσκηση των ειδικών ρόλων που απευθύνονται, σε κάθε φύλο χωριστά. Η ορθή άσκηση αυτών των ρόλων οδηγεί τους ίδιους τους συζύγους, αλλά και την κοινωνία στο συμπέρασμα ότι ο γάμος είναι “καλός”. Εκεί βασίζεται και η δομολειτουργική θεωρία του Parsons για την οικογένεια, στον αυστηρό διαχωρισμό των ρόλων. Ο άνδρας ασκεί τον «μηχανιστικό» ρόλο, δηλαδή είναι το άτομο που βγαίνει έξω από το σπίτι για

εργασία, αποτελώντας μ' αυτόν τον τρόπο την πηγή της οικονομικής βιωσιμότητας του γάμου. Επιπλέον είναι το πρόσωπο που επιβάλλει τον νόμο και την πειθαρχία εντός της οικίας, όπως επίσης είναι κι ο ίδιος που αναλαμβάνει την εκπροσώπηση την οικογένειας στον έξω κόσμο. Η γυναίκα από την πλευρά της, είναι αυτή που ασκεί τους «εκφραστικούς» ρόλους, έχοντας την ευθύνη για την ανατροφή των παιδιών και του σπιτιού, με απώτερο στόχο την εξασφάλιση της συνοχής στην οικογένεια.

Όπως επισημαίνει η Μαράσου-Αλιπράντη (1999), μετά τη δεκαετία του '60 η ταχύτερη οικονομική ανάπτυξη στις δυτικές χώρες διευρύνει τις δυνατότητες συμμετοχής της γυναίκας στην αγορά εργασίας. Παράλληλα αυτή η τόσο σημαντική εξέλιξη οδηγεί στον επαναπροσδιορισμό των κοινωνικών ρόλων των δύο συζύγων. Έτσι οι οικογένειες “διπλής απασχόλησης” με αδιαφοροποίητους συζυγικούς ρόλους αυξάνονται διαρκώς, ενώ και η συμμετοχή του άνδρα στην οικιακή εργασία γίνεται ολοένα και πιο εμφανής. Αυτή η μικρή επανάσταση συνέβαλε στο να εργάζεται η γυναίκα περισσότερο, προκειμένου να ανταπεξέλθει στο διπλό της ρόλο και να διατηρήσει την λεπτή ισορροπία, στη σχέση οικογένειας-εργασίας. Η οικιακή εργασία, που υπήρξε στο παρελθόν εμπόδιο για την επαγγελματοποίηση της, παύει στο εξής να θεωρείται ασυμβίβαστη με τις οικογενειακές της υποχρεώσεις. Συγχρόνως παρατηρείται και σταδιακή μετατόπιση από την κοινωνική στην συναισθηματική δεξιότητα ή όπως θα μπορούσε να ειπωθεί με κοινωνιολογικούς όρους, μετάβαση από τον συζυγικό τύπο γάμου στον “συντροφικό”, όπου όλες οι ευθύνες και οι υποχρεώσεις επιβαρύνουν εξίσου και τους δύο συζύγους (Dominian, 1998).

Αυτή η τόσο βαθιά αλλαγή της οικογενειακής δομής, οδήγησε και στην τροποποίηση της ορολογίας που χρησιμοποιείται για την σχέση των δύο φύλων και τον γάμο. Έτσι οι νέοι σήμερα δεν χρησιμοποιούν τη λέξη *σύζυγος*, η οποία προφανώς τους φέρνει στο μυαλό δύο ανθρώπους που πρέπει να κινούνται μαζί, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να αυτονομηθούν και να διαφοροποιηθούν, αλλά προτιμούν τη λέξη *σύντροφος*, η οποία απευθύνεται σε δύο άτομα που καθορίζουν την μεταξύ τους απόσταση, τον τρόπο και το είδος της συναλλαγής τους, τους κοινούς στόχους και τον βαθμό ελευθερίας τους (Κηρυττόπουλος, 2005).

1.3.4 Το Σύγχρονο Ζευγάρι

Η ερωτική ζωή κι ο γάμος σήμερα έχουν ξεφύγει από κοινωνικούς περιορισμούς ή εξαναγκασμούς παλιότερων εποχών κι έχουν περιέλθει στην ελεύθερη επιλογή των ατόμων, τα οποία επιδιώκουν να διαμορφώσουν νέες αξίες για τις ερωτικές τους σχέσεις, σε μια προσπάθεια να απαλλαγούν από μοντέλα του παρελθόντος. Με την επιρροή της οικογένειας να φθίνει διαρκώς, η επιλογή συντρόφου γίνεται πλέον με προσωπικά κριτήρια. Αλλά κι ο στόχος του ζευγαρώματος έχει αλλάξει, καθώς δεν εξυπηρετεί επιθυμίες και ανάγκες άλλων (των γονιών), ούτε κατ' επέκταση οικονομικά συμφέροντα. Η έμφαση αντίθετα δίνεται στην συναισθηματική ευημερία του ζευγαριού, σύμφωνα με την Κατάκη και συν, (1999), όπως αναφέρεται από τον Κηρυττόπουλο (2005). Αυτές οι νέες συνθήκες ωθούν τους ανθρώπους προς την ανεύρεση ενός «αλλιώτικου μαζί», το οποίο θα απορρέει από μια νέα αναθεωρημένη ταυτότητα και των δύο συντρόφων και μια εξίσου ανανεωμένη ερμηνεία του τι σημαίνει και σε τι αποβλέπει, η από κοινού πορεία του ζευγαριού.

Σε σχετική έρευνα που διεξήγαγε η Κατάκη και συν, (1994), όπως αναφέρεται από την Κατάκη (1997), διαπίστωσε την επιτακτική ανάγκη για την ύπαρξη ομοιογένειας ανάμεσα στους συντρόφους, με ταυτόχρονη υποβάθμιση των διακριτών φυλετικών τους ρόλων, καθώς διαφάνηκε ότι ανδρικά και γυναικεία χαρακτηριστικά συγκλίνουν προς μια κοινή ανθρώπινη ταυτότητα (έξυπνος-έξυπνη, συντροφικός-συντροφική). Η ανδρική ταυτότητα επομένως, ενσωματώνει γυναικεία χαρακτηριστικά και η γυναικεία ταυτότητα ενσωματώνει ανδρικά. Ωστόσο πάνω από αυτές τις ομοιότητες, οι μύθοι, οι στάσεις και η άγνοια του παρελθόντος είναι αυτά που πολλές φορές μέχρι και σήμερα, υπαγορεύουν τον κοινωνικό ρόλο για το κάθε φύλο χωριστά. Αυτές οι απόψεις είναι που επηρεάζουν την ζωή της οικογένειας, αλλά και διαμορφώνουν τις δομές της προσωπικότητας από την μια γενιά στην άλλη κι ενώ με το πέρασμα του χρόνου μερικά χαρακτηριστικά του γένους γίνονται υπερβολικά και άλλα απορρίπτονται, είναι φανερό ότι στερεότυπα αναπτύσσονται και ενισχύονται από το καθετί στην καθημερινή εμπειρία των ατόμων: παιδεία, μέσα επικοινωνίας, προσωπική αλληλεπίδραση (Πιερράκος, 1999).

Αυτή η διαφορετικότητα και συμπληρωματικότητα που ενυπάρχει στους ρόλους των δύο φύλων είναι που επιτρέπει στο άτομο να διαφοροποιήσει τα θηλυκά από τα ανδρικά στοιχεία και να φτιάξει μια ξεκάθαρη εικόνα του εαυτού του.

Ωστόσο, τη στιγμή που οι ρόλοι του άνδρα και της γυναίκας σήμερα, από ξεχωριστοί και συμπληρωματικοί γίνονται ολοένα και πιο επάλληλοι και συμμετρικοί τα όρια μοιάζουν περισσότερο ασαφή, κι έτσι δυσχεραίνεται η απόκτηση μιας συνθετικής ταυτότητας. Ως αποτέλεσμα αυτών, είναι να προκαλείται ο διχασμός του ατόμου από τα αντιφατικά πρότυπα που παρατηρεί γύρω του κι εν τέλει να οδηγείται συχνά στην παραμόρφωση και της δικής του προσωπικότητας, την οποία και μεταφέρει στην σχέση με τον δικό του σύντροφο (Κατάκη, 1997).

Αυτή η σύγχυση επομένως που επικρατεί έχει σαν λογική συνέπεια να επιδρά και στο περιεχόμενο της ίδιας της δέσμευσης και μ' αυτόν τον τρόπο να την τοποθετεί σε τροχιά ριζικής αλλαγής. Οι νέοι από την πλευρά τους αντιλαμβάνονται αυτές τις αλλαγές που υφίσταται ο θεσμός του γάμου, με τρόπο που τους κάνει να τον αντιμετωπίζουν ως σύμβολο της βαθύτερης επιθυμίας τους, να ολοκληρώσουν τον εαυτό τους με το “πάντρεμα” του αρσενικού και θηλυκού στοιχείου μέσα τους. Για να επιτευχθεί όμως κάτι τέτοιο, χρειάζεται πρώτα να απομακρύνουν τα εμπόδια (άμυνες του εγώ, διχοτομικές αντιλήψεις για ρόλους και θέσεις) που τους κληροδοτήθηκαν και να συνεργαστούν από κοινού με τον σύντροφο τους για την αναζήτηση της προσωπικής ταυτότητας του καθενός κι έτσι να προχωρήσουν σ' ένα καινούργιο μαζί (Πιερράκος, 1999).

Σαφώς μπροστά σ' αυτές τις συγκλονιστικές ανατροπές και την μετάβαση σε πολλές, διαφορετικές και άγνωστες μορφές συνύπαρξης, το σύγχρονο ζευγάρι νιώθει φόβο, αλλά και το κάθε φύλο χωριστά διακατέχεται από τους δικούς του φόβους που απορρέουν, από την ξεχωριστή του ταυτότητα και τα διαφορετικά του βιώματα. Ο μεν άνδρας φοβάται ότι μέσα από την στενή του σχέση με την γυναίκα θα αποδυναμωθεί, θα χάσει δηλαδή μέρος του ανδρισμού και της αποτελεσματικότητας του. Η δε γυναίκα από την άλλη φοβάται την απόσταση, καθώς πάντα πάλευε για να την υπερνικήσει, μέσω της προσφοράς της προς τους άλλους και του ελέγχου που αυτή η προσφορά της επέτρεπε να ασκεί. Αυτοί οι φόβοι που αγγίζουν την βιολογική διάσταση της ταυτότητας και των δύο, δεν ξεπερνιούνται εύκολα. Εκείνο όμως που μπορούν να καταφέρουν οι σύντροφοι, είναι να αποκτήσουν επίγνωση του πολυφυλετικού εαυτού τους και ν' αναγνωρίσουν και ν' αποδεχτούν και την αντίστοιχη πλευρά του συντρόφου τους, καθιστώντας έτσι εφικτή την προοπτική μιας λειτουργικής σχέσης (Κατάκη, 1997· Πιερράκος, 1999).

Αν και όσα αναφέρθηκαν παραπάνω σχετίζονται με την προεργασία που χρειάζεται να κάνει το ζευγάρι για να φθάσει τη σχέση του σε επιθυμητό επίπεδο, η

Κατάκη (1999), εύστοχα αναφέρει ότι στην πράξη ακόμη και σήμερα παρατηρείται επανειλημμένα ότι η γυναίκα εξακολουθεί να αναλαμβάνει τον κεντρικό ρόλο στο σπίτι. Εκείνη έχει τον έλεγχο και την ευθύνη για τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, όπως της υπαγορεύει ο μητρικός της ρόλος, αλλά και στην σχέση με τον σύντροφο της πάλι κυριαρχούν τα μητρικά στοιχεία κι όταν αναζητά τον σύντροφο της για να καλύψει τις προσωπικές της ανάγκες, εκείνος ή συμπεριφέρεται σαν παιδί που χρειάζεται φροντίδα ή είναι απών. Παρά όμως τις δυσκολίες της, η σημερινή γυναίκα, με την είσοδο της στον κοινωνικό χώρο έχει καταφέρει να ανταποκριθεί σε όλους τους ρόλους που σχετίζονται με την ανδρική πλευρά του εαυτού της, ενώ προς αυτή την κατεύθυνση την βοήθησε και ο ηγετικός ρόλος που κατείχε εντός της παραδοσιακής οικογένειας σε θέματα σπιτιού και παιδιών. Επιπλέον, η επαγγελματική της απόδοση λειτουργεί εξισορροπητικά για την ίδια, καθώς μειώνει την συναισθηματική ένταση που βιώνει από την οικογένεια, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην αύξηση της αυτοεκτίμησής της.

Συνεχίζοντας η Κατάκη (1997) παρατηρεί ότι καθώς η γυναίκα φαίνεται να έχει διαμορφώσει τις συνθήκες που απαιτεί η νέα συνθετική ταυτότητα, την ίδια στιγμή ο άνδρας προσπαθεί να προσδιορίσει την θέση του σε οικογένεια και εργασία, η οποία συνεπάγεται με την ουσιαστική ένταξη του στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Ο άνδρας για να ξεφύγει από την μονοδιάστατη εικόνα του εαυτού του, χρειάζεται να βρεθεί αντιμέτωπος με αδιέξοδες καταστάσεις, κάτι που δεν έχει συμβεί μέχρι στιγμής γι' αυτό και παραμένει ακλόνητος, παρά το απέραντο εσωτερικό κενό που βιώνει, λόγω των ακάλυπτων συναισθηματικών του αναγκών από τον οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό χώρο.

Αυτή η συνταρακτική μεταβολή, εστιάζει στο σύγχρονο ζευγάρι, αγγίζοντας την ουσία της ταυτότητας των δύο φύλων και είναι αναμενόμενο να προκαλέσει ριζικές αλλαγές σε όλα τα επίπεδα, το μέγεθος των οποίων μέχρι στιγμής δεν μπορεί να προβλεφθεί, διότι εξακολουθούν να συμβαίνουν. Το σύγχρονο ζευγάρι, το οποίο προσπαθεί να υπερβεί τις στερεοτυπικές αντιλήψεις των δύο φύλων, προχωράει προς το άγνωστο. Στο εξής η ποιότητα της κοινής του ζωής θα είναι το αποτέλεσμα του δικού του αποκλειστικού έργου. Σ' αυτή την ελευθερία απέβλεπε το σύγχρονο ζευγάρι, να καθορίζει μόνο τη μοίρα του, αυτό που μένει είναι η κατάκτηση της (Κηρυττόπουλος, 2005).

1.4 Σχέση Ζευγαριού και Επικοινωνία

Στην ενότητα αυτή θα γίνει αναφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις και τα στάδια τους, από την ανάπτυξη μέχρι την επιδείνωση και την πιθανή διάλυση τους, εξετάζοντας τες από την σκοπιά του πυρήνα της πρωτογενούς κοινωνικής ομάδας, που δεν είναι άλλη από το ζευγάρι.

Τα στάδια από τα οποία διέρχεται η στενή διαπροσωπική σχέση του ζευγαριού είναι αυτά της ανάπτυξης (επαφή, ενδιαφέρον, οικειότητα), της παρακμής, της αποκατάστασης ή της διάλυσης. Ωστόσο τα στάδια αυτά δεν είναι στατικά, σύμφωνα με τους Rawlings (1992) και Baxter & Simon (1993), όπως αναφέρεται από τον Devito (2004), κι αυτό συμβαίνει διότι σε κάθε ένα απ' αυτά αναπτύσσονται δυναμικές εντάσεις ανάμεσα σε αντίθετα στοιχεία. Για παράδειγμα παρατηρείται ένταση ανάμεσα στην αυτονομία και την οικειότητα (πρόκειται για τη διττή επιθυμία του ατόμου να είναι αυτόνομο και συγχρόνως ν' ανήκει σε σχέση). Αντιστοίχως παρατηρείται ένταση ανάμεσα στην καινοτομία και την προβλεψιμότητα, στην ανοιχτή και κλειστή σχέση. Παρόλα αυτά στόχος του ζευγαριού οφείλει να είναι η εξισορρόπηση του, ανάμεσα σ' αυτά τα αντιφατικά στοιχεία, προκειμένου κάθε σύντροφος να τοποθετείται σε μια ικανοποιητική θέση μέσα στη σχέση, η οποία συγχρόνως θα σέβεται και την ολότητα του, δηλαδή την ψυχολογική του αρτιότητα (Dominian, 1998).

1.4.1 Ανάπτυξη της Σχέσης του Ζευγαριού

Για τους περισσότερους ανθρώπους δεν υπάρχει τίποτα πιο σημαντικό, όσο η επαφή με άλλους. Γι' αυτό κι ο κυριότερος από τους λόγους που τα άτομα αναπτύσσουν σχέσεις είναι καταρχάς, η μείωση των δυσάρεστων συναισθημάτων που προκαλούνται από την μοναξιά. Επιπλέον τα άτομα τείνουν προς τη δημιουργία μιας σχέσης, εξαιτίας του πλήθους των ερεθισμάτων (διανοητικά, σωματικά, συναισθηματικά) που τους προσφέρει η ύπαρξη της. Ακόμη οι σχέσεις είναι εκείνες που φέρνουν τον κάθε σύντροφο πιο κοντά στην απόκτηση αυτογνωσίας και την αυτοανάπτυξη. Αυτό συμβαίνει διότι το άτομο εν μέρει βλέπει τον εαυτό του μέσα από τα μάτια του συντρόφου του κι έτσι του γίνεται γνωστή η μη ανεπτυγμένη πλευρά του εαυτού του, την οποία και θα προσπαθήσει να καλλιεργήσει κι αν είναι εφικτό να την βελτιώσει. Τέλος, ένας ακόμη λόγος που ωθεί τους ανθρώπους στην δημιουργία σχέσης είναι η μεγιστοποίηση της ευχαρίστησης τους και η

ελαχιστοποίηση του πόνου τους, κάτι που διαφαίνεται ξεκάθαρα από το γεγονός, ότι η πρώτη παρόρμηση του ατόμου μόλις συμβεί κάτι ακραίο είναι να απευθυνθεί στον σύντροφο του (Devito, 2004).

Ωστόσο η δυσκολότερη και συνάμα η πιο σημαντική πλευρά για την ανάπτυξη μιας σχέσης είναι ίσως η αρχή της, το γνωστό και ως *φλερτ*, το οποίο χωρίζεται σε τρεις κύριες φάσεις. Το πρώτο βήμα είναι η εξέταση των προσόντων τόσο των εμφανών όπως ομορφιά, ντύσιμο, όσο και των κρυμμένων όπως προσωπικότητα, υγεία, πλούτος, προκειμένου να διαπιστώσει το άτομο, αν το άλλο αποτελεί την κατάλληλη επιλογή κι έτσι να επιδιώξει μια πρώτη επαφή μαζί του. Το δεύτερο βήμα είναι η εξακρίβωση της διαθεσιμότητας του προσώπου, δηλαδή η διαπίστωση αν το άτομο είναι διαθέσιμο για το είδος της γνωριμίας που ενδιαφέρεται το άλλο. Το τρίτο και τελευταίο βήμα είναι το να έρθουν οι δύο πιθανώς μελλοντικοί σύντροφοι σε μια πρώτη επαφή, η οποία και είναι γεμάτη από λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα που ζητάνε να αποκωδικοποιηθούν. Σκοπός αυτής της επαφής είναι να παρθεί από τα δύο πρόσωπα η απόφαση για την δημιουργία ή την απόρριψη της σχέσης (Αργκάυλ & Τράουερ, 1981· Devito, 2004).

1.4.2 Επικοινωνία και Οικειότητα στο Ζευγάρι

Από την στιγμή που τα δύο αυτά πρόσωπα αποφασίσουν να γίνουν ζευγάρι έχουν ως κύριο μέλημα τους, να βιώσουν όλα εκείνα τα αγαθά που απορρέουν από αυτή τη σχέση, όπως οικειότητα, συντροφικότητα, αποδοχή, υποστήριξη. Ωστόσο, για την περαιτέρω ανάπτυξη της σχέσης, ύψιστη σημασία έχει η μεταξύ τους επικοινωνία, αφού αυτή καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα, αλλά και την ικανοποίηση που αισθάνονται οι δύο σύντροφοι από την σχέση. Για την θεμελίωση λοιπόν μιας διαρκούς και επιτυχημένης επικοινωνίας, απαιτούνται συγκεκριμένα προσωπικά χαρακτηριστικά και αρετές του κάθε συντρόφου με κυριότερα την αφοσίωση, ευαισθησία, γενναιοδωρία, ενδιαφέρον, πίστη, υπευθυνότητα, εμπιστοσύνη (Beck, 2003).

Επίσης, αυτό που κρίνεται ως απαραίτητο είναι η δημιουργία θετικού κλίματος μέσα στη σχέση. Το *θετικό κλίμα* γίνεται αντιληπτό μέσα από τις επικοινωνιακές συναλλαγές ως *περιγραφικό*. Οι σύντροφοι δηλαδή δηλώνουν αυτά που βλέπουν ή ακούνε χρησιμοποιώντας μια αντικειμενική γλώσσα κι όχι αξιολογώντας ή κρίνοντας, καθώς κάτι τέτοιο έχει ως αποτέλεσμα να κάνει τον άλλο

να νιώθει ότι απειλείται και επομένως να υιοθετήσει αμυντική στάση. Ακόμη το θετικό κλίμα επικοινωνίας επιτυγχάνεται, όταν το ζευγάρι μιλάει ανοιχτά και μοιράζεται σκέψεις και συναισθήματα, χωρίς να καταφεύγει σε επιδέξιους χειρισμούς, με σκοπό την απόκρυψη ορισμένων θεμάτων. Η σημασία λοιπόν της *αυτο-αποκάλυψης*, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην επικοινωνία μεταξύ των συντρόφων, αφού τους φέρνει πιο κοντά, ιδίως όταν αυτή εκφράζεται αμοιβαία. Παρόλα αυτά δεν ενδείκνυται η αποκάλυψη όλων των πραγμάτων, σε όλες τις περιόδους μιας σχέσης και σε όλα τα ζευγάρια. Γίνεται επομένως κατανοητό ότι, καθώς μεταβάλλεται ο κύκλος ζωής μιας σχέσης, αλλάζουν και οι επικοινωνιακές ανάγκες των συντρόφων. Έτσι στην αρχή της σχέσης παρατηρείται μεγαλύτερη σε εύρος και βάθος αυτό-αποκάλυψη από τον κάθε σύντροφο, με το πέρασμα όμως του χρόνου υπερσχύει η ανάγκη του καθενός για ασφάλεια και οικειότητα. Άρα οποιαδήποτε αυτό-αποκάλυψη διαταράζει αυτή την πολυπόθητη ισορροπία, εισπράττεται από τον σύντροφο ως απειλή στην κάλυψη αυτής του της ανάγκης (Dominian, 1998).

Η σχέση επιπλέον αναπτύσσεται καλύτερα σ' ένα κλίμα, όπου τα άτομα μπορούν να εκφράσουν τα πιστεύω τους ελεύθερα χρησιμοποιώντας την *προσωρινή ομιλία*. Αυτή τους επιτρέπει να διορθώσουν αργότερα, τις εκάστοτε δηλώσεις τους, αφού δεν καθιστούν δογματικές απόψεις τους, οι οποίες και δεν αφήνουν περιθώρια αλλαγής και συζήτησης. Το χαρακτηριστικό ωστόσο που επισφραγίζει τη διατήρηση του θετικού κλίματος επικοινωνίας σε μια σχέση, δεν είναι άλλο από την έννοια της ισότητας (Verderber, 1998).

1.4.3 Λεκτική και Μη Λεκτική Επικοινωνία Ανάμεσα στο Ζευγάρι

Ο λόγος, η γλώσσα, είναι ένας σημαντικός τρόπος επικοινωνίας, αποτελώντας την πιο συνειδητή μορφή της. Η *γλώσσα* ορίζεται ως ένα σύστημα συμβόλων που χρησιμοποιείται για την επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων, σύμφωνα με τον Verderber (1998).

Η ίδια η γλώσσα, όμως, αποτελεί συχνά το συνηθέστερο εμπόδιο για μια αποτελεσματική επικοινωνία. Ένα από τα πιο δυσεπίλυτα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση της γλώσσας είναι η διαφορετική ερμηνεία που αποδίδεται στο νόημα των λέξεων από τον κάθε σύντροφο, γεγονός που εξαρτάται από το πλαίσιο στο οποίο αυτή λαμβάνει χώρα κάθε φορά (Κανδυλάκη, 2001). Αντιστοίχως,

η καλή επικοινωνία μεταξύ των δύο συντρόφων εξαρτάται από την ορθή κατανόηση των λεκτικών μηνυμάτων που ανταλλάσσουν, είτε αυτά αναφέρονται στην ανεξαρτησία-δύναμη που προσπαθεί να επιτύχει ο άνδρας, προκειμένου να νιώσει ανώτερος, είτε στην οικειότητα-συνεργασία, στην οποία εστιάζει η γυναίκα στην προσπάθεια της να κρατήσει δυνατή τη σχέση (Dominian, 1998).

Από τα βασικότερα γνωρίσματα της γλώσσας είναι ότι χαρακτηρίζεται ως *δηλωτική - αντικειμενική - αλλά και συνεκδοχική* δηλαδή υποκειμενική. Επομένως κάθε σύντροφος μπορεί να τις αποδώσει νοήματα ανάλογα με τις εμπειρίες του και τον ρόλο που πρεσβεύει το φύλο του. Επίσης διαφέρει όσον αφορά την *αμεσότητα* της, καθώς άλλοτε εκφράζει άμεσα κι άλλοτε έμμεσα τις σημασίες των λέξεων. Ακόμη ποικίλλει αναφορικά με την *αφαίρεση*, αφού δύναται να είναι από εξαιρετικά γενική μέχρι απολύτως συγκεκριμένη. Επιπροσθέτως, η ορθότητα του λόγου εξαρτάται από την κατανόηση και εμπέδωση, ότι η γλώσσα *συμβολίζει την πραγματικότητα* και δεν είναι η ίδια πραγματικότητα. Αυτό συμβαίνει διότι η γλώσσα είναι σχετικά στατική, σε σχέση με το πόσο γρήγορα αλλάζει η πραγματικότητα, με αποτέλεσμα να χρειάζεται συνεχιζόμενες αναθεωρήσεις των νοημάτων της (Devito, 2004). Η χρήση της γλώσσας τέλος, έχει και μια *ηθική διάσταση*, γεγονός που απαιτεί από τον κάθε σύντροφο να προσαρμόζεται στην εκάστοτε κατάσταση και να αποφεύγει λέξεις που ενδεχομένως προσβάλλουν ή αποξενώνουν τον άλλο (Verderber και Verderber, 2006).

Ο Smith (1979), όπως αναφέρεται από την Ντάβου (1984), υποστήριξε ότι τα λεκτικά μηνύματα αποτελούν το «παγόβουνο της επικοινωνίας», δηλαδή τα μηνύματα αυτά επεξηγούν κάθε επικοινωνιακή συναλλαγή μόνο σ' ένα επιφανειακό επίπεδο. Συγχρόνως πρόσθεσε πως η μη λεκτική επικοινωνία είναι εκείνη που προηγείται κατά πορεία ανάπτυξης του ανθρώπου και αποτελεί την υποδομή για όλη την μετέπειτα προφορική του επικοινωνία. Μ' αυτόν τον τρόπο γίνεται κατανοητό, ότι ο χαρακτήρας της μη λεκτικής επικοινωνίας αποκαλύπτεται μέσα από τις αντιθέσεις του με τη λεκτική.

Η μη λεκτική επικοινωνία λοιπόν διακρίνεται από ορισμένα γνωρίσματα τα οποία και βοηθούν στην ακριβέστερη κατανόηση της. Συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται ως *καθολική*, καθώς οι σύντροφοι μπορούν μέσω αυτής να καταλάβουν ένα μέρος αυτών που σκέφτεται ή αισθάνεται το άλλο άτομο. *Διφορούμενη* επειδή η ίδια συμπεριφορά μπορεί να αντιπροσωπεύει ποικίλα μηνύματα, αλλά και λόγω του ότι τα μη λεκτικά σήματα μπορεί να αποστέλλονται σκόπιμα ή αθέλητα. Επίσης είναι

συνεχής, διότι σε αντίθεση με την λεκτική που αρχίζει όταν από το στόμα παράγεται ήχος και τελειώνει όταν σταματάει αυτός ο ήχος, η μη λεκτική συνεχίζεται για όσο τα δύο άτομα απολαμβάνουν ο ένας τη συντροφιά του άλλου. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της, είναι ότι *χρησιμοποιεί πολλαπλούς διαύλους*, καθώς το άτομο μπορεί ταυτόχρονα να την αντιληφθεί χρησιμοποιώντας το σύνολο των αισθήσεων του. Τέλος, δίνει περισσότερες *πληροφορίες για την συναισθηματική κατάσταση* του ατόμου, ενώ το *νόημα* που της αποδίδεται κάθε φορά εξαρτάται από το *πολιτισμικό υπόβαθρο* του κάθε συντρόφου (Verderber, 1998).

Εκτός όμως από χαρακτηριστικά, η μη λεκτική επικοινωνία βασίζεται και σε κάποιες μεθόδους, με πιο γνωστές τις κινήσεις του σώματος και τους ήχους της φωνής που χρησιμοποιεί το άτομο προκειμένου να επικοινωνήσει. Η οπτική επαφή, η έκφραση του προσώπου, η κίνηση και η στάση του σώματος είναι οι τέσσερις κυριότεροι τύποι κινήσεων του σώματος. Οι κινήσεις του σώματος λειτουργούν ως σύμβολα, ως ενδείξεις (επεξηγήσεις), ως τρόποι εκδήλωσης συναισθημάτων, ως ρυθμιστές και ως αναπροσαρμογείς (μη λεκτικές συμπεριφορές χωρίς συνειδητή επίγνωση), προσφέροντας πληθώρα πληροφοριών του ενός για τον άλλο σύντροφο. Μέσα από τις κινήσεις του σώματος το ζευγάρι δείχνει την ευχαρίστηση, την δυσαρέσκεια, τον πόνο του, ο οποίος πολλές φορές αποτελεί μέσο προσέλκυσης της προσοχής, αφού και η ίδια η σχέση βασίζεται στην προσοχή του ενός για τον άλλο (Vansteenwegen, 1995). Παρομοίως, η *παραγλώσσα* που αναφέρεται στη φωνητική άλλα μη λεκτική διάσταση της ομιλίας, περιλαμβάνει την ταχύτητα, την οξύτητα, την ένταση, την έμφαση, τον επιτονισμό και την ποιότητα της φωνής, καθώς και τις παύσεις και τους δισταγμούς. Όλα αυτά τα επιμέρους γνωρίσματα της παραγλώσσας, βοηθούν στην ερμηνεία της μη λεκτικής συμπεριφοράς και είναι εξαιρετικά σημαντικό, ο τρόπος και η συχνότητα που εκφράζονται σε μια σχέση (Wray και συν, 2003).

Επιπλέον τα άτομα παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τον εαυτό τους και τις σχέσεις τους με τους άλλους, μέσα από στοιχεία της εμφάνισης τους όπως το ντύσιμο, αλλά και μέσα από τα αγγίγματα τους και τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον χρόνο. Το φυσικό περιβάλλον είναι συνήθως δευτερευούσης σημασίας, παρόλο που τις περισσότερες φορές χρησιμοποιείται από τα πρόσωπα για να δημιουργηθεί η κατάλληλη ατμόσφαιρα για την διεξαγωγή της επικοινωνίας (Devito, 2004).

Συνεπώς, η γλωσσική ερμηνεία της μη λεκτικής επικοινωνίας, συμβάλλει θετικά στην κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων που αποστέλλει και

λαμβάνει το κάθε μέρος του ζευγαριού. Τη ίδια στιγμή όμως, μια χειρονομία, ένα χάδι, μια έκφραση κατανόησης μεταξύ των συντρόφων, είναι αδύνατο τις περισσότερες φορές να αποδοθεί με λέξεις (Vansteenwegen, 1995).

Συμπερασματικά μπορεί να επισημανθεί πως παρόλο που η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία προσφέρουν μια περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα όταν λειτουργούν συμπληρωματικά, εντούτοις τα μη λεκτικά μηνύματα είναι σε θέση να αντικαταστήσουν ή και να έρθουν σε αντιπαράθεση με τα λεκτικά. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όπου παρατηρείται σύγκρουση μεταξύ τους, οι σύντροφοι πολύ συχνά τείνουν να θεωρούν την μη λεκτική επικοινωνία ως πιο αξιόπιστη πηγή για την εκμείωση νοημάτων που αφορούν την συμπεριφορά του έτερον τους ήμισυ (Verderber και Verderber, 2006).

1.4.4 Σύγκρουση: Αίτια και Συνέπειες που Οδηγούν στην Επιδείνωση της Σχέσης του Ζευγαριού

Το άλλο άκρο από την ανάπτυξη μιας σχέσης είναι η παρακμή και η ενδεχόμενη διάλυση της. Η παρακμή αυτή μπορεί να είναι σταδιακή ή απότομη, μικρή ή μεγάλη και συνεπάγεται με εξασθένηση των δεσμών που κρατούν μαζί τους συντρόφους. Τα αίτια της είναι ποικίλα και πολυπαραγοντικά, έχοντας σαν αποτέλεσμα να επιφέρουν τριβές στη σχέση του ζευγαριού, μέσω των συγκρούσεων που προκαλούν.

Ο Cahn, όπως αναφέρεται από τον Verderber (1998), ορίζει ως σύγκρουση, την διαπροσωπική εκείνη αλληλεπίδραση που εκδηλώνεται κάθε φορά που οι ενέργειες του ενός έρχονται σε αντίθεση με τις ενέργειες του άλλου. Ο Raparort, όπως αναφέρει η Dominican (1998), με την σειρά του διέκρινε τρεις μορφές σύγκρουσης, την *αντιπαράθεση*, η οποία αποτελεί και την λιγότερο επώδυνη μορφή σύγκρουσης, καθώς υπάρχει ανταλλαγή απόψεων ανάμεσα στο ζευγάρι, βοηθώντας το να καταλήξει σε μια κοινή απόφαση. Το *παιχνίδι*, όπου ο ανταγωνισμός γίνεται σκληρός, το ίδιο και η διαπραγμάτευση των συντρόφων, αφού ο καθένας προσβλέπει στην μεγιστοποίηση του προσωπικού του κέρδους και τρίτον η *μάχη*, στην οποία κάθε σύντροφος επιθυμεί απροκάλυπτα να νικήσει και να καταβάλλει τον άλλο.

Ενός άλλου τύπου διαχωρισμός των συγκρούσεων, προσεγγίζει το ζήτημα με βάση τις όψεις του περιεχομένου και της σχέσης. Έτσι οι *συγκρούσεις περιεχομένου*, εστιάζουν σε αντικείμενα, γεγονότα και πρόσωπα που συνήθως, αλλά όχι πάντα είναι

εξωτερικά για το ζευγάρι που έρχεται σε σύγκρουση. Οι *συγκρούσεις σχέσης* από την άλλη πλευρά, δεν αφορούν τόσο κάποιο εξωτερικό γεγονός, όσο την ίδια τη σχέση των συντρόφων. Εστιάζουν μάλιστα σε ζητήματα σχετικά με το ποιος έχει τον έλεγχο, την ισότητα μιας πρωταρχικής σχέσης και με το ποιος έχει το δικαίωμα να ορίζει κανόνες συμπεριφοράς. Οι μεν συγκρούσεις περιεχομένου είναι ορατές και αναγνωρίσιμες, εν αντιθέσει με τις συγκρούσεις σχέσης, οι οποίες είναι συχνά λανθάνουσες. Στην πραγματικότητα ωστόσο, η πλειοψηφία των συγκρούσεων ανάμεσα στο ζευγάρι περιλαμβάνει γνωρίσματα και των δύο (Devito, 2004).

Αναφορικά με το επίπεδο διαφωνίας των συντρόφων, διαπιστώνεται ότι αυτό διαφέρει από σύγκρουση σε σύγκρουση, αφήνοντας έτσι να διαφανεί ότι κάποιες περιστασιακές συγκρούσεις του ζευγαριού γίνονται χωρίς να υπάρχει ουσιαστική διαφορά (ψευδοσυγκρούσεις). Παρόλα αυτά ο τρόπος ομιλίας που χρησιμοποιεί κάθε σύντροφος σ' αυτές τις τεταμένες καταστάσεις, συχνά μπορεί να οδηγήσει σε διαστρέβλωση του μηνύματος που επικοινωνείται και κατ' επέκταση στην εκδήλωση διαμάχης ανάμεσα στο ζευγάρι. Αυτού του είδους οι συγκρούσεις αποτελούν αναπόφευκτο κομμάτι κάθε σχέσης. Υπάρχουν όμως και διαμάχες, στις οποίες η σύγκρουση είναι πραγματική και προκαλούνται λόγω διαφωνιών που αφορούν στις ιδέες, τις αξίες, σε στοιχεία της προσωπικότητας του συντρόφου, αλλά και εξαιτίας της φτωχής επικοινωνίας του ζευγαριού. Αυτές οι έντονες διαμάχες όταν εκδηλώνονται με μεγάλη συχνότητα, εκφράζουν ουσιαστικά τη δυσαρέσκεια των συντρόφων από την υπάρχουσα σχέση (Beck, 2003).

Τα αίτια τώρα που οδηγούν στην επιδείνωση μιας σχέσης κι εν συνεχεία στη σύγκρουση είναι πολλαπλά. Γι' αυτό τον λόγο, ενδεικτικά θα αναφερθούν εδώ τα κυριότερα, τα οποία και είναι υπεύθυνα για την ανισορροπία που παρατηρείται στο ζευγάρι, σύμφωνα με τους Beck (2003) και Devito (2004) :

1. Όταν υπάρξει σημαντική αλλαγή στους λόγους για τους οποίους αναπτύχθηκε μια σχέση, με αποτέλεσμα οι σύντροφοι να νιώθουν ανικανοποίητοι και απογοητευμένοι.
2. Όταν το ζευγάρι περάσει από την αφομοίωση και τον αλτρουισμό, στην διάσπαση και τον εγωισμό.
3. Όταν ο εγωισμός αυτός συνδυαστεί και με την αδιαλλαξία (προκατάληψη) των συντρόφων.
4. Όταν ενυπάρχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες και σιωπηλές απαιτήσεις από τον έναν για τον άλλο σύντροφο.

5. Όταν υπάρχει υψηλή αλληλεξάρτηση μεταξύ των συντρόφων.
 6. Όταν παρερμηνεύονται οι πράξεις του κάθε συντρόφου από προσωπικές-συμβολικές σημασίες που τους αποδίδονται από τον άλλο.
 7. Στις περιπτώσεις που αυτές οι συμβολικές σημασίες των συντρόφων είναι αντίθετες μεταξύ τους.
 8. Επίσης, συγκρούσεις προκαλούνται και από τις διαφορές των συντρόφων σχετικά με συγκεκριμένες επιθυμίες τους, με αποτέλεσμα αν προϋπάρχουν προστριβές στο ζευγάρι, εξαιτίας αυτών των διαφορών να διογκώνονται.
 9. Από τις διαφορές τους σε προτιμήσεις ή ευαισθησίες του κάθε συντρόφου.
 10. Από διαφορές στην πολιτική, στη στάση ή τη φιλοσοφία ζωής.
 11. Από διαφορές στην προσωπικότητα.
 12. Από διαφορές για τους ρόλους του καθενός στη σχέση ή την οικογένεια.
 13. Από διαφορές στην οπτική γωνία με την οποία βλέπουν τα πράγματα, έχοντας ως αποτέλεσμα κάτι τέτοιο να τους κρατά δέσμιους, στον δικό τους τρόπο αντίληψης.
 14. Επιπλέον, συγκρούσεις προκύπτουν στο ζευγάρι όταν αντιμετωπίζει σεξουαλικές δυσκολίες.
 15. Όταν οι σύντροφοι είναι δυσαρεστημένοι από τη δουλειά τους, μεταφέροντας έτσι τα προβλήματα της δουλειάς στη σχέση τους,
 16. Ομοίως και σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα. Σπάνια ωστόσο οι σύντροφοι αναφέρονται στο θέμα των χρημάτων, η δυσαρέσκεια εντούτοις από την έλλειψη τους εκφράζεται και στην σχέση, ενώ διαμάχες μπορούν να προκύψουν και λόγω του διαφορετικού τρόπου που αντιμετωπίζει και διαχειρίζεται τα χρήματα το κάθε φύλο (Beck, 2003· Devito, 2004).
- Γίνεται επομένως εύκολα αντιληπτό, πως όλοι αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε αποσταθεροποίηση και δυσαρμονία της σχέσης του ζευγαριού, με αποτέλεσμα αυτή να χαρακτηρίζεται από συναισθηματικό διαζύγιο-αποχωρισμό, ασυμμετρία, έλλειψη επικοινωνίας και ισοτιμίας.

1.4.5 Η Επικοινωνία στο Ζευγάρι Κατά την Παρακμή της Σχέσης

Όπως η ανάπτυξη της σχέσης έτσι και η παρακμή περιλαμβάνει τους δικούς της μοναδικούς και εξειδικευμένους τρόπους επικοινωνίας. Τα σχήματα αυτής της επικοινωνίας αποτελούν εν μέρει μια αντίδραση στην ίδια την επιδείνωση της σχέσης.

Ταυτόχρονα όμως χαρακτηρίζονται κι ως αιτίες της, καθώς ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνεί το ζευγάρι επηρεάζει και την πορεία της σχέσης του.

Σε λεκτικό και μη λεκτικό επίπεδο, τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην σχέση τους, καθώς χαρακτηρίζονται από αδυναμία να κωδικοποιήσουν και να αποκωδικοποιήσουν με ακρίβεια τα μηνύματα και τα συναισθήματα του συντρόφου τους. Αποτέλεσμα αυτών των στρεσογόνων καταστάσεων είναι η *παρερμίνευση* των θετικών, αλλά πολύ περισσότερο των ουδέτερων μηνυμάτων, τα οποία μεταφράζονται ως αρνητικά από τον κάθε σύντροφο και ιδίως από τους άνδρες, σύμφωνα με τον Gottman (1979), όπως αναφέρεται από την Παπαδάκη-Μιχαηλίδη (1998).

Επιπροσθέτως, η παρακμή της σχέσης προκαλεί *αντιφάσεις* και *ασάφειες* στην επικοινωνία, δημιουργώντας ακόμη μεγαλύτερα ρήγματα στην ήδη ανισόροπη κατάσταση του ζευγαριού. Αρχικά παρατηρείται αντίφαση στα λεκτικά μηνύματα του κάθε συντρόφου, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει την εικόνα κάποιου που φάσκει και αντιφάσκει, χρησιμοποιώντας το επικοινωνιακό σχήμα «ναι...αλλά». Η αντίφαση αυτή είναι επίσης δυνατή και σε μη λεκτικό επίπεδο. Ένα δεύτερο είδος αντίφασης είναι όταν οι λέξεις δεν συμφωνούν με τις πράξεις του συντρόφου, ενώ μια τρίτη αντίθεση αφορά την αντίφαση ανάμεσα στην πλευρά του περιεχομένου και την πλευρά της σχέσης (βλ. παραπάνω) (Vansteenwegen, 1995).

Σ' αυτές τις αντιφάσεις επικεντρώθηκε κι ο Bateson όπως αναφέρεται από την Καλαϊτζάκη (2008), ονομάζοντας τες *διπλό μήνυμα* και εστιάζοντας στ' ότι κάθε μήνυμα έχει δυο πλευρές, αυτή του περιεχομένου και αυτή του τρόπου αντίληψης του μηνύματος μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο που λαμβάνει χώρα. Αντιστοίχως ασχολήθηκε μ' αυτού του τύπου τις αντιφάσεις που εμφανίζονται σε επίπεδο επικοινωνίας, ανάμεσα στους συντρόφους κι ο θεραπευτής Elkaim (1991) στο βιβλίο του *Αν μ' αγαπάς, μη μ' αγαπάς*, τις οποίες και ονόμασε *διπλές δεσμεύσεις*. Οι διπλές δεσμεύσεις ή διπλό μήνυμα, ανακύπτουν στη σχέση του ζευγαριού, όταν ο κάθε σύντροφος ζητά από τον άλλο κάτι σε λεκτικό επίπεδο, ενώ συγχρόνως χωρίς να το συνειδητοποιεί, ζητά σε μη λεκτικό επίπεδο το αντίθετο. Μ' αυτόν τον τρόπο ο άλλος σύντροφος μπερδεύεται, αφού έχει εμπλακεί σε μια κατάσταση, όπου ο σύντροφος του εκπέμπει δύο αντιφατικά είδη μηνυμάτων, τα οποία αλληλοαποκλείονται και αλληλοαναιρούνται. Επομένως, όποια απάντηση κι αν δώσει, δεν μπορεί παρά να είναι ανεπαρκής, εφόσον θα αποκρίνεται μόνο στο ένα από τα δύο επίπεδα του διπλού μηνύματος. Αυτός ο τύπος επικοινωνίας μοιάζει ασυνάρτητος για τον

σύντροφο που είναι αποδέκτης αυτών των μηνυμάτων, ενώ για τον άλλο σύντροφο που εκφράζεται μ' αυτόν τον τύπο, τα μηνύματα του, παρουσιάζουν για τον ίδιο μια εσωτερική συνοχή, καθώς μέσω αυτών εκφράζει το ρητό του αίτημα (πραγματική επιθυμία). Ταυτόχρονα όμως, το αίτημα του αυτό έρχεται ασυνείδητα σε αντίθεση με κάτι ανάλογο που είχε βιώσει στο παρελθόν κι όλο αυτό του εμφανίζεται σαν μια ζωντανή εσωτερική αντίφαση. Λόγω του ότι η κίνηση αυτή είναι αμφίδρομη στα ζευγάρια και οι διπλές δεσμεύσεις ή διπλά μηνύματα είναι αμοιβαία, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκαλούνται αλληπάλληλες συγκρούσεις, αφού οι σύντροφοι αδυνατούν να κατανοήσουν αυτή τους την μετεπικοινωνιακή συναλλαγή και να ανταποκριθούν κατάλληλα.

Επιπλέον, μη λεκτικά παρατηρείται στα ζευγάρια η *απόσυρση*, που συνεπάγεται με συναισθηματική και φυσική απομάκρυνση, γεγονός που οδηγεί τους συντρόφους στο να αποφεύγουν την βλεμματική επαφή και τα αγγίγματα. Ωστόσο η απόσυρση εκφράζεται και λεκτικά, ως τρόπος ματαίωσης της συζήτησης. Οι σύντροφοι των οποίων η σχέση διαλύεται συνηθίζουν οι συζητήσεις τους να περιορίζονται γύρω από ασήμαντα θέματα, αποφεύγοντας μ' αυτόν τον τρόπο να αντιμετωπίσουν τα σοβαρά. Επίσης, τα ζευγάρια που η σχέση τους περνάει κρίση μειώνουν σημαντικά την αυτο-αποκάλυψη μεταξύ τους κι αυτό γιατί δεν επιθυμούν πλέον να μοιράζονται προσωπικές τους αποκαλύψεις με κάποιον για τον οποίο τα θετικά τους συναισθήματα μειώνονται. Μια άλλη μορφή επικοινωνίας που χρησιμοποιείται από τους συντρόφους σ' αυτή τη φάση είναι η *εξαπάτηση*. Τα ψέματα εδώ χρησιμοποιούνται ως τρόπος αποφυγής νέων συγκρούσεων ή επειδή ο σύντροφος νιώθει για κάτι ντροπή. Επακόλουθο όλων αυτών είναι κλιμάκωση της ήδη υπάρχουσας δυσπιστίας μεταξύ των συντρόφων. Ακόμη η παρακμή μιας σχέσης συνεπάγεται με αύξηση των αρνητικών αξιολογήσεων και της κριτικής και παράβλεψη των φιλοφρονήσεων και γενικότερα των θετικών στοιχείων του άλλου συντρόφου. Αυτή η κατάσταση πολλές φορές οδηγεί μέχρι και στην αμφισβήτηση της ίδιας της σχέσης, με αποτέλεσμα το ζευγάρι να καταλήγει εκ νέου σε αντιπαραθέσεις (Devito, 2004).

1.4.6 Χειρισμός Συγκρούσεων στο Ζευγάρι: Διαπροσωπική Αποκατάσταση

Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί ότι η σύγκρουση καθαυτή δεν είναι ούτε καλή ούτε κακή, καθώς δεν είναι αυτή που δημιουργεί το πρόβλημα στην σχέση, αλλά ο τρόπος που την προσεγγίζει και την αντιμετωπίζει το ζευγάρι. Παρομοίως δεν είναι η σύγκρουση που θα αποκαλύψει την αρνητική πλευρά του συντρόφου, αλλά οι στρατηγικές που εκείνος θα χρησιμοποιήσει στις διαμάχες. Επιπλέον σε ορισμένες περιπτώσεις η σύγκρουση αποδεικνύεται χρήσιμη, γιατί πιέζει τους συντρόφους να πάρουν αποφάσεις σχετικά με το πρόβλημα τους, να λύσουν με ειλικρίνεια τις διαφορές τους, να κατανοήσουν καλύτερα τα συναισθήματα του άλλου και να ελέγξουν τα σχετικά θέματα με την συμπεριφορά τους, τις ανάγκες και τους στόχους τους (Verderber, 1998).

Σκοπός επομένως δεν είναι η αποφυγή της σύγκρουσης ανάμεσα στο ζευγάρι, αλλά ο επιτυχής χειρισμός της, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες επικοινωνιακές ικανότητες και εποικοδομητικές στρατηγικές. Το πρώτο λοιπόν βήμα για την αποκατάσταση της σχέσης είναι η ύπαρξη αμοιβαίας επιθυμίας για την αναγνώριση του προβλήματος. Προσδιορίζοντας οι σύντροφοι τη βάση της σύγκρουσης σε σχέση με την συμπεριφορά, τις συνέπειες και τα συναισθήματα τους κι αποφεύγοντας παράλληλα να αξιολογήσουν τα κίνητρα του άλλου, έχουν ολοκληρώσει την πρώτη φάση αποκατάστασης της σχέσης τους. Εν συνεχεία πρέπει να βεβαιωθούν ότι και οι δύο έχουν κατανοήσει την έκταση και την σοβαρότητα του προβλήματος. Αμέσως μετά, θα πρέπει να επιδοθούν στην ουσιαστική επίλυση της σύγκρουσης προτείνοντας πιθανές λύσεις, από τις οποίες θα επωφεληθούν και οι δύο, αποστέλλοντας μηνύματα επιβεβαίωσης στον σύντροφο τους, ενισχύοντας μ' αυτόν τον τρόπο θετικά, λεκτικά αλλά και μη λεκτικά. Τέλος οι σύντροφοι, θα πρέπει να φροντίσουν να μάθουν από την λανθασμένη αντιμετώπιση των συγκρούσεων του παρελθόντος και παράλληλα να ενσωματώσουν τις νέες λύσεις από την σύγκρουση στην καθημερινή συμπεριφορά τους σε μόνιμη βάση (Verderber και Verderber, 2006).

Περισσότερο λειτουργική σαν μέθοδος για την επίλυση των διαφορών αναδεικνύεται η συζήτηση και η συνεργασία ανάμεσα στους συντρόφους, για να καταστεί όμως αποτελεσματική, θα πρέπει το κάθε μέλος του ζευγαριού να συντονιστεί στο ίδιο κανάλι επικοινωνίας με το άλλο. Αυτό θα συμβάλει στην σαφή

διευκρίνιση των διαφορών και την αποφυγή των διπλών προτάσεων και αντιφάσεων, καθώς επίσης και στην ύπαρξη διάκρισης μεταξύ της διάστασης του περιεχομένου και της διάστασης της σχέσης για το πρόβλημα. Επιπλέον, η προσεκτική ακρόαση, η μη διακοπή του ομιλούντος συντρόφου και η κατάλληλη ανταπόκριση στα λεγόμενα του θα συμβάλλουν θετικά για την εποικοδομητική έκβαση της συζήτησης (Beck, 2003).

Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί ότι το ζευγάρι πρέπει να μάθει να καβγαδίζει χωρίς όμως να καταστρέφεται, καθώς η εχθρότητα και η πικρία μπορεί να καταστρέψει ευκολότερα την οικειότητα, από ότι η έλλειψη ερωτισμού. Επίσης θα πρέπει να σέβεται το κάθε φύλο τις ανάγκες του άλλου, αναγνωρίζοντας σε πρώτη φάση ότι οι αρχικές του εμπειρίες που βασίζονται σε στερεοτυπικά πρότυπα, επηρεάζουν και την μεταξύ του ζευγαριού επικοινωνία, ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης του κάθε συντρόφου από αυτά. Ανώτερος λοιπόν σκοπός όσων προαναφέρθηκαν είναι η διατήρηση μιας δυναμικής ισορροπίας ανάμεσα στους συντρόφους, ικανής για την αποκατάσταση και την βελτίωση της σχέσης (Παζίни, 1993).

1.4.7 Προσωπική Αποκατάσταση Μετά τη Διάλυση της Σχέσης

Τα ζευγάρια ωστόσο δεν καταφέρνουν να λύσουν πάντα επιτυχώς τις διαφορές τους, με αποτέλεσμα οι σχέσεις να διαλύονται, όταν το κόστος τους είναι πολύ μεγάλο και οι ανταμοιβές τους πολύ μικρές ή όταν η σχέση χαρακτηρίζεται ως καταστροφική. Τότε ο κάθε μέχρι πρότινος σύντροφος καλείται να τώρα έρθει αντιμέτωπος με κάποιες δυσκολίες και να καταφέρει να τις διαχειριστεί. Εκείνα που κρίνονται ως απαραίτητα για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών είναι καταρχάς να σπάσει το άτομο τον κύκλο της μοναξιάς και της κατάθλιψης του. Εν συνεχεία να δώσει χρόνο στον εαυτό του, ανανεώνοντας την σχέση μαζί του, να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του, η οποία έχει μειωθεί λόγω της αποτυχίας της σχέσης, αλλά και να αναζητήσει από κοντινά του πρόσωπα στήριξη. Τέλος, να αποφύγει την επανάληψη αρνητικών σχεσιακών σχημάτων, προκειμένου να μην έρθει εκ νέου αντιμέτωπο με παρόμοιες καταστάσεις που το φθείρουν ψυχικά (Devito, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

«Οι Διαταραχές Διάθεσης και οι Αγχώδεις Διαταραχές και η Θεραπευτική τους Αντιμετώπιση»

2.1 Διαταραχές Διάθεσης

2.1.1 Διαταραχές Διάθεσης: Γενική Επισκόπηση

Όλοι οι άνθρωποι έχουν νιώσει στη ζωή τους συναισθηματικές διακυμάνσεις σε μία μεγάλη ποικιλία παραλλαγών και αποχρώσεων. Οι διακυμάνσεις αυτές αφορούν δύο συναισθήματα τη χαρά και τη λύπη. Τα δύο αυτά αντίθετα συναισθήματα αποτελούν τα βασικά δομικά υλικά των διαταραχών της διάθεσης (ή συναισθηματικών διαταραχών). Στην κατηγορία των διαταραχών της διάθεσης υπάγονται κυρίως δύο καταστάσεις: η μανία και η κατάθλιψη. Οι δύο αυτές καταστάσεις είναι αντίπολες, δηλαδή τα βασικά συμπτώματα της μιας είναι αντίθετα με της άλλης. Τόσο η μανία, όσο και η κατάθλιψη εκδηλώνονται με ποικίλη ένταση, ποιότητα, διάρκεια, συχνότητα, αλληλουχία και εξέλιξη στο χρόνο.

Οι διαταραχές διάθεσης είναι οι πιο κατανοητές από τον μέσο άνθρωπο, σε σχέση με τις άλλες διαταραχές, καθώς αφορούν καθημερινά βιώματα. Κάθε άνθρωπος αντιδρά σ' ένα στρεσογόνο γεγονός ή μια ιδιαίτερη κατάσταση, είτε νιώθοντας κάποια διέγερση και μια γενικότερη ευφορία, είτε νιώθοντας ακριβώς το αντίθετο, δηλαδή μελαγχολία και αδιαφορία για όλα. Σε ήπιες μορφές οι αντιδράσεις αυτές είναι συνηθισμένες και φυσιολογικές. Μερικοί, όμως, άνθρωποι παρουσιάζουν ακραίες, έντονες και παρατεταμένες αλλαγές της διάθεσης, οι οποίες μπορούν να επιφέρουν επιβλαβείς ακόμα και καταστροφικές επιπτώσεις στη ζωή τους. Στις περιπτώσεις αυτές πρόκειται για διαταραχές διάθεσης (Χριστοπούλου, 2008).

Στη νόσηση από συναισθηματικές διαταραχές παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες. Οι παράγοντες, αυτοί, είναι οι γενετικοί, οι νευροβιολογικοί, οι κοινωνικοί και οι ψυχολογικοί. Σύμφωνα με τον Νέστορος (2002), όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες, μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.

Επιπλέον, υπάρχουν οι νευροβιολογικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τις νευροβιολογικές μελέτες των διαταραχών της διάθεσης εντοπίζονται οι παρακάτω περιοχές έρευνας: α) διαταραχές της νευροδιαβίβασης, β) διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), γ) διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και δ) νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου (Μάνος, 1997).

Οι κοινωνικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί και σ' αυτούς εντάσσονται: σημαντική απώλεια, τραυματική παιδική ηλικία (πρώιμη αποστέρηση γονέων λόγω θανάτου ή διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον), παρατεταμένο πένθος, άγχος οποιασδήποτε αιτιολογίας, σοβαρή σωματική ασθένεια, κοινωνικό - οικονομική κατάσταση, ανεργία, κακές διαπροσωπικές σχέσεις και άλλα αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής (Μαδιανός, 2006).

Τέλος, καθοριστικό ρόλο παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τις ψυχαναλυτικές θεωρίες, ο Freud δέχεται ότι η κατάθλιψη προέρχεται από την απώλεια ενός αγαπημένου αντικειμένου και η μανία αποτελεί άμυνα ενάντια στην απώλεια αυτού του αντικειμένου. Σε αντίθεση με την γνωστική θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη προκύπτει από μια συστηματική αρνητική ερμηνεία (αρνητικές σκέψεις, διαστρεβλωμένες αντιλήψεις) του εαυτού και της ζωής γενικότερα (Νέστορος, 2002).

Η αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης επιτυγχάνεται αποτελεσματικά με διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας. Σε σοβαρές μορφές διαταραχών διάθεσης - που το άτομο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε κάποιον σημαντικό τομέα της ζωής του (οικογένεια, σχέσεις, εργασία) - εφαρμόζεται ο συνδυασμός ψυχοθεραπευτικών μεθόδων με φαρμακευτική αγωγή.

Η σύγχρονη νοσολογική ταξινόμηση των διαταραχών διάθεσης πραγματοποιείται με το ευρωπαϊκό ταξινομικό σύστημα (ICD-10) και με το αμερικανικό (DSM-IV).

Περιληπτικά οι διαταραχές διάθεσης κατά το ICD-10 είναι οι εξής:

- ❖ F30 Μανιακό επεισόδιο: Υπομανία, μανία με ή όχι ψυχωσικά συμπτώματα.
- ❖ F31 Διπολική συναισθηματική διαταραχή: Επεισόδιο υπομανιακό ή μανιακό, επεισόδιο κατάθλιψης με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.

- ❖ F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο: Ήπιο, μέτριας βαρύτητας, βαρύ με ή χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα.
- ❖ F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή.
- ❖ F34 Επίμονες διαταραχές της διάθεσης: Κυκλοθυμία, δυσθυμία.
- ❖ F38 Άλλες διαταραχές της διάθεσης.
- ❖ F39 Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης.

Ενώ σύμφωνα με το DSM-IV, οι Διαταραχές Διάθεσης διακρίνονται σε:

- ❖ Καταθλιπτικές Διαταραχές (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς).
- ❖ Διπολικές Διαταραχές (Διπολική I Διαταραχή, Διπολική II Διαταραχή, Κυκλοθυμική Διαταραχή, Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς).
- ❖ Διαταραχή Διάθεσης Οφειλόμενη Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.
- ❖ Διαταραχή Διάθεσης Προκαλούμενη Από Ουσίες.
- ❖ Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

2.1.2 Περιγραφή Επεισοδίων Διάθεσης

Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο, σύμφωνα με το DSM- IV, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς Μάνος (1997) και Χριστοπούλου (2008), χαρακτηρίζεται από εννέα συμπτώματα. Η διάγνωση απαιτεί την παρουσία πέντε ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα – από τα οποία το ένα πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση, είτε η απώλεια της ευχαρίστησης.

1.Καταθλιπτική διάθεση: Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα.

2.Ανηδονία: Η απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που πριν ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή, επειδή το άτομο μπορεί να μην το έχει αντιληφθεί. Η οικογένεια του όμως, μπορεί να

το έχει προσέξει. Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι η εργασία, η οικογενειακή και κοινωνική ζωή, η σεξουαλική δραστηριότητα και οι ψυχαγωγικές ενασχολήσεις.

3.Διαταραχή της όρεξης: Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς χάνουν την όρεξη τους κι αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική απώλεια βάρους. Σε κάποιους όμως παρατηρείται αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει σε πρόσληψη σημαντικού βάρους.

4.Διαταραχή του ύπνου: Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία. Η αϋπνία μπορεί να είναι αρχική, μέση ή τελική. Η πρώτη αφορά τη δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί. Η δεύτερη είναι αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία του ατόμου να ξανακοιμηθεί και η τρίτη είναι αφύπνιση νωρίς το πρωί με αποτέλεσμα το άτομο να αδυνατεί να συνεχίσει εκ νέου τον ύπνο του.

5.Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση: Ένας μεγάλος αριθμός καταθλιπτικών ασθενών παρουσιάζει επιβράδυνση των ρυθμών του, δηλαδή, κινούνται αργά και επιτηδευμένα. Πιο σπάνια τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν ψυχοκινητική διέγερση, η οποία χαρακτηρίζεται από ακατάπαυστη άσκοπη δραστηριότητα.

6.Κόπωση ή απώλεια ενέργειας: Συχνά οι καταθλιπτικοί ασθενείς παραπονιούνται για έντονη κόπωση και εξάντληση. Νιώθουν σαν να έχουν χάσει όλη τους την ενέργεια.

7.Αισθήματα ενοχής και αναξιότητας: Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής με υπερβολικό τρόπο για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες. Επίσης, παρουσιάζουν αισθήματα αναξιότητας, τα οποία κυμαίνονται από αισθήματα ανεπάρκειας, μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας τους.

8.Ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης: Οι καταθλιπτικοί ασθενείς, συνήθως, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να πάρουν αποφάσεις και να θυμηθούν γεγονότα και καταστάσεις.

9.Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας: Συγκεκριμένα ο Μαδιανός (2006), αναφέρει ότι το 30- 40% των καταθλιπτικών ασθενών θα αποπειραθούν να βάλουν τέλος στη ζωή τους. Το 10- 15% από αυτούς θα αυτοκτονήσουν.

Μανιακό Επεισόδιο

Το μανιακό επεισόδιο αρχίζει συνήθως ξαφνικά. Διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι μήνες και τελειώνει τόσο απότομα, όσο άρχισε. Συχνά προηγείται αυτού, κάποιο ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο γεγονός (Χριστοπούλου, 2008). Το DSM- IV περιγράφει τα παρακάτω συμπτώματα του μανιακού επεισοδίου ως εξής:

1. Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης: Ο μανιακός ασθενής, συνήθως, βιώνει ευφορία, διαχυτική ανεβασμένη διάθεση ή ευερεθιστότητα. Για τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ασθενή είναι σαφές ότι, η ευφορία του είναι υπερβολική και έξω από το χαρακτήρα του.

2. Η ύπαρξη τριών ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα είναι απαραίτητη για την διάγνωση μανιακού επεισοδίου:

Διογκωμένη αυτοεκτίμηση: Μερικοί ασθενείς παρουσιάζονται απλώς με διογκωμένη και υπερβολική αυτοπεποίθηση και έλλειψη αυτοκριτικής. Άλλοι όμως αναπτύσσουν αίσθηση υπερεκτίμησης και υπεραξίας του εαυτού τους, μέχρι το σημείο της εμφάνισης σαφώς εξωπραγματικών παραληρητικών ιδεών μεγαλείου.

Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο. Σχεδόν όλοι οι μανιακοί ασθενείς βιώνουν μια ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο. Οι μανιακοί ασθενείς νιώθουν γεμάτοι ενέργεια και ενεργητικότητα παρά το ότι δεν ξεκουράζονται καθόλου ή πολύ λίγο.

Μεγαλύτερη ομιλητικότητα ή πίεση λόγου: Οι μανιακοί ασθενείς μιλούν σα να βρίσκονται κάτω από πίεση. Μιλούν δυνατά και γρήγορα και συνήθως είναι δύσκολο να τους διακόψει κανείς.

Φυγή των ιδεών (Ιδεοφυγή): Η ομιλητικότητα του πάσχοντα εν μέρει οφείλεται στην ιδεοφυγή (Χριστοπούλου, 2008). Η έννοια της ιδεοφυγής αναφέρεται στις απότομες αλλαγές από το ένα θέμα στο άλλο σε μια συνεχή ροή επιταχυμένου λόγου.

Διάσπαση της προσοχής: Συνήθως υπάρχει και εκδηλώνεται με ταχείες αλλαγές στην ομιλία ή στις δραστηριότητες. Οι μανιακοί ασθενείς δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και να διατηρήσουν την προσοχή τους σε ένα θέμα.

Αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση: Κινητική ανησυχία και υπερβολική εμπλοκή σε σεξουαλικές, ψυχαγωγικές, επαγγελματικές, πολιτικές, θρησκευτικές κ.ά. δραστηριότητες.

Υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες: Η υπερβολική διαχυτικότητα, το αίσθημα μεγαλείου και η εξωπραγματική αισιοδοξία μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς, σε πράξεις με

οδυνηρές συνέπειες. Για παράδειγμα, ένας μανιακός ασθενής μπορεί να ξοδέψει μια περιουσία ή ν' αγοράσει του κόσμου τα πράγματα και να καταχρεωθεί ή να οδηγήσει απρόσεκτα και επικίνδυνα, να παρουσιάσει αχαρκτήριστη σεξουαλική συμπεριφορά ή να στέκεται στις γωνιές του δρόμου και να ανοίγει ενοχλητικά συζήτηση με περαστικούς.

Υπομανιακό Επεισόδιο

Το υπομανιακό επεισόδιο, σύμφωνα με το DSM- IV, χαρακτηρίζεται από τα ίδια συμπτώματα που χαρακτηρίζεται το μανιακό. Η Χριστοπούλου (2008), αναφέρει ότι το υπομανιακό επεισόδιο είναι λιγότερο σοβαρό από το μανιακό και δεν επηρεάζει την λειτουργικότητα του ατόμου. Το επεισόδιο βιώνεται από τον πάσχοντα ως μία ευχάριστη περίοδος, όπου η αυτοεκτίμηση, η κοινωνικότητα και η παραγωγικότητα του αυξάνονται. Το υπομανιακό επεισόδιο εξελίσσεται σε μανιακό στο 5- 15 % των πασχόντων.

Μεικτό επεισόδιο

Το μεικτό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από συμπτώματα καταθλιπτικού και μανιακού επεισοδίου. Αυτό σημαίνει ότι ο πάσχων εκδηλώνει συμπτώματα των δύο αυτών επεισοδίων ταυτόχρονα.

2.1.3 Καταθλιπτικές Διαταραχές

Η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα, που εκλύεται κάτω από ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διάψευση μιας σημαντικής προσδοκίας, η κοινωνική ή επαγγελματική υποβάθμιση ή ακόμη και η απώλεια υλικών αγαθών. Σε αντίθεση με την θλίψη, η κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα, δηλαδή είτε μη αναμενόμενο, είτε υπερβολικό σε ένταση και διάρκεια (Χριστοδούλου, 1998).

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από αυτή. Αποτελεί ένα από τα συχνότερα ιατρικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1998), το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας (Χριστοδούλου, 2006).

Οι βασικές μορφές κατάθλιψης, όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με το DSM- IV, είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή και η

Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Σε αυτό το σημείο θα αναλυθεί η καθεμιά ξεχωριστά.

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή: Ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή ορίζεται η νόσος που χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, χωρίς να έχει υπάρξει ποτέ στο ιστορικό του ασθενούς μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006). Εάν υπάρχει ένα μόνο μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο, η νόσος χαρακτηρίζεται ως μείζων κατάθλιψη, μοναδικό επεισόδιο, ενώ αν υπάρχουν δύο ή περισσότερα επεισόδια χαρακτηρίζεται ως μείζων κατάθλιψη, υποτροπιάζουσα (Μάνος, 1997). Η διαφορά έγκειται στο ότι η δεύτερη έχει περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσει στο μέλλον.

Η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης γίνεται όταν ένα άτομο υποφέρει από θλίψη και έχει πέντε ή περισσότερα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, τα οποία εμποδίζουν σημαντικά τη ζωή και την λειτουργικότητα του (Paolucci και Paolucci, 2008). Οι μισοί περίπου από τους αρρώστους με μείζονα κατάθλιψη, παρουσιάζουν καταθλιπτικές διαταραχές πριν από το βαρύ επεισόδιο. Το πρώτο επεισόδιο εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40 ετών. Ένα επεισόδιο κατάθλιψης χωρίς θεραπεία διαρκεί 6-13 μήνες, ενώ με την θεραπεία περίπου 3 μήνες (Μπαλλής, 2000).

Δυσθυμική διαταραχή: Η διαταραχή αυτή θεωρείται μια ήπια επίμονη μορφή κατάθλιψης (Alloy, Acoccela και Bootzin, 1996:237). Το βασικό χαρακτηριστικό της είναι η χρόνια καταθλιπτική διάθεση (Μάνος, 1997). Κατά το DSM- IV, για τη διάγνωση της απαιτούνται τουλάχιστον δύο συμπτώματα (ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αυπνία ή υπερυπνία, ελαττωμένη ενέργεια ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων και αισθήματα έλλειψης ελπίδας). Οι Paolucci και Paolucci (2008), τονίζουν ότι τα συμπτώματα της είναι ενοχλητικά και διαρκούν για τουλάχιστον δύο χρόνια. Συνήθως δεν διαταράσσουν την λειτουργικότητα του πάσχοντα.

Καταθλιπτική Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη αλλιώς: Εάν ένας ασθενής εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα ως κύριο χαρακτηριστικό, αλλά δεν πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια άλλης διαταραχής της διάθεσης ή άλλης αναφερόμενης στο DSM- IV ψυχικής διαταραχής, τότε η ορθή διάγνωση είναι καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Ως παραδείγματα αναφέρονται η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή και η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (Kaplan et al, 2000).

Ο Χριστοδούλου (2006), αναφέρει ότι εκτός από τους βασικούς τύπους κατάθλιψης, έχουν περιγραφεί και άλλοι διάφοροι τύποι, οι οποίοι είτε αποτελούν ποιοτικές παραλλαγές, είτε χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερο τονισμό ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού της κατάθλιψης, είτε έχουν μεταφερθεί στο ψυχιατρικό λεξιλόγιο από παλαιότερες ταξινομήσεις. Οι τύποι αυτοί είναι: αγχώδης κατάθλιψη, κατάθλιψη με ψυχοκινητική επιβράδυνση καταθλιπτική εμβροντησία, ενδογενής κατάθλιψη, αντιδραστική κατάθλιψη, ψυχωσική (παραληρητική) κατάθλιψη, νευρωσική κατάθλιψη, βραχεία διαλείπουσα κατάθλιψη, άτυπη κατάθλιψη, μελαγχολία, πρωτογενής και δευτερογενής κατάθλιψη, εποχιακή κατάθλιψη, υποστροφική (ενελκτική) κατάθλιψη και γεροντική κατάθλιψη.

2.1.4 Διπολικές Διαταραχές

Οι Διπολικές Διαταραχές είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις: έξαρση και κατάθλιψη. Οι διαταραχές αυτές περνούν από κύκλους ή φάσεις έντονης μανίας, που εναλλάσσονται με κύκλους ή φάσεις βαθιάς κατάθλιψης. Τα καταθλιπτικά επεισόδια των Διπολικών Διαταραχών είναι όμοια με των Καταθλιπτικών Διαταραχών, επομένως το βασικό διακριτικό στοιχείο των Διπολικών Διαταραχών είναι η έξαρση, η οποία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαθέσεων από τις φυσιολογικές καταστάσεις της ευφορίας και της χαράς, μέχρι τις παθολογικές καταστάσεις της μανίας και της υπομανίας (Μάνος, 1997· Χριστοδούλου, 2006).

Οι Goodwin και Jamison επισημαίνουν, ότι η μανία και υπομανία ελάχιστα διαφέρουν όσον αφορά στη διάθεση, διαφέρουν όμως σημαντικά στην βαρύτητα και την εκδήλωση διαταραχών της γνωσίας, της αντίληψης και της συμπεριφοράς (Gelder et al, 2007:932).

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε συνοπτικά στην κάθε Διπολική Διαταραχή, σύμφωνα με την διάκριση που πραγματοποιείται στο αμερικάνικο ταξινομικό σύστημα, DSM-IV.

Διπολική διαταραχή I: Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της διαταραχής αυτής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μανιακά ή μεικτά επεισόδια. Συχνά τα άτομα μ' αυτή την διαταραχή, έχουν κι ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Όσον αφορά τα μεικτά επεισόδια, σ' αυτά ο πάσχων βιώνει μια ταχεία εναλλαγή της διάθεσης, που συνοδεύεται από συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια και για μανιακό και για μείζον καταθλιπτικό

επεισόδιο. Η διάρκεια ενός μεικτού επεισοδίου πρέπει να είναι τουλάχιστον μία εβδομάδα. Τις περισσότερες φορές η κλινική του εικόνα περιλαμβάνει διέγερση, αϋπνία, διαταραχή της όρεξης, ψυχωτικά στοιχεία και αυτοκτονικό ιδεασμό (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

Διπολική διαταραχή II: Πρόκειται για μία διαταραχή στην οποία εμφανίζονται επεισόδια υπομανίας, αλλά όχι μανίας και επεισόδια μείζονος κατάθλιψης. Τα επεισόδια της υπομανίας, δεν πρέπει να συγχέονται με της βραχείας διάρκειας καταστάσεις ανεβασμένης διάθεσης που συχνά έπονται της ύφεσης μιας μείζονος κατάθλιψης (Gelder et al, 2007).

Κυκλοθυμική διαταραχή: Η διαταραχή αυτή είναι χρόνια. Ο πάσχων δεν περνά πολύ καιρό, παρά μόνο μερικούς μήνες, χωρίς μια φάση υπομανιακής ή καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Η κυκλοθυμική διαταραχή έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερα σε δημιουργικούς ανθρώπους (Allou et al, 1996).

Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς: Εάν ο ασθενής εμφανίζει ως κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής του, καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια, τα οποία όμως δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια μιας άλλης διαταραχής της διάθεσης ή άλλης ψυχικής διαταραχή που υπάρχει στο DSM- IV, τότε η καταλληλότερη διάγνωση είναι διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Kaplan et al, 2000).

2.1.5 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η θεραπεία οποιασδήποτε κατάστασης δεν είναι τόσο αποτελεσματική, όσο η πρόληψη της. Η πρόληψη όμως των συναισθηματικών διαταραχών είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ασθενειών (Flach, χ.χ). Για τον λόγο αυτό, το ενδιαφέρον εστιάζεται στους ποικίλους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών.

Οι διαταραχές διάθεσης, λοιπόν, αντιμετωπίζονται τόσο με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, στις οποίες περιλαμβάνονται η γνωσιακή, η συμπεριφορική, η ψυχοεκπαιδευτική, η διαπροσωπική, η ψυχαναλυτική, η υποστηρικτική, η ομαδική και η οικογενειακή θεραπεία, όσο και με βιολογική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει την φαρμακευτική θεραπεία και άλλες εναλλακτικές θεραπείες, όπως η υπνική αποστέρηση και η φωτοθεραπεία. Οι Σολδάτος και Λυκούρας (2006), επισημαίνουν ότι μελέτες που έχουν γίνει, δείχνουν ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας

και φαρμακοθεραπείας έχουν καλύτερα αποτελέσματα από την κάθε θεραπεία εφαρμοζόμενη μόνη της.

Η γνωσιακή θεραπεία έχει διαμορφωθεί από τον Aaron Beck πάνω στην κλινική εικόνα και διατήρηση της κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, η θεραπεία αυτή εστιάζει στην γνωσιακή τριάδα της κατάθλιψης - αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος - στον καταθλιπτικό ιδεασμό, στις χρόνιες παραμορφώσεις σκέψης και στα συναισθήματα απελπισίας. Η θεραπεία αυτή είναι βραχεία και καλύπτεται σε δεκαπέντε ως είκοσι συνεδρίες για περίπου δώδεκα μήνες (Παπακώστας, 1998· Μαδιανός, 2006).

Οι τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνται στην παρούσα θεραπεία είναι η ενσυναίσθηση, ο συνεργατικός εμπειρισμός και η διόρθωση αρνητικών γνωσιών. Όσον αφορά την ενσυναίσθηση ή συναισθηματική κατανόηση, αυτή αφορά την ικανότητα του θεραπευτή να αισθάνεται και να κατανοεί τον εσωτερικό κόσμο του ασθενή, χωρίς να παραβλέπει το γεγονός ότι δεν είναι ο ίδιος στη θέση του ασθενή. Ο συνεργατικός εμπειρισμός πραγματεύεται την πεποίθηση του θεραπευτή, ότι ο ασθενής είναι συνεργάτης και σύμμαχος σε μία κοινή προσπάθεια συστηματικής αξιολόγησης και τροποποίησης των δυσπροσαρμοστικών νοητικών συμπεριφορών του ασθενή. Αυτή η στάση του θεραπευτή δρα ευεργετικά στο ηθικό του ασθενή και στην δυνατότητα συμβολής του στην κοινή προσπάθεια. Τέλος, η διόρθωση αρνητικών γνωσιών επιτυγχάνεται με διαδοχικές προσπάθειες και ασκήσεις που εμπεριέχουν συμπεριφορικό και γνωσιακό προσανατολισμό στηριζόμενο πάντα στην πραγματικότητα (Παπακώστας, 1998· Μαδιανός, 2006).

Η συμπεριφορική προσέγγιση στηρίζεται σε δύο θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Η πρώτη θεωρία, η οποία προτάθηκε από τον Skinner, αφορά την απόσβεση, δηλαδή την διακοπή της ενίσχυσης, της επιβράβευσης από το περιβάλλον. Η δεύτερη αφορά την κοινωνική συμπεριφορά αποστροφής. Οι πάσχοντες προκαλούν αρνητικές αντιδράσεις στους άλλους, για παράδειγμα ζητούν συνεχώς την επιβεβαίωση τους, επειδή πιστεύουν ότι δεν τους αγαπούν. Όμως, αντί για επιβεβαίωση, πολλές φορές παίρνουν μια επιφανειακή απάντηση, η οποία δεν τους καλύπτει, ή μία απόρριψη. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η κατάθλιψη τους. Όσον αφορά την παρέμβαση, βασικός στόχος είναι η αύξηση της θετικής και η μείωση της αρνητικής ενίσχυσης (τιμωρία) στο άμεσο περιβάλλον του πάσχοντα. Ο πάσχων ενθαρρύνεται να θέσει εφικτούς στόχους ζωής και να επιβραβεύει τον εαυτό του, όταν τους πετυχαίνει (Χριστοπούλου, 2008).

Ο Μαδιανός (2006), τονίζει την σημαντικότητα του ψυχοεκπαιδευτικού προτύπου του Falloon για την αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης. Ο πάσχων μέσα από αυτό το πρότυπο αντιλαμβάνεται τι ακριβώς του συμβαίνει και μαθαίνει να διαχειρίζεται τα συμπτώματά του. Οι Σολδάτος και Λυκούρας (2008), εστιάζουν στις τεχνικές, στις οποίες εφαρμόζονται κατά την ψυχοεκπαίδευση, οι οποίες είναι τεχνικές υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας με επικέντρωση στη διδασκαλία και επιβράβευση της ορθής χρήσης των φαρμάκων, ιδίως για την μακροχρόνια αγωγή. Οι ασθενείς που συμμετέχουν σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα λαμβάνουν με πιο ορθό τρόπο την φαρμακευτική τους αγωγή, παρουσιάζουν λιγότερες υποτροπές της νόσου και μαθαίνουν να αναγνωρίζουν νωρίτερα τα πρώιμα σημεία των υποτροπών, επιτυγχάνοντας έτσι τον ταχύτερο και αποτελεσματικότερο έλεγχό τους.

Η διαπροσωπική θεραπεία αναπτύχθηκε από τους Weissman και Klerman και αφορά κυρίως τις μονοπολικές διαταραχές. Είναι βραχυπρόθεσμη, δηλαδή αποτελείται από συνεδρίες μία φορά την εβδομάδα για διάστημα τριών τεσσάρων μηνών. Βασίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις, σε συνδυασμό με τα ασυνείδητα δυναμικά του ασθενή (Μαδιανός, 2006). Ο Μάνος (1993), υποστηρίζει ότι η διαπροσωπική θεραπεία προτιμάται όταν υπάρχει συγκεκριμένη διαμάχη με κάποιο σημαντικό πρόσωπο, πρόσφατη αλλαγή ρόλου ή τρόπου ζωής, παθολογική αντίδραση πένθους, δυσκολίες ή ανεπάρκειες στη διαπροσωπική ή κοινωνική επικοινωνία και δεξιότητα, μέτρια ανάγκη για καθοδήγηση ή δεκτικότητα για χειρισμούς στο περιβάλλον (π.χ ο(η) σύζυγος να έρθει στη θεραπεία).

Η ψυχαναλυτική θεραπεία, επίσης, παίζει ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης. Σκοπός της είναι να επιφέρει αλλαγή στη δομή της προσωπικότητας ή στον χαρακτήρα του ασθενή και όχι απλά να άρει τα συμπτώματα. Μερικοί από τους στόχους της θεραπείας είναι η βελτίωση της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης, η αύξηση της δυνατότητας για σχέσεις εγγύτητας, η βελτίωση των μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων, η αύξηση της ικανότητας να βιώνεται πένθος, όπως και της ικανότητας να βιώνεται ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων (Kaplan et al, 2000).

Άλλη μια σημαντική θεραπεία για τις διαταραχές διάθεσης είναι η υποστηρικτική, η οποία προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη. Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται ταυτόχρονα με άλλες θεραπευτικές μεθόδους και θεραπείες. Στόχοι της είναι η αναδιοργάνωση της ισορροπίας, η μείωση του άγχους και η βοήθεια στην ανοχή καταστάσεων που δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο χρόνος που απαιτείται για την

συγκεκριμένη θεραπεία κυμαίνεται από μία συνεδρία την εβδομάδα, το δεκαπενθήμερο ή τον μήνα από λίγα λεπτά έως μία ώρα (Μαδιανός, 2006).

Η ομαδική θεραπεία, επιπροσθέτως, συνδράμει θετικά σε κάποιους ασθενείς με διαταραχές διάθεσης, όπως υποστηρίζει ο Μαδιανός (2006), αφορά κυρίως ασθενείς με κίνδυνο αυτοκαταστροφής. Η ομάδα μέσα από την αλληλεπίδραση των μελών της προσφέρει διόρθωση των εσφαλμένων γνωσιών, επίσης έχει στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αλληλοβοήθειας.

Τέλος, υπάρχει η οικογενειακή θεραπεία, η οποία κι έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του '50 στις Ηνωμένες Πολιτείες και εξαπλώθηκε με ραγδαίους ρυθμούς στην Ευρώπη. Η επιτυχία της είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αξία των παρεμβάσεων, παρά με την σπουδαιότητα των θεωρητικών της εννοιών. Το σημαντικότερο στην οικογενειακή θεραπεία είναι ότι εξετάζεται η δυσλειτουργία του συστήματος, δηλαδή η συμπεριφορά ενός μέλους μιας οικογένειας δεν μπορεί να εξεταστεί χωρίς να ληφθεί υπόψη η συμπεριφορά των άλλων μελών (Elkaim, 1991). Η οικογενειακή θεραπεία σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους βοηθά ιδιαίτερα τους ασθενείς με διαταραχές διάθεσης, αν συνυπάρχει οικογενειακή δυσλειτουργία ή όταν η κατάθλιψη ενισχύεται από την οικογένεια (Μαδιανός, 2006).

Όσον αφορά την χορήγηση των φαρμάκων, αυτή αποτελεί την ευρύτερα χρησιμοποιούμενη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης. Οι περισσότεροι ασθενείς των διαταραχών αυτών, με την ορθή εφαρμογή της φαρμακευτικής θεραπείας επανέρχονται μέσα σε διάστημα λίγων εβδομάδων στην προνοσηρή τους κατάσταση, δηλαδή υποχωρούν τα συμπτώματα της διαταραχής και η ψυχοκοινωνική επαγγελματική λειτουργικότητα του ασθενή αποκαθίσταται πλήρως (Σολδάτος, 2003).

Ένας διαχωρισμός ανάμεσα στις φαρμακευτικές ουσίες των καταθλιπτικών διαταραχών και των διπολικών διαταραχών είναι απαραίτητος. Αυτό σημαίνει ότι στις καταθλιπτικές διαταραχές χορηγούνται άλλα φάρμακα απ' ό,τι στις διπολικές. Σύμφωνα με τους Paolucci και Paolucci (2008), στους καταθλιπτικούς ασθενείς χορηγούνται SSRIs (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης), TCAs (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) και MAOIs (αναστολείς μονο-αμινοξειδάσης). Τα πρώτα είναι τα αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται συχνότερα, καθώς έχουν ευκολότερη δοσολογία και κυρίως, δεν προκαλούν θάνατο σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Ενώ τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς μονο-αμινοξειδάσης είναι παλαιά αντικαταθλιπτικά και χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά

σήμερα, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών τους και της τοξικότητας τους, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Οι δύο κατηγορίες αυτές χρησιμοποιούνται σήμερα σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία με τα νεότερα αντικαταθλιπτικά.

Ο Julien (2003), υποστηρίζει ότι το λίθιο ιστορικά υπήρξε το φάρμακο επιλογής για την θεραπεία της διπολικής διαταραχής και την μείωση των υποτροπών. Η κλινική του αποτελεσματικότητα είναι μικρότερη από εκείνη των προγνώσεων των κλινικών δοκιμών και η υποτροπή είναι συχνή, λόγω της μη συμμόρφωσης του ασθενή στην θεραπεία. Γι' αυτό, σύμφωνα με τους Raolucci και Raolucci (2008), η συνδυαστική θεραπεία είναι απαραίτητη, δηλαδή οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερα από ένα φάρμακα, ψυχοθεραπεία και στενή παρακολούθηση από ομάδα ιατρών και θεραπευτών.

Εκτός όμως από την ψυχοθεραπεία και την φαρμακοθεραπεία ή των συνδυασμό αυτών των δύο, υπάρχουν και εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης των διαταραχών διάθεσης. Σύμφωνα με τον Σολδάτο (2003), η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μία τέτοιου είδους θεραπευτική μέθοδος, η οποία κυρίως χρησιμοποιείται για την βαριά κατάθλιψη, τόσο στο πρώτο όσο και στα μετέπειτα επεισόδια. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι ταχύτερη μέθοδος στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης που συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες, εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, σημαντική εξάντληση, καχεξία και αφυδάτωση. Χαρακτηρίζεται όμως από ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι κυριότερες από αυτές είναι η γνωσιακή δυσλειτουργία (ελαφρά διαταραχή μνήμης), οι καρδιαγγειακές διαταραχές, η παρατεταμένη άπνοια και η επιδιάρκεια των σπασμών.

Οι Χριστοδούλου και Παπαδημητρίου (2006), αναφέρονται σε μια άλλη εναλλακτική μέθοδο, την υπνική αποστέρηση. Μία από τις έρευνες που έγινε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, έδειξε ότι ολική στέρηση ύπνου 36 ωρών με συχνότητα μιας συνεδρίας την εβδομάδα μείωσε την συχνότητα των φάσεων, τόσο σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, όσο και σε διπολικούς ασθενείς. Η υπνική αποστέρηση έχει δύο βασικά πλεονεκτήματα: α) προκαλεί το ευνοϊκό της αποτέλεσμα, χωρίς να επιβαρύνει τον ασθενή με ξένες προς τον οργανισμό του ουσίες ή παρεμβάσεις και β) είναι αποτελεσματική στους ασθενείς με συχνή εναλλαγή φάσεων, δηλαδή σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στο λίθιο. Υπάρχει όμως, και ένα μειονέκτημα ότι η συνεργασιμότητα του ασθενή είναι επισφαλής, τουλάχιστον, όταν εφαρμόζεται στην μορφή της ολικής στέρησης των 36 ωρών.

Τέλος, η φωτοθεραπεία αποτελεί μία άλλη μέθοδο, κατά την οποία υπάρχει έκθεση του ασθενούς σε τεχνητό φως και χρησιμοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις εποχιακής συναισθηματικής διαταραχής (Χριστοδούλου και Παπαδημητρίου, 2006). Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της φωτοθεραπείας είναι η κεφαλαλγία, η ναυτία, η αϋπνία και η κούραση των ματιών (Paolucci και Paolucci, 2008).

2.2 Αγχώδεις Διαταραχές

2.2.1 Αγχώδεις Διαταραχές: Γενική Επισκόπηση

Άγχος και Φόβος

Το άγχος είναι ένα διάχυτο και δυσάρεστο συναίσθημα, συγγενές με το φόβο. Η βασική τους διαφορά έγκειται στο ότι ο φόβος είναι ένα πρωτογενές συναίσθημα που κινητοποιείται από μια σαφή και πραγματική απειλή, ενώ το άγχος είναι ένα σύνθετο συναίσθημα, το οποίο συναντάται στην ανάπτυξη του ατόμου και εμφανίζεται, χωρίς σαφή ή σημαντική για τη ζωή απειλή.

Ο φόβος, αναλυτικότερα, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται στην ύπαρξη ενός εξωτερικού πραγματικού κινδύνου ή απειλής. Η ένταση και η διάρκεια του είναι ανάλογη προς τον κίνδυνο. Ο φόβος υποχωρεί, όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή. Έχει υποκειμενική διάσταση και περιλαμβάνει φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς. Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα που μπορεί να είναι απαραίτητη, ως απάντηση στην απειλή (Μάνος, 1997).

Το άγχος, από την άλλη, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο, του οποίου η πηγή σε μεγάλο βαθμό είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Εκδηλώνεται με ταχυκαρδία, ιδρώτα, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία. Συνήθως, το άγχος είναι μία κοινή αντίδραση που απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με την μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.) (Μάνος, 1997).

Το άγχος διακρίνεται σε φυσιολογικό (ή δημιουργικό) και σε παθολογικό. Το δημιουργικό άγχος είναι το χαμηλού βαθμού άγχος, το οποίο διευκολύνει την εγρήγορση και βελτιώνει την απόδοση του ατόμου στις διάφορες δραστηριότητες του. Παθολογικό, όμως, χαρακτηρίζεται το άγχος που επηρεάζει την ποιότητα της καθημερινής ζωής του ατόμου, την επίτευξη των στόχων του ή τη συναισθηματική του ηρεμία. Σύμφωνα με τον Ραμπαβίλα (2006), το παθολογικό άγχος κυριαρχεί στις εκδηλώσεις του ατόμου, κινητοποιείται από μη σημαντικά για την επιβίωση ερεθίσματα, αποκτά αυτονομία και οδηγεί σε λανθασμένες εκτιμήσεις και εκδηλώσεις, οι οποίες τόσο στο βιωματικό, όσο και το σωματικό επίπεδο είναι υπερβολικές, ατελέσφορες και επομένως αναποτελεσματικές.

Σύμφωνα με τους (Endler & Kocovski, 2001), υπάρχει άλλη μια σημαντική διάκριση του άγχους σε χαρακτηρισολογικό και σε καταστασιακό. Το πρώτο σχετίζεται με την προδιάθεση του ατόμου, να αντιδρά σε πολλές εξωτερικές καταστάσεις με ορισμένο βαθμό άγχους. Άτομα, τα οποία έχουν υψηλό βαθμό χαρακτηρισολογικού άγχους, νιώθουν άγχος τον περισσότερο καιρό και αντιδρούν σε εξωτερικά ερεθίσματα με αυξημένο άγχος. Από την άλλη, υπάρχουν άτομα με χαμηλό βαθμό χαρακτηρισολογικού άγχους, τα οποία σπάνια νιώθουν αγχωμένα και πολλές φορές δεν αισθάνονται ούτε φόβο, ακόμη και όταν είναι αναμενόμενη αντίδραση σ' ένα ερέθισμα (Χριστοπούλου, 2008).

Το δεύτερο, αφορά το επίπεδο του άγχους που βιώνει το άτομο ως αντίδραση σε μια εξωτερική κατάσταση ή ερέθισμα και ποικίλλει. Για παράδειγμα, διαφέρει ο βαθμός άγχους, όσον αφορά τα φίδια. Υπάρχουν άνθρωποι που τους αρέσει να τα πιάνουν, υπάρχουν άνθρωποι που νιώθουν μια ανησυχία και αντέχουν μόνο να τα παρατηρούν σε ένα ζωολογικό κήπο και υπάρχουν και άνθρωποι που αποφεύγουν να παρευρεθούν σε χώρους όπου υπάρχει περίπτωση, χωρίς να είναι σίγουρο ότι θα συναντήσουν φίδι (Χριστοπούλου, 2008).

Αγχώδεις Διαταραχές

Για πολλά χρόνια στην ψυχιατρική ορολογία χρησιμοποιούσαν τον όρο «νεύρωση» για να περιγράψουν καταστάσεις που χαρακτηρίζονταν από χρόνια άγχος, το οποίο επηρέαζε την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Σήμερα, χρησιμοποιείται ο όρος «Αγχώδεις Διαταραχές», ο οποίος περιγράφει μια γενική κατηγορία διαταραχών που έχουν ως κοινό τους χαρακτηριστικό το άγχος, όταν αυτό δεν οφείλεται σε

ψύχωση, συναισθηματική διαταραχή ή οργανικούς παράγοντες (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές στο γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός βίου για τις διαταραχές αυτές ανέρχεται στο 20%, με βάση μεγάλες έγκυρες διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες της τελευταίας εικοσαετίας. Για τις περισσότερες από αυτές, η ηλικία έναρξης είναι συνήθως η εφηβική ή η πρώιμη ενήλικη ζωή. Η πορεία τους συνήθως είναι χρόνια με εξάρσεις και υφέσεις (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006). Η αιτιολογία των αγχωδών διαταραχών συνιστάται σ' ένα συνδυασμό ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στην εμφάνιση τους (Νέστορος, 2002).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών επιτυγχάνεται με διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας (συμπεριφορική – γνωστική – υποστηρικτική – οικογενειακή – ομαδική) και με την φαρμακοθεραπεία. Η κάθε μέθοδος χρησιμοποιείται μόνη της ή σε συνδυασμό, ανάλογα με την αγχώδη διαταραχή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, βέβαια, ο συνδυασμός είναι πιο αποτελεσματικός για την θεραπεία μιας αγχώδους διαταραχής.

Στη σύγχρονη διαγνωστική ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών υπάρχουν δύο ταξινομικά συστήματα το ευρωπαϊκό (ICD-10) και το αμερικανικό (DSM-IV). Υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ τους όμως, που αφορούν τον ειδικό (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006). Παρακάτω θα αναλυθούν οι αγχώδεις διαταραχές, σύμφωνα με το αμερικανικό ταξινομικό σύστημα (DSM-IV), το οποίο περιλαμβάνει:

- ❖ Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία
- ❖ Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία
- ❖ Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού
- ❖ Ειδική Φοβία
- ❖ Κοινωνική Φοβία
- ❖ Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- ❖ Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες
- ❖ Διαταραχή Από Οξύ Στρες
- ❖ Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- ❖ Διαταραχή Οφειλόμενη Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- ❖ Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη Από Ουσίες
- ❖ Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

2.2.2 Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία

Η Διαταραχή Πανικού χαρακτηρίζεται από αυτόματες, αιφνίδιες κρίσεις πανικού, οι οποίες είναι σχετικά βραχείες (διαρκούν λιγότερο από μια ώρα), περίοδοι έντονου άγχους ή φόβου που συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα. Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται σε λίγα λεπτά και διαρκούν 5'-30', αν και οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν ότι διαρκούν περισσότερο. Η συχνότητα και η βαρύτητα των Προσβολών Πανικού ποικίλλει. Άλλα άτομα έχουν πανικούς μια φορά την εβδομάδα για μήνες, άλλα έχουν καθημερινά για κάποιες μέρες και μετά δεν έχουν καθόλου ή έχουν αραιούς πανικούς για μήνες (Μάνος, 1997). Οι ασθενείς με Διαταραχή Πανικού συνηθίζουν να επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και προσκομίζονται στα επείγοντα ιατρεία των γενικών νοσοκομείων κάνοντας πολυάριθμες εξετάσεις, καθώς οι κρίσεις πανικού μιμούνται τις οργανικές διαταραχές (Kaplan et al, 2000).

Τα άτομα με Διαταραχή Πανικού, συνήθως, αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και το άγχος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή οδηγεί στην ανάπτυξη Αγοραφοβίας, δηλαδή φόβο έκθεσης του ατόμου σε δημόσια μέρη και ειδικότερα σε σημεία από όπου η ταχεία απομάκρυνση είναι δύσκολη, αν το άτομο καταβληθεί από κρίση πανικού. Έτσι, έχει διαπιστωθεί ότι η Αγοραφοβία και η Διαταραχή Πανικού τις περισσότερες φορές συμβαίνουν μαζί. Η Αγοραφοβία στην πλειονότητα επέρχεται της Διαταραχής Πανικού. Ανάλογα με το αν συνυπάρχει ή όχι η Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία, το DSM-IV διακρίνει Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία και Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία.

Υπάρχει, επίσης, περίπτωση εμφάνισης Αγοραφοβίας Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού, της οποίας τα χαρακτηριστικά είναι παρόμοια με της Διαταραχής Πανικού Με Αγοραφοβία. Πάνω από το 95% των ατόμων που παρουσιάζουν Αγοραφοβία έχουν διάγνωση ή ιστορικό Διαταραχής Πανικού, οπότε η Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού δεν είναι συνηθισμένη διάγνωση (Μάνος, 1997).

Η ηλικία έναρξης της Διαταραχής Πανικού ποικίλλει, συνήθως όμως αρχίζει ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και την ηλικία των 35 ετών, μπορεί όμως να εμφανισθεί και στην παιδική ηλικία και μετά τα 45. Όπως αναφέρει ο Μάνος (1997), η πορεία είναι χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις. Η Αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστεί

οποτεδήποτε, συνήθως όμως εμφανίζεται μέσα στον πρώτο χρόνο από την έναρξη των Προσβολών Πανικού. Η πορεία της Αγοραφοβίας και η σχέση της με την πορεία των Προσβολών Πανικού ποικίλλει. Άλλες φορές υποχωρεί μαζί με την υποχώρηση των προσβολών, άλλες φορές γίνεται χρόνια, άσχετα με την παρουσία ή όχι των Προσβολών Πανικού. Μελέτες δείχνουν πως, αν ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία έχουμε σημαντική βελτίωση στην ύφεση των συμπτωμάτων στην πλειοψηφία των ασθενών. Παρόλα αυτά, οι υποτροπές είναι συχνές και η πλήρης υποχώρηση της διαταραχής είναι ασυνήθιστη.

2.2.3 Ειδική Φοβία

Οι ασθενείς με ειδική φοβία έχουν έντονο, υπερβολικό, επίμονο, παράλογο φόβο κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων. Ο εστιασμός του φόβου μπορεί να αναφέρεται, είτε σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή την κατάσταση στο άτομο (π.χ να πέσει το αεροπλάνο, να τον δαγκώσει ο σκύλος), είτε στο ενδεχόμενο να χάσει το άτομο τον έλεγχο του, να πανικοβληθεί ή να λιποθυμήσει κατά την έκθεση στη φοβική κατάσταση (π.χ να λιποθυμήσει στη θέα αίματος).

Συχνά η ειδική φοβία της ενήλικης ζωής είναι μια συνέχεια των φοβιών της παιδικής ηλικίας. Μέχρι τις αρχές των εφηβικών χρόνων οι περισσότεροι από αυτούς τους φόβους της παιδικής ηλικίας έχουν χαθεί, αλλά μερικοί ωστόσο εμμένουν και στην ενήλικη ζωή. Η γενετική προδιάθεση μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο σ' αυτό. Η ψυχαναλυτική εξήγηση είναι ότι οι φοβίες εμμένουν, επειδή δεν συσχετίζονται με το προφανές ερέθισμα, αλλά με μια κρυμμένη πηγή ανησυχίας. Θεωρητικά, αυτή η πηγή ανησυχίας αποκλείεται από τη συνείδηση και συνδέεται με το προφανές αντικείμενο (Gelder et al, 1996).

Ο πάσχων, όταν δεν διακατέχεται από το αίσθημα του φόβου, κατανοεί ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός. Όταν, όμως, βρεθεί σε επαφή με το ερέθισμα που φοβάται, κινητοποιείται έντονα το συναίσθημα του φόβου του, το οποίο συνοδεύεται από ταχυκαρδία, τρόμο, ναυτία, τάση λιποθυμίας και έντονη τάση φυγής. Όταν απομακρυνθεί από το συγκεκριμένο αντικείμενο ή την κατάσταση που του προκαλεί φόβο, νιώθει νικημένος, ντροπιασμένος, οργισμένος με τον εαυτό του που δεν κατόρθωσε να ελέγξει το φόβο του. Αρχίζει να αποφεύγει αντικείμενα ή καταστάσεις, οργανώνοντας τη ζωή του με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην έρχεται σε επαφή με το

φοβογόνο γεγονός. Πολλές φορές, απαρνιέται πολύ σημαντικά για τη ζωή του πράγματα (π.χ μια δουλειά, μια σχέση) ή προκαλεί προβλήματα στο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Ακόμα, και η σκέψη ότι θα έλθει σε επαφή με το αντικείμενο του φόβου, ενεργοποιεί το άγχος του. Σε περίπτωση, που δεν έχει τη δυνατότητα να αποφύγει τη φοβογόνο συνθήκη, ζητά από κάποιο οικείο του πρόσωπο να τον συνοδεύσει, ώστε να νιώσει ασφάλεια και πανικοβάλλεται, αν αυτό το άτομο δεν είναι διαθέσιμο. Κάποιοι μπορεί να μεταφέρουν και αντικείμενα που τους προσφέρουν κάποιο αίσθημα ασφάλειας. Συνήθως, οι άνθρωποι με ειδικές φοβίες δεν εμφανίζουν άλλη ψυχοπαθολογία και μπορεί να είναι ιδιαίτερα δημιουργικοί σε όλους τους άλλους τομείς της ζωής τους, που δεν σχετίζονται με το αντικείμενο του φόβου τους. (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006).

Σύμφωνα με το DSM- IV οι τύποι ειδικής φοβίας είναι οι παρακάτω:

Τύπος Ζωοφοβίας: αν ο φόβος εκλύεται από ζώα ή έντομα. Αυτός ο τύπος γενικά έχει έναρξη κατά την παιδική ηλικία.

Τύπος Φυσικού Περιβάλλοντος: αν ο φόβος εκλύεται από στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος, όπως καταιγίδες, ύψη ή νερό. Αυτός ο τύπος γενικά έχει έναρξη κατά την παιδική ηλικία.

Τύπος σχετικός με Αίμα- Ένεση – Τραύμα: αν ο φόβος εκλύεται από τη θέα αίματος ή ένα τραύμα ή από μία ένεση ή άλλη επεμβατική ιατρική πράξη. Αυτός ο τύπος είναι σε μεγάλο βαθμό οικογενής.

Τύπος Καταστάσεων: αν ο φόβος εκλύεται από μια ειδική κατάσταση, όπως μετακίνηση με δημόσιο μεταφορικό μέσο, σήραγγες, γέφυρες, ανελκυστήρες, αεροπορικά ταξίδια, οδήγηση ή κλειστά μέρη. Αυτός ο τύπος έχει μια διπλή κατανομή ηλικίας έναρξης, με μια αιχμή στην παιδική ηλικία και άλλη αιχμή στο μέσο της τρίτης δεκαετίας.

Άλλος Τύπος: αν ο φόβος εκλύεται από άλλα ερεθίσματα. Αυτά τα ερεθίσματα μπορούν να περιλαμβάνουν τον φόβο ή την αποφυγή καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν πνιγμονή, εμετό ή μετάδοση ασθένειας, τη φοβία του ελεύθερου χώρου, δηλ. το άτομο φοβάται ότι, αν απομακρυνθεί από τοίχους ή άλλα μέσα στήριξης, θα πέσει και ο φόβος παιδιών για δυνατούς ήχους ή ένστολα άτομα.

Οι ειδικές φοβίες τείνουν να υποχωρήσουν με την ηλικία. Όταν οι ειδικές φοβίες επιμένουν στην ενήλικη ζωή, τότε γίνονται χρόνιες.

2.2.4 Κοινωνική Φοβία

Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από επίμονο φόβο ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρόκειται να πραγματοποιήσει κάτι μπροστά σε κόσμο. Σύμφωνα με τους Σολδάτο και Λυκούρα (2006), οι κοινωνικές καταστάσεις δεν αφορούν την παρουσία του ατόμου σε μεγάλο πλήθος, αλλά σε μικρότερες κοινωνικές ομάδες ή σε καταστάσεις που το άτομο νιώθει, ότι παίζει ρόλο η κοινωνικότητα ή η επίδοση του. Το άγχος του ατόμου κινητοποιείται ακόμα και στην σκέψη τέτοιων καταστάσεων. Η κοινωνική φοβία σχετίζεται άμεσα με την αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Η κοινωνική φοβία διακρίνεται στην *περιορισμένη* και την *γενικευμένη*. Η πρώτη αφορά μια έντονη δυσκολία του πάσχοντος να μιλήσει μπροστά σε ακροατήριο, ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, όπως το ότι το άτομο νιώθει άβολα όταν το κοιτάζουν (π.χ δεν μπορεί να φάει σε δημόσιο χώρο). Οι πιο συνηθισμένες φοβογόνες καταστάσεις είναι η σύσταση του με κάποιο άλλο άτομο, η τηλεφωνική επικοινωνία, η δημόσια ομιλία, η παρακολούθηση του όταν κάνει κάτι.

Η έναρξη της κοινωνικής φοβίας τοποθετείται στην εφηβική ηλικία και συχνά συνδέεται με αγχώδεις καταστάσεις στην παιδική ηλικία. Μπορεί να προκληθεί από μία στρεσογόνο ή ταπεινωτική εμπειρία ή μπορεί να είναι βαθμιαία. Η πορεία είναι χρόνια, αν και μπορεί να εξασθενήσει ή να υποχωρήσει στην ενήλικη ζωή (Μάνος, 1997).

2.2.5 Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή

Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι μια ιδιαίτερη διαταραχή και ίσως θα έπρεπε να αποτελεί μια κατηγορία από μόνη της, δεδομένου ότι είναι αρκετά διαφορετική από τις άλλες αγχώδεις διαταραχές. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους ψυχαναγκασμούς και καταναγκασμούς. Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει, ως εισβολή και ως ακατάλληλες και του προκαλούν έντονο άγχος. Τα συχνότερα θέματα ψυχαναγκασμών είναι κατά σειρά, αυτά της συχνότητας, μόλυνσης, ελέγχου, ταξινόμησης, βιαιότητας, κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς, παθολογικής αμφιβολίας (Σολδάτος και Λυκούρας, 2006). Το άτομο προσπαθεί να

αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη, δηλαδή με τους καταναγκασμούς.

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σε έναν ψυχαναγκασμό. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Οι πιο συνήθεις καταναγκασμοί είναι πλυσίματος, καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου, αναζήτησης καθησυχασμού, επανάληψη πράξεων και τακτοποίησης (Μάνος, 1997).

Συνήθως η διαταραχή εμφανίζεται στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις έναρξης στην παιδική ηλικία, τις περισσότερες φορές με τελετουργίες συμμετρίας χωρίς ιδεοληψίες, οι οποίες προστίθενται αργότερα στην πορεία της νόσου. Η έναρξη είναι βαθμιαία, σπάνια απότομη. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις.

2.2.6 Διαταραχή Μετά Από Τραυματικό Στρες

Η Διαταραχή Μετά Από Τραυματικό Στρες απαντάται σε άτομα που βίωσαν ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και χαρακτηρίζεται από επαναβίωση του τραύματος, αίσθημα μωδιάσματος, αίσθηση αποστασιοποίησης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης, όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση μωδιάσματος.

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποια τραυματικά γεγονότα που το άτομο βιώνει άμεσα, ήταν μάρτυρας ή βίωσαν άλλοι. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομακτικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται, το να δει το άτομο σοβαρό τραυματισμό ή το θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαιη επίθεση, ατύχημα πολέμου ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου. Τέλος, στην τρίτη κατηγορία συγκαταλέγονται οι βίαιες επιθέσεις, τα σοβαρά ατυχήματα ή

τραυματισμοί, όπως και κάποιος ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου του ατόμου.

Η διαταραχή προσδιορίζεται ως οξεία, αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη από ένα μήνα και ως χρόνια, αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 3 μήνες ή περισσότερο. Ακόμα, προσδιορίζονται με καθυστερημένη έναρξη, αν τα συμπτώματα εμφανισθούν τουλάχιστον 6 μήνες μετά την παρουσία του στρεσογόνου γεγονότος.

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες μετά το τραυματικό γεγονός, αν και μπορεί να υπάρξει και καθυστέρηση μηνών ή χρόνων. Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλλει. Στο μισό περίπου των ασθενών υπάρχει πλήρης ανάρρωση μέσα σε 3 μήνες. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις όμως διαρκούν περισσότερο από 12 μήνες και υπάρχουν και περιπτώσεις που η διάρκεια είναι για 30-40 χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις. Καλά προγνωστικά σημεία είναι η ταχεία έναρξη των συμπτωμάτων, η καλή προνοσηρή λειτουργικότητα, τα επαρκή οικογενειακά και κοινωνικά στηρίγματα και η απουσία ψυχιατρικής ή σωματικής παθολογίας (Μάνος, 1997)

2.2.7 Διαταραχή Από Οξύ Στρες

Η διαταραχή από Οξύ Στρες εμφανίζεται ως απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα, όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία, χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και επαναβίωση του γεγονότος (Μάνος, 1997).

2.2.8 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Οι ασθενείς με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή χαρακτηρίζονται από υπερβολικό άγχος, στεναχώρια και ανησυχία, γνωρίσματα τα οποία δυσκολεύονται να ελέγξουν. Συνήθως, ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής, όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους, τα προβλήματα του αυτοκινήτου κτλ. Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή ανησυχούν υπερβολικά για τις ικανότητες τους, για τις επιδόσεις τους στο σχολείο ή τα σπορ και εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς επιδοκιμασία και ενθάρρυνση (Μάνος, 1997).

Η ένταση, η συχνότητα και η διάρκεια της ανησυχίας είναι πολύ μεγαλύτερες σε σχέση με την πιθανότητα επαλήθευσης του φόβου και των επιπτώσεων του γεγονότος, εάν συμβεί. Κάποιες φορές ο πάσχων, μπορεί να αναγνωρίζει ότι οι ανησυχίες του είναι υπερβολικές και άλλες φορές όχι. Το άγχος και η ανησυχία του ατόμου συνοδεύονται τουλάχιστον από άλλα τρία συμπτώματα, όπως νευρικότητα, εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, μυϊκή τάση και διαταραχή ύπνου (Χριστοπούλου, 2008).

Πολλά άτομα αναφέρουν ότι είχαν άγχος όλη τους τη ζωή. Πάνω από 50% υποστηρίζουν ότι η διαταραχή άρχισε στην παιδική τους ηλικία ή την εφηβεία. Η έναρξη όμως και μετά τα 20 δεν είναι ασυνήθιστη. Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις. Το στρες επιδεινώνει τη διαταραχή. Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών, ιδιαίτερα αλκοόλ και αγχολυτικών, που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για την ανακούφιση από το άγχος (Μάνος, 1997).

2.2.9 Αγχώδης Διαταραχή Οφειλόμενη Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, το οποίο οφείλεται στα αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Τέτοιες γενικές ιατρικές καταστάσεις είναι: ενδοκρινοπάθειες (υποθυρεοειδισμός, υπογλυκαιμία κ.α.), καρδιαγγειακές νόσοι (καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμία κ.α.), νόσοι ή διαταραχές του αναπνευστικού (πνευμονία, υπέρπνοια κ.α.), μεταβολικές διαταραχές (ανεπάρκεια βιταμίνης 12 κ.α.) και νευρολογικές καταστάσεις (εγκεφαλίτιδες, νεοπλάσματα κ.α.) (Μάνος, 1997).

Η διαταραχή προσδιορίζεται με γενικευμένο άγχος, αν στην κλινική εικόνα επικρατεί υπερβολικό άγχος ή υπερβολική ανησυχία για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων, με προσβολές πανικού, αν στην κλινική εικόνα επικρατούν προσβολές πανικού και με ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα, αν επικρατούν ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί.

2.2.10 Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη Από Ουσίες

Βασικό γνώρισμα της διαταραχής αυτής είναι συμπτώματα άγχους, τα οποία οφείλονται στη δράση μιας ουσίας, δηλαδή μιας ουσίας κατάχρησης, ενός φαρμάκου

ή μιας τοξίνης. Η διαταραχή αυτή μπορεί να έχει μορφή με γενικευμένο άγχος ή με προσβολές πανικού ή με ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα ή με φοβικά συμπτώματα, ανάλογα με τα συμπτώματα που επικρατούν. Ακόμα, αν πρόκειται για ουσία κατάχρησης, προσδιορίζεται κατά πόσο η έναρξη των συμπτωμάτων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της Τοξίκωσης ή Στερητικού Συνδρόμου (Μάνος, 1997).

Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να προκληθεί από διάφορες ουσίες κατάχρησης είτε κατά την *Τοξίκωση* είτε κατά τη διάρκεια *Στερητικού Συνδρόμου*. Στις πρώτες περιλαμβάνονται το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες και οι σχετικές ουσίες με αυτές, η καφεΐνη, η κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα, εισπνεόμενες ουσίες και άλλες. Στις δεύτερες υπάγονται το αλκοόλ, η κοκαΐνη, τα καταπραϋντικά, τα αγχολυτικά και τα υπνωτικά. Υπάρχουν, όμως, και φάρμακα που προκαλούν συμπτώματα άγχους, όπως αναισθητικά, αναλγητικά, ινσουλίνη, φάρμακα για τον θυρεοειδή, την υπέρταση, για καρδιαγγειακά προβλήματα, αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά και άλλα. Τέλος, τη διαταραχή αυτή μπορούν να προκαλέσουν και κάποιες τοξίνες. Ενδεικτικά αναφέρονται: μιογίες, βενζίνη, εντομοκτόνα, μονοξειδίο του άνθρακα (Μάνος, 1997).

Συνήθως, η διακοπή της ουσίας είναι αρκετή για να υποχωρήσουν τα συμπτώματα άγχους. Σε περίπτωση όμως που αυτό δεν συμβεί, τότε η διαταραχή αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Όσον αφορά την κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες, απαιτείται η εστίαση στο συνολικό πρόβλημα της χρήσης (Μάνος, 1997).

2.2.11 Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Η κατηγορία αυτή, σύμφωνα με το DSM-IV, περιλαμβάνει διαταραχές με έντονο άγχος και φοβική αποφυγή, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Αγχώδη Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσαρμογής με άγχος ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μικτής με άγχος και καταθλιπτική διάθεση.

2.2.12 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Οι αγχώδεις διαταραχές αντιμετωπίζονται ή βελτιώνονται μέσω ψυχοθεραπείας ή φαρμακοθεραπείας ή τον συνδυασμό αυτών των δύο. Οι πιο αποτελεσματικές ψυχοθεραπείες για τις αγχώδεις διαταραχές είναι η συμπεριφορική, η γνωσιακή, η υποστηρικτική, η ψυχοδυναμική, η ομαδική και η οικογενειακή.

Σύμφωνα με την συμπεριφορική ψυχοθεραπεία οι αγχώδεις διαταραχές είναι προϊόντα μάθησης και προκύπτουν, είτε ως αντίδραση απέναντι σε ειδικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα (εξαρτημένη μάθηση), είτε ως μίμηση των αγχωδών εκδηλώσεων σημαντικών προσώπων της ζωής μας (ταύτιση με πρόσωπα). Οι ψυχοθεραπείες της συμπεριφοράς αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και αποσκοπούν στην άμεση εξάλειψη των συμπτωμάτων, αποφεύγοντας να ασχοληθούν με τις ενδοψυχικές συγκρούσεις (Χριστοπούλου, 2008). Οι τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνται στην συγκεκριμένη θεραπεία για την αντιμετώπιση των φοβιών είναι: *in vivo* έκθεση, δηλαδή βαθμιαία και προοδευτική έκθεση του ασθενή στο φοβικό ερέθισμα, εφαρμοσμένη χαλάρωση, η οποία βοηθάει τον ασθενή να αποκτήσει αίσθηση ελέγχου του άγχους του, με χρήση τεχνικών χαλάρωσης των μυών και τη φαντασίωση χαλαρωτικών καταστάσεων, η απευαισθητοποίηση, η παύση της σκέψης, η κατακλυσμική μέθοδος και η αποστροφική εξάρτηση (Kaplan et al, 2000).

Η γνωσιακή θεραπεία, επιπροσθέτως, επιδρά θετικά στις αγχώδεις διαταραχές, καθώς στοχεύει στην καθοδήγηση του ασθενή, ούτως ώστε να κατανοήσει τις λανθασμένες πεποιθήσεις που έχει για τον εαυτό του, αλλά και την γνώμη που θεωρεί πως έχουν οι άλλοι γι' αυτόν. Η εν λόγω θεραπεία, συνίσταται στη βαθμιαία και πληρέστερη αποκωδικοποίηση των εσωτερικών νοητικών αναπαραστάσεων και ερμηνειών του ασθενούς, οι οποίες σχετίζονται με δυσλειτουργικές ή δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και βιώματα. Επιπλέον, εστιάζει στην προσπάθεια τροποποίησης και αναδόμησης των μη επιθυμητών αναπαραστάσεων και ερμηνειών, καθώς και στον έλεγχο των μετά-θεραπευτικών ικανοτήτων του ασθενούς, που αφορούν την ανεύρεση εναλλακτικών λύσεων και την αντιμετώπιση υποθετικών μελλοντικών δυσκολιών. Η θεραπεία αυτή, περισσότερο από κάθε άλλη ψυχολογική προσέγγιση ομιλεί μια γλώσσα «φιλική» και «γνώριμη» ως προς τον ασθενή (Βασιλειάδου και Παπακώστας, 2003).

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, επίσης, επιφέρει θετικά αποτελέσματα στις αγχώδεις διαταραχές και συνεπικουρεί στη βελτίωση των συμπτωμάτων, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση του ασθενή (Μάνος, 1997). Αναμφίβολα, η συγκεκριμένη θεραπεία προσφέρει στον ασθενή ενθάρρυνση, ανύψωση του ηθικού και λύσεις στα προβλήματα του.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι χρήσιμη η ψυχοδυναμική προσέγγιση, η οποία στοχεύει στην αναγνώριση και λύση ανεπαρκειών και συγκρούσεων της παιδικής

ηλικίας που σχετίζονται με τις φοβίες (Μάνος, 1993). Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι ωφέλιμη για την βελτίωση πολλών ασθενών με διαταραχή μετά από τραυματικό στρες κι αυτό διότι μέσα από την αναδόμηση του τραυματικού γεγονότος και την συναισθηματική αναβίωση και κάθαρση, δύναται να επέλθει η θεραπεία. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται, καθώς ορισμένοι ασθενείς να κατακλύζονται από την επαναβίωση του τραύματος (Kaplan et al, 2000).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία επίσης, λειτουργεί σε κάποιους ασθενείς βοηθητικά, ως υποστηρικτικό σύστημα. Σκοπός της είναι να βοηθήσει τα άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα, ώστε να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις συναισθηματικές τους δυσκολίες και να επιτύχουν αυτοανάπτυξη κι αυτογνωσία (Βασιλειάδης, 2010). Υπάρχουν διαφόρων ειδών θεραπευτικές ομάδες, κάποιες από αυτές απλώς προσφέρουν υποστήριξη και εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, άλλες εστιάζουν στην ανακούφιση από συγκεκριμένα συμπτώματα και άλλες αποσκοπούν πρωταρχικά στην απόκτηση ευαισθησίας. Οι ομάδες αυτές, μπορεί να αποτελούνται από άτομα με την ίδια διάγνωση ή και με διαφορετικές διαγνώσεις. Συνήθως στην ομάδα δημιουργείται κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη, με αποτέλεσμα εκείνα να νιώθουν άνετα στο να μοιραστούν τις εμπειρίες τους (Μπάστα, 2006).

Τέλος, η οικογενειακή θεραπεία παίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς δημιουργείται μια θεραπευτική συμμαχία με τους συγγενείς για το καλό του ασθενή. Η οικογένεια μαθαίνει πώς να γίνεται υποστηρικτική για τον ασθενή (Kaplan et al, 2000).

Όσον αφορά τη φαρμακοθεραπεία, τις περισσότερες φορές συνδυάζεται με την ψυχοθεραπεία για να είναι αποτελεσματική. Όπως αναφέρει ο Julien (2003), η χρήση φαρμάκων στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους είναι αμφιλεγόμενη. Η διαμάχη προκύπτει από τις διαγνωστικές δυσκολίες, την χρονιότητα της φύσης πολλών διαταραχών άγχους και τη δυνατότητα πρόκλησης εθισμού που προκαλούν κάποια φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία.

Πλήρως κατανοητό πρέπει να καταστεί, ότι πριν από την χορήγηση ψυχοτρόπων σκευασμάτων για την θεραπεία των διαταραχών, ο ιατρός είναι σημαντικό να γνωρίζει επακριβώς την παθολογική κατάσταση του ασθενή, προκειμένου να είναι βέβαιος για την διάγνωση του, καθώς και την αλληλεπίδραση των φαρμάκων. Επίσης, ο κλινικός θα πρέπει να είναι ενήμερος για χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, που θα μπορούσαν να περιπλέξουν τη θεραπεία. Εξίσου σημαντικό

είναι πριν την λήψη του φαρμακευτικού σκευάσματος να ορίζονται συμπτώματα-στόχοι, που μπορούν να παρακολουθούνται στη διάρκεια θεραπευτικής αγωγής, για να προσδιορίζεται η επιτυχία της θεραπείας (Arana and Hyman, 1994).

Τα πιο συνήθη φάρμακα που χορηγούνται για τις αγχώδεις διαταραχές είναι τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς MAO, η τραζοδόνη, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σερετονίνης, η κλονιδίνη, η γκουανφασίνη, η μπροφαρομίνη, το βαλπροϊκό οξύ, η καρβαμαζεπίνη, οι βενζοδιαπεζίνες κ.α. (Julien, 2003).

Κεφάλαιο 3ο

«Θεωρίες των Διαπροσωπικών Σχέσεων»

Ο Πλάτωνας στο Συμπόσιο αναφέρει, πως οι άνθρωποι ήταν όντα με τόσο μεγάλη δύναμη που αποτελούσαν «ύβρις» για τους θεούς, γι' αυτό και ο Δίας τους τεμάχισε στα δύο. Έτσι από τότε ατελής ο άνθρωπος, ψάχνει το άλλο του μισό για να ολοκληρωθεί ως ύπαρξη. Ο Αριστοτέλης στα Ηθικά Νικομάχεια είπε, πως θα ήταν πολύ παράξενο να λέμε πως είναι ευτυχισμένος ο άνθρωπος που ζει μόνος με τη μοναξιά του, ακόμα κι αν έχει όλα τα καλά του κόσμου, γιατί ο άνθρωπος από την φύση του είναι ον προορισμένο να ζει και να συνδιαλέγεται με τους άλλους, είναι «ζών πολιτικόν». Ο Σοπενάουερ, όπως αναφέρει ο Yalom (2005), αντιθέτως πρεσβεύει πως αν δεν θέλουμε να γίνουμε παιχνιδάκι στα χέρια του κάθε ανθρώπου, ο πρώτος κανόνας είναι να είμαστε απρόσιτοι προς τους άλλους. Ο Νίτσε υποστήριξε, πως κάποιοι άνθρωποι δεν μπορούν να χαλαρώσουν τα δικά τους δεσμά, κι όμως μπορούν να λυτρώσουν τους φίλους τους. Απόψεις οπτιμιστικές ή πεσιμιστικές ανά τους αιώνες δείχνουν, αφενός την επιθυμία του ανθρώπου για την σύναψη στενών σχέσεων και αφετέρου πως η ύπαρξη του ατόμου είναι συνυφασμένη με τις διαπροσωπικές σχέσεις και το σημαντικό ρόλο που παίζουν στην εξέλιξη της ζωής του.

3.1 Σύντομη Ανασκόπηση των Θεωριών για τις Διαπροσωπικές Σχέσεις

Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες προσωπικότητας ήταν οι πρώτες που επεσήμαναν την επίδραση των διαπροσωπικών σχέσεων στην ανάπτυξη και διαμόρφωση της προσωπικότητας, καθώς και της ψυχοπαθολογίας του ατόμου. Η κοινωνική εργασία προσεταιρίζεται την άποψη αυτή, σύμφωνα με την οποία, συναισθηματικά κατάλοιπα από προηγούμενες σχέσεις και βιώματα επηρεάζουν την τρέχουσα συμπεριφορά μας, ιδιαίτερα όσον αφορά τις σχέσεις μας (Payne, 2000).

Ο Bowlby (1960), όπως αναφέρεται από τον Καφέτσιο (2005), έστρεψε το ενδιαφέρον της ψυχανάλυσης στη θεωρία της μητρικής αποστέρησης. Πρόκειται για την άποψη ότι η στέρηση της επαφής με την μητέρα, παρεμποδίζει την προσωπική ανάπτυξη των παιδιών. Στη συνέχεια η θεωρία του Δεσμού εξελίχθηκε στην θεωρία

της προσκόλλησης. Με την έννοια προσκόλληση εννοούμε τον συναισθηματικό δεσμό με την μητέρα, δύναται όμως να αφορά και άλλα πρόσωπα. Οι πρώτες αυτές εμπειρίες με το πρόσωπο του δεσμού καθορίζουν στη συνέχεια και την ανάπτυξη άλλων σχέσεων. Η απώλεια του δεσμού (θάνατος, διαζύγιο γονέων) μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην ανάπτυξη των παιδιών, όσο και στην μετέπειτα ζωή τους.

Πιο αναλυτικά, οι προσδοκίες του παιδιού από το πρόσωπο του δεσμού διαμορφώνουν εσωτερικά ενεργά πρότυπα, για να προβλέψουν την διαθεσιμότητα και την ανταπόκριση στο πρόσωπο του δεσμού. Περιλαμβάνουν δηλαδή, πρότυπα του σχετίζεσθαι, βασισμένα στην κοινή πορεία της σχέσης τους. Η λειτουργία αυτών των προτύπων είναι να ρυθμίζουν, να ερμηνεύουν, να προβλέπουν την συμπεριφορά, τις σκέψεις, τα συναισθήματα που έχουν να κάνουν με το δεσμό τους. (Θεμελή και Κορδούτης, χ.χ).

Δύο είναι οι κύριες μεταβλητές που παίζουν βασικό ρόλο στη διαμόρφωση των προτύπων ή γενικευμένων προσδοκιών για το σχετίζεσθαι: α) αν ο «άλλος» είναι πρόσωπο που ανταποκρίνεται στις εκκλήσεις για υποστήριξη και βοήθεια και β) αν ο «εαυτός» είναι πρόσωπο που «οι άλλοι» και ειδικά το πρόσωπο δεσμού, αξίζει της ανταπόκρισης και υποστήριξής τους (Θεμελή και Κορδούτης, χ.χ). Έρευνες έχουν επιβεβαιώσει την θεωρία αυτή, καθώς έχει βρεθεί ότι οι ανικανοποίητες σχέσεις των παιδιών με τους γονείς τους κατά την παιδική ηλικία, οδηγούν στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, όντας ενήλικες (Kalaitzaki et all, 2009).

Ο Sumeroff στη θεωρία του υποστήριξε, ότι η ζωή του ατόμου δομείται, κυρίως μέσω των κοινωνικών δεσμών που αναπτύσσει καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Οι κοινωνικές εμπειρίες διαμορφώνονται ήδη από την στιγμή της γέννησης, ίσως και ακόμα νωρίτερα κατά την ενδομήτρια περίοδο (Πετρογιάννης, 2003) .

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, αναγνωρίστηκε ως το ίδιο σημαντικό με τον ρόλο της μητέρας στην ανάπτυξη του ατόμου και ο ρόλος του πατέρα, των αδελφών, αλλά και των συνομηλίκων. Αναγνωρίζοντας την θεωρία του Sumeroff, καθώς και τον σημαντικό ρόλο όχι μόνο της μητέρας αλλά των ευρύτερων κοινωνικών πλαισίων ο Bronfenbrenner υποδεικνύει, πως για την κατανόηση του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο η παρουσία των λεγόμενων τρίτων μερών, όπως οι συγγενείς, οι φίλοι. Για παράδειγμα, προκειμένου να γίνει κατανοητή η συμπεριφορά ενός παιδιού θα πρέπει να μελετηθούν όχι μόνο οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων

και παιδιών, αλλά και ο ρόλος που ασκούν άλλα άτομα στην ποιότητα και στην ποσότητα της σχέσης γονέων και παιδιών (Πετρογιάννης, 2003).

Το ενδιαφέρον για την μελέτη των διαπροσωπικών σχέσεων και την έρευνα πάνω σε αυτές, έχει αυξηθεί κατά πολύ τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Οι Goldfried, Greenberg & Marmar (1990), όπως αναφέρουν οι Καλαϊτζάκη και Νέστορος (2002), υποστήριζαν πως η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία (π.χ. κακές διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια), βοηθάει στη σχεδίαση κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων, προκειμένου να μετατραπούν οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις σε θετικές. Ο Marley (1998), όπως αναφέρεται από τους ίδιους συγγραφείς, βρήκε έπειτα από μελέτες σε άτομα με σχιζοφρενικά συμπτώματα, ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και το προσωπικό της κλινικής ήταν η αιτία έξαρσης των συμπτωμάτων τους.

Οι Verderber και Verdeber (1998, 2006) στα συγγραφικά τους έργα Η Τέχνη της Επικοινωνίας και Δεξιότητες Διαπροσωπικής Επικοινωνίας αντίστοιχα, αναλύουν τη θεωρία των διαπροσωπικών αναγκών. Οι σχέσεις όπως και η ίδια η επικοινωνία, υπάρχουν εν μέρει γιατί ικανοποιούν τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες. Η εν λόγω θεωρία υποστηρίζει, ότι το αν ή όχι μια σχέση θα αρχίσει και θα διατηρηθεί εξαρτάται από το πόσο καλά το ένα άτομο ικανοποιεί τις διαπροσωπικές ανάγκες του άλλου. Ο ψυχολόγος Schutz (1966), αναγνώρισε τρεις βασικές διαπροσωπικές ανάγκες: την *στοργή*, την *κοινωνικότητα* ή *συντροφιά* και τον *έλεγχο*, ομοίως και ο Watzlawick (1967), εμπεριέχει στο έργο του ειδική μνεία για τις ίδιες ανάγκες, όπως αναφέρεται από τους Verderber και Verderber (1998, 2006).

Η ανάγκη για *στοργή*, είναι εκείνη που αντανακλά την επιθυμία των ατόμων για έκφραση και είσπραξη αγάπης. Οι άνθρωποι εκφράζουν αισθήματα στοργής προς τους άλλους, τόσο με λεκτικό, όσο και με μη λεκτικό τρόπο. Η ανάγκη για στοργή δύναται να απεικονιστεί σε μια κλίμακα, όπου στο ένα άκρο της βρίσκονται οι “υποπροσωπικοί” ή εσωστρεφείς άνθρωποι, εκείνοι δηλαδή που αποφεύγουν τις στενές σχέσεις με ότι αυτό συνεπάγεται, ενώ στο άλλο άκρο της ίδιας κλίμακας είναι οι “υπερ-προσωπικοί” ή εξωστρεφείς, οι οποίοι πασχίζουν να δημιουργήσουν στενές σχέσεις με όλους. Κάπου μεταξύ αυτών των δύο άκρων, τοποθετούνται οι “προσωπικοί” άνθρωποι. Αυτοί μπορούν να εκφράσουν και να δεχθούν την στοργή εύκολα, ενώ παράλληλα μπορούν να αντλούν χαρά από πολλά είδη σχέσεων με τους άλλους, κατά όπως επισημαίνουν οι Verderber και Verderber (1998, 2006).

Η αμέσως επόμενη ανάγκη είναι αυτή της *κοινωνικότητας* ή *συντροφιάς*, η οποία εκφράζει την επιθυμία κάθε ανθρώπου να βρίσκεται σε παρέα με άλλους. Τοποθετώντας αντιστοίχως την ανάγκη της κοινωνικότητας σε μια κλίμακα, συναντάει κανείς στο ένα άκρο της, τους “ακοινωνήτους” ανθρώπους, οι οποίοι θέλουν να μένουν μόνοι τους και περιστασιακά μόνο αναζητούν την συντροφιά των άλλων, ενώ στο άλλο άκρο της, εντοπίζει κανείς τους “υπερβολικά κοινωνικούς” ανθρώπους, οι οποίοι θέλουν να έχουν διαρκώς παρέα και νιώθουν άβολα όταν μένουν μόνοι. Στη μέση των δύο αυτών άκρων βρίσκονται οι περισσότεροι άνθρωποι. Πρόκειται δηλαδή για εκείνα τα άτομα, που νιώθουν καλά μένοντας μόνα ορισμένες φορές, ενώ άλλες απολαμβάνουν την συντροφιά των υπολοίπων (Verderber και Verderber, 2006).

Τρίτη ακολουθεί η ανάγκη για *έλεγχο*, που φανερώνει την επιθυμία του ατόμου να επηρεάζει τα γεγονότα και να κυριαρχεί στις σχέσεις με τους ανθρώπους γύρω του. Στο ένα άκρο της αντίστοιχης κλίμακας της ανάγκης για έλεγχο, βρίσκονται οι άνθρωποι που δεν χρειάζονται κανέναν έλεγχο και οι οποίοι αποφεύγουν την ευθύνη για οτιδήποτε. Εκ διαμέτρου αντίθετοι είναι εκείνοι που βρίσκονται στο άλλο άκρο. Οι άνθρωποι που περιλαμβάνονται σ’ αυτό, είναι αυτοί που θέλουν - να είναι πράγματι- και οι οποίοι νιώθουν ότι πρέπει να είναι υπεύθυνοι. Αυτοί οι απόλυτοι μονάρχες επιθυμούν να κυριαρχούν σε όλες τις περιστάσεις και αγωνιούν όταν δεν μπορούν. Βέβαια κι εδώ, οι περισσότεροι άνθρωποι είναι κάπου μεταξύ των δύο άκρων. Αυτοί οι “δημοκράτες” χρειάζονται την αρχηγία ορισμένες φορές, όμως άλλες είναι ευχαριστημένοι να ακολουθούν τις οδηγίες των άλλων (Verderber και Verderber 2006).

Συμπερασματικά η παραπάνω θεωρητική προσέγγιση καταδεικνύει, ότι οι σχέσεις αναπτύσσονται και χειροτερεύουν εν μέρει λόγω της ικανότητας ή της ανικανότητας του καθενός στις διαπροσωπικές ανάγκες. Μέσω τη λεκτικής και της μη λεκτικής συμπεριφοράς, τα άτομα παρουσιάζουν ενδείξεις για το επίπεδο των διαπροσωπικών αναγκών τους και μέσα από την αλληλεπίδραση τους με τους άλλους διαβλέπουν αν οι ανάγκες τους είναι συμβατές ή όχι μ’ αυτές των άλλων. Αν υπάρχει ασυμβατότητα, η επικοινωνία αποτυγχάνει. Η θεωρία του Schutz, όπως αναφέρεται από τους Verderber (1998, 2006), παρόλο που αναγνωρίζεται για την χρησιμότητα της, καθώς εξηγεί ένα μεγάλο μέρος της διαπροσωπικής επικοινωνίας, μειονεκτεί λόγω του ότι δεν προσφέρει κάποια εξήγηση για την προσαρμογή των ανθρώπων

μέσα στην συνεχή τους σχέση, αλλά και για την πρακτική εφαρμογή αυτών των αναγκών στη σχέση.

Οι ίδιοι συγγραφείς προχωρούν και στην ανάλυση της θεωρίας της συναλλαγής ή κοινωνικής ανταλλαγής των Thibaut & Kelley (1986), στην οποία αναφέρεται στο βιβλίο του Ανθρώπινη Επικοινωνία και ο DeVito (2004).

Η *θεωρία της συναλλαγής* υποστηρίζει ότι οι σχέσεις μπορούν να γίνουν κατανοητές με τους οικονομικούς όρους της συναλλαγής, της επιβράβευσης και του κόστους. Η *επιβράβευση* είναι συμπεράσματα που αξιολογούνται από τον αποδέκτη των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. Οι έρευνες έχουν προσδιορίσει έξι είδη επιβράβευσης σε μια ερωτική σχέση: χρήματα, κοινωνική θέση, αγάπη, πληροφορίες, αγαθά και υπηρεσίες, σύμφωνα με τους Baron & Byrne (1984), όπως αναφέρεται από τον DeVito (2004). Αντίθετα το *κόστος* είναι τα αποτελέσματα στα οποία ο αποδέκτης των επικοινωνιακών πληροφοριών δεν θέλει να υποβληθεί, καθώς απαιτούν χρόνο, χρήμα και αρνητικά συναισθήματα. Έτσι οι άνθρωποι αναζητούν καταστάσεις αλληλεπίδρασης, στις οποίες οι συμπεριφορές που θα ακολουθήσουν, θα τους αποφέρουν υψηλότερη επιβράβευση και χαμηλότερο κόστος.

Αν λοιπόν για μια παρατεταμένη περίοδο οι καθαρές αμοιβές κάποιου (αμοιβές πλην κόστος) σε μια σχέση πέσουν κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο, αυτό το άτομο θα θεωρήσει την ίδια την σχέση σαν μη ικανοποιητική ή δυσάρεστη. Αντίστοιχα αν η καθαρή αμοιβή είναι μεγαλύτερη από το επίπεδο που θεωρείται σαν ικανοποιητικό, το άτομο θα θεωρήσει τη σχέση ως ευχάριστη και ικανοποιητική. Ωστόσο οι Thibaut & Kelley (1986), όπως αναφέρεται από τους Verderber (2006), επισημαίνουν ότι η επιθυμητή αναλογία ανάμεσα στο κόστος και την επιβράβευση ποικίλλει από άνθρωπο σε άνθρωπο, αλλά και στον ίδιο άνθρωπο από στιγμή σε στιγμή.

Επιπλέον η θεωρία της συναλλαγής ενθαρρύνει την άποψη, ότι μια σχέση δημιουργείται μ' ένα *επίπεδο σύγκρισης*, δηλαδή μια γενική εκτίμηση αναφορικά με το είδος των ανταμοιβών και των κερδών (ρεαλιστικές προσδοκίες) που πιστεύει το άτομο ότι πρέπει και αξίζει να του αποφέρει η συγκεκριμένη σχέση. Εντούτοις υπάρχει και ένα *επίπεδο σύγκρισης με εναλλακτικές σχέσεις*, όπου η απόφαση του ατόμου για την συνέχιση μιας σχέσης εξαρτάται από το ποιες εναλλακτικές λύσεις υπάρχουν ή τις άλλες επιλογές που αντιλαμβάνεται ότι είναι διαθέσιμες. Έτσι αν το άτομο νιώθει ανικανοποίητο θα τείνει προς την διακοπή της υφιστάμενης σχέσης, από την στιγμή που ενυπάρχει μια ρεαλιστική εναλλακτική λύση, η οποία φαίνεται να

υπόσχεται ένα υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης. Αν δεν πληρούνται ωστόσο αυτές οι προϋποθέσεις, το άτομο είναι πιθανό να επιλέξει να μείνει στην υπάρχουσα σχέση, πιστεύοντας ότι αυτό είναι το καλύτερο που μπορεί να ακολουθηθεί τη δεδομένη στιγμή. Το συμπέρασμα λοιπόν που προκύπτει από την θεωρία της συναλλαγής είναι ότι αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη η εξήγηση των σχέσεων από την άποψη του κόστους, αν και τα λογικά πρότυπα που παρουσιάστηκαν παραπάνω δείχνουν ότι δεν επαρκούν για την κατανόηση της πολύπλοκης ανθρώπινη συμπεριφοράς (Devito, 2004).

Υπάρχουν πάντως και αρκετοί που υποστηρίζουν ότι είναι επικερδές να χρησιμοποιηθούν οι δύο θεωρίες που αναλύθηκαν παραπάνω συνδυαστικά. Αυτό δηλαδή που θεωρεί κάθε άτομο για τον εαυτό του και τον άλλον, ως “κόστος” και “κέρδος”, μπορεί να εξαρτάται σημαντικά από το ποιες είναι οι συγκεκριμένες ανάγκες τους (Verderber και Verderber, 2006).

Η *θεωρία της ισότητας* υιοθετεί κατά βάση τις ιδέες της θεωρίας της κοινωνικής ανταλλαγής, αλλά προχωρά ένα βήμα παραπέρα, υποστηρίζοντας ότι ο άνθρωπος αναπτύσσει και διατηρεί σχέσεις, στις οποίες η αναλογία της ανταμοιβής του ως προς το κόστος είναι, κατά προσέγγιση ίση μ’ αυτή του άλλου ατόμου που διατηρεί τη σχέση, σύμφωνα με τους Messick & Cook (1983), όπως αναφέρεται από τον Devito (2004).

Μια σχέση ισότητας λοιπόν, είναι εκείνη στην οποία κάθε άτομο λαμβάνει ανταμοιβές που αναλογούν στο κόστος του. Αν το ένα άτομο προσφέρει περισσότερα στη σχέση απ’ ότι το άλλο, τότε σύμφωνα με την έννοια της ισότητας, το πρώτο χρήζει μεγαλύτερων ανταμοιβών από τη σχέση, συγκριτικά με τον σύντροφο του. Αν δεν ισχύσει αυτή η αρχή, η σχέση θα χαρακτηρίζεται από ανισορροπία και κατ’ επέκταση από ρευστότητα (Devito, 2004).

Η παρούσα θεωρία επικεντρώνεται ουσιαστικά στα αίτια της έλλειψης ικανοποίησης από τις σχέσεις, που αντιμετωπίζουν τα άτομα καθημερινά. Επομένως, όταν σε μια σχέση κυριαρχήσει η ανισότητα αντί της ισότητας, αυτό θα προκαλέσει θυμό και απογοήτευση κι ως εκ τούτου θα μειωθεί η ικανοποίηση από την σχέση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στη διάλυση της.

Η *θεωρία της έλξης* η οποία αναφέρεται από τον Devito (2004), οι περισσότεροι άνθρωποι έλκονται από τους άλλους, λόγω τεσσάρων παραγόντων: γοητεία, ομοιότητα, εγγύτητα και ενίσχυση.

Ο παράγοντας της *γοητείας* αναφέρεται στο κατά πόσο θεωρείται ένα άτομο ελκυστικό από ένα άλλο, με βάση την εξωτερική του εμφάνιση και την προσωπικότητα. Φυσικά ο κάθε άνθρωπος έχει έναν δικό του ορισμό για το ποιον θεωρεί ελκυστικό. Γενικά όμως διαπιστώνεται ότι αυτούς που χαρακτηρίζουν οι άνθρωποι ως ελκυστικούς τείνουν να τους αποδίδουν θετικά χαρακτηριστικά και να τους θεωρούν ικανότερους, σε σχέση με τους υπόλοιπους, σύμφωνα με τους Duran & Kelly (1988), όπως αναφέρεται από τον Devito (2004) .

Ο παράγοντας της *ομοιότητας* αναφέρεται στο ότι οι άνθρωποι συνηθίζουν να έλκονται από άλλους ανθρώπους που μοιάζουν με τους ίδιους στην εθνικότητα, τη φυλή, τις ικανότητες, τα σωματικά χαρακτηριστικά, την ευφυΐα και τις στάσεις, διότι μ' αυτόν τον τρόπο αυτοεπιβεβαιώνονται. Υπάρχουν βέβαια και οι εξαιρέσεις, όπου οι άνθρωποι προσελκύνονται από άλλους, οι οποίοι διαθέτουν αντίθετα χαρακτηριστικά από τα δικά τους. Εντούτοις δεν εκπλήσσει η άποψη που διατυπώθηκε από τους Blumstein & Schwartz (1983), όπως αναφέρεται από τον Devito (2004), ότι κατά βάση οι μακρόχρονες σχέσεις, διατηρούνται εξαιτίας των κοινών γνωρισμάτων ανάμεσα στους ανθρώπους.

Ο τρίτος παράγοντας της *εγγύτητας*, υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι τείνουν να θεωρούν ελκυστικά, άτομα που ζουν ή εργάζονται κοντά τους. Αυτή η σωματική εγγύτητα έχει μεγαλύτερη σημασία κατά τα πρώτα στάδια της αλληλεπίδρασης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στη συνέχεια παύει να θεωρείται σημαντική. Ο τέταρτος και τελευταίος παράγοντας είναι αυτός της *ενίσχυσης*, ο οποίος αναφέρει ότι οι άνθρωποι έλκονται από άλλα άτομα που τους προσφέρουν ανταμοιβές ή ενίσχυση. Οι ανταμοιβές αυτές, μπορεί να είναι κοινωνικές, όπως φιλοφρονήσεις και έπαινοι ή υλικές, όπως δώρα. Εξίσου όμως οι άνθρωποι έλκονται κι από ανθρώπους που ανταμείβουν οι ίδιοι, σύμφωνα με τον Aronson (1980), όπως αναφέρεται από τον Devito (2004).

Η *θεωρία της κοινωνικής διείσδυσης* των Altman & Taylor (1973), όπως αναφέρεται από την Dominian (1998) και τον Devito (2004), δεν εστιάζει όπως οι παραπάνω στους λόγους που ωθούν στην ανάπτυξη των σχέσεων, αλλά στο τι συμβαίνει, αφού αυτές αναπτυχθούν. Στην συγκεκριμένη θεώρηση οι σχέσεις περιγράφονται σε συνάρτηση με τις έννοιες: εύρος και βάθος. Το *εύρος* μιας σχέσης αναφέρεται στον αριθμό θεμάτων για τα οποία μιλάει το ένα άτομο στο άλλο και το *βάθος* μιας σχέσης αναφέρεται στον βαθμό που διεισδύει ο ένας στον εσωτερικό κόσμο του άλλου. Αντίθετα όταν μια σχέση αρχίσει να εμφανίζει σημάδια παρακμής,

το εύρος και το βάθος της, αντιστρέφονται και επαναπροσδιορίζονται με διάφορους τρόπους από τους συντρόφους. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται *από-διείσδυση*.

3.2 Διαπροσωπικός Κύκλος

Η πρώτη γραπτή αναφορά του *διαπροσωπικού κύκλου* έγινε από τους Freedman, Leary, Ossorio & Coffey (1950), ωστόσο ο Timothy Leary (1957), ήταν εκείνος που το επεξεργάστηκε περισσότερο και το προσάρμοσε στον τομέα της προσωπικότητας. Οι διαπροσωπικές σχέσεις αναπαρίστανται γύρω από ένα κύκλο με δυο άξονες. Η *διάσταση της Συσχέτισης* αναπαρίσταται στον οριζόντιο άξονα που εκτείνεται από την «Αγάπη» έως το «Μίσος/ Εχθρότητα», ενώ η *διάσταση του Ελέγχου/Δύναμης* αναπαρίσταται στον κάθετο άξονα που εκτείνεται από την «Κυριαρχία/ Έλεγχο» έως την «Υποτακτικότητα» (Καλαϊτζάκη, 2009).

Τα χαρακτηριστικά που είναι κοντά στην περιφέρεια του κύκλου θεωρούνται περισσότερο όμοια, σε σχέση με εκείνα που βρίσκονται πιο μακριά. Η *αρχή της διπολικότητας*, ορίζει την σχέση των χαρακτηριστικών που βρίσκονται σε αντίθετες μεριές στον κύκλο. Η *αρχή της συμπληρωματικότητας*, ορίζει πως όταν δυο άτομα αλληλεπιδρούν, η συμπεριφορά του ενός επηρεάζει την συμπεριφορά του άλλου, με αποτέλεσμα οι διαπροσωπικές συμπεριφορές του ενός ατόμου να προκαλούν αντιδράσεις του άλλου ατόμου που συνδιαλέγεται μαζί του (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002).

Παρόλο που τα τελευταία 30 χρόνια η θεωρία του Διαπροσωπικού Κύκλου έχει εφαρμοστεί στα διαπροσωπικά προβλήματα, αλλά και στην ψυχοθεραπεία και ψυχοπαθολογία δέχεται κριτική για την ισχυρή δέσμευση στην διπολικότητα και την αδυναμία διάκρισης μεταξύ των αρνητικών και των θετικών τύπων συσχέτισης, ενθαρρύνοντας έτσι την εμφάνιση εναλλακτικών μοντέλων.

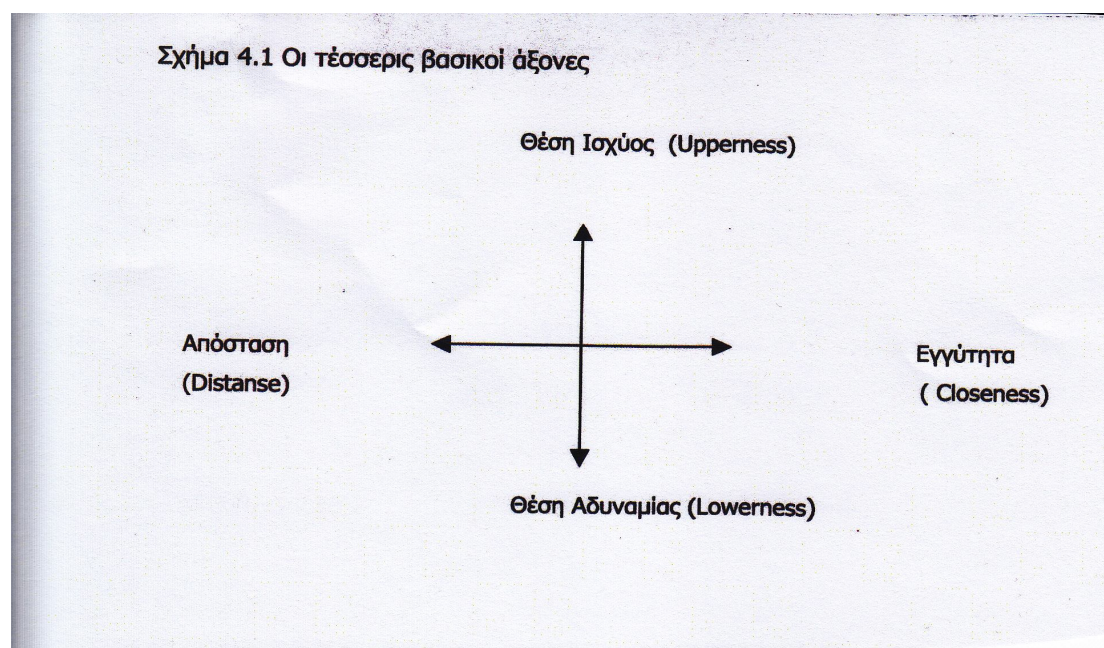
3.3 Η Θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου

3.3.1 Η Θεωρία των Τύπων ή των Μορφών του Σχετίζεσθαι

Η θεωρία των τύπων ή των μορφών του σχετίζεσθαι (Relating Theory), αφορά την διαδικασία δημιουργίας σχέσεων μεταξύ των ατόμων (Birtchnell, 1990, 1993/1996, 1997). Η συμπεριφορά των ανθρώπων καθορίζεται από την προσδοκία τους να επιτύχουν επιθυμητές καταστάσεις του σχετίζεσθαι. Οι καταστάσεις αυτές

είναι κάποιες πλεονεκτικές θέσεις που επιδιώκει να κατακτήσει ο άνθρωπος, κατά την αλληλεπίδραση του με άλλα άτομα.

Ο Birtchnell υποστήριξε, πώς όλες οι ανθρώπινες σχέσεις μπορούν να αναπαρασταθούν στους τέσσερις πόλους δύο κάθετων αξόνων. Ο οριζόντιος άξονας (Άξονας την Εγγύτητας), αφορά την ρύθμιση της συναισθηματικής απόστασης μεταξύ δυο ατόμων, που αναζητούν είτε Εγγύτητα είτε Απόσταση, ενώ ο κάθετος άξονας (Άξονας της Δύναμης), αφορά την άσκηση ελέγχου και εξουσίας από μια Θέση Ισχύος ή την αποδοχή ελέγχου και εξουσίας από μια Θέση Αδυναμίας.



Στον οριζόντιο άξονα η «Εγγύτητα» και η «Απόσταση» είναι αντίθετοι πόλοι, ενώ στον κάθετο άξονα η «Θέση Ισχύος» και η «Θέση Αδυναμίας» είναι συμπληρωματικοί. Συγκεκριμένα, όταν δυο άτομα σχετίζονται από εγγύτητα το ένα και από απόσταση το άλλο, θα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σχέση τους, γιατί το ένα θα επιθυμεί εγγύτητα και το άλλο απόσταση. Ενώ αν σχετίζονται από Θέση Ισχύος και Αδυναμίας, το ένα θα είναι πρόθυμο να φροντίζει και το άλλο να δέχεται την φροντίδα. Η σημαντικότερη αρχή της θεωρίας είναι ότι κανένας τύπος συσχέτισης δεν είναι προτιμότερος από κάποιον άλλο και πως όλες οι θέσεις του Οκταγώνου έχουν πλεονεκτήματα.

Όλες οι παραπάνω καταστάσεις μπορούν να έχουν και θετικές και αρνητικές εκφάνσεις. Με τον όρο *Εγγύτητα*, εννοούμε τόσο τις θετικές σχέσεις όπως την αλληλεπίδραση, την οικειότητα, την φιλία, τον έρωτα, την επικοινωνία, την συνεργασία όσο και τις αρνητικές όπως την αυθάδεια, την υπερπροστασία, τον φόβο

της μοναξιάς και του αποχωρισμού, την επιβολή εγγύτητας, την αγένεια. Με τον όρο *Απόσταση*, εννοούμε τις θετικές σχέσεις όπως τον αποχωρισμό, τα προσωπικά όρια, την άρνηση συμβιβασμού, την αυθεντικότητα, την πρωτοτυπία, την αυτοεκτίμηση, τον αυτοσεβασμό όσο και τις αρνητικές όπως και την απομάκρυνση, την απόσυρση, την περιθωριοποίηση, το μίσος, την καχυποψία, τις δυσκολίες επικοινωνίας (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002· Καλαϊτζάκη, 2009).

Με τον όρο *Ισχύ* εννοούμε τις θετικές σχέσεις, όπως την κοινωνική καταξίωση, την ανάληψη ευθύνης και αρχηγίας, την καθοδήγηση, την βοήθεια και φροντίδα, όσο και τις αρνητικές σχέσεις όπως τον εκμηδενισμό του άλλου, την επιβολή δύναμης, την καταπίεση, την τυραννία, την άσκηση βίας, την κακοποίηση, την προσβολή, την ταπείνωση. Με τον όρο *Αδυναμία* εννοούμε τις θετικές σχέσεις, όπως την ευγνωμοσύνη προς κάποιο πρόσωπο, την υπακοή, την αφοσίωση, την αναζήτηση υποστήριξης και προστασίας, την ασφάλεια, τον σεβασμό, όσο και τις αρνητικές όπως την υποταγή, την υποχώρηση, την παράδοση, την αυτοτιμωρία, την αποφυγή συγκρούσεων και ευθυνών, τον φόβο απόρριψης, την κολακεία (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002· Καλαϊτζάκη).

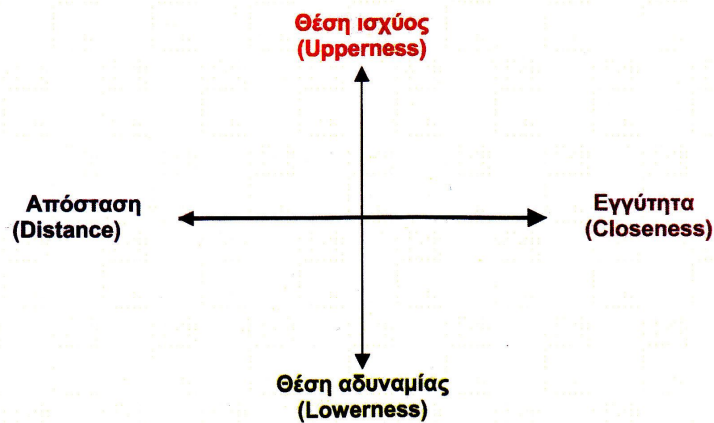
Οι τέσσερις καταστάσεις του σχετιζέσθαι θεωρούνται ως σκοποί και έχουν ως στόχο την παροχή ικανοποίησης και ευχαρίστησης. Ικανοποίηση προσφέρει μια σχέση αλληλεπίδρασης, όταν και τα δύο άτομα που συμμετέχουν σ' αυτή επιτυγχάνουν τους διαπροσωπικούς τους στόχους. Ναι μεν οι άνθρωποι γεννιούνται με μια προδιάθεση προς τις καταστάσεις του σχετιζέσθαι, αλλά στην πορεία της ζωής τους, μέσω της ωρίμανσης, εξασκούνται τόσο, ώστε να έχουν την δυνατότητα να δημιουργήσουν σχέσεις από όλες τις καταστάσεις, όσο και να τις διατηρούν. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που επιθυμούν «Εγγύτητα» έχουν αναπτύξει τις κοινωνικές τους δεξιότητες, ώστε να παρουσιάζονται με τρόπο θελκτικό προς τους άλλους. Αντίθετα ένα άτομο που επιθυμεί «Ισχύ» αναπτύσσει τις δεξιότητες εκείνες που του επιτρέπουν να καθοδηγεί ή ακόμα και να εξουσιάζει τους άλλους (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002· Καλαϊτζάκη, 2009).

3.3.2 Το Διαπροσωπικό Οκτάγωνο

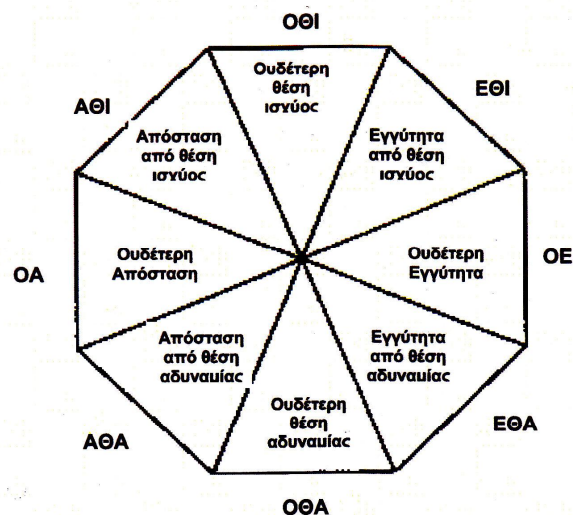
Το Διαπροσωπικό Οκτάγωνο ή Οκτάγωνο των Διαπροσωπικών Σχέσεων δημιουργείται όταν προστεθούν τέσσερις ενδιάμεσοι πόλοι, οι οποίοι προέρχονται από τον συνδυασμό των τεσσάρων βασικών, στο οποίο μπορούν να αναπαρασταθούν

ποσοτικά και ποιοτικά όλες οι διαπροσωπικές σχέσεις. Τα ονόματα των τεσσάρων ενδιάμεσων πόλων προέρχονται από τον συνδυασμό των δύο αξόνων (Εγγύτητα από Θέση Ισχύος – ΕΘΙ, Απόσταση από Θέση Ισχύος – ΑΘΙ, Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας – ΕΘΑ, Απόσταση από Θέση Αδυναμίας – ΑΘΑ). Όταν γίνεται αναφορά σε έναν μόνο άξονα προστίθεται η λέξη «Ουδέτερη» (Ουδέτερη Εγγύτητα – ΟΕ, Ουδέτερη Απόσταση – ΟΑ, Ουδέτερη Θέση Ισχύος – ΟΘΙ, Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας – ΟΘΑ) (Birtchnell et al, 2010).

Σχήμα . Οι δύο άξονες συσχέτισης



Σχήμα Το Οκτάγωνο των Διαπροσωπικών Σχέσεων



Θετική και Αρνητική Συσχέτιση

Οι άνθρωποι ανάλογα με την θέση την οποία βρίσκονται, το είδος της σχέσης, το περιβάλλον, τα κίνητρα μετακινούνται και σχετίζονται από διαφορετικές θέσεις του Διαπροσωπικού Οκταγώνου. Για παράδειγμα, το ίδιο άτομο μπορεί να σχετιστεί με εγγύτητα με τους φίλους του, από θέση αδυναμίας με τον προϊστάμενο του και από θέση ισχύος με το παιδί του.

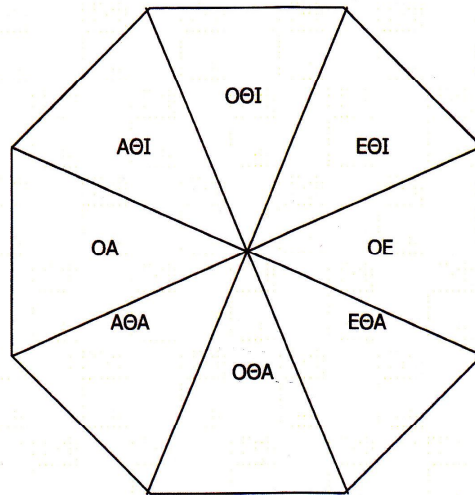
Τα άτομα που νιώθουν άνετα και ασφαλή και δημιουργούν σχέση από όλες τις θέσεις του Οκταγώνου, ονομάζονται ευπροσάρμοστα. Τα άτομα αυτά μπορούν να προσαρμόζουν την συμπεριφορά τους ανάλογα με τις συνθήκες και τις απαιτήσεις της κάθε περίπτωσης. Δυο ευπροσάρμοστα άτομα είναι σχεδόν απίθανο να έχουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Όταν τα παιδιά μεγαλώνουν σε μια οικογένεια που τους καλύπτει όλες τις ανάγκες τους, εξελίσσονται σε ενήλικες που μπορούν να σχετίζονται από όλες τις θέσεις του Οκταγώνου.

Με τον όρο αρνητική συσχέτιση εννοούμε την έλλειψη της ικανότητας αυτής. Άτομα δηλαδή, μη ευπροσάρμοστα που δυσκολεύονται να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους όταν οι συνθήκες το απαιτούν, με μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες. Ένα άτομο για παράδειγμα, που δεν μπορεί να σχετιστεί από θέση αδυναμίας επιδιώκει συνεχώς να μειώνει και να ελέγχει τους άλλους.

Σχήμα . Θέσεις Οκταγώνου

ΟΘΙ: Ουδέτερη Θέση Ισχύος
 ΕΘΙ: Εγγύτητα από Θέση Ισχύος
 ΟΕ: Ουδέτερη Εγγύτητα
 ΕΘΑ: Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας

ΟΘΑ: Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας
 ΑΘΑ: Απόσταση από Θέση Αδυναμίας
 ΟΑ: Ουδέτερη Απόσταση
 ΑΘΙ: Απόσταση από Θέση Ισχύος



Πίνακας . Θετικά και αρνητικά στοιχεία θέσεων του διαπροσωπικού οκταγώνου

Θέση	Θετικές Σχέσεις	Αρνητικές Σχέσεις
Ουδέτερη Εγγύτητα	Θετικά συναισθήματα, ταύτιση, επικοινωνία, έκφραση συναισθημάτων, συντροφικότητα, συνεργασία κ.α.	Ανασφάλεια για τη διάρκεια της σχέσης και την αποδοχή από τον άλλο, "μηχανορραφίες" και χειρισμοί για την διατήρηση της σχέσης, ζήλια, προσπάθεια απομόνωσης του άλλου

Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας	Εγγύτητα, παροχή προστασίας, ασφάλειας και περιθαλψης από τον άλλο, θαυμασμός και εξιδανίκευση του άλλου.	Φόβος εγκατάλειψης, εξάρτηση, χειρισμοί για την πρόκληση οίκτου και τη διατήρηση της σχέσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση
Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας	Αναγνώριση ατομικών αναγκών, ευγνωμοσύνη για τον άλλο	Ανασφάλεια σχετικά με την πιθανότητα εκμετάλλευσης ή απόρριψης από τον άλλο, χειρισμοί για την πρόκληση οίκτου και ενοχής στον άλλο, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτοτιμωρία
Απόσταση από Θέση αδυναμίας	Επιζήτηση σχετικής απόστασης, ταπεινότητα, ικανοποίηση, διατήρηση ταυτότητας, υπακοή σεβασμός	Αίσθημα ευαλωτότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, τυφλή υπακοή, μαζοχισμός – ικανοποίηση από την απόρριψη
Ουδέτερη Απόσταση	Απόλαυση της απομόνωσης, διατήρηση απόστασης, ισχυρά όρια του εγώ, αυτάρκεια, αυτονομία, δημιουργική και πρωτότυπη σκέψη, μη προσπάθεια επιβολής	Μειωμένη ικανότητα δημιουργίας σχέσεων, φόβος εγγύτητας, επιβολή απόστασης στον άλλο, αποφυγή του άλλου, απομόνωση
Απόσταση από Θέση Ισχύος	Διατήρηση ελέγχου, απαίτηση σεβασμού και υπακοής, αυστηρή και δίκαιη αντιμετώπιση του άλλου, ικανότητα λήψης δύσκολων αποφάσεων	Φόβος απώλειας ελέγχου, σκληρή και άτεγκτη συμπεριφορά για τη διατήρηση του ελέγχου, καταπίεση ή απόρριψη του άλλου, βίαιη συμπεριφορά, εκμετάλλευση των αναγκών του άλλου, εκμετάλλευση του άλλου, ναρκισσισμός, σαδισμός
Ουδέτερη Θέση Ισχύος	Ηγετικές ικανότητες, αίσθημα σημαντικότητας μέσω της ανατροφοδότησης του άλλου,	Ανησυχία για τη γνώμη του άλλου, συμπεριφορές εκφοβισμού, αλαζονείας, εξευτελισμού του άλλου, φόβος απώλειας της θέσης, ανάληψη ευθυνών χωρίς τα ανάλογα προσόντα, υπερβολικές φιλοδοξίες
Εγγύτητα από Θέση Ισχύος	Φροντίδα του άλλου, γενναιοδωρία, ευγένεια, υποστήριξη του άλλου, εξιδανίκευση και λατρεία από τον άλλο	Φόβος ανεξαρτητοποίησης του άλλου, κτητικότητα, περιορισμός του άλλου, ζήλια, ναρκισσισμός, βίαιη συμπεριφορά, επιβολή εγγύτητας μέσω της θέσης ισχύος,

Σύμφωνα με τον Birtchnell, όπως αναφέρεται από την Καλαϊτζάκη (2009), οι αρνητικοί τύποι συνοψίζονται σε τρεις:

- Τον *Αποφευκτικό Τύπο*. Το άτομο αποφεύγει τον τύπο εκείνο του σχετίζεσθαι που αισθάνεται ανεπαρκές ή ανίκανο και υιοθετεί τον αντίθετο τύπο. Στον οριζόντιο άξονα η ανικανότητα του ατόμου τον οδηγεί στον αντίθετο πόλο, ενώ στον κάθετο άξονα στον ίδιο πόλο. Για παράδειγμα, το άτομο που φοβάται την μοναξιά προσκολλάται στους άλλους, ενώ το άτομο που δεν μπορεί να βρίσκεται σε Θέση Ισχύος σχετίζεται από την Θέση Αδυναμίας.
- Τον *Απεγνωσμένο Τύπο*. Το άτομο προσπαθεί να επιβάλλει τον τύπο εκείνο που επιθυμεί αδιαφορώντας για τις επιθυμίες και τις ανάγκες των άλλων. Για παράδειγμα, ένα άτομο επιβάλλει εγγύτητα ακόμα και όταν το δεύτερο άτομο που σχετίζεται μαζί του επιθυμεί απόσταση.
- Τον *Ανασφαλή Τύπο*. Το άτομο υιοθετεί έναν τύπο και ασχολείται συνεχώς με την διατήρησή του, καθώς φοβάται υπερβολικά το ενδεχόμενο απώλειας του. Για παράδειγμα, ένα άτομο βρίσκεται σε Θέση Ισχύος και προκειμένου να μην την χάσει υποβαθμίζει συνεχώς τους άλλους.

Τα άτομα έχουν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις που πηγάζουν, όπως λέει ο Birtchnell, όχι μόνο από τον τρόπο που οι ίδιοι σχετίζονται με τους άλλους, αλλά και με τον τρόπο που οι άλλοι σχετίζονται μαζί τους. Έτσι ένα ευπροσάρμοστο άτομο μπορεί να σχετίζεται μ' ένα μη ευπροσάρμοστο, χωρίς να παρουσιάζεται πρόβλημα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ακριβώς γιατί το ευπροσάρμοστο άτομο έχει την δυνατότητα να σχετίζεται από όλες τις θέσεις του Οκταγώνου. Στο τέλος όμως αυτό θα το απογοητεύσει και θα νιώσει ματαιώση.

Όταν δυο μη ευπροσάρμοστα άτομα σχετίζονται η διατήρηση της σχέσης τους είναι δύσκολη, ειδικότερα όταν σχετίζονται από τους αντίθετους πόλους του οριζόντιου άξονα. Για παράδειγμα, εάν το ένα άτομο σχετίζεται με εγγύτητα και το άλλο με απόσταση, οι προσπάθειες του πρώτου να προσεγγίσει το δεύτερο δεν θα έχουν αποτέλεσμα και όσο το δεύτερο άτομο νιώθει πίεση από την εγγύτητα που προσπαθεί το πρώτο να του επιβάλλει, τόσο θα απομακρύνεται. Στην περίπτωση που και τα δύο άτομα δεν επιδιώκουν εγγύτητα δημιουργούν μια σχέση με απόσταση (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002).

Δυσκολίες επίσης παρουσιάζονται στην περίπτωση που δυο μη ευπροσάρμοστα άτομα σχετίζονται από τους ίδιους πόλους του κάθετου άξονα. Για παράδειγμα, όταν και τα δυο σχετίζονται από θέση ισχύος, επιδιώκουν συνεχώς τον έλεγχο και την εξουσία. Αντίθετα, όταν ένα άτομο σχετίζεται από θέση ισχύος και το άλλο από θέση αδυναμίας, ο ένας πάντοτε θα καθοδηγεί και θα φροντίζει και ο άλλος θα ακολουθεί και θα δέχεται την φροντίδα (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002).

3.3.3 Πλεονεκτήματα της Θεωρίας του Διαπροσωπικού Οκταγώνου

Η θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου διαφέρει σε αρκετά σημεία από τη θεωρία του Διαπροσωπικού Κύκλου. Τα βασικά πλεονεκτήματα του Διαπροσωπικού Οκταγώνου, όπως αναφέρονται στους (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002; Kalaitzaki et al, 2009) παραθέτονται παρακάτω:

1. Τα ονόματα των αξόνων και των πόλων του Οκταγώνου είναι γενικά και ουδέτερα και επομένως μπορούν να περιγράψουν όλες τις συμπεριφορές συσχέτισης.
2. Καμία θέση στο Οκτάγωνο δεν είναι προτιμότερη των άλλων. Αντίθετα στον Κύκλο η «αγάπη» αποτελεί τον μοναδικό προσαρμοστικό τύπο συμπεριφοράς και είναι προτιμότερη του μίσους, όπως και η κυριαρχία έναντι της υποταγής.
3. Το άτομο είναι ικανό να σχετίζεται από όλες τις θέσεις του Οκταγώνου. Αντίθετα στον Κύκλο η έννοια της διπολικότητας, δεν επιτρέπει τη δημιουργία σχέσεων από όλες τις θέσεις, καθώς, εάν ένα άτομο σχετίζεται από μια συγκεκριμένη θέση, δεν μπορεί να σχετίζεται από την αντίθετη της.
4. Οι πόλοι του Οκταγώνου αναπαριστούν στόχους συσχέτισης. Δηλαδή υφίσταται η έννοια της ανάγκης ή της ισχυρής επιθυμίας αναζήτησης μιας συγκεκριμένης θέσης, ενώ στον Κύκλο οι πόλοι κατανοούνται ως τρόποι αποφυγής του διαπροσωπικού άγχους.
5. Στο Οκτάγωνο η διάκριση μεταξύ θετικών και αρνητικών τύπων συσχέτισης είναι ποιοτική, καθώς αφορά την ικανότητα ή αδυναμία ενός ατόμου να επιτύχει τους στόχους συσχέτισης του. Στον Διαπροσωπικό Κύκλο οι προσαρμοστικές και δυσπροσαρμοστικές σχέσεις ορίζονται ποσοτικά βάσει της έντασης και της δυσκαμψίας της συμπεριφοράς.
6. Το Οκτάγωνο διακρίνει μεταξύ του «σχετίζομαι» και του αποτελώ «αντικείμενο συσχέτισης από τους άλλους»

Η θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου, σε αντίθεση με τις παραδοσιακές θεωρίες, προσφέρει το πλαίσιο για την ακριβή και αξιόπιστη περιγραφή και αξιολόγηση των φυσιολογικών και διαταραγμένων διαπροσωπικών σχέσεων, τόσο των ατόμων, όσο και μεταξύ του ζευγαριού αλλά και των μελών μια οικογένειας. Τέλος, ενώ η θεωρία του Διαπροσωπικού Κύκλου περιγράφει μόνο τα συμπτώματα, αγνοώντας τη διαπροσωπική διάσταση των ψυχικών διαταραχών, η θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου μεταφράζει τις δυσλειτουργίες και διαταραχές σε όρους διαπροσωπικών σχέσεων που αναπαρίστανται στα οκτώ τμήματα του Οκταγώνου (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002· Καλαϊτζάκη, 2009).

3.3.4 Η Εφαρμογή της Θεωρίας στην Ψυχοθεραπεία

Όπως αναφέρει η Καλαϊτζάκη (2009), η θεραπεία των τύπων του σχετίζεσθαι αποτελεί την εφαρμογή της θεωρίας σε άτομα, ζευγάρια και οικογένειες. Βασική αρχή της κατά τον Birtchnell, είναι ότι οι άνθρωποι αναζητούν θεραπεία, είτε γιατί οι ίδιοι σχετίζονται αρνητικά με τους άλλους, είτε οι άλλοι προς αυτούς.

Ο θεραπευτής επιδιώκει να διαπιστώσει τις ανεπάρκειες του πελάτη του με τους άλλους και τις ανεπάρκειες των άλλων προς τον πελάτη του. Οι στόχοι της θεραπείας είναι πρώτον η αντικατάσταση των αρνητικών τύπων του σχετίζεσθαι του πελάτη του με θετικούς και δεύτερον η προστασία του πελάτη του από τους αρνητικούς τύπους του σχετίζεσθαι των άλλων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα ερωτηματολόγια βασισμένα στην θεωρία, προκειμένου να διαπιστωθεί η έκταση των διαπροσωπικών δυσκολιών.

Η Εφαρμογή στην Ατομική Ψυχοθεραπεία

Όπως αναφέρει η Καλαϊτζάκη (2009), τα άτομα συνήθως δυσκολεύονται να τροποποιήσουν τους αρνητικούς τύπους του σχετίζεσθαι, γιατί έχουν εγκαθιδρυθεί μέσω της επανάληψης. Ο θεραπευτής εάν παρατηρήσει τις αντιδράσεις που έχει ο εξυπηρετούμενος προς αυτόν, μπορεί να αποκτήσει μια πρώτη εικόνα για το πώς σχετίζεται ο πελάτης του προς τους άλλους. Στην συνέχεια μπορεί να διαπιστώσει εάν ο πελάτης του είναι αποδέκτης αρνητικών τύπων του σχετίζεσθαι από οικεία του πρόσωπα. Στην περίπτωση αυτή μπορούν να κληθούν, εάν το θέλουν, και τα πρόσωπα αυτά σε συνεδρίες.

Το πρώτο βήμα είναι ο πελάτης να αναγνωρίσει τους αρνητικούς τύπους του σχετίζεσθαι και τον τρόπο με τον οποίο αποκτήθηκαν. Στην συνέχεια ο θεραπευτής βοηθάει τον πελάτη να αποφασίσει αν επιθυμεί να τροποποιηθούν τα αρνητικά μοντέλα σχέσεων. Το επόμενο βήμα είναι η εκπαίδευση του πελάτη να χρησιμοποιεί τους θετικούς τύπους του σχετίζεσθαι. Προκειμένου ο εξυπηρετούμενος να μάθει θετικούς τύπους, ο θεραπευτής κάνει υποδείξεις και προτάσεις, ενώ και ο ίδιος αποτελεί πρότυπο προς μίμηση. Τέλος, ο πελάτης θα πρέπει να επαναλαμβάνει και να εξασκεί τις νεοαποκτηθείσες ικανότητές του, αλλά και τις νέες στρατηγικές για την προστασία του εαυτού του από τους άλλους, ώστε αυτές να εμπεδωθούν και να ενισχυθούν (Καλαϊτζάκη, 2009).

Κεφάλαιο 4ο

«Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Οργάνωση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Ρόλοι Θεραπευτών»

4.1 Η Ιστορική Εξέλιξη της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες

Η εξελικτική πορεία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα πέρασε από διάφορες φάσεις, μέχρι να κατορθώσει να εδραιωθεί στο κοινωνικοπολιτικό σκηνικό της χώρας και να αποκτήσει την σημερινή της μορφή. Μ' αυτό ακριβώς το χρονικό της σταδιακής ανάπτυξης της ψυχιατρικής, ασχολήθηκαν οι Μαδιανός (1994), Μπιλανάκης (2006) και Φραγκούλη-Σακελλαροπούλου (2008), οι οποίοι και ομαδοποίησαν τα χαρακτηριστικά που εκείνη παρουσίασε, σε τρεις χρονικές περιόδους: στην ιστορική περίοδο (1830-1914), την παραδοσιακή περίοδο (1914-1983) και την μεταβατική ή μεταρρυθμιστική περίοδο (1983-έως και σήμερα).

Αρχικά η *ιστορική περίοδος* σηματοδοτείται από την εκ νέου σύσταση του ελληνικού κράτους, γεγονός που προσέφερε τη δυνατότητα δημιουργίας και οργάνωσης υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης. Παρά την ίδρυση τους ωστόσο, αυτές οι υπηρεσίες υπολειπονταν, καθώς η πολιτεία αδυνατεί να τις στηρίξει, λόγω απουσίας των απαιτούμενων οικονομικών πόρων. Ουσιαστικά όμως το ενδιαφέρον του κράτους για την ψυχική υγεία, ξεκινά δειλά-δειλά να γίνεται αισθητό, περίπου τέσσερις δεκαετίες από την ανασυγκρότηση του, με την κατάθεση του πρώτου σχετικού νόμου, ο οποίος στόχευε στην ίδρυση φρενοκομείου. Μέχρι τότε οι ψυχιατρικά άρρωστοι ήταν αποκλεισμένοι από όλους τους δημόσιους φορείς υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ολόκληρο το φορτίο της φροντίδας τους να το επωμίζεται η οικογένεια τους, η οποία συχνά έδειχνε ανήμπορη στην κάλυψη των αναγκών του ασθενή, λόγω της αμάθειας της στην πολυπλοκότητα αυτών των διαταραχών. Δεν ήταν όμως λίγα, εκείνη την περίοδο και τα περιστατικά ψυχικά ασθενών, οι οποίοι αποδιώχθηκαν ακόμη κι από τις οικογένειες τους κι έτσι είτε περιπλανιόντουσαν ελεύθεροι στους δρόμους των πόλεων και των χωριών τους ή αναζητούσαν φροντίδα

και θεραπεία στις γειτονικές εκκλησίες και τα μοναστήρια (Μαδιανός, 1994· Μπιλανάκης, 2006· Φραγκούλη-Σακελλαροπούλου, 2008).

Στην συνέχεια ακολούθησε η *παραδοσιακή περίοδος*, κατά την οποία το ελληνικό κράτος αναλαμβάνει περισσότερο ενεργό ρόλο, σχετικά με τον τομέα της υγείας που αφορά την ψυχιατρική περίθαλψη, εκδίδοντας το 1934 σχετικό νόμο. Ο νόμος αυτός, απέβλεπε στην ίδρυση μιας σειράς ψυχιατρικών κλινικών, με σκοπό την βελτίωση της κάθε άλλο παρά ενθαρρυντικής εικόνας που παρουσίαζε μέχρι τότε ο χώρος της ψυχιατρικής στη Ελλάδα. Ελάχιστα χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 1950, οι δομές αυτές φτάνουν στο σημείο να ασφυκτιούν από την συνεχή προσέλευση ψυχικά ασθενών, οδηγώντας μ' αυτόν τον τρόπο την κυβέρνηση στο να πάρει μια σειρά αποφάσεων, με απρόσφορο όπως αποδείχτηκε αποτέλεσμα. Γνωστότερη από αυτές τις αποφάσεις της κυβέρνησης, είναι η δημιουργία της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου, όπου συνέρρεε πλήθος ασθενών από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας κι έτσι ήταν θέμα χρόνου να παρουσιαστεί κι εκεί υπερπληρότητα. Παρόλα αυτά, τίποτα από τα παραπάνω δεν λειτούργησε ως ανασταλτικός παράγοντας για την χώρα, ούτως ώστε να την κάνει να χαράξει νέα πολιτική. Συνέχισε επομένως το έργο της, ακολουθώντας την πεπατημένη, με την συνεχή ανοικοδόμηση ψυχιατρικών νοσοκομείων, ενώ στις αρχές του 20ου αιώνα κάνουν δυναμικά την είσοδο τους στην χώρα και οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, γεγονός που δεν έφερε ιδιαίτερες αλλαγές στο ήδη υπάρχον σκηνικό. Την ίδια περίοδο στην Ευρώπη σημάνει εκκίνηση για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν δείχνει να προβληματίζει για μια ακόμη φορά την ελληνική πολιτεία και κατ' επέκταση να επηρεάζει την ελληνική πραγματικότητα (Μαδιανός, 1994· Μπιλανάκης, 2006· Φραγκούλη-Σακελλαροπούλου, 2008).

Γίνεται επομένως αντιληπτό, ότι η ασυλιακού τύπου περίθαλψη, είναι εκείνη που αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος της ελληνικής ψυχιατρικής ιστορίας. Ο πολυδιαδεδομένος όρος του *ασύλου*, είναι εκείνος που υποδήλωνε ουσιαστικά την προστασία των ασθενών με τον μακρόχρονο εγκλεισμό τους στο ψυχιατρείο, επειδή σ' εκείνη τη φάση οι κυρίαρχες απόψεις επί του θέματος, υποστήριζαν ότι η ψυχική διαταραχή ευθύνονταν για την βαθμιαία απουσία της ικανότητας των ασθενών για αυτοεξυπηρέτηση. Συγχρόνως όμως, η διαμονή των ψυχικά αρρώστων εκεί, συνεπάγονταν και με τον κοινωνικό τους αποκλεισμό αλλά και στιγματισμό, έχοντας ως αποτέλεσμα να στερούνται την όποια κοινωνικότητα, τους είχε απομείνει μετά τη χρόνια επίδραση της νόσου και να οδηγούνται στον ιδρυματισμό. Επιπροσθέτως, η

νοσηλεία στο άσυλο αποδεικνύονταν από ανεπαρκής έως ακατάλληλη, καθώς περιοριζόταν αποκλειστικά στην κάλυψη των πρωταρχικών αναγκών των ψυχιατρικά ασθενών, χωρίς την ύπαρξη ουσιαστικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας των διαταραχών τους (Λιάκος, 1995, 2003).

Από τα μέσα της δεκαετίας του '50 ξεκινάει η αμφισβήτηση της ασυλιακής αυτής ψυχιατρικής και γύρω στα τέλη του '70 κορυφώνεται με το αντιψυχιατρικό κίνημα. Το κίνημα αυτό, ήταν υποκινούμενο από μια ολόκληρη γενιά Ελλήνων ψυχιάτρων που σπούδασαν στο εξωτερικό και ενημερώθηκαν για τις αντίστοιχες πολιτικές που ακολουθούνταν εκεί, τις οποίες και οραματίζονταν να εφαρμόσουν στο ελληνικό κράτος. Μ' αυτόν τον τρόπο επιδίωκαν την έξοδο της χώρας, από το τέλμα στο οποίο είχε περιέλθει αναφορικά με τον τομέα της ψυχιατρικής. Οι ίδιοι άνθρωποι πρωταγωνίστησαν και στην επόμενη περίοδο, η οποία αποτέλεσε και την απαρχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για την Ελλάδα (Μπαϊρακτάρης, 1994· Λυκέτσος, 1998). Σε αυτή τη χρονική στιγμή λοιπόν, η ανάγκη αποϊδρυματισμού κρίνεται επιτακτική, καθώς τα αντιθεραπευτικά αποτελέσματα, έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην κατάσταση των ψυχικά ασθενών, φτάνοντας μάλιστα στο σημείο, η συχνότητα τους να αποτελεί πάγιο φαινόμενο. Προτείνεται έτσι από τα αρμόδια όργανα για την επίλυση αυτής της κατάστασης, η διάσπαση των λειτουργιών του ψυχιατρείου και η μετάβαση σε αποκεντρωμένες υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα. Η έναρξη της *μεταρρυθμιστικής περιόδου*, είναι πλέον γεγονός και για την ελληνική πραγματικότητα. Αυτή η περίοδος με τη σειρά της, ξεχωρίζει για δύο σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Αυτές είναι, η ψήφιση του νόμου 1397/83 που καθιερώνει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και θεωρείται ορόσημο για την τωρινή φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης, κάτι που διαφαίνεται μέσα από το άρθρο 21 του νόμου για την ψυχική υγεία (Μπιλανάκης, 2006).

Αμέσως μετά ακολουθεί, η έκδοση του κανονισμού 815/84, ο οποίος ουσιαστικά αφορούσε την θετική απάντηση που έλαβε η χώρα, στο αίτημα της για οικονομική ενίσχυση από την τότε ΕΟΚ. Ο κανονισμός αυτός, όπως υποδηλώνει και η ονομασία του, προέβλεπε και μια σειρά στόχων που έπρεπε να υλοποιηθούν στα πλαίσια της εφαρμογής του. Οι στόχοι αυτοί ήταν η ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, η λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο μορφών περίθαλψης (ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, επαγγελματική εκπαίδευση και κοινωνική ενσωμάτωση των ασθενών στον εξωνοσοκομειακό χώρο), με σκοπό την συρρίκνωση

του ψυχιατρείου και τον αποϊδρυματισμό των ασθενών, με όρους κοινωνικής ψυχιατρικής (αυτός ο τομέας της ψυχιατρικής ασχολείται με τους κοινωνικούς παράγοντες και τον τρόπο που αυτοί επιδρούν στα αίτια και την εξέλιξη της ψυχικής διαταραχής) και κοινοτικής ψυχιατρικής (η οποία αποτελεί την πρακτική εφαρμογή της προηγούμενης) (Μαδιανός, 1998· Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2000). Επίσης μεταξύ των στόχων που προέβλεπε ο μεταρρυθμιστικός χαρακτήρας του κανονισμού ήταν η εξεύρεση και σωστή κατανομή των πόρων, η πληθυσμιακή και γεωγραφική διαίρεση της χώρας, με στόχο τον σχεδιασμό κατάλληλου συστήματος παροχής υπηρεσιών (τομεοποίηση), η μετεκπαίδευση του προσωπικού μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα και υποτροφίες στο εξωτερικό, έτσι ώστε αυτό να προσαρμοστεί στα νέα πρότυπα φροντίδας και ιδίως στη στελέχωση μονάδων υψηλής εξειδίκευσης (Σακελλαρόπουλος, 2003). Τέλος, οι στόχοι ολοκληρώνονται με αυτόν που αφορά την Αγωγή της Κοινότητας και ο οποίος επικεντρώνεται στην αλλαγή της στάσης του πληθυσμού απέναντι στην ψυχική νόσο. Στο σύνολο τους, οι παραπάνω στόχοι του κανονισμού 815/84, επαναπροσδιορίστηκαν αρκετές φορές τόσο ποιοτικά, όσο και ποσοτικά, με βάση τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας που εξυπηρετούσε κάθε φορά η μεταρρύθμιση (Φραγκούλη-Σακελλαροπούλου, 2008).

Ωστόσο στο τέλος της προβλεπόμενης πενταετίας, τα προγράμματα του κανονισμού 815/84 δεν υλοποιήθηκαν επαρκώς, με αποτέλεσμα να δοθεί παράταση στο ελληνικό κράτος από την ΕΟΚ. Προϋπόθεση εντούτοις γι' αυτή την παράταση, ήταν η παρουσία εμπειρογνομόνων στη χώρα από την Κοινότητα, για την αξιολόγηση και τον έλεγχο της πορείας των προγραμμάτων και δράσεων στο εξής. Λίγο αργότερα το 1990, προκλήθηκε αναστάτωση σε διεθνές επίπεδο, λόγω των άθλιων συνθηκών περίθαλψης που επικρατούσαν στο Ψυχιατρείο της Λέρου, γεγονός που οδηγεί την ελληνική κυβέρνηση να υποβάλλει δύο προτεινόμενες δράσεις προς την Κοινότητα για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Αυτή η πρωτοβουλία της κυβέρνησης, της εξασφαλίζει παράλληλα και νέα παράταση των προγραμμάτων του κανονισμού 815/84 (Μπιλανάκης, 2006).

Συμπερασματικά αξίζει να σημειωθεί, ότι δεκαπέντε χρόνια μετά την έγκριση του «5ετούς» προγράμματος ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δηλαδή μέχρι το τέλος του 1999, αξιόλογη πρόοδος σημειώθηκε στους τομείς της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αποκέντρωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συγχρόνως το ίδιο διάστημα, υπήρξε σημαντική μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας, αλλά και μείωση της εισαγωγής νέων περιστατικών στα ψυχιατρεία της

χώρας. Είναι γενικά αποδεκτό λοιπόν ότι, παρά τις διαδοχικές δυσκολίες, ο κανονισμός 815/84 συντέλεσε αποφασιστικά στην διαρρύθμιση του χώρου της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (Μαδιανός, 2005).

4.1.1 Μοντέλα υπέρβασης του άσυλου

Από την εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων που αποσκοπούσαν στην αντικατάσταση του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο, προέκυψαν ορισμένες γενικές μορφές αλλαγής του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας. Σύμφωνα με τον Μπαϊρακτάρη (1994), διακρίνονται τρία μοντέλα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Πρώτον το μοντέλο της «αποϊδρυματοποίησης», το οποίο ουσιαστικά σηματοδοτεί τη διαδικασία εξόδου των χρόνιων ασθενών από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, μετά από κατάλληλη προετοιμασία και την ένταξή τους στη κοινότητα. Το μοντέλο αυτό προϋποθέτει μία ριζοσπαστικού τύπου αλλαγή στον τρόπο σκέψης, αναφορικά με το νόημα της ψυχικής ασθένειας, την δομή των θεσμών που τη ρυθμίζουν και τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Απαραίτητες συνθήκες εντούτοις για την επίτευξη των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης χρόνιων ψυχωσικών ασθενών είναι η ορθή επιλογή των ασθενών που θα μετέχουν σ' αυτά, αλλά και η λειτουργία ενός δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής και ψυχιατρικής μέριμνας στη κοινότητα (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Δεύτερον ακολουθεί το μοντέλο της «απονοσοκομειοποίησης», το οποίο και αντιπροσωπεύει τον κατ' ουσίαν περιορισμό του ρόλου των μεγάλων ψυχιατρικών κλινικών, μέχρι και την διακοπή της λειτουργίας τους σε ορισμένες περιπτώσεις, με ταυτόχρονη ενίσχυση των υπηρεσιών του ιδιωτικού (κερδοσκοπικού και μη) ψυχιατρικού τομέα. Αυτό το μοντέλο βασίζεται στην απομάκρυνση από το υπάρχον σύστημα, αλλά και σε μια πολιτική από μέρους του κράτους, η οποία και στοχεύει στη μείωση των δημοσίων δαπανών. Οι κοινοτικές δομές που οργανώνονται καλούνται να λειτουργήσουν παράλληλα, αφενός με το ιδιωτικό τομέα που αναπτύσσεται, και αφετέρου με μια σειρά από φιλανθρωπικά και προνοιακά ιδρύματα. Το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων ωστόσο, οδηγεί πολλούς από τους πρώην τροφίμους, σ' ένα άλλου είδους κοινωνικό περιθώριο αυτή τη φορά, το οποίο παίρνει τη μορφή της ανεργίας και της αδυναμίας κάλυψης των πρωταρχικών τους αναγκών. Αυτή η νέα τάξη πραγμάτων οδηγεί στη δημιουργία προνοιακών υπηρεσιών νεοϊδρυματικού χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες αυτές

χαρακτηρίζονται από συνεχείς εναλλαγές θέσεων μεταξύ των διαφορετικών θεσμών και των ιδρυμάτων φροντίδας και κατ' επέκταση οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση των εκάστοτε περιστατικών χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια (Μπαϊρακτάρης, 1994).

Τρίτον, υπάρχει το «μεικτό μοντέλο», το οποίο και αποτελεί ένα συνδυασμό των δύο προηγούμενων. Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, οι περισσότερες μεταρρυθμιστικές πολιτικές που ακολουθήθηκαν στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης ιδίως στις δυτικές χώρες, βασίστηκαν στη συνύπαρξη της κοινοτικής ψυχιατρικής με το παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι νέες αυτές δομές έχουν διπλό ρόλο, αφενός την εισαγωγή του ατόμου στο ψυχιατρείο και αφετέρου την επιστροφή του στους φυσικούς χώρους διαβίωσης. Αυτές δηλαδή, οι εναλλακτικές δομές δεν αντιτάσσονται το ψυχιατρείο, αλλά το συμπληρώνουν, το υποκαθιστούν σε ορισμένες περιπτώσεις, χωρίς όμως να το αντικαθιστούν. Η κατεύθυνση που ακολουθεί το «μεικτό» μοντέλο για την θεραπεία δεν στηρίζεται στον εγκλεισμό και στη διαχείριση του ασθενή, όπως συνέβαινε παλαιότερα με το ασυλικού τύπου μοντέλο. Τέλος, αναφορικά με την μεταξύ τους συνύπαρξη (ψυχιατρείο-κοινοτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης) παρατηρείται μία ταχεία εξάπλωση νέων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, σε συνδυασμό πάντα με τις προϋπάρχουσες σωματικές θεραπείες και ιδιαίτερα με τη φαρμακοθεραπεία (Μπαϊρακτάρης, 1994).

4.1.2 Δεύτερη Μεταρρυθμιστική Περίοδος: Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχαργός

Η «δεύτερη μεταρρυθμιστική περίοδος» διακρίνεται από την ψήφιση του νόμου 2716/99, ο οποίος και στόχευε στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας της χώρας. Σκοπός του συγκεκριμένου νόμου ήταν να καλύψει και θεσμικά τις αλλαγές που είχαν συντελεστεί από την πρώτη περίοδο, προσδίδοντας συγχρόνως τη δυνατότητα διεύρυνσης της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Έτσι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση τα τελευταία χρόνια αναφέρεται συνολικά στις παρεμβάσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Παρεμβάσεις, οι οποίες δεν εμποδίζουν το άτομο από το να παραμείνει ενεργός πολίτης μέσα στο περιβάλλον όπου ζει και κινείται, με αυτονομία, οικονομική δράση, κοινωνική ενσωμάτωση. Για να εξασφαλιστεί ωστόσο η εφαρμογή αυτών των ολιστικών παρεμβάσεων, η χώρα χρειάστηκε να διαιρεθεί σε

Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου ο κάθε νομός της αποτελεί κι έναν Τομέα, με τις κατά τόπους σαφώς προσαρμογές (Μπιλανάκης, 2006).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση λοιπόν συνεχίστηκε στη χώρα με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο και εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός», η οποία και εμπεριέχει την ποιητική διάσταση της ψυχικής νόσου, παράλληλα με τη μετάβαση που απαιτείται, από το χώρο του ασύλου προς το χώρο της κοινότητας (Μαυρατζώτου, 2003β).

Η Α' φάση υλοποίησης του Προγράμματος (2000-2001) εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας», ως ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα. Η φάση αυτή εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και περιελάμβανε ολοκληρωμένες παρεμβάσεις αποασυλοποίησης ασθενών απ' όλα τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Μαδιανός, 2005).

Η Β' φάση του Προγράμματος «Ψυχαργός» αναφέρεται στην περίοδο 2000 - 2006 και συμπίπτει με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία - Πρόνοια» του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, αφορά δε στην ανάπτυξη υποδομών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα. Με τις δομές αυτές εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Σε αυτή τη φάση ο επίσημος στόχος του προγράμματος εστιάζει στο κλείσιμο πέντε ψυχιατρικών νοσοκομειακών μονάδων, οι οποίες και προβλέπεται να αντικατασταθούν από ολοκληρωμένα δίκτυα ψυχιατρικών δομών κοινοτικού τύπου. Έπειτα από σχετική αναθεώρηση της Β' φάσης του προγράμματος το 2006, μετατέθηκε για το 2015 η οριστική διακοπή της λειτουργίας του συνόλου των ψυχιατρικών της χώρας, με την μορφή που παρουσιάζουν μέχρι και σήμερα ως μονάδες δηλαδή μακράς νοσηλείας. Τέλος, μετά το 2015, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία διαβλέπεται να λειτουργήσουν αποκλειστικά ως μονάδες οξέων περιστατικών και βραχείας νοσηλείας, δηλαδή ως «κέντρα παρέμβασης στην κρίση» και ως «ξενώνες βραχείας νοσηλείας» (Μαυρατζώτου, 2003β).

4.2 Το Σύστημα Ψυχικής Υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του κοινωνικού συστήματος, αλλά με την σειρά του εμπεριέχει ως υποσύστημα, το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Με την σειρά του το σύστημα ψυχικής υγείας περιλαμβάνει τις επιμέρους υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες οργανώνονται σε τρεις πυλώνες υπηρεσιών:

A) *Στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που είναι ενσωματωμένες στο γενικό σύστημα υγείας.* Σε αυτές εντάσσεται η πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία επικεντρώνεται σε θέματα προαγωγής της υγείας, καθώς και έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης. Παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών είναι, οι κατ' οίκον επισκέψεις, η εκπόνηση προγραμμάτων αναφερόμενα στην ψυχική υγεία στα σχολεία, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία, όπως οι ψυχιατρικές κλίνες σε παθολογικές κλινικές και τα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία (Μπιλανάκης, 2006).

B) *Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας,* οι οποίες διακρίνονται σε θεσμοθετημένες και άτυπες. Οι *θεσμοθετημένες* αποτελούνται από ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, όπως τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα κέντρα ημέρας, τα εξωτερικά ιατρεία, τα προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης, τις κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, τους ξενώνες, τα εποπτευόμενα ή όχι διαμερίσματα και τις τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας. Υπάρχει υψηλός βαθμός ικανοποίησης από αυτές τις υπηρεσίες και αυτό συνδέεται με την εύκολη προσβασιμότητα, τον ελάχιστο στιγματισμό και την μειωμένη πιθανότητα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ασθενών (Μπιλανάκης, 2006).

Οι *άτυπες* υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες παρέχονται από μέλη της κοινότητας που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, π.χ. οικογένεια, γείτονες, ομάδες αυτοβοήθειας, οργανώσεις συνηγορίας², οργανώσεις που παρέχουν επιμόρφωση σε γονείς και νέους για θέματα ψυχικής υγείας (αγωγή κοινότητας).

Ο *χώρος των κοινωνικών παροχών* είναι ίσως ο κυριότερος τομέας της αύξησης κρατικών παρεμβάσεων από την αρχή του αιώνα. Στόχος δεν είναι μόνο το άτομο ή η οικογένεια, αλλά και η κοινότητα, ως μονάδα που οργανώνει και κατανέμει κοινωνικές παροχές. Σκοπός δεν είναι μόνο η επίλυση, αλλά και η πρόληψη

² Στις οργανώσεις συνηγορίας, αρχικά συμμετείχαν άτομα που ήταν χρήστες κάποιων υπηρεσιών π.χ ψυχικής υγείας και άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Στην συνέχεια συμμετείχαν και ειδικοί, προκειμένου να δράσουν υποστηρικτικά προς αυτά τα άτομα και τις ανάγκες τους. Σκοπός τους ήταν, να μειώσουν το στίγμα και να βελτιωθούν οι υπηρεσίες που προσφέρονταν. Προς αυτή την κατεύθυνση οι ειδικοί βασίστηκαν στις απόψεις και ανάγκες των ίδιων των χρηστών.

προβλημάτων σε πλαίσιο ανάπτυξης της κοινότητας ως χώρου στον οποίο αναπτύσσονται άτομα και δημιουργούνται προβλήματα (Ιατρίδης, 2004) .

Σήμερα οι ειδικοί του σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής από διάφορες ειδικότητες όπως κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, πολιτικοί επιστήμονες, ιατροί, έχουν δραστηριοποιηθεί στο χώρο των κοινωνικών παροχών. Οι κοινωνικές παροχές παρέχονται κατ' εξοχήν μέσω κοινοτήτων και συνεπώς ο σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής επεκτείνεται και στην οργάνωση και ανάπτυξη της κοινότητας. Η κοινότητα δεν παρέχει μόνο κοινωνικές παροχές, αλλά και αναπτύσσεται μέσω των κοινωνικών παροχών. Έτσι η κοινοτική ανάπτυξη και οργάνωση κοινωνικών παροχών είναι στοιχεία αλληλένδετα (Ιατρίδης, 2004) .

Γ) *Ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας*, δηλαδή τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία μακρόχρονης φροντίδας και φύλαξης και οι εξειδικευμένες ιδρυματικές υπηρεσίες, οι οποίες καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες. Για παράδειγμα, μονάδες θεραπείας ψυχιατρικών περιστατικών μέσης και υψηλής ασφάλειας. Οι ιδρυματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι τριτοβάθμιας περίθαλψης και αντίθετα με τις κοινοτικές υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από την μειωμένη προσβασιμότητα, είναι δαπανηρές και η χρήση τους οδηγεί σε στιγματισμό (Μπιλανάκης, 2006).

4.3 Ψυχιατρικές Υπηρεσίες

Παρακάτω θα αναφερθούν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες που υπάρχουν στη χώρα, εκθέτοντας συγχρόνως τους στόχους τους και τον τρόπο λειτουργίας τους.

4.3.1 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο αποτελεί το βασικό άξονα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς μπορούν να εισέλθουν σε αυτό είτε με την θέληση τους, είτε έπειτα από εισαγγελική παρέμβαση. Το χρονικό διάστημα παραμονής του ασθενή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως την φύση της διαταραχής, το βαθμό επικινδυνότητάς του, τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους, την ύπαρξη ικανού οικογενειακού περιβάλλοντος και των κοινοτικών δομών που υπάρχουν.

Η αποκοπή του ασθενή πρωτίστως από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η ιδρυματοποίησή του, το στίγμα για τον ίδιο και την οικογένειά του, η μη ύπαρξη δραστηριοτήτων μέσα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, η απουσία ερεθισμάτων και οι κακές πολλές φορές συνθήκες διαβίωσης ήταν τα αρνητικά

εκείνα στοιχεία που έκαναν αφενός απαραίτητη την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και αφετέρου που οδήγησαν στην ανάπτυξη των κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας με στόχο την παραμονή του ασθενή, όσο το δυνατόν περισσότερο, μέσα ή κοντά στο οικείο για αυτόν περιβάλλον του.

4.3.2 Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου

Ο ψυχιατρικός τομέας του γενικού νοσοκομείου αναπτύχθηκε και λειτούργησε στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και συνδέεται με την προσπάθεια μείωσης των ψυχιατρικών κλινών στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Ο τομέας αυτός κατά κύριο λόγο, δύναται να καλύψει όλες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, εκτός της μακροχρόνιας νοσηλείας. Η δημιουργία των ψυχιατρικών τομέων σε γενικά νοσοκομεία συμβάλει στην αποκέντρωση, την ευκολότερη πρόσβαση στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και την μείωση του στίγματος για τον ασθενή και την οικογένεια του.

Το Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου είναι ένα σύνολο ψυχιατρικών υπηρεσιών νοσηλείας (ανάλογο κλινικών όπως η παθολογική, η χειρουργική, κλπ.) που σκοπό έχει την παροχή ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε όσους την έχουν ανάγκη, καθώς και την οργάνωση της μετανοσοκομειακής φροντίδας, σε συνεργασία με τις λοιπές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (www.mazi.org.gr).

Το Ψυχιατρικό Τμήμα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (www.mazi.org.gr):

- Εξυπηρετεί τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής, ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, και αποτελεί μέρος του τοπικού δικτύου μονάδων ψυχικής υγείας
- Έχει συγκεκριμένη δυναμικότητα κλινών
- Εξυπηρετεί τις ανάγκες για εκούσια και ακούσια νοσηλεία
- Συνεργάζεται με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου σε διαγνωστικά, θεραπευτικά, εκπαιδευτικά και ερευνητικά ζητήματα
- Έχει στενή συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες ψυχικής υγείας της περιοχής

Για την παροχή των υπηρεσιών το Ψυχιατρικό Τμήμα μπορεί να είναι οργανωμένο σε επιμέρους μονάδες οι συνηθέστερες των οποίων είναι (www.mazi.org.gr):

- ✓ Μονάδα Βραχείας ή και Μέσης Νοσηλείας
- ✓ Μονάδα Νοσηλείας Οξέων Περιστατικών

- ✓ Εξωτερικά Ιατρεία
- ✓ Μετανοσοκομειακός Ξενώνας Βραχείας Παραμονής

4.3.3 Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Στους Στυλιανίδης και Χονδρός (2008), αναφέρονται οι παρακάτω ορισμοί για τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας:

A) η κοινοτικά προσανατολισμένη υπηρεσία ψυχικής υγείας, παρέχει ένα πλήρες φάσμα αποτελεσματικής φροντίδας ψυχικής υγείας σ' έναν καθορισμένο πληθυσμό και επικεντρώνεται στη θεραπεία και την βοήθεια ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ανάλογα με το βαθμό οδύνης και δυσκολίας τους, σε συνεργασία με άλλους τοπικούς φορείς.

B) οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι το δίκτυο των υπηρεσιών που παρέχουν συνεχή θεραπεία, στέγαση, απασχόληση και κοινωνική στήριξη, ενισχύοντας τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας να ξανακερδίσουν τους συνηθισμένους κοινωνικούς τους ρόλους.

4.3.4 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής

Τα πρώτα κέντρα ψυχικής υγιεινής εμφανίστηκαν στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1960, εξαιτίας του ότι έπρεπε να δοθεί ένα τέλος στην ανάπτυξη των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Αντιπροτάθηκε έτσι η δημιουργία ευέλικτων υπηρεσιών για τους ψυχικά ασθενείς στην κοινότητα, οι οποίες θα διαταράσσουν στο ελάχιστο δυνατό τις κοινωνικές τους σχέσεις. Στην Ελλάδα, το πρώτο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, με συγκεκριμένο τομέα ευθύνης τους Δήμους Βύρωνα και Καισαριανής, ιδρύθηκε το 1979, από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Οικονόμου, 2003).

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι ο θεσμός εκείνος, μέσα από τον οποίο έγινε πράξη η αποκέντρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Μέσα από την αποκέντρωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί η άμεση παρέμβαση στο άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια περίθαλψη) ή να διατηρηθεί η λειτουργικότητα ενός χρόνιου ψυχικά αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η παραμονή του και η αποδοχή του από την κοινότητα (τριτοβάθμια περίθαλψη). Επίσης υπάρχει η δυνατότητα για την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων που προάγουν την

ψυχική υγεία των κατοίκων μια συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής (Χριστοδούλου και συν, 2006· Πλουμπίδης, 2000).

Ένα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής συνήθως, περιλαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών όπως, κλινική άμεσης προσπέλασης και επανεξετάσεων, τμήμα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπειών, μονάδα ημερήσιας περίθαλψης, παιδοψυχιατρική υπηρεσία και σε μερικές περιπτώσεις διαθέτει ένα μικρό αριθμό κρεβατιών (Χριστοδούλου και συν, 2006).

Οι υπηρεσίες αυτές, περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων με την χρήση ψυχοφαρμάκων, ψυχοθεραπειών, ομαδικών κοινωνιοθεραπειών και εργοθεραπευτικών δραστηριοτήτων. Ένα Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής περιλαμβάνει επίσης σύστημα παρακολούθησης χρόνιων ψυχικά αρρώστων ή ατόμων υψηλού κινδύνου (Χριστοδούλου και συν, 2006).

Όπως αναφέρεται από τον Οικονόμου (2003), οι βασικοί στόχοι του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής είναι:

- Να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τους κατοίκους της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγιεινής (πρωτοβάθμια πρόληψη)
- Να προσφέρει ψυχιατρικές υπηρεσίες σε άτομα που νοσούν ή ζητούν συμβουλευτική παρέμβαση (δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη)
- Να εξασφαλίσει την παραμονή ατόμων υψηλού κινδύνου στην κοινότητα, μέσα από την πρόληψη της υποτροπής και της νοσηλείας, καθώς και μέσα από την ενίσχυση του ατόμου στην κοινωνική του ζωή (τριτοβάθμια πρόληψη)

Τα βασικά προβλήματα τώρα στη λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής είναι (Χριστοδούλου και συν, 2006):

- Ο συντονισμός μέσα στο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Η συμμετοχής της κοινότητας στην λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής
- Η ισορροπία ανάμεσα στις ψυχιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες πρόνοιας
- Η αξιολόγηση του πολυδιάστατου έργου του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής

Η κλινική εργασία στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής γίνεται από την ομάδα ψυχικής υγείας στην οποία συμμετέχουν ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και άλλοι ειδικοί θεραπευτές. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα ενήλικα άτομα που ζητούν βοήθεια νοσούν από

αγχώδεις ή συναισθηματικές διαταραχές, ενώ οι σχιζοφρενικές διαταραχές μπορεί να αποτελούν το 15-18% του συνόλου (Χριστοδούλου και συν, 2006).

Τέλος, στον παρακάτω πίνακα θα παρουσιαστεί μια σύγκριση στην λειτουργία του ψυχιατρείου, των εξωτερικών ιατρείων και του κέντρου ψυχικής υγιεινής.

	Ψυχιατρείο	Εξωτερικά ιατρεία	Κ.Ψ.Υ
<u>Δομή</u>	Πυραμίδα	Πυραμίδα	Λειτουργία με αποκεντρωμένες διαδικασίες
<u>Πρόληψη</u>	Δευτεροβάθμια	Συνήθως δευτεροβάθμια	Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια
<u>Ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές δραστηριότητες</u>	Ελάχιστες ή ανύπαρκτες	Περιορισμένες	Αρκετές και ταχύρρυθμες
<u>Χειρισμοί στην αποκατάσταση</u>	Περιορισμένοι	Αδύνατοι	Αρκετοί
<u>Δημιουργία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος</u>	Αδύνατοι	Περιορισμένοι έως αδύνατοι	Δυνατοί με ευρύ φάσμα εναλλακτικών επιλογών
<u>Κίνδυνος στίγματος</u>	Πολύ πιθανώς	Κανένας	Κανένας
<u>Κίνδυνος ιδρυματισμού</u>	Πολύ πιθανώς	Κανένας	Κανένας
<u>Κίνδυνος υποτροπών</u>	Πολύ πιθανώς	Μικρός έως πιθανώς	Ελάχιστος

4.3.5 Υπηρεσίες που Αφορούν την Εκπαίδευση

Εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης.

Απευθύνονται σε άτομα με χρόνια και σοβαρή διαταραχή, που έχουν την δυνατότητα για εκπαίδευση. Τα άτομα εξοικειώνονται με μια ποικιλία

επαγγελματικών αντικειμένων και δραστηριοτήτων και προετοιμάζονται για επαγγελματική εκπαίδευση. Στόχος είναι, η ανάπτυξη υπευθυνότητας και πρωτοβουλίας, η ανάπτυξη της συνεργασίας, η ανάπτυξη των λεπτών κινητικών δεξιοτήτων και της ικανότητας στο χειρισμό εργαλείων και υλικών, καθώς και η επαγγελματική εκπαίδευση ή προστατευμένη εργασία (Οικονόμου, 2003).

Εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης ή κατάρτισης

Παρέχουν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης σε επαγγελματικά αντικείμενα που έχουν αντίκρισμα στην αγορά εργασίας και δίνουν δυνατότητες απασχόλησης, μετά το τέλος της εκπαίδευσης. Βασικός στόχος είναι, η εκμάθηση επαγγελματικού αντικειμένου, η οργάνωση εργασιακών δραστηριοτήτων και η ανάπτυξη θετικής στάσης απέναντι στην εργασία (Οικονόμου, 2003).

Προστατευμένα παραγωγικά εργαστήρια

Παρέχουν την δυνατότητα εργασίας σε ένα ευέλικτο και υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον. Οι στόχοι των προστατευμένων παραγωγικών εργαστηρίων είναι, η ανάπτυξη εργασιακών δεξιοτήτων και εργασιακής συμπεριφοράς. Καταβάλλεται προσπάθεια, ώστε τα παραγόμενα προϊόντα να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της αγοράς και από την πώληση τους να διασφαλίζεται η αμοιβή των συμμετεχόντων (Οικονόμου, 2003).

4.3.6 Υπηρεσίες που Αφορούν την Στέγαση των Ασθενών

Οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται σε τρεις κυρίως κατηγορίες χρόνιων ασθενών: στους ασθενείς εκείνους που για μεγάλα χρονικά διαστήματα ζούσαν μέσα στο ψυχιατρείο και που μέσα στα πλαίσια του κινήματος του αποϊδρυματισμού εξέρχονται στην κοινότητα, στους ασθενείς που δεν έχουν οικογένεια και δεν μπορούν να ζήσουν αυτόνομα και στους ασθενείς που έχουν μεν οικογένεια, αλλά η οικογενειακή ατμόσφαιρα είναι διαταραγμένη και παίζει αρνητικό ρόλο στην πορεία της ασθένειας και συμβάλλει στην υποτροπή της νόσου (Οικονόμου, 2003).

Ο βασικός στόχος αυτών των υπηρεσιών, είναι η κάλυψη των στεγαστικών αναγκών και η υποκατάσταση του οικογενειακού πλαισίου. Σε αυτές τις υπηρεσίες περιλαμβάνονται:

Ξενώνες

Οι ξενώνες είναι μεταβατικές στεγαστικές λύσεις για φιλοξενία 10-15 ασθενών περίπου, για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο από ένα έτος. Οι ασθενείς προετοιμάζονται για να μετακομίσουν σε μια δομή πιο αυτόνομης διαβίωσης, εφόσον το μπορούν ή σε μια προστατευμένη δομή μακροχρόνιας παραμονής. Οι ξενώνες διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες, τις διαγνωστικές κατηγορίες και τις ανάγκες των ασθενών για φύλαξη και εποπτεία. Έτσι υπάρχουν ξενώνες υψίστης ασφαλείας, με μεγάλο αριθμό προσωπικού σε 24ωρη βάση και ξενώνες χαμηλότερης εποπτείας (Οικονόμου, 2003).

Οικοτροφεία

Είναι μονάδες προστατευμένης στέγασης σε μακρόχρονη βάση για χρόνιους ψυχικά ασθενείς που δεν έχουν δυνατότητες ανεξάρτητης διαβίωσης στην κοινότητα. Οι ένοικοι δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τους 25 ενώ γίνεται προσπάθεια να συμμετέχουν και στη λειτουργία του οικοτροφείου αλλά και σε εξόδους και δραστηριότητες εκτός οικοτροφείου, στην κοινότητα (Οικονόμου, 2003).

Προστατευμένα διαμερίσματα

Πρόκειται για διαμερίσματα που ζουν 2-4 ασθενείς, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα για περισσότερο αυτόνομη διαβίωση. Οι ίδιοι αναλαμβάνουν τη λειτουργία του διαμερίσματος, με βοήθεια ανά διήμερο ή τριήμερο έως μια φορά την εβδομάδα, από νοσηλευτές ή κοινωνικούς λειτουργούς (Οικονόμου, 2003).

Ανάδοχες ή θετές οικογένειες

Πρόκειται για έναν θεσμό που στοχεύει στην αναπλήρωση της πραγματικής οικογένειας, ενώ συγχρόνως το κράτος βοηθά οικονομικά για την κάλυψη των εξόδων διαβίωσης του ασθενούς (Οικονόμου, 2003).

4.3.7 Υπηρεσίες που Αφορούν την Κοινωνική Ένταξη των Ασθενών

Οι υπηρεσίες αυτές στοχεύουν στην κοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, στη δημιουργική τους απασχόληση, την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους και στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.

Κοινωνική Λέσχη

Η κοινωνική λέσχη έχει ως στόχο, την μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και την κοινωνικοποίηση - επανένταξη των μελών στην κοινότητα. Οι ασθενείς κινητοποιούνται μέσα από διάφορες δραστηριότητες με ψυχαγωγικό και θεραπευτικό περιεχόμενο (θεραπεία με την ζωγραφική, τη μουσική ή το χορό, ομαδικές συζητήσεις). Οι δραστηριότητες πραγματοποιούνται όχι μόνο μέσα στη λέσχη, αλλά και έξω στην κοινότητα (Οικονόμου, 2003).

Κέντρα Ημέρας

Τα κέντρα ημέρας λειτουργούν μακριά από το νοσοκομείο και βοηθούν τους ψυχικά ασθενείς, μέσα από την οργάνωση δραστηριοτήτων να αποκτήσουν τις ικανότητες εκείνες και να αναπτύξουν δεξιότητες που θα τους βοηθούν να ανταποκρίνονται στις καθημερινές τους ανάγκες. Επίσης οι ασθενείς στα κέντρα ημέρας, προετοιμάζονται για συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης ή σε άλλα προγράμματα που οργανώνονται από φορείς της κοινότητας (Οικονόμου, 2003).

Τα κέντρα ημέρας δίνουν έμφαση στη βελτίωση της λειτουργικότητας του χρόνιου ασθενούς και στην ομαλοποίηση της ζωής του μέσα στην κοινότητα, έτσι ώστε να μπορεί να ζει με τρόπο κατά το δυνατόν όμοιο με εκείνον που ζουν όλοι οι άνθρωποι. Στη χώρα μας τα κέντρα ημέρας είναι συνήθως ενσωματωμένα στη λειτουργία των κέντρων ψυχικής υγείας και των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Οικονόμου, 2003).

4.3.8 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

Μια κινητή μονάδα ψυχικής υγείας (ΚΜΨΥ) σύμφωνα με το Νόμο 2716/99, παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, με τη χρήση ελάχιστης ίδιας

υποδομής και τη μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας παρέχει υπηρεσίες α) σε τομείς ψυχικής υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και β) σε τομείς ψυχικής υγείας, όπου δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η λειτουργία της βασίζεται στις αρχές και τη φιλοσοφία της κοινοτικής ψυχιατρικής (Λούντζης, χ.χ.).

Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας αποτελεί μονάδα των νοσοκομείων ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και έργο της είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης, νοσηλείας, ειδικής φροντίδας κατ' οίκον, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και αγωγής κοινότητας σε δυσπρόσιτες περιοχές (Σακελαρόπουλος, 2003· Λούντζης, χ.χ.).

Οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν τους διαθέσιμους χώρους της κοινότητας, συνήθως χώρους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χώρους που ανήκουν σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, συλλόγους, ανάλογα με τις ανάγκες που αναδύονται, ενώ διαθέτουν κι έναν δικό τους χώρο ως βάση για τις δραστηριότητές τους. Εκεί όπου είναι δυνατό, χρησιμοποιούνται ως χώροι παρέμβασης αυτοί στους οποίους ζει και εργάζεται ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται (σπίτι, καφενείο, χώροι δουλειάς) (Λούντζης, χ.χ.).

Οι περισσότερες κινητές μονάδες ψυχικής υγείας ιδρύθηκαν μετά το 2000, και προσφέρουν τις ακόλουθες υπηρεσίες: ψυχιατρική – ψυχολογική παρακολούθηση, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κατ' οίκον φροντίδα, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, αγωγή – ευαισθητοποίηση της κοινότητας, παρουσία σε εξωτερικά ιατρεία στα τοπικά Κέντρα Υγείας (Λούντζης, χ.χ.).

Είναι ίσως οι δομές που υπηρετούν πιο πιστά, το πνεύμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και αναδεικνύουν σαφέστερα την ηθική βάση της κοινοτικής ψυχιατρικής, δεδομένου ότι δύνανται να εξυπηρετήσουν πολύ μεγαλύτερες πληθυσμιακές ομάδες και να ενεργήσουν προληπτικά, αποτρέποντας ανάπτυξη παθολογιών που θα οδηγούσαν σε αύξηση αναγκών, για τις πλέον δαπανηρές δομές φιλοξενίας (Λούντζης, χ.χ.).

4.3.9 Τηλεφωνικές Γραμμές Άμεσης Βοήθειας

Οι τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας είναι απαραίτητο να έχουν στενή συνεργασία με τα γενικά νοσοκομεία, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και με τα άτυπα συστήματα παροχής βοήθειας, καθώς η διασύνδεση των υπηρεσιών εξασφαλίζει το μέγιστο της αποδοτικότητας τους (Μπιλανάκης, 2006).

4.3.10 Άτυπες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Στις άτυπες υπηρεσίες ψυχικής υγείας εντάσσονται, τα δίκτυα άτυπης φροντίδας και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Χαρακτηριστικό των υπηρεσιών αυτών είναι πως δεν παρέχονται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά από μέλη της κοινότητας.

Δίκτυα άτυπης φροντίδας

Η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα «άτυπα δίκτυα», δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι φίλοι, οι συγγενείς, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στον χώρο εργασίας. Στην Ελλάδα, τα άτυπα δίκτυα υποκαθιστούν ή και συμπληρώνουν σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο των κοινωνικών υπηρεσιών. Για να γίνει κατανοητή η έκταση της άτυπης φροντίδας χρειάζεται εμβάθυνση στις αξίες της ελληνικής κοινωνίας, οι οποίες διέπουν τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα. Παρά την αίσθηση υποχρέωσης για συμπαράσταση, δεν πρέπει να παραμεριστεί το γεγονός ότι οι δυνατότητες άτυπης φροντίδας δεν είναι απεριόριστες, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες, όπου το άτομο χρειάζεται εντατική φροντίδα που απαιτεί πολύ χρόνο, συναισθηματική φόρτιση και χρήματα (Σταθόπουλος, 1999).

Ομάδες αυτοβοήθειας

Οι ομάδες αυτοβοήθειας σχηματίζονται από ανθρώπους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ένα κοινό πρόβλημα. Οι ομάδες αυτές είναι συνηθισμένο φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες, για τους εξής λόγους: α) γιατί υπάρχει αδυναμία του κράτους να καλύψει όλες τις ανάγκες για κοινωνική προστασία, β) γιατί επικρατεί η αντίληψη ότι οι πολίτες πρέπει να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, παρά να περιμένουν λύσεις από κρατικές υπηρεσίες, γ) γιατί υπάρχει η πεποίθηση, ότι αν οι

πολίτες οργανωθούν θα επιτύχουν πολύ περισσότερα οφέλη από το αν δράσουν ατομικά (Σταθόπουλος, 1999).

Οι δαπάνες για τις ομάδες αυτοβοήθειας καλύπτονται από δωρεές και από εισφορές των μελών τους. Έμμισθοι επαγγελματίες σπάνια υπάρχουν και οι υπηρεσίες προσφέρονται συνήθως από εθελοντές. Η συμμετοχή πολιτών σε άτυπα δίκτυα φροντίδας και ομάδες αυτοβοήθειας, προσφέρει την δυνατότητα στον πολίτη να εκφράσει μεταξύ άλλων και συναισθήματα κοινωνικής αλληλεγγύης και συμπαράστασης στον συνάνθρωπο του, γεγονός που αποτελεί συστατικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής στις σύγχρονες κοινωνίες (Σταθόπουλος, 1999).

4.4 Ρόλοι των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στις Εναλλακτικές Δομές Περίθαλψης

Οι νέες υπηρεσίες, οι οποίες δημιουργήθηκαν στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, καλούνται να επιτελέσουν ένα σύνθετο και πολυεπίπεδο έργο. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση άλλωστε, δεν συνδέεται μόνο με την δημιουργία νέων δομών, εναλλακτικών του ασύλου, αλλά και με την αλλαγή στη φιλοσοφία, τη νοοτροπία και τον τρόπο εργασίας των νέων φορέων. Για το λόγο αυτό απαιτείται η σύσταση διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, η οποία και καλείται να συνδέσει τις πολυκλαδικές προσεγγίσεις της, μέσα από μία ολιστική θεώρηση των αναγκών του ασθενούς. Επιπλέον η θεραπευτική ομάδα πρέπει να μπορεί να αντιλαμβάνεται έγκαιρα τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, να την πληροφορεί και να την ευαισθητοποιεί, με σκοπό την εξάλειψη του φόβου και της προκατάληψης της κοινότητας απέναντι στην ψυχική νόσο, προκειμένου να την καταστήσει σύμμαχο και αρωγό της. Παράλληλα η ομάδα αυτή των ειδικών ψυχικής υγείας, θα πρέπει να είναι και σε θέση να εκπαιδεύει νέους επαγγελματίες προς αυτή την κατεύθυνση. Επομένως, προκειμένου να ανταπεξέλθει αυτή η ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας σ' αυτές τις δυσκολίες, χρειάζεται να διαθέτει ικανότητες και δεξιότητες σε ατομικό αλλά και ομαδικό επίπεδο, δουλεύοντας συγχρόνως και με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες παρέχουν τις ίδιες ή συμπληρωματικές υπηρεσίες (Βασιλαματζής, 2000· Μαυρατζώτου, 2003α· Λιάκος, 2003β).

Παρακάτω θα γίνει αναφορά στις βασικές ειδικότητες των επαγγελματιών που απαρτίζουν μια διεπιστημονική ομάδα, προκειμένου να προσδιοριστεί ο ρόλο τους μέσα σ' αυτή.

4.4.1 Ο ρόλος του Ψυχιάτρου

Σύμφωνα με την Παπαδάτου-Στογιαννίδου (1988), ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι να κάνει τη διάγνωση, να δίνει τη φαρμακευτική αγωγή στον ασθενή και να παρακολουθεί την πορεία της υγείας του.

Εντούτοις ο ρόλος του ψυχιάτρου σήμερα, έχει διευρυνθεί αισθητά, με αποτέλεσμα να είναι πιο σύνθετος και πολυδιάστατος, καθώς συμμετέχει τόσο στη διαδικασία της πρόληψης, όσο και της αποκατάστασης του ψυχικά πάσχοντα. Εκτός από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς, ο ψυχίατρος δύναται να αναγνωρίζει και να αξιολογεί τις κοινωνικές παραμέτρους κάθε ψυχικής νόσου, αφού συγχρόνως εμπλέκεται και στην κοινότητα. Σκοπός αυτής της εμπλοκής του είναι να κατορθώσει να προσδιορίσει το υπάρχον αξιακό πλαίσιο της τοπικής κοινωνίας, προκειμένου να βοηθηθεί μ' αυτόν τον τρόπο, στο πως θα την προσεγγίσει για να την ενημερώσει και να την ευαισθητοποιήσει σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Ο ψυχίατρος εργάζεται κατά συνέπεια σε δύο επίπεδα, σε αυτό του ατόμου που χρειάζεται βοήθεια και σε αυτό της κοινότητας. Τον ρόλο και τη δράση του ψυχιάτρου μπορούν να ενισχύσουν ή να ατονήσουν διάφοροι παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι η γενικότερη πολιτική ψυχικής υγείας που ισχύει και ακολουθείται στη χώρα και πιο συγκεκριμένα στην περιοχή όπου εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας, το ποσοστό των διαθεσίμων πόρων, ο ορισμός της κάθε νόσου, η ιδεολογία και οι στάσεις που υπάρχουν μέσα στην κοινότητα για τη νόσο, είναι όπως προαναφέρθηκε μόνο κάποιοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν τον ρόλο του ψυχιάτρου (Μαδιανός, 1998). Συνεπώς η συμμετοχή του συγκεκριμένου επαγγελματία ψυχικής υγείας στην διεπιστημονική ομάδα κρίνεται απαραίτητη, αφού ο ρόλος του είναι κεφαλαιώδης και ταυτόχρονα συμπληρωτικός, σε σχέση και με τις υπόλοιπες κατηγορίες ειδικών που αυτή εμπεριέχει.

4.4.2 Ο ρόλος του Ψυχολόγου

Ο ψυχολόγος συμμετέχει κι αυτός με την σειρά του στη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τόσο σε μικρό, όσο και σε μεγάλο επίπεδο. Η παρέμβαση του σε μικρό επίπεδο αφορά το άτομο και την οικογένεια, ενώ σε μεγάλο επίπεδο, την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Αυτή την παρέμβαση στην τοπική κοινωνία την επιτυγχάνει μέσα από τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης, συμβουλευτικής, υποστήριξης, τόσο στα σχολεία, όσο

σε ομάδες της κοινότητας που χρειάζονται τέτοιου είδους παροχές (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 1999).

Αναφορικά με την διάγνωση της ψυχικής νόσου, ο ρόλος του ψυχολόγου εστιάζει στην αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς, μέσω διαφόρων ψυχολογικών δοκιμασιών (τεστ), οι οποίες ελέγχουν τις γνωσιακές λειτουργίες και την προσωπικότητα του ατόμου, επιτυγχάνοντας μ' αυτόν τον τρόπο την διάγνωση της περίπτωσης, η οποία και κρίνεται απαραίτητη για τον σχεδιασμό της κατάλληλης παρέμβασης. Επιπλέον κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ο ρόλος του επικεντρώνεται στη παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο στο ίδιο το άτομο που νοσεί ψυχικά, όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον, μέσω της ψυχοθεραπευτικής ή συμβουλευτικής παρέμβασης. Τέλος, κατά τη διαδικασία της αποκατάστασης ο ψυχολόγος βοηθά το άτομο μέσα από τη συνεχή υποστήριξη του να ενταχθεί, όσο το δυνατόν καλύτερα στο κοινωνικό περιβάλλον (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 1999). Σαφώς σε όλες αυτές τις φάσεις από τις οποίες διέρχεται η περίπτωση του κάθε ψυχικά αρρώστου, ο ψυχολόγος συναποφασίζει για την δρομολόγηση της με τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας της θεραπευτικής ομάδας, παρουσιάζοντας τη θέση του, βασιζόμενος στις γνώσεις που εκπροσωπεί ο ρόλος του.

4.4.3 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Η κοινωνική εργασία ορίζεται ως η εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που αποσκοπεί στη διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων, που η σύνθεση τους επηρεάζει δυσμενώς άτομα ή σύνολο ατόμων (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 1999).

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο πεδίο της ψυχικής υγείας, εστιάζει κατά κύριο λόγο στη συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων, σχετικά με την κοινωνική πλευρά του ασθενούς και της οικογένειάς του. Παράλληλα συμμετέχει στη θεραπευτική διαδικασία αλλά και στην φάση αποκατάστασης, εφαρμόζοντας μεθόδους και τεχνικές, οι οποίες και συνάδουν με τις βασικές αρχές της κοινωνικής εργασίας (κοινωνική εργασία με άτομο, οικογένεια, ομάδα, κοινότητα), επιτυγχάνοντας κατά αυτόν τον τρόπο την παρέμβαση του και στα τρία επίπεδα περίθαλψης (Παπαδάτου και Στογιαννίδου, 1988).

Συγκεκριμένα, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει να κάνει κυρίως με την προαγωγή της πρόληψης και την ενημέρωση

της κοινότητας. Ο κοινωνικός λειτουργός στο επίπεδο αυτό συμμετέχει σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα, με σκοπό να εντοπίσει τα ανεπιθύμητα κοινωνικά φαινόμενα. Στη συνέχεια προτείνει λύσεις, μέσα από το σχεδιασμό κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης, με στόχο τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας της κοινότητας. Στο δεύτερο επίπεδο περίθαλψης ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στη διαδικασία παρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και στη διαδικασία εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Στο στάδιο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός είναι το μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και ρόλος του είναι να παρέχει ψυχοκοινωνική στήριξη, φροντίδα στον ασθενή και να αναζητάει λύσεις στα πρακτικά του προβλήματα, αξιοποιώντας τους διαθέσιμους προς αυτόν τον σκοπό πόρους της κοινότητας. Επιπρόσθετα ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί στο στάδιο αυτό και με τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με ομάδα, ανάλογα με την φιλοσοφία και τον σκοπό της εκάστοτε υπηρεσίας, οργανώνοντας έτσι ομάδες επικοινωνίας κατά θάλαμο ή ανάπτυξης δεξιοτήτων ή ομάδες αυτοβοήθειας. Τέλος, στο στάδιο της τριτοβάθμιας περίθαλψης ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με την έξοδο του ασθενούς από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και με την ομαλή επανένταξη του στην κοινότητα (Καλλινικάκη, 1998). Συνεπώς η διαφορετικότητα του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού δρα συμπληρωματικά στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας, η οποία πάντοτε υπολογίζει στην οπτική και τις παρατηρήσεις του για την εκάστοτε περίπτωση ψυχικά ασθενούς.

III. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5ο

«Μέθοδος»

5.1 Μεθοδολογία Έρευνας

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών που παρουσιάζουν μία διαταραχή της διάθεσης ή μια αγχώδη διαταραχή με τους άλλους ανθρώπους και με τους/τις συντρόφους τους, σε σύγκριση με τις διαπροσωπικές σχέσεις των συντρόφων τους με τους άλλους ανθρώπους γενικά και με τους/τις ασθενείς ειδικότερα. Επίσης στόχος της έρευνας ήταν η μελέτη της πορείας/εξέλιξης των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών, όπως την αξιολογούν οι ίδιοι αλλά και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι) των υπηρεσιών (δημόσιων ή ιδιωτικών), στις οποίες οι ασθενείς αναζητούν βοήθεια.

Για τους σκοπούς της έρευνας επιλέχθηκαν τυχαία ασθενείς με διαταραχή διάθεσης ή διαταραχή άγχους, οι οποίοι είχαν συντροφική ή συζυγική σχέση και απευθύνονταν για πρώτη φορά στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου ή σε ιδιωτικό γραφείο ψυχιάτρου ή ψυχολόγου για ψυχοθεραπεία ή φαρμακοθεραπεία ή των συνδυασμό αυτών των δύο. Αρχικά, οι στενές διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών που θα συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία είχαμε ορίσει να είναι μακρόχρονης διάρκειας κι όχι να έχουν συναφθεί πρόσφατα (μόλις κάποιους μήνες). Ωστόσο, στην πράξη δεν ήταν εφικτό να εφαρμοστεί κάτι τέτοιο, γιατί θα περιοριζόταν ακόμη πιο πολύ ο ήδη μειωμένος αριθμός του δείγματος, γι' αυτό και συμπεριλάβαμε και τις βραχύχρονες σχέσεις (ασθενών- συντρόφων). Οι ασθενείς και οι σύντροφοι τους κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια, τα οποία περιείχαν ερωτήσεις με δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις σχετικές με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Τα ζευγάρια, τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν τα ίδια ερωτηματολόγια και μετά από διάστημα περίπου δύο μηνών, ώστε να δούμε την εξέλιξη των διαπροσωπικών τους σχέσεων κατά την διάρκεια της θεραπείας. Σε περίπτωση που το ζευγάρι είχε χωρίσει ή είχε αντικατασταθεί ο σύντροφος, τότε το συγκεκριμένο ζευγάρι εξαιρείτο από την έρευνα.

Οι ψυχίατροι ή ψυχολόγοι που παρακολουθούσαν τους ασθενείς, απάντησαν σε ερωτηματολόγια που αφορούσαν τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών κατά την έναρξη της θεραπείας και στα ίδια ερωτηματολόγια κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Η έρευνα διήρκησε πάνω από ένα χρόνο (Ιούλιος 2009 – Νοέμβριος 2010).

5.2 Ερευνητικά Εργαλεία

➤ Ερωτηματολόγια ασθενών και συντρόφων

Στους ασθενείς και τους συντρόφους χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση των διαπροσωπικών σχέσεων τους με τους άλλους ανθρώπους (PROQ3), την αξιολόγηση των συζυγικών/συντροφικών σχέσεων (CROQ3), της σχέσης του ζευγαριού (US) και την αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (HADS), τα οποία αναλύονται παρακάτω. Οι ασθενείς και οι σύντροφοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα προαναφερθέντα ερωτηματολόγια μία φορά κατά την έναρξη της θεραπείας και μία φορά κατά την διάρκεια, περίπου δύο μήνες μετά. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων απαιτούσε περίπου 20' - 30'. Επίσης, ο κάθε συμμετέχων στην έρευνα κλήθηκε να απαντήσει σε δημογραφικές ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν κυρίως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την καταγωγή και τον τόπο διαμονής.

Η σύντομη μορφή του αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου των Τύπων του Σχετίζεσθαι του Ατόμου με τους Άλλους (PROQ3).

Για την αξιολόγηση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών και των συντρόφων τους με τους άλλους ανθρώπους χορηγήθηκε η σύντομη μορφή του αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου των Τύπων του Σχετίζεσθαι του Ατόμου με τους Άλλους (The Person's Relating to Others Questionnaire [The PROQ3]).

Το PROQ3 βασίζεται στη θεωρία του Birtchnell (1996) και αποτελείται από 48 στοιχεία (6 για κάθε υποκλίμακα/τμήμα του Οκταγώνου), (τα μισά δηλαδή από εκείνα του PROQ2, Birtchnell, & Evans, 2004. Kalaitzaki & Nestoros, 2003). Χρησιμοποιήθηκε πρόγραμμα (Software), το οποίο βαθμολογεί και τυπώνει τα αποτελέσματα για α) κάθε ένα από τα οκτώ (8) τμήματα του Οκταγώνου, β) για τις τέσσερις βασικές θέσεις/διαστάσεις (Ουδέτερη Εγγύτητα, Ουδέτερη Απόσταση, Ουδέτερη Θέση ισχύος και Ουδέτερη Θέση αδυναμίας) και γ) τη συνολική βαθμολογία. Επιπρόσθετα, παρέχει μια γραφική αναπαράσταση της αρνητικής βαθμολογίας του ατόμου, απεικονίζοντας ως σκιαγραφημένες περιοχές τα τμήματα του Οκταγώνου, στα οποία παρατηρούνται αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι.

Η σύντομη μορφή του αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου των Τύπων του Σχετίζεσθαι του Ζεύγους (CREOQ3).

Για την αξιολόγηση των διαπροσωπικών σχέσεων των συντρόφων μεταξύ τους χορηγήθηκε η σύντομη μορφή του αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου των Τύπων του Σχετίζεσθαι του Ζεύγους (Couple's Relating to Each Other Questionnaires [CREOQ3]). Και αυτό το ερωτηματολόγιο βασίζεται στη θεωρία του Birtchnell (1996).

Το CREOQ3 αποτελείται από τέσσερα ερωτηματολόγια, με τα οποία αξιολογούνται οι αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι μεταξύ δύο συντρόφων (δηλαδή, οι αρνητικοί τρόποι με τους οποίους σχετίζονται) (Kalaitzaki, Birtchnell, & Nestoros, 2009). Με το CREOQ3, αξιολογείται η σχέση κάθε συντρόφου/συζύγου με τον άλλο και η αντίληψη που έχει για τον τρόπο που σχετίζεται ο άλλος προς αυτόν. Κάθε σύντροφος συμπλήρωσε ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της σχέσης τους με την/ τον σύντροφο του/ της (*Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του Εαυτού*) και ένα δεύτερο, που αφορά στην αξιολόγηση της σχέσης της/ του συντρόφου του/ της προς αυτόν/ αυτήν (*Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του Άλλου ατόμου*). Κάθε ένα από τα τέσσερα ερωτηματολόγια περιλαμβάνει 48 ερωτήσεις (6 για κάθε υποκλίμακα/τμήμα του Οκταγώνου), (τα μισά δηλαδή από εκείνα του CREOQ, Birtchnell, 2001). Και σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα (Software), το οποίο παρέχει μια γραφική αναπαράσταση της αρνητικής βαθμολογίας, στην οποία παρατηρούνται αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι μεταξύ των συντρόφων.

Το ερωτηματολόγιο US: εμείς ως ζευγάρι

Για την αξιολόγηση της σχέσης του ζευγαριού χρησιμοποιήθηκε το US, το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται συνήθως μαζί με το CREOQ. Είναι το ίδιο για κάθε σύντροφο. Τα γράμματα US δεν αντιπροσωπεύουν τίποτα αλλά σημαίνουν «εμείς» ως ζευγάρι. Το ερωτηματολόγιο έχει 20 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με αλήθεια ή λάθος και μετρά πώς κάθε σύντροφος πιστεύει ότι τα πηγαίνει το ζευγάρι. Κάθε απάντηση βαθμολογείται με μηδέν ή ένα. Η μέγιστη βαθμολογία είναι 20. Σε μια αδημοσίευτη μελέτη (Birtchnell & Spicer) ο μέσος όρος στο US για 32 ζευγάρια που αναφέρουν μια καλή σχέση ήταν 1.4 (T.A 1.8) για τους άνδρες και 1.7 (T.A 2.1) για τις γυναίκες. Ο μέσος όρος για 92 ζευγάρια που επιδιώκουν θεραπεία ζεύγους ήταν 8.8 (T.A 5.3) για τους άνδρες και 10.5 (T.A 5.6) για τις γυναίκες. Η διαφορά μεταξύ τους ήταν στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $p < 0.001$.

Η αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (HADS)

Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης χορηγήθηκε

στους ασθενείς η Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης 14 θεμάτων, τα οποία απαντώνται σε μια κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων (0-3). Είναι σχεδιασμένη να μετρά το άγχος και την κατάθλιψη (7 θέματα για την κάθε μία κλίμακα). Το σύνολο της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου προκύπτει από το άθροισμα των 14 θεμάτων (το οποίο κυμαίνεται από 0-42), και για την κάθε κλίμακα, από το άθροισμα των αντίστοιχων επτά θεμάτων (το οποίο κυμαίνεται από 0-21). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα θέματα που αναφέρονται στα συμπτώματα της κατάθλιψης που περιγράφουν τις σωματικές εκφάνσεις της (π.χ. αϋπνία, απώλεια βάρους) δεν περιλαμβάνονται στην μέτρηση. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση από τον Μιχόπουλο, Ντουζένη, Καλκαβούρα, Χριστοδούλου, Μιχαλοπούλου, Καλέμη κ.α. (2008).

➤ *Ερωτηματολόγια ψυχιάτρων/ψυχολόγων*

Οι ψυχίατροι ή οι ψυχολόγοι αξιολόγησαν τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών τους με τους άλλους ανθρώπους απαντώντας σε 16 ερωτήσεις, δύο για κάθε θέση του Διαπροσωπικού Οκταγώνου. Δίπλα από την κάθε ερώτηση υπήρχε η ονομασία κάθε υποκλίμακας, ώστε να γνωρίζουν σε ποια θέση του οκταγώνου αντιστοιχεί η ερώτηση. Οι ψυχίατροι ή ψυχολόγοι βαθμολόγησαν την παρουσία του τύπου του σχετίζεσθαι που επέδειξε ο ασθενής προς τους άλλους ανθρώπους.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ειδικούς πραγματοποιήθηκε δύο φορές, μία κατά την έναρξη της θεραπείας και μία κατά την διάρκεια, δηλαδή περίπου δύο μήνες μετά. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν δύο φορές για να αξιολογηθεί η εξέλιξη των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.

5.3 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελούν ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές και οι σύντροφοι τους. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ασθενών το 23% δήλωσε ότι πάσχει από διαταραχές της διάθεσης και συγκεκριμένα από κατάθλιψη, το 44% δήλωσε ότι πάσχει από αγχώδεις διαταραχές – στην πλειοψηφία τους κρίσεις πανικού, και το 33 % δήλωσε ότι δεν πάσχει από καμία ψυχική ασθένεια. Αξίζει λοιπόν να αναφερθεί ότι το 1/3 των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα δεν παραδέχονται ότι ο λόγος που επισκέπτονται τον επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι λόγω του ότι τους έχει διαγνωσθεί κάποια ψυχική διαταραχή, με αποτέλεσμα να προφασίζονται άλλα αίτια, αποκρύπτοντας τα πραγματικά, γι' αυτή τους τη συνεργασία με τον ειδικό.

Το τελικό δείγμα, αφού αφαιρέθηκαν οι περιπτώσεις εκείνες όπου είχαμε, είτε μόνο ερωτηματολόγια των ασθενών, είτε μόνο ερωτηματολόγια των συντρόφων, είτε ερωτηματολόγια χωρίς την επαναληπτική φορά συμπληρωμένα, ανέρχεται στα 30 ζευγάρια. Από αυτά η πλειοψηφία τους είναι γυναίκες (21) και (9) άνδρες. Αυτό οφείλεται ίσως στο γεγονός, όπως μας ανέφεραν και οι ειδικοί ψυχικής υγείας, στο ότι οι γυναίκες αναζητούν τις περισσότερες φορές πιο εύκολα βοήθεια από ειδικό σε αντίθεση με τους άνδρες. Στην συνέχεια θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και των συντρόφων τους.

Στον πίνακα 5.1 παρουσιάζεται η κατανομή της ηλικίας των ασθενών και των συντρόφων τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι ηλικίας (18-24) ετών. Η διαφορά που εντοπίζουμε είναι πως το 10% των ασθενών βρίσκεται μεταξύ (45 – 49) ετών, σε αντίθεση με τους συντρόφους, όπου κανένα άτομο δεν εντοπίζεται σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 5.1. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά ηλικία

	Ασθενείς	Σύντροφοι
Ηλικία	%	%
18-24	33,3	30,0
25-29	13,3	20,0
30-34	13,3	20,0
35-39	20,0	13,3
40-44	10,0	16,7
45-49	10,0	0
Σύνολο	100,0	100,0

Στον πίνακα 5.2 παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος μας. Η πλειοψηφία του δείγματος έχει σχέση (46,7%).

Πίνακας 5.2 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	%
Παντρεμένος	40,0
Διαζευγμένος	3,3
Σε σχέση	46,7
Συζεί με σύντροφο	6,7
Αρραβωνιασμένος	3,3

Στον πίνακα 5.3 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών και των γονέων τους. Οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό, περίπου το μισό του δείγματος (44,8%) έχουν αποφοιτήσει από το πανεπιστήμιο. Ενδιαφέρον είναι να αναφέρουμε πως το 50% των ασθενών δηλώνει πως δεν έχει αδέρφια, ενώ μόνο 5 από τους 30 ασθενείς έχουν αποκτήσει δικά τους τέκνα. Μπορούμε να επισημάνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων έχουν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ στο μεγαλύτερο ποσοστό των πατέρων έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας 5.3 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών και των οικογενειών τους

Επίπεδο εκπαίδευσης	Ασθενής	Πατέρας	Μητέρα
	%	%	%
Δημοτικό		26,7	36,7
Γυμνάσιο	6,9	10,0	23,3
Λύκειο ή τεχνική σχολή	10,3	40,0	26,7
IEK	17,2	6,7	6,7
TEI	17,2	3,3	3,3
AEI	44,8	13,3	3,3
Μεταπτυχιακές σπουδές	3,8		

Στον πίνακα 5.4 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των συντρόφων και των γονέων τους. Οι σύντροφοι σε ποσοστό 35,7 έχουν ολοκληρώσει το πανεπιστήμιο. Μπορούμε να παρατηρήσουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας 5.4 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης των συντρόφων και των οικογενειών τους

Επίπεδο εκπαίδευσης	Σύντροφος	Πατέρας	Μητέρα
	%	%	%
Καθόλου εκπαίδευση	3,6	3,3	3,3
Δημοτικό	3,6	26,7	30,0
Γυμνάσιο		13,3	13,3
Λύκειο ή τεχνική σχολή	25,0	36,7	42,3
ΙΕΚ	10,7	3,3	
ΤΕΙ	17,9		6,7
ΑΕΙ	35,7	16,7	3,3
Μεταπτυχιακές σπουδές	3,6		

Στον πίνακα 5.5 παρουσιάζεται η εργασιακή κατάσταση των ασθενών και των γονέων τους. Οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους δηλώνουν πως εργάζονται με πλήρη απασχόληση, ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό από το δείγμα που είναι φοιτητές (23,3 %). Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων (34,5 %) εργάζεται με πλήρη απασχόληση σε αντίθεση με τους πατέρες οι οποίοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι συνταξιούχοι (44,8 %).

Πίνακας 5.5 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά εργασιακή κατάσταση των ασθενών και των οικογενειών τους

Εργασιακή κατάσταση	Ασθενής	Πατέρας	Μητέρα
	%	%	%
Πλήρης απασχόληση	60,0	37,9	34,5
Μερική απασχόληση	6,7	3,4	3,4
Οικιακά	3,3		31,1
Άνεργος	6,7		
Συνταξιούχος		44,8	27,6
Φοιτητής	23,3		23,3

Στον πίνακα 5.6 παρουσιάζεται η εργασιακή κατάσταση του συντρόφων και των γονέων του. Οι σύντροφοι στην πλειοψηφία τους δηλώνουν πως εργάζονται με πλήρη απασχόληση (62,1 %) ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό από το δείγμα

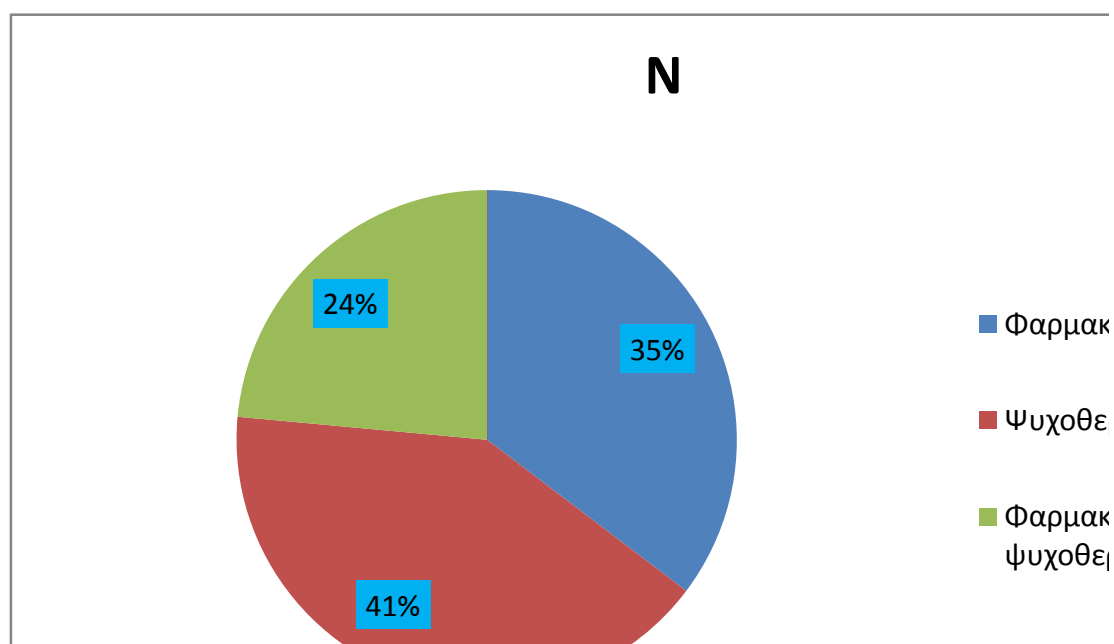
που είναι φοιτητές (17,2 %), μικρότερο ωστόσο από το αντίστοιχο των ασθενών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων είτε εργάζεται με πλήρη απασχόληση, σε ποσοστό (26,7 %) είτε είναι συνταξιούχοι (26,7 %) σε αντίθεση με το μεγαλύτερο ποσοστό των πατέρων που εργάζονται με πλήρη απασχόληση (60,0 %).

Πίνακας 5.6 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά εργασιακή κατάσταση των συντρόφων και των οικογενειών τους

Εργασιακή κατάσταση	Σύντροφος %	Πατέρας %	Μητέρα %
Πλήρης απασχόληση	62,1	60,0	26,7
Μερική απασχόληση	13,8		10,0
Οικιακά	3,4		33,3
Άνεργος	3,4	3,3	3,3
Συνταξιούχος		36,7	26,7
Φοιτητής	17,2		

Στην ερώτηση μας για το εάν έχουν απευθυνθεί παλαιότερα σε ειδικό η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά σε ποσοστό 70%, δηλαδή στα 30 άτομα απάντησαν θετικά τα 21. Από τα 21 αυτά άτομα τα 17 δήλωσαν πως είχαν ακολουθήσει κάποια θεραπεία και μόνο τα 4 απάντησαν αρνητικά. Το είδος της θεραπείας που ακολούθησαν φαίνεται στο παρακάτω γράφημα.

Σχεδιάγραμμα 5.7 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά δηλωθείσα θεραπεία



Σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως κανένα άτομο από το δείγμα μας δεν δήλωσε πως έχει νοσηλευτεί για ψυχολογικά προβλήματα. Στην ερώτηση για το αν την δεδομένη στιγμή πάσχουν από κάποια σωματική ή ψυχική ασθένεια οι απαντήσεις τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.8

Πίνακας 5.8 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά δηλωθείσα πάσχουσα ασθένεια

	Ναι	Όχι
	%	%
Σωματική ασθένεια	16,7	83,3
Ψυχική ασθένεια	73,3	26,7

Στην ερώτηση για το αν ακολουθούνε κάποια φαρμακευτική αγωγή το 66,7 (20 άτομα) απάντησαν αρνητικά.

Αναφορικά με το εάν έχουν απευθυνθεί παλαιότερα σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας η πλειοψηφία των συντρόφων σε ποσοστό 73,3 απάντησε αρνητικά. Από τους 9 στον αριθμό συντρόφους που απάντησαν θετικά μόνο οι 3 δήλωσαν πως ακολούθησαν κάποια θεραπεία και συγκεκριμένα ψυχοθεραπεία. Όλοι απάντησαν αρνητικά στο εάν πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια στο παρόν και μόνο 2 θετικά στο αν πάσχουν από κάποια σωματική ασθένεια, για την οποία μάλιστα λαμβάνουν και φαρμακευτική αγωγή.

Λόγω του ότι μελετούμε εκτός από τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους και τις σχέσεις με τους συντρόφους τους έχει σημασία να δούμε πως χαρακτηρίζουν οι ασθενείς την σχέση με τους συντρόφους τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό χαρακτηρίζουν την σχέση τους μέτρια ικανοποιητική και το μικρότερο, μόλις 10% την χαρακτηρίζουν κακή.

Πίνακας 5.9 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος αναφορικά με τον χαρακτηρισμό της σχέσης τους

	Ασθενής	Σύντροφος
Χαρακτηρισμός σχέσης	%	%
Σχετικά κακή	10,0	3,3
Μέτρια	40,0	20,0
Καλή	23,3	43,3
Πολύ καλή	26,7	30,0

Σε αντίθεση με τους ασθενείς οι σύντροφοι χαρακτηρίζουν την σχέση τους (με τους ασθενείς) σε ποσοστό 43,3 καλή. Συγκρίνοντας τις αξιολογήσεις των ασθενών

και των συντρόφων παρατηρούμε ότι οι σύντροφοι δείχνουν να είναι πιο ευχαριστημένοι από την σχέση τους από ότι οι ασθενείς.

5.4 Ερευνητικές Υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν και διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι οι ακόλουθες:

1. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοί τους με τους άλλους ανθρώπους;
2. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους/τις συντρόφους τους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοί τους με αυτούς/αυτές;
3. Ο τρόπος που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του μοιάζει ή διαφέρει από τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους γενικά;
4. Σε ποιο βαθμό παρουσιάζεται αλλαγή των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους γενικά ή/και με τους/τις συντρόφους τους ειδικά, από τη στιγμή που απευθύνονται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους;
5. Υπάρχει επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών:
6. Πως κρίνουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και πώς οι επαγγελματίες υγείας που τους παρακολουθούν; Υπάρχει συμφωνία στις μεταξύ τους απόψεις;
7. Πως κρίνουν οι σύντροφοι την πρόοδο των ασθενών σε σχέση με το πώς την βλέπουν οι ψυχίατροι/ψυχολόγοι;
8. Σημειώθηκε βελτίωση των διαπροσωπικών/συντροφικών σχέσεων κατά την διάρκεια της θεραπείας, σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας και την αξιολόγηση HADS;

5.5 Στατιστική Ανάλυση

Μετά την συμπλήρωση και την συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή των δεδομένων στο πρόγραμμα SPSS. Στη συνέχεια, ακολούθησε η επεξεργασία των στοιχείων (στατιστική ανάλυση) μέσω αυτού του προγράμματος. Για την ανάλυση των υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε το independent t-test & paired t-test, ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r (Pearson product-moment correlation coefficient r) για τη διερεύνηση συσχετίσεων και η Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) για την διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ομάδων. Τέλος, έγινε η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η εξαγωγή των συμπερασμάτων.

Κεφάλαιο 6ο

«Αποτελέσματα Έρευνας»

6.1 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι τους με τους άλλους

Πίνακας 6.1 Παρουσίαση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι τους με τους άλλους

	Ασθενής (PROQ)		Σύντροφος (PROQ)		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
ΟΘΙ ³	8,27	3,95	7,07	4,14	1,15	0,255
ΕΘΙ	4,80	3,13	4,70	2,77	0,131	0,896
ΟΕ	7,07	3,78	6,97	2,89	0,115	0,909
ΕΘΑ	4,73	3,23	5,63	3,22	-1,081	0,284
ΟΘΑ	8,47	3,80	5,23	3,44	3,453	0,001
ΑΘΑ	6,43	2,49	6,60	3,18	-0,226	0,822
ΟΑ	9,33	3,94	5,37	2,41	4,7	0
ΑΘΙ	6,17	3,36	6,87	3,37	-0,805	0,424
ΣΥΝΟΛΟ	55,27	15,57	48,43	13,69	1,806	0,076

Τα αποτελέσματα του πίνακα 6.1 προέκυψαν μετά από ανάλυση σύμφωνα με το t-test. Αναφέρονται στην 1η υπόθεση, σύμφωνα με την οποία ερευνούμε το αν διαφέρει ο τρόπος που αλληλεπιδρούν οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους με τον τρόπο που αλληλεπιδρούν οι σύντροφοι τους με τους άλλους ανθρώπους.

Ο παραπάνω πίνακας αναφέρεται στην πρώτη χορήγηση, όπου παρατηρούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο για τις θέσεις ΟΘΑ (υποχωρητικός, νιώθει ανήμπορος, αβοήθητος, αποφεύγει την ευθύνη) και ΟΑ (αποσύρεται, αποχωρίζεται, μη επικοινωνιακός) του Οκταγώνου, όπου οι ασθενείς εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές έναντι των συντρόφων τους. Αντιθέτως, στην δεύτερη χορήγηση δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές

³ ΟΘΙ: Ουδέτερη Θέση Ισχύος

ΕΘΙ: Εγγύτητα από Θέση Ισχύος

ΟΕ: Ουδέτερη Εγγύτητα

ΕΘΑ: Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας

ΟΘΑ: Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας

ΑΘΑ: Απόσταση από Θέση Αδυναμίας

ΟΑ: Ουδέτερη Απόσταση

ΑΘΙ: Απόσταση από Θέση Ισχύος

Ισχύει για όλους τους πίνακες του κεφαλαίου.

σε καμία από τις θέσεις. Ωστόσο, συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των ασθενών στην πρώτη και την δεύτερη χορήγηση παρατηρούμε ότι υπάρχει μείωση του συνολικού μέσου όρου από (55,27) σε (51,47). Η μείωση αυτή δείχνει ότι υπάρχει βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.

Το τελικό συμπέρασμα είναι ότι στην πρώτη χορήγηση δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς και οι σύντροφοι με τους άλλους ανθρώπους, ωστόσο στη δεύτερη χορήγηση, μετά από δύο μήνες θεραπείας, βελτιώθηκαν οι διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών και μοιάζουν με αυτές των συντρόφων.

6.2 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τις/τους συντρόφους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι τους με αυτούς

Πίνακας 6.2 Τρόπος συσχέτισης των ασθενών με τους συντρόφους τους

	Αξιολόγηση της σχέσης του ασθενή με το σύντροφό του (CREOQ-αυτοαξιολόγηση)		Αξιολόγηση του συντρόφου για τη σχέση του ασθενή μαζί του (CREOQ-ετεροαξιολόγηση)		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
ΟΘΙ	8,67	3,57	6,90	3,76	1,867	,067
ΕΘΙ	8,68	3,59	6,63	3,87	2,116	,039
ΟΕ	5,67	2,90	6,53	3,28	-1,084	,283
ΕΘΑ	6,40	3,76	6,70	3,93	-,302	,764
ΟΘΑ	5,97	3,78	4,97	3,30	1,092	,279
ΑΘΑ	6,33	2,75	4,57	3,32	2,247	,028
ΟΑ	4,77	3,01	5,70	3,51	-1,104	,274
ΑΘΙ	7,23	3,07	6,30	3,75	1,054	,296
ΣΥΝΟΛΟ	53,70	17,35	48,30	16,77	1,226	,225

Πίνακας 6.3 Τρόπος συσχέτισης των συντρόφων με τους ασθενείς

	Αξιολόγηση του ασθενή για την σχέση του συντρόφου μαζί του (CREOQ-ετεροαξιολόγηση)		Αξιολόγηση της σχέσης του συντρόφου με τον ασθενή (CREOQ-αυτοαξιολόγηση)		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
1^η χορήγηση						
ΟΘΙ	6,40	3,66	7,10	3,39	-,768	,445
ΕΘΙ	5,93	2,97	7,11	3,23	-1,418	,161
ΟΕ	6,03	2,72	5,70	3,22	,433	,667
ΕΘΑ	5,90	3,49	5,83	3,00	,079	,937
ΟΘΑ	4,27	3,27	5,00	3,42	-,848	,400
ΑΘΑ	4,83	3,20	6,67	2,60	-2,436	,018
ΟΑ	5,37	3,94	4,07	2,69	1,492	,141
ΑΘΙ	4,67	4,49	5,97	2,94	-1,326	,190
ΣΥΝΟΛΟ	43,40	16,50	47,43	12,60	-1,064	,292
2^η χορήγηση						
ΟΘΙ	6,53	3,17	7,47	2,93	-1,184	,241
ΕΘΙ	5,53	3,00	7,47	2,63	-2,523	,014
ΟΕ	5,87	2,30	6,60	3,22	-1,014	,315
ΕΘΑ	5,67	3,72	5,50	2,66	,200	,842
ΟΘΑ	4,73	3,11	5,23	3,46	-,589	,558
ΑΘΑ	4,90	2,75	7,17	2,48	-3,356	,001
ΟΑ	5,07	3,40	4,83	2,72	,293	,770
ΑΘΙ	4,77	3,66	5,73	2,86	-1,138	,260
ΣΥΝΟΛΟ	43,07	14,74	50,00	11,51	-2,031	,047

Στους πίνακες 6.2 και 6.3, μετά από ανάλυση σύμφωνα με το t-test, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της δεύτερης υπόθεσης, η οποία αφορά τη συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους/τις συντρόφους τους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοί τους με αυτούς/αυτές.

Στον πίνακα 6.2, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην πρώτη χορήγηση μεταξύ της αξιολόγησης των ασθενών για τον εαυτό τους και αυτής των συντρόφων για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα για τις θέσεις ΕΘΙ (κτητικός, φροντίζει

υπερβολικά, νταντεύει) και ΑΘΑ (υπερβολικά συναινετικός, πειθήνιος, αποφευκτικός, διατηρεί πολύ χαμηλούς τόνους), οι ασθενείς θεωρούν ότι σχετίζονται περισσότερο αρνητικά με τους/τις συντρόφους τους απ' ό, τι πιστεύουν οι σύντροφοι τους γι' αυτούς. Στη δεύτερη χορήγηση δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Στον πίνακα 6.3 εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, μεταξύ της αξιολόγησης των συντρόφων για τον εαυτό τους και αυτής των ασθενών για τους συντρόφους, στη θέση ΑΘΑ της πρώτης χορήγησης και στις θέσεις ΕΘΙ, ΑΘΑ και στο σύνολο της δεύτερης χορήγησης. Σε όλες τις προαναφερθείσες θέσεις οι σύντροφοι σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους ασθενείς, δηλαδή οι σύντροφοι θεωρούν ότι σχετίζονται με πιο αρνητικό τρόπο στη σχέση τους με τους ασθενείς, απ' ό,τι αξιολογούν οι τελευταίοι (ασθενείς).

Το συμπέρασμα είναι ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους/τις συντρόφους τους, ενώ παρατηρούνται περισσότερες διαφορές μεταξύ της άποψης των συντρόφων και των ασθενών στην δεύτερη χορήγηση.

6.3 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του και του τρόπου που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους

Πίνακας 6.4 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται με τους συντρόφους τους

	Σχέση Ασθενή με τους Άλλους Ανθρώπους (PROQ)		Σχέση Ασθενή με το Σύντροφο του/της (CREOQ-αυτοαξιολόγηση)		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
1^η χορήγηση						
ΟΘΙ	8,27	3,95	8,67	3,57	-0,412	0,682
ΕΘΙ	4,80	3,13	8,67	3,57	-4,462	0,000
ΟΕ	7,07	3,78	5,67	2,90	1,609	0,113
ΕΘΑ	4,73	3,23	6,40	3,76	-1,844	0,070
ΟΘΑ	8,47	3,80	5,97	3,78	2,553	0,013
ΑΘΑ	6,43	2,49	6,33	2,75	0,148	0,883
ΟΑ	9,33	3,94	4,77	3,01	5,041	0,000
ΑΘΙ	6,17	3,36	7,23	3,07	-1,283	0,205
ΣΥΝΟΛΟ	55,27	15,57	53,70	17,35	0,368	0,714
2^η χορήγηση						
ΟΘΙ	7,10	3,49	7,60	3,39	-0,563	0,576
ΕΘΙ	5,33	3,38	7,60	3,39	-2,595	0,012
ΟΕ	5,93	3,31	5,40	2,71	0,683	0,498
ΕΘΑ	7,20	3,69	6,07	3,26	1,261	0,212
ΟΘΑ	5,03	2,97	5,80	3,43	-0,926	0,358
ΑΘΑ	6,13	2,57	6,13	2,92	0,000	1,000
ΟΑ	8,37	2,81	5,33	2,90	4,111	0,000
ΑΘΙ	6,37	3,05	6,53	3,52	-0,196	0,845
ΣΥΝΟΛΟ	51,47	14,85	50,47	14,81	0,261	0,795

Πίνακας 6.5 Σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται με τους ασθενείς

	Σχέση Συντρόφου με τους Άλλους Ανθρώπους (PROQ)		Σχέση Συντρόφου με τον/την Ασθενή (CREOQ-αυτοαξιολόγηση)		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
1^η χορήγηση						
ΟΘΙ	7,07	4,14	7,10	3,39	-0,034	0,973
ΕΘΙ	4,70	2,77	7,10	3,39	-3,005	0,004
ΟΕ	6,97	2,89	5,70	3,22	1,603	0,114
ΕΘΑ	5,63	3,22	5,83	3,00	-0,249	0,804
ΟΘΑ	5,23	3,44	5,00	3,42	0,263	0,793
ΑΘΑ	6,60	3,18	6,67	2,60	-0,089	0,930
ΟΑ	5,37	2,41	4,07	2,69	1,970	0,054
ΑΘΙ	6,87	3,37	5,97	2,94	1,102	0,275
ΣΥΝΟΛΟ	48,43	13,69	47,43	12,60	0,294	0,770
2^η χορήγηση						
ΟΘΙ	7,47	3,15	7,47	2,93	0,000	1,000
ΕΘΙ	4,87	2,84	7,47	2,93	-3,490	0,001
ΟΕ	6,70	2,64	6,60	3,22	0,131	0,896
ΕΘΑ	5,63	3,02	5,50	2,66	0,181	0,857
ΟΘΑ	5,20	2,94	5,23	3,46	-0,040	0,968
ΑΘΑ	4,90	2,32	7,17	2,48	-3,654	0,001
ΟΑ	7,07	3,07	4,83	2,72	2,982	0,004
ΑΘΙ	7,20	3,23	5,73	2,86	1,860	0,068
ΣΥΝΟΛΟ	49,03	11,73	50,00	11,51	-0,322	0,748

Στους πίνακες 6.4 και 6.5 έγινε σύγκριση του τρόπου που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του με τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους γενικά.

Στον πίνακα 6.4, όπου παρουσιάζεται η σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους/τις συντρόφους τους και με τους άλλους ανθρώπους, παρατηρούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις θέσεις ΕΘΙ, ΟΘΑ, και ΟΑ για την πρώτη χορήγηση. Παρατηρώντας τους μέσους όρους προκύπτει ότι στη θέση ΕΘΙ, οι ασθενείς σχετίζονται περισσότερο αρνητικά με τους συντρόφους τους απ' ό τι με τους άλλους ανθρώπους. Αντίθετα στις θέσεις ΟΘΑ και ΟΑ οι ασθενείς σχετίζονται περισσότερο αρνητικά με τους άλλους ανθρώπους παρά

με τους συντρόφους τους. Στη δεύτερη χορήγηση διαφαίνεται ότι στη θέση ΕΘΙ σχετίζονται περισσότερο αρνητικά με τους συντρόφους παρά με τους άλλους ανθρώπους, ενώ στη θέση ΟΑ σχετίζονται περισσότερο αρνητικά με τους άλλους ανθρώπους από ότι με τους συντρόφους. Επιπλέον στην δεύτερη χορήγηση παρατηρούμε ότι η αρνητική συσχέτιση από την θέση ΟΘΑ των ασθενών προς τους άλλους ανθρώπους μειώθηκε και δεν υπάρχουν διαφορές.

Στον πίνακα 6.5, όπου παρουσιάζεται η σύγκριση του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοι με τους ασθενείς και με τους άλλους ανθρώπους, διακρίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο για τη θέση ΕΘΙ στην πρώτη χορήγηση, όπου οι σύντροφοι σχετίζονται περισσότερο αρνητικά με τους ασθενείς από ότι με τους άλλους ανθρώπους. Στη δεύτερη χορήγηση παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις θέσεις ΕΘΙ και ΑΘΑ, όπου οι σύντροφοι σχετίζονται περισσότερο αρνητικά με τους ασθενείς, ενώ για τη θέση ΟΑ, οι σύντροφοι σχετίζονται με πιο αρνητικό τρόπο με τους άλλους ανθρώπους.

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι ο τρόπος που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του δεν παρουσιάζει ομοιότητες με τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους.

6.4 Σύγκριση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους και με τους συντρόφους τους από τη στιγμή που απευθύνονται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους

Πίνακας 6.6 Σύγκριση της σχέσης των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους και σύγκριση της σχέσης του ασθενών με τους συντρόφους τους μεταξύ πρώτης και δεύτερης χορήγησης.

Σχέση Ασθενή με τους Άλλους (PROQ)				
	1^η Χορήγηση		2^η Χορήγηση	
	M.O	T.A	M.O	T.A
ΟΘΙ	8,27	3,95	7,10	3,49
ΕΘΙ	4,80	3,13	5,33	3,38
ΟΕ	7,07	3,78	5,93	3,31
ΕΘΑ	4,73	3,23	7,20	3,69
ΟΘΑ	8,47	3,80	5,03	2,96
ΑΘΑ	6,43	2,49	6,13	2,57
ΟΑ	9,33	3,94	8,37	2,81
ΑΘΙ	6,17	3,36	6,37	3,04
ΣΥΝΟΛΟ	55,27	15,56	51,47	14,85
Σχέση Ασθενή με τον Σύντροφο του/της (CREOQ - αυτοαξιολόγηση)				
	1^η Χορήγηση		2^η Χορήγηση	
ΟΘΙ	8,67	3,56	7,60	3,39
ΕΘΙ	8,67	3,56	7,60	3,39
ΟΕ	5,67	2,90	5,40	2,71
ΕΘΑ	6,40	3,76	6,07	3,26
ΟΘΑ	5,97	3,78	5,80	3,43
ΑΘΑ	6,33	2,74	6,13	2,92
ΟΑ	4,76	3,01	5,33	2,90
ΑΘΙ	7,23	3,07	6,53	3,52
ΣΥΝΟΛΟ	53,70	17,35	50,47	14,81
T-TEST				
	PROQ		CREOS	
	t	p	T	p
ΟΘΙ	2,38	,024	2,21	,035
ΕΘΙ	-1,168	,252	2,21	,035
ΟΕ	2,441	,021	,603	,551
ΕΘΑ	-2,942	,006	,542	,592
ΟΘΑ	4,377	,000	,355	,725
ΑΘΑ	,703	,487	,701	,489
ΟΑ	1,860	,073	-1,241	,225
ΑΘΙ	-,571	,573	1,513	,141
ΣΥΝΟΛΟ	2,239	,033	1,454	,157

Στον πίνακα 6.6 παρουσιάζεται η σύγκριση της σχέσης των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους και με τους συντρόφους τους κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε αν και κατά πόσο υπάρχει βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών από τη στιγμή που απευθύνονται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Παρατηρούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την σχέση των ασθενών με τους άλλους για τις θέσεις ΟΘΙ, ΟΕ, ΕΘΑ (άτομο εξαρτημένο, φοβάται την απόρριψη και την αποδοκιμασία, απελπισμένα αναζητά φροντίδα), ΟΘΑ (άτομο υποχωρητικό, νιώθει αβοήθητο, ανήμπορο, αποφεύγει την ευθύνη) αλλά και για τη συνολική βαθμολογία. Σε όλες αυτές τις θέσεις οι μέσοι όροι μειώθηκαν στην δεύτερη χορήγηση του ερωτηματολογίου εκτός της θέσης ΕΘΑ όπου αυξήθηκαν. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ακόμη ότι η συνολική βαθμολογία μειώθηκε κατά την δεύτερη χορήγηση, αυτό μας δείχνει ότι υπήρξε βελτίωση.

Όσον αφορά την σχέση των ασθενών με τους συντρόφους παρατηρούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις θέσεις ΟΘΙ, ΕΘΙ, όπου οι μέσοι όροι τους μειώθηκαν στη δεύτερη χορήγηση έναντι της πρώτης.

Συμπεραίνουμε ότι οι σχέσεις των ασθενών τόσο με τους άλλους ανθρώπους όσο και με τους συντρόφους τους παρουσιάζουν βελτίωση κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Ωστόσο μεγαλύτερη βελτίωση παρουσιάζουν οι σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.

6.5 Επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών

Πίνακας 6.7 Σχέση των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση το φύλο

	Ανδρας		Γυναίκα		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
1^η χορήγηση						
ΟΘΙ	9,44	3,91	7,76	3,95	1,073	0,293
ΕΘΙ	5,11	3,44	4,67	3,07	0,351	0,729
ΟΕ	6,22	4,35	7,43	3,56	-0,796	0,432
ΕΘΑ	6,22	4,18	4,10	2,59	1,709	0,099
ΟΘΑ	9,33	3,39	8,10	3,99	0,812	0,423
ΑΘΑ	7,67	2,00	5,90	2,53	1,851	0,075
ΟΑ	10,44	3,28	8,86	4,17	1,011	0,321
ΑΘΙ	7,00	3,00	5,81	3,52	0,885	0,384
ΣΥΝΟΛΟ	61,44	14,07	52,62	15,73	1,450	0,158
2^η χορήγηση						
ΟΘΙ	7,89	3,02	6,76	3,69	0,806	0,427
ΕΘΙ	5,67	2,69	5,19	3,68	0,349	0,730
ΟΕ	5,33	2,24	6,19	3,70	-0,643	0,525
ΕΘΑ	7,44	2,46	7,10	4,16	0,234	0,817
ΟΘΑ	5,44	3,61	4,86	2,73	0,491	0,628
ΑΘΑ	5,56	2,35	6,38	2,67	-0,801	0,430
ΟΑ	8,56	2,35	8,29	3,04	0,237	0,814
ΑΘΙ	7,00	3,35	6,10	2,95	0,740	0,466
ΣΥΝΟΛΟ	52,89	9,56	50,86	16,79	0,338	0,738

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.

Πίνακας 6.8 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους με βάση το φύλο

	Ανδρας		Γυναίκα		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
1^η χορήγηση						
ΟΘΙ	8,78	3,60	8,62	3,64	0,110	0,913
ΕΘΙ	8,78	3,60	8,62	3,64	0,110	0,913
ΟΕ	5,78	2,91	5,62	2,97	0,135	0,894
ΕΘΑ	7,22	4,49	6,05	3,46	0,780	0,442
ΟΘΑ	6,56	3,71	5,71	3,87	0,551	0,586
ΑΘΑ	7,00	3,24	6,05	2,54	0,867	0,393
ΟΑ	5,78	3,80	4,33	2,59	1,213	0,235
ΑΘΙ	8,00	3,81	6,90	2,74	0,892	0,380
ΣΥΝΟΛΟ	57,89	18,48	51,90	17,00	0,862	0,396
2^η χορήγηση						
ΟΘΙ	7,56	3,09	7,62	3,58	-0,046	0,963
ΕΘΙ	7,56	3,09	7,62	3,58	-0,046	0,963
ΟΕ	4,33	2,12	5,86	2,85	-1,436	0,162
ΕΘΑ	6,44	4,22	5,90	2,86	0,410	0,685
ΟΘΑ	6,44	3,28	5,52	3,53	0,668	0,510
ΑΘΑ	6,22	3,23	6,10	2,86	0,107	0,915
ΟΑ	6,00	3,12	5,05	2,84	0,818	0,420
ΑΘΙ	8,22	4,18	5,81	3,03	1,784	0,085
ΣΥΝΟΛΟ	52,78	15,67	49,48	14,71	0,553	0,585

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους συντρόφους τους.

Πίνακας 6.9 Σχέση των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση την ηλικία

	18-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49			
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	t	p
1^η χορήγηση														
ΟΘΙ	7,10	3,45	4,50	2,08	12,50	1,91	8,33	3,83	8,33	5,86	11,33	2,08	2,903	0,035
ΕΘΙ	5,20	2,97	3,25	2,50	5,25	3,95	5,00	2,90	4,00	2,00	5,33	6,11	0,267	0,926
ΟΕ	7,90	2,81	5,75	2,99	7,75	3,40	8,33	4,55	1,67	2,08	8,00	5,20	1,857	0,14
ΕΘΑ	5,20	1,99	4,50	2,38	2,25	2,87	6,67	4,46	3,00	3,61	4,67	4,51	1,154	0,36
ΟΘΑ	8,70	4,00	7,50	4,43	8,75	2,06	11,00	2,83	4,67	3,51	7,33	4,93	1,316	0,291
ΑΘΑ	5,60	2,22	7,25	2,99	7,25	1,26	7,67	1,51	4,67	4,51	6,33	3,21	0,995	0,442
ΟΑ	7,80	3,88	11,25	2,22	8,25	2,22	11,17	3,31	8,00	7,00	11,00	5,29	0,985	0,447
ΑΘΙ	6,60	3,66	6,50	1,00	8,25	4,50	5,50	2,17	5,67	6,03	3,33	,58	0,806	0,557
ΣΥΝΟΛΟ	54,10	13,50	50,50	13,77	60,25	7,27	63,67	11,41	40,0	25,36	57,33	26,27	1,13	0,371
2^η χορήγηση														
ΟΘΙ	6,20	3,01	4,50	2,38	10,75	4,92	8,33	3,44	6,33	3,21	7,00	1,00	1,882	0,135
ΕΘΙ	5,60	3,24	2,25	1,71	6,75	4,27	6,83	2,99	4,33	2,52	4,67	5,03	1,165	0,355
ΟΕ	7,00	3,06	5,00	3,92	7,25	3,20	6,33	4,18	3,67	2,08	3,33	1,15	1,082	0,396
ΕΘΑ	8,10	4,12	7,00	4,55	7,75	3,30	8,17	2,64	5,67	4,04	3,33	2,52	0,981	0,45
ΟΘΑ	5,90	2,42	3,75	,96	3,25	3,77	7,00	3,74	4,33	3,21	3,00	1,00	1,605	0,197
ΑΘΑ	7,00	2,05	7,00	2,16	5,50	3,87	6,50	2,51	4,00	3,46	4,33	1,15	1,123	0,375
ΟΑ	8,30	2,58	8,50	3,00	8,00	1,83	9,33	2,66	6,67	5,51	8,67	3,21	0,341	0,883
ΑΘΙ	6,60	3,44	6,00	,82	7,50	2,89	7,17	2,86	5,00	5,57	4,33	1,53	0,559	0,73
ΣΥΝΟΛΟ	54,70	10,75	44,00	15,81	56,75	12,84	59,67	13,57	40,0	24,98	38,67	10,26	1,779	0,155

Παρατηρούμε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους, εκτός από την θέση ΟΘΙ όπου εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.

Πίνακας 6.10 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους με βάση την ηλικία

	18-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A		
1^η χορήγηση														
ΟΘΙ	7,90	2,51	6,75	3,77	11,50	2,65	8,50	3,27	6,67	5,51	12,33	3,79	1,916	0,129
ΕΘΙ	7,90	2,51	6,75	3,77	11,50	2,65	8,50	3,27	6,67	5,51	12,33	3,79	1,916	0,129
ΟΕ	4,80	3,08	6,25	2,87	7,25	,50	6,17	2,99	6,00	5,00	4,33	2,52	0,572	0,72
ΕΘΑ	6,00	2,54	3,75	2,63	7,75	4,27	6,33	4,37	6,00	3,61	10,00	6,24	1,101	0,386
ΟΘΑ	5,20	2,78	4,75	2,22	8,75	4,35	6,83	4,62	4,00	1,00	6,67	7,23	0,817	0,549
ΑΘΑ	6,90	2,88	5,00	,82	4,25	2,06	8,00	2,68	5,33	4,51	6,67	1,53	1,339	0,282
ΟΑ	3,70	2,31	5,50	,58	7,25	3,30	4,67	3,01	6,33	6,11	2,67	1,15	1,381	0,266
ΑΘΙ	6,60	2,32	6,00	,82	9,75	3,40	6,50	1,64	8,00	7,00	8,33	4,04	0,922	0,484
ΣΥΝΟΛΟ	49,00	11,32	44,75	6,55	68,00	17,36	55,50	16,26	49,00	35,76	63,33	21,73	1,18	0,348
2^η χορήγηση														
ΟΘΙ	7,70	3,20	6,00	4,08	10,50	3,11	7,17	3,37	5,67	4,16	8,33	2,52	1,01	0,433
ΕΘΙ	7,70	3,20	6,00	4,08	10,50	3,11	7,17	3,37	5,67	4,16	8,33	2,52	0,587	0,433
ΟΕ	5,90	2,69	5,75	2,87	6,50	1,73	5,00	3,35	4,67	3,51	3,33	2,31	0,902	0,71
ΕΘΑ	6,80	2,82	4,00	2,16	4,75	3,40	7,50	3,45	6,67	4,16	4,67	4,73	0,26	0,496
ΟΘΑ	5,80	3,71	4,75	2,06	6,75	3,20	6,17	4,07	6,67	3,21	4,33	5,13	1,987	0,93
ΑΘΑ	7,20	2,74	5,00	,82	3,75	2,63	7,67	3,67	3,67	2,52	6,67	1,53	0,498	0,117
ΟΑ	5,40	3,10	6,25	1,26	5,50	1,29	4,17	2,64	7,00	5,29	4,33	4,16	1,54	0,774
ΑΘΙ	5,90	2,88	5,25	,96	10,50	3,70	5,17	3,19	7,00	5,20	7,33	4,93	0,852	0,215
ΣΥΝΟΛΟ	52,40	11,11	43,00	8,76	58,75	10,14	50,00	15,54	47,00	31,24	47,33	21,83	0,501	0,772

Παρατηρούμε ότι η ηλικία δεν φαίνεται να επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους συντρόφους τους.

Πίνακας 6.11 Σχέση των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο

	Γυμνάσιο		Λύκειο ή μέση τεχνική σχολή		ΙΕΚ		ΤΕΙ		ΑΕΙ		Μεταπτυχιακές σπουδές		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A		
	1^η χορήγηση													
ΟΘΙ	4,50	2,12	8,00	6,08	8,80	4,55	11,20	3,56	8,15	3,24	7,00	.	1,000	0,440
ΕΘΙ	2,50	2,12	4,67	2,31	4,00	3,08	4,40	2,30	6,15	3,48	3,00	.	0,855	0,525
ΟΕ	6,50	3,54	2,67	3,79	8,40	4,10	6,40	3,78	8,15	3,34	9,00	.	1,353	0,278
ΕΘΑ	7,00	,00	2,33	2,52	3,60	2,51	4,80	3,49	5,54	3,62	1,00	.	1,062	0,407
ΟΘΑ	10,00	2,83	6,00	5,57	8,60	3,21	7,20	3,90	9,62	3,59	10,00	.	0,691	0,635
ΑΘΑ	9,00	,00	5,00	5,00	7,40	1,52	5,00	2,45	6,69	1,97	8,00	.	1,317	0,292
ΟΑ	7,50	,71	9,33	7,37	9,20	5,12	8,20	3,42	9,69	3,57	14,00	.	0,408	0,838
ΑΘΙ	3,50	2,12	6,33	6,03	4,60	1,95	9,20	1,64	6,00	3,54	5,00	.	1,350	0,279
ΣΥΝΟΛΟ	50,50	,71	44,33	29,02	54,60	15,60	56,40	15,60	60,00	13,37	57,00	.	0,548	0,738
2^η χορήγηση														
ΟΘΙ	6,50	2,12	6,67	3,06	7,20	4,38	9,40	4,28	6,92	3,07	6,00	.	0,452	0,807
ΕΘΙ	5,50	2,12	4,33	2,52	4,80	4,55	5,20	3,63	6,38	3,23	3,00	.	0,387	0,852
ΟΕ	6,50	,71	4,00	2,65	5,80	4,09	6,00	2,45	6,54	3,55	9,00	.	0,447	0,811
ΕΘΑ	7,50	,71	6,67	5,13	7,80	3,03	6,00	3,81	7,77	3,94	10,00	.	0,286	0,916
ΟΘΑ	6,50	2,12	3,00	1,00	5,80	3,03	4,60	2,70	5,46	3,55	3,00	.	0,554	0,733
ΑΘΑ	7,00	1,41	4,67	4,16	7,80	3,27	5,80	3,70	5,92	1,55	7,00	.	0,664	0,654
ΟΑ	7,50	,71	7,67	5,86	8,20	3,27	7,40	2,41	9,00	2,27	12,00	.	0,607	0,695
ΑΘΙ	5,00	1,41	5,33	5,51	5,40	2,61	8,80	2,77	6,23	2,98	6,00	.	0,843	0,533
ΣΥΝΟΛΟ	52,00	5,66	42,33	26,39	52,80	16,30	53,20	12,99	54,23	12,81	56,00	.	0,327	0,891

Παρατηρούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν φαίνεται να επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.

Πίνακας 6.12 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο

	Γυμνάσιο		Λύκειο η μέση τεχνική σχολή		ΙΕΚ		ΤΕΙ		ΑΕΙ		Μεταπτυχιακές σπουδές		t	p
	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α		
	1^η χορήγηση													
ΟΘΙ	6,00	1,41	5,33	5,86	10,00	3,67	9,40	3,51	8,85	3,31	10,00	.	0,922	0,484
ΕΘΙ	6,00	1,41	5,33	5,86	10,00	3,67	9,40	3,51	8,85	3,31	10,00	.	0,922	0,484
ΟΕ	5,00	1,41	5,33	5,13	7,20	3,70	5,40	2,61	5,38	2,72	4,00	.	0,348	0,878
ΕΘΑ	4,50	3,54	5,00	3,61	6,00	1,73	5,40	2,70	8,08	4,41	6,00	.	0,797	0,563
ΟΘΑ	2,00	2,83	4,67	1,53	7,00	4,53	6,40	3,05	6,77	4,21	2,00	.	0,892	0,502
ΑΘΑ	8,50	2,12	3,33	2,08	5,20	1,64	5,60	2,97	7,62	2,72	5,00	.	2,128	0,098
ΟΑ	6,00	1,41	6,67	6,03	3,80	3,35	6,20	3,49	3,85	2,12	5,00	.	0,825	0,544
ΑΘΙ	6,50	2,12	7,00	7,21	7,00	1,58	8,80	2,59	7,00	3,06	6,00	.	0,286	0,916
ΣΥΝΟΛΟ	44,50	13,44	42,67	36,12	56,20	13,10	56,60	17,49	56,38	16,53	48,00	.	0,423	0,828
2^η χορήγηση														
ΟΘΙ	8,00	1,41	3,67	3,06	8,60	3,91	9,80	2,49	7,08	3,17	12,00	.	1,993	0,118
ΕΘΙ	8,00	1,41	3,67	3,06	8,60	3,91	9,80	2,49	7,08	3,17	12,00	.	1,993	0,118
ΟΕ	6,00	2,83	3,33	2,08	7,60	3,05	6,00	1,87	4,85	2,88	4,00	.	1,248	0,319
ΕΘΑ	8,00	,00	5,33	4,16	5,20	2,49	5,00	2,92	7,08	3,62	6,00	.	0,568	0,723
ΟΘΑ	6,50	2,12	6,00	3,00	5,60	4,39	6,40	3,21	5,92	3,88	3,00	.	0,155	0,976
ΑΘΑ	6,50	,71	3,00	1,73	4,60	3,21	5,00	3,16	7,92	2,40	5,00	.	2,667	0,048
ΟΑ	8,50	,71	6,00	5,00	3,20	2,05	7,20	1,64	4,54	2,73	6,00	.	1,924	0,129
ΑΘΙ	5,50	6,36	5,33	4,51	5,80	2,17	10,00	3,46	6,15	3,34	6,00	.	1,162	0,357
ΣΥΝΟΛΟ	57,00	14,14	36,33	26,03	49,20	11,92	59,20	9,88	50,62	14,67	54,00	.	0,975	0,453

Παρατηρούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν φαίνεται να επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους συντρόφους τους.

Πίνακας 6.13 Σχέση των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση

	Παντρεμένος		Διαζευγμένος		Σε σχέση		Συζεί με σύντροφο		Αρραβони ασμένος		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A		
	1^η χορήγηση											
ΟΘΙ	8,50	4,12	11,00	.	8,36	4,29	6,00	1,41	6,00	.	0,119	0,974
ΕΘΙ	3,83	3,56	5,00	.	5,79	2,99	4,00	1,41	4,00	.	0,119	0,974
ΟΕ	6,33	3,94	4,00	.	7,86	3,94	9,00	,00	4,00	.	0,672	0,619
ΕΘΑ	5,67	3,85	5,00	.	3,86	2,68	4,00	4,24	7,00	.	0,036	0,997
ΟΘΑ	7,83	4,24	3,00	.	9,00	3,51	11,50	2,12	8,00	.	0,303	0,873
ΑΘΑ	6,42	2,97	6,00	.	6,07	2,30	8,00	,00	9,00	.	0,977	0,431
ΟΑ	9,17	3,95	4,00	.	9,86	4,04	10,00	5,66	8,00	.	0,112	0,977
ΑΘΙ	5,08	3,23	10,00	.	7,43	3,06	2,50	3,54	5,00	.	0,432	0,784
ΣΥΝΟΛΟ	52,83	19,87	48,00	.	58,21	13,62	55,00	2,83	51,00	.	0,198	0,939
2η χορήγηση												
ΟΘΙ	7,00	3,22	12,00	.	7,36	3,84	4,50	2,12	5,00	.	0,245	0,910
ΕΘΙ	4,83	3,41	8,00	.	5,79	3,75	4,50	2,12	4,00	.	0,245	0,910
ΟΕ	4,50	2,65	4,00	.	6,64	3,50	10,50	2,12	6,00	.	2,139	0,106
ΕΘΑ	5,33	3,37	1,00	.	8,57	3,06	11,50	2,12	8,00	.	0,920	0,468
ΟΘΑ	4,92	3,29	5,00	.	4,57	2,34	7,50	6,36	8,00	.	0,942	0,456
ΑΘΑ	5,00	2,89	5,00	.	6,93	2,23	8,00	1,41	6,00	.	0,587	0,675
ΟΑ	7,50	2,81	10,00	.	9,00	2,83	9,00	4,24	7,00	.	1,131	0,364
ΑΘΙ	5,83	3,30	12,00	.	6,93	2,56	4,00	2,83	4,00	.	0,963	0,445
ΣΥΝΟΛΟ	44,92	16,70	57,00	.	55,79	13,46	59,50	4,95	48,00	.	0,978	0,437

Παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.

Πίνακας 6.14 Σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση

	Παντρεμένος		Διαζευγμένος		Σε σχέση		Συζεί με σύντροφο		Αρραβωνιασμένος		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A		
	1^η χορήγηση											
ΟΘΙ	8,92	4,01	8,00		8,79	3,64	7,50	3,54	7,00		0,345	0,844
ΕΘΙ	8,92	4,01	8,00		8,79	3,64	7,50	3,54	7,00		0,648	0,633
ΟΕ	5,08	2,43	5,00		6,50	3,46	3,50	,71	6,00		0,696	0,602
ΕΘΑ	6,08	4,93	7,00		6,57	3,27	6,50	,71	7,00		0,626	0,648
ΟΘΑ	5,58	4,32	4,00		6,71	3,65	5,00	4,24	4,00		0,989	0,432
ΑΘΑ	6,17	3,19	4,00		6,07	2,02	8,50	4,95	10,00		0,509	0,729
ΟΑ	4,50	2,88	4,00		5,14	3,57	4,00	1,41	5,00		0,531	0,714
ΑΘΙ	6,75	3,19	6,00		7,93	3,32	5,50	,71	8,00		1,992	0,126
ΣΥΝΟΛΟ	52,00	19,57	46,00		56,50	18,08	48,00	,00	54,00		0,245	0,911
2^η χορήγηση												
ΟΘΙ	7,08	3,26	10,00		7,86	3,44	7,00	7,07	9,00		0,867	0,497
ΕΘΙ	7,08	3,26	10,00		7,86	3,44	7,00	7,07	9,00		0,320	0,861
ΟΕ	4,08	2,31	6,00		6,57	2,77	3,50	,71	8,00		2,003	0,125
ΕΘΑ	4,92	4,01	7,00		6,43	2,38	9,00	4,24	8,00		3,596	0,019
ΟΘΑ	4,67	3,42	3,00		6,50	3,01	8,00	7,07	8,00		0,653	0,630
ΑΘΑ	6,00	3,33	3,00		6,14	2,48	8,50	4,95	6,00		1,279	0,304
ΟΑ	4,75	2,83	9,00		5,07	3,00	7,00	1,41	9,00		0,597	0,668
ΑΘΙ	6,25	4,52	12,00		6,36	2,56	5,00	1,41	10,00		1,657	0,191
ΣΥΝΟΛΟ	44,83	17,19	60,00		52,79	13,15	55,00	1,41	67,00		1,088	0,384

Παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους συντρόφους τους.

6.6 Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, σύμφωνα με την αξιολόγηση των ίδιων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Πίνακας 6.15 Παρουσίαση της άποψης των ασθενών και της άποψης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

	Ασθενής		Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
ΟΘΙ	1,17	2,68	,10	1,21	1,98	0,054
ΕΘΙ	-,53	2,50	,80	1,65	-2,43	0,018
ΟΕ	1,13	2,54	,40	1,63	1,33	0,189
ΕΘΑ	-2,47	4,59	,23	1,61	-3,03	0,004
ΟΘΑ	3,43	4,30	,43	1,50	3,61	0,001
ΑΘΑ	,30	2,34	,63	1,90	-0,606	0,547
ΟΑ	,97	2,85	,67	1,21	0,531	0,598
ΑΘΙ	-,20	1,92	-,73	2,21	0,988	0,323
ΣΥΝΟΛΟ	3,80	9,30	2,53	4,52	0,671	0,506

Στον πίνακα 6.15 παρουσιάζεται η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, όπως την κρίνουν οι ίδιοι αλλά και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που τους παρακολουθούν. Στην υπόθεση αυτή αφαιρέσαμε τις τιμές της δεύτερης χορήγησης από τις τιμές της πρώτης χορήγησης για την κάθε θέση του Οκταγώνου, από το ερωτηματολόγιο του ασθενή που αφορά την σχέση του με τους άλλους. Στη συνέχεια πράξαμε το ίδιο και για το ερωτηματολόγιο του ειδικού και μεταξύ των αποτελεσμάτων αυτών κάναμε t-test. Η διαφορά των τιμών μεταξύ των δυο χορηγήσεων δείχνει το βαθμό βελτίωσης. Λόγω του ότι αφαιρέθηκαν οι τιμές της δεύτερης χορήγησης από τις τιμές της πρώτης χορήγησης το θετικό πρόσημο δείχνει βελτίωση, ενώ το αρνητικό επιδεινωση.

Παρατηρούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της άποψης των ασθενών και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όσον αφορά την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σημειώνονται στις θέσεις ΕΘΙ, ΕΘΑ και ΟΘΑ. Συγκεκριμένα στην θέση ΟΘΑ οι ασθενείς έχουν δώσει μεγαλύτερο μέσο όρο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφωνούν

στο βαθμό βελτίωσης, καθώς οι πρώτοι παρατηρούν μεγαλύτερη βελτίωση από ότι οι δεύτεροι. Στις θέσεις ΕΘΙ και ΕΘΑ οι ασθενείς και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφωνούν στο κατά πόσο υπάρχει ή όχι βελτίωση. Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως οι διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών έχουν βελτιωθεί από αυτές τις θέσεις σε αντίθεση με τους ασθενείς που θεωρούν ότι υπάρχει επιδείνωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων από αυτές τις θέσεις. Αυτό γιατί το αρνητικό πρόσημο στον μέσο όρο όπως αναφέραμε και παραπάνω δείχνει πως οι ασθενείς στην δεύτερη χορήγηση για τις θέσεις ΕΘΙ και ΕΘΑ έχουν δώσει μεγαλύτερους μέσους όρους από την πρώτη χορήγηση.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι υπάρχει διαφωνία μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των ειδικών, καθώς οι δεύτεροι εντοπίζουν βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών από τις παραπάνω θέσεις έναντι των ίδιων που εντοπίζουν βελτίωση μόνο σε μία από τις παραπάνω θέσεις.

6.7 Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, σύμφωνα με την αξιολόγηση των συντρόφων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Πίνακας 6.16 Παρουσίαση της άποψης των συντρόφων και της άποψης των επαγγελματιών υγείας.

	Σύντροφος		Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας		t	p
	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α		
ΟΘΙ	,00	1,81	,80	1,65	-0,276	0,784
ΕΘΙ	,66	1,37	,40	1,63	-1,755	0,081
ΟΕ	,03	2,06	,23	1,61	0,649	0,519
ΕΘΑ	,00	1,67	,43	1,50	-0,414	0,681
ΟΘΑ	,14	1,79	,63	1,90	-1,049	0,299
ΑΘΑ	,21	2,09	,67	1,21	-1,030	0,307
ΟΑ	,17	1,81	-,73	2,21	-1,036	0,304
ΑΘΙ	1,21	6,96	2,53	4,52	1,717	0,091
ΣΥΝΟΛΟ	,00	1,81	,80	1,65	-0,871	0,387

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι σύντροφοι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συμφωνούν όσον αφορά την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας.

6.8 Η βελτίωση των διαπροσωπικών/συντροφικών σχέσεων των ασθενών σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η αξιολόγηση του HADS

Πίνακας 6.17 Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των ασθενών (HADS)

	1 ^η Χορήγηση		2 ^η Χορήγηση		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
Άγχος	11,53	5,425	9,07	4,78	2,972	,006
Κατάθλιψη	8,80	4,74	7,90	4,25	1,632	,114

Ο πίνακας 6.17, παρουσιάζει την αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των ασθενών. Παρατηρούμε ότι σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στο άγχος που παρουσιάζουν οι ασθενείς έναντι της κατάθλιψης. Ο μέσος όρος του άγχους μειώνεται στην δεύτερη χορήγηση σε σχέση με τον μέσο όρο της πρώτης. Διαφαίνεται λοιπόν η μείωση του άγχους των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, σε αντίθεση με την κατάθλιψη, όπου παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική βελτίωση. Αυτό πιθανόν έχει να κάνει με το μικρό χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης χορήγησης των ερωτηματολογίων με αποτέλεσμα η θεραπεία που μεσολάβησε να μπόρεσε να μειώσει το άγχος των ασθενών αλλά το χρονικό διάστημα των δύο αυτών μηνών δεν ήταν αρκετό ώστε να βελτιώσει την κατάθλιψη.

Πίνακας 6.18 Η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών, σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας						
	1 ^η Χορήγηση		2 ^η Χορήγηση		t	p
	M.O	T.A	M.O	T.A		
ΟΘΙ	3,87	1,94	3,77	1,85	,451	,655
ΕΘΙ	4,37	2,09	3,57	1,73	2,658	,013
ΟΕ	4,17	1,74	3,77	1,65	1,343	,190
ΕΘΑ	4,07	1,049	3,83	1,41	,793	,434
ΟΘΑ	3,70	2,10	3,27	1,88	1,581	,125
ΑΘΑ	4,00	2,05	3,37	1,86	1,823	,079
ΟΑ	4,73	1,74	4,07	1,62	3,010	,005
ΑΘΙ	2,90	1,86	3,63	1,94	-1,816	,080
ΣΥΝΟΛΟ	31,80	4,63	29,27	5,30	3,072	,005

Στον πίνακα 6.18 παρουσιάζεται η σύγκριση της πρώτης και της δεύτερης χορήγησης για το ερωτηματολόγιο του ψυχιάτρου/ψυχολόγου. Μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε αν και κατά πόσο υπάρχει βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, σύμφωνα με την άποψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που τους παρακολουθούν.

Παρατηρούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις θέσεις ΕΘΙ, ΟΑ αλλά και για την συνολική βαθμολογία. Σε όλες αυτές τις θέσεις οι μέσοι όροι μειώθηκαν στη δεύτερη χορήγηση του ερωτηματολογίου. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ακόμη ότι η συνολική βαθμολογία μειώθηκε κατά την δεύτερη χορήγηση, αυτό μας δείχνει ότι υπήρξε βελτίωση.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διακρίνουν βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών τους και ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση στα συμπτώματα άγχους έναντι αυτών της κατάθλιψης.

Κεφάλαιο 7ο

« Συζήτηση- Συμπεράσματα»

7.1 Συζήτηση

Οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής κάθε ατόμου, γι' αυτό και το άτομο επιδιώκει την ανάπτυξη και διατήρηση τους καθ' όλη την διάρκεια του βίου του, καθώς η απουσία τους βιώνεται ως μια ανεπιθύμητη κατάσταση που συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα, όπως η μοναξιά και το άγχος.

Τα άτομα αναπτύσσουν διάφορα είδη στενών σχέσεων, οι σχέσεις αυτές μπορεί να βασίζονται, είτε σε ρόλους που κατέχουν από την στιγμή της γέννησης τους (γιος/ κόρη, αδερφός/ή, εγγονός/ή κ.α), είτε σε ρόλους επίκτητους που αναπτύσσουν με δική τους πρωτοβουλία (γνωστός, φίλος, σύντροφος, σύζυγος).

Για τους περισσότερους ανθρώπους η ανάγκη για σύναψη συντροφικής σχέσης κρίνεται επιτακτική κι αυτό γιατί το άτομο αντιλαμβάνεται μέσα από αυτή άγνωστες πλευρές του εαυτού του, τις οποίες προσπαθεί να βελτιώσει, τόσο για να επιτύχει την αυτοανάπτυξη του, όσο και για την διατήρηση της σχέσης του. Το κάθε άτομο που δημιουργεί σχέση προσβλέπει στην αφοσίωση, οικειότητα, συντροφικότητα, αποδοχή και υποστήριξη από τον σύντροφο του. Ωστόσο η ύπαρξη αυτών των γνωρισμάτων σε μια σχέση δεν είναι πάντα εφικτή, με αποτέλεσμα να αρχίζουν οι προστριβές μεταξύ των συντρόφων, οι οποίες οδηγούν την σχέση στην παρακμή και κάποιες φορές ακόμη και στην διάλυση της.

Ακριβώς εξαιτίας αυτής της σημαντικότητας των στενών διαπροσωπικών σχέσεων η εμφάνιση κάποιας διαταραχής (άγχους ή διάθεσης) στο άτομο επηρεάζει τόσο την σχέση του με τον σύντροφο, όσο και με τους άλλους ανθρώπους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως δεν παρατηρείται και το αντίστροφο, δηλαδή μια μη υγιής σχέση είναι δυνατόν να προκαλέσει την διατάραξη της ψυχικής υγείας του ατόμου, επηρεάζοντας συγχρόνως την λειτουργικότητα του και σε άλλους τομείς της ζωής και της καθημερινότητας του.

Στην παρούσα έρευνα θέλοντας να παρατηρήσουμε την αλλαγή (θετική ή μη) που παρουσιάζουν οι διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές με τους άλλους ανθρώπους αλλά και με τους συντρόφους

τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, βασιστήκαμε στην Θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου (Birtchnell) για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Μελέτες που ερευνούν τις διαπροσωπικές σχέσεις ατόμων με διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές με τους άλλους και με τους συντρόφους τους, βασιζόμενες στην Θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου δεν έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα σε πανελλαδικό, αλλά και διεθνές επίπεδο.

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται μία συνολική αποτίμηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας, σύμφωνα με τις υποθέσεις που ετέθησαν. Αρχικά αυτό που γίνεται εμφανές μέσα από το δείγμα που συμμετείχε στην ερευνητική διαδικασία, είναι πως στην πλειοψηφία του αυτό αποτελείται από γυναίκες ασθενείς με διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές, γεγονός που ήταν λίγο-πολύ αναμενόμενο, καθώς όταν προκύπτουν ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία οι γυναίκες είναι πιο πρόθυμες, εξοικειωμένες και συνεργάσιμες στο να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας, έναντι των ανδρών που παραβλέπουν την συμπτωματολογία που εμφανίζουν ή την αποδίδουν σε διαφορετικά αίτια (συνήθως παθολογικά).

Στην *πρώτη υπόθεση*, θέλαμε να ερευνήσουμε το αν ο τρόπος που οι ασθενείς αλληλεπιδρούν με τους άλλους ανθρώπους διαφέρει από τον τρόπο που οι σύντροφοι τους σχετίζονται με τους άλλους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι ενώ κατά την έναρξη της θεραπείας δεν υπήρχε συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονταν οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονταν οι σύντροφοι τους με τους άλλους, ωστόσο μετά το πέρας δύο πρώτων μηνών σημειώθηκε βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτές των συντρόφων τους.

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς κατά την έναρξη της θεραπείας τους, αξιολόγησαν τον εαυτό τους ότι σχετίζεται πιο αρνητικά στις θέσεις ΟΘΑ και ΟΑ του Οκταγώνου. Αυτό σημαίνει ότι στις σχέσεις τους με τους άλλους προτιμούν να αποστασιοποιούνται και να αποφεύγουν την οποιαδήποτε ανάληψη ευθύνης. Ωστόσο αυτή τους η εικόνα για τις σχέσεις τους με τους άλλους, φαίνεται να βελτιώνεται μετά το πρώτο δίμηνο της θεραπείας τους. Οι σύντροφοι από την άλλη, θεωρούν ότι σχετίζονται με τους άλλους ανθρώπους με αρνητικό τρόπο σε μικρότερο βαθμό από ότι οι ασθενείς, τόσο κατά την έναρξη, όσο και κατά την διάρκεια της θεραπείας των ασθενών.

Επομένως αυτό που διαφαίνεται με βάση τα όσα προαναφέρθηκαν είναι ότι οι

ασθενείς κατά την αρχική επαφή τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, παρουσίαζαν κάποιες συμπεριφορές, οι οποίες δυσχέραιναν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους και οι οποίες ενδεχομένως οφείλονταν στην φύση της διαταραχής τους, τη στιγμή που οι αντίστοιχες συμπεριφορές από τους συντρόφους τους δεν καθιστούνταν ως προβληματικές. Σε διάστημα όμως δύο μηνών από την έναρξη της θεραπείας, οι ασθενείς φάνηκε ότι άρχισαν να αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές τους που προκαλούσαν δυσκολία στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους και μέσα από την συνεργασία τους με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας διαφάνηκε μια πρώτη βελτίωση προς αυτή την κατεύθυνση, ιδιαίτερα ενθαρρυντική για τη συνέχεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Ίσως ωστόσο ο αρνητικός τρόπος συσχέτισης των ασθενών με τους άλλους να ελαττώθηκε και για λόγους που δεν μπορούμε να υποψιαστούμε ή ακόμη και για τυχαίους λόγους. Αποκαθιστώντας έτσι τον τρόπο συσχέτισης τους με τους άλλους ανθρώπους, οι ασθενείς κατάφεραν να συγκλίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό οι συμπεριφορές τους με αυτές των συντρόφων τους.

Στην *δεύτερη υπόθεση*, θέλαμε να διερευνήσουμε αν υπάρχει συμφωνία στον τρόπο που σχετίζονται οι ασθενείς με τις/τους συντρόφους τους και στον τρόπο που σχετίζονται οι σύντροφοι τους με αυτούς. Το συμπέρασμα είναι ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους συντρόφους τους, ενώ παρατηρούνται περισσότερες διαφορές μεταξύ της άποψης των συντρόφων και των ασθενών στην δεύτερη χορήγηση.

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς αξιολογώντας τον εαυτό τους μέσα στην σχέση εντοπίζουν ότι παρουσιάζουν διαπροσωπικές δυσκολίες κατά την έναρξη της θεραπείας τους στις θέσεις ΕΘΙ και ΑΘΑ, γεγονός που τους κάνει να συμπεριφέρονται με κτητικό τρόπο ως προς τον σύντροφο τους, συνηθίζοντας παράλληλα να διατηρούν πολύ χαμηλούς τόνους, πράγμα με το οποίο δείχνουν να μην συμφωνούν οι σύντροφοι τους. Αντίθετα κατά τη διάρκεια της θεραπείας των ασθενών, οι απόψεις και των δύο φαίνεται να συγκλίνουν. Αξιολογώντας τώρα οι ασθενείς τους συντρόφους τους στη σχέση μαζί τους, θεωρούν πως εκείνοι (σύντροφοι) σχετίζονται λιγότερο αρνητικά στο σύνολο σχεδόν των θέσεων απ' ότι πιστεύουν οι σύντροφοι για τον εαυτό τους. Οι σύντροφοι λοιπόν κατά την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας των ασθενών, υποστηρίζουν ότι οι ίδιοι σχετίζονται με αρνητικό τρόπο προς τους ασθενείς, καθώς λειτουργούν υπερβολικά συναινετικά (ΑΘΑ), πράγμα με το οποίο δείχνουν να μην συμφωνούν οι ασθενείς στην

αξιολόγηση τους για τους συντρόφους. Αλλά και κατά την διάρκεια της θεραπείας, οι σύντροφοι, εξακολουθούν να πιστεύουν πως οι ίδιοι σχετίζονται με πιο αρνητικό τρόπο απ' ότι πιστεύουν οι ασθενείς για εκείνους (συντρόφους) από όλες τις θέσεις συνολικά. Συγκεκριμένα μεγαλύτερη απόκλιση παρατηρείται στις μεταξύ τους απόψεις για τις θέσεις (ΕΘΙ), (ΑΘΑ), στις οποίες οι σύντροφοι υποστηρίζουν πως οι ίδιοι σχετίζονται αρνητικά προς τους ασθενείς, καθώς τους φροντίζουν υπερβολικά και εξακολουθούν να λειτουργούν συναινετικά προς τους ασθενείς, σε μικρότερο ωστόσο βαθμό αυτή τη φορά.

Επομένως, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς μέσα στην συντροφική σχέση, τόσο από την προσωπική τους αξιολόγηση, όσο και από αυτή των συντρόφων τους, συμπεριφέρονται με τρόπο που γίνεται εξίσου αντιληπτός και από τους δύο. Αυτό ενδεχομένως συμβαίνει, διότι μετά το πέρας δύο μηνών από την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας των ασθενών φαίνεται να αντιλαμβάνονται μέρος των επιπτώσεων που είχε η συμπεριφορά τους προς τους συντρόφους τους, με βάση την ψυχοπαθολογία που τους διεγνώσθη. Αποτέλεσμα αυτού, είναι κάποιες από αυτές τις συμπεριφορές να μπορούν πιθανώς να τις περιορίσουν πια, και η προσπάθεια τους αυτή φαίνεται να αναγνωρίζεται και από τους συντρόφους τους.

Αντίθετα η εικόνα που είχαν οι ασθενείς για τους συντρόφους τους φαίνεται να παραμένει η ίδια τόσο κατά την έναρξη, όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, κάτι το οποίο οφείλεται στην εντύπωση ενδεχομένως που είχαν οι ασθενείς ότι οι δυσκολίες στην μεταξύ τους σχέση προέκυπταν εξαιτίας της διαταραγμένης ψυχικής υγείας των ίδιων και όχι λόγω κάποιας παθολογικής συμπεριφοράς εκ μέρους των συντρόφων τους. Οι σύντροφοι με την σειρά τους μέσα από την προσωπική τους αξιολόγηση θεωρούν ότι σχετίζονται με πιο αρνητικό τρόπο στη σχέση απ' ότι πιστεύουν οι ασθενείς για εκείνους. Ίσως αυτό να συμβαίνει γιατί οι σύντροφοι μπορεί να νιώθουν συνυπεύθυνοι για την εμφάνιση και διατήρηση της ψυχικής διαταραχής στους ασθενείς, γεγονός που τους κάνει να συμπεριφέρονται υπερπροστατευτικά και να διατηρούν χαμηλούς τόνους προκειμένου να αποφεύγουν αντιπαραθέσεις με τους ασθενείς. Ωστόσο αν και εφαρμόζουν αυτές τις στάσεις, τις αξιολογούν αρνητικά, πιθανώς γιατί κατανοούν ότι δεν βοηθούν επί της ουσίας τους ασθενείς συντρόφους τους.

Στην *τρίτη υπόθεση* μας ενδιέφερε να συγκριθεί αν ο τρόπος που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του μοιάζει ή διαφέρει από τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους γενικά. Τα αποτελέσματα της έρευνας γι' αυτή την υπόθεση έδειξαν, ότι ο

τρόπος που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του δεν παρουσιάζει ομοιότητες με τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους.

Συγκεκριμένα οι ασθενείς κατά την έναρξη της θεραπείας τους, έτειναν να συμπεριφέρονται περισσότερο κτητικά (ΕΘΙ) στους συντρόφους τους απ' ότι στους άλλους ανθρώπους, ενώ έτειναν να χαρακτηρίζονται από υποχωρητικότητα (ΟΘΑ) και εγωκεντρισμό (ΟΑ) περισσότερο προς τους άλλους ανθρώπους απ' ότι στους συντρόφους τους. Ωστόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς φαίνεται ότι περιόρισαν την τάση τους να είναι υποχωρητικοί (ΟΘΑ) προς τους άλλους ανθρώπους. Οι σύντροφοι από την άλλη, έτειναν κι αυτοί να είναι περισσότερο κτητικοί (ΕΘΙ) προς τους ασθενείς απ' ότι στους άλλους ανθρώπους τόσο στην αρχή της θεραπείας των ασθενών, όσο και κατά την διάρκεια αυτής. Συγχρόνως στην πορεία έγιναν και υπερβολικά συναινετικοί (ΑΘΑ) προς τους ασθενείς απ' ότι με τους άλλους ανθρώπους, πράγμα που δεν ίσχυε στην αρχή, ενώ κι αυτοί συμπεριφέρονται εγωκεντρικά (ΟΑ) περισσότερο προς τους άλλους απ' ότι στους ασθενείς.

Στην *τέταρτη υπόθεση* θέλαμε να συγκρίνουμε τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους και με τους/τις συντρόφους τους από τη στιγμή που απευθύνονται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας πράγματι έδειξαν ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών παρουσιάζουν βελτίωση από την στιγμή που απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας και κατά την διάρκεια της θεραπείας τους με τους/τις συντρόφους τους, ωστόσο μεγαλύτερος βαθμός βελτίωσης σημειώνεται στις σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.

Επομένως, αυτό που προκύπτει από αυτή την ερευνητική υπόθεση είναι ότι ενώ οι ασθενείς αρχικά σχετίζονταν τόσο με τους άλλους ανθρώπους, όσο και με τους συντρόφους τους, με τρόπο που να τους ενισχύει την κτητικότητα (ΕΘΙ) και να τους εξασφαλίζει τον έλεγχο επί των σχέσεων που σύναπταν (ΟΘΙ), λόγω προσωπικής τους ανασφάλειας και αδυναμίας να διαχειριστούν συναισθήματα όπως η μοναξιά (ΟΕ) και η υποχωρητικότητα (ΟΘΑ) μέσα ωστόσο από την θεραπεία και μάλιστα σε σύντομο χρονικό διάστημα, παρατήρησαν στον εαυτό τους ότι περιόρισε αυτόν τον αρνητικό τρόπο συσχέτισης του με τους άλλους.

Αντίθετα το αίσθημα της εξάρτησης (ΕΘΑ) των ασθενών προς τους άλλους ενισχύθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Αυτή πιθανότατα η διαπροσωπική δυσκολία των ασθενών είχε ως αποδέκτη το πρόσωπο του θεραπευτή, διότι μ' αυτόν

τον τρόπο έδειχναν ενδεχομένως οι ασθενείς να αντιλαμβάνονται την επαγγελματική σχέση που είχαν μαζί του, ως μια σχέση εξάρτησης. Σαφώς δεν παρατηρήθηκε η ίδια βελτίωση και στις σχέσεις των ασθενών με τους συντρόφους κι αυτό διότι για να υπάρξει εκεί, οι ασθενείς θα πρέπει να δουλέψουν περισσότερο χρονικό διάστημα με το εγώ τους στα πλαίσια της θεραπείας, προκειμένου να περιορίσουν προσωπικές τους αδυναμίες που θα τους οδηγήσουν στην αυτοανάπτυξη και κατ' επέκταση στην βελτίωση της συντροφικής τους σχέσης. Στην προσπάθεια που καταβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση όμως χρειάζονται και την κατάλληλη υποστήριξη, συμπαράσταση και κατανόηση από τους συντρόφους τους, όχι μόνο για την βελτίωση της μεταξύ τους σχέσης αλλά και για την βελτίωση των σχέσεων τους με τους άλλους (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι) οι οποίοι μπορεί να λειτουργήσουν ως ένα σημαντικό υποστηρικτικό δίκτυο σε αυτή την προσπάθεια.

Στην *πέμπτη υπόθεση* θεωρήσαμε πως σημαντικό ήταν, επίσης, να μελετήσουμε την επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση των δημογραφικών μεταβλητών με τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών. Εξαίρεση αποτελεί η δημογραφική μεταβλητή της ηλικίας στις σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους, από την θέση (ΟΘΙ) όπου παρουσιάζονται διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.

Επομένως το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση είναι μεταβλητές που δεν επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών, όπως φαίνεται από την παρούσα έρευνα. Αντίθετα η δημογραφική μεταβλητή της ηλικίας, δείχνει να επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους κι αυτό γιατί η ηλικιακή ομάδα που ανήκει κάθε άτομο είναι συνυφασμένη με την συναισθηματική του ωριμότητα, τα βιώματα και τις εμπειρίες του, οπότε ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων έχει άμεσο αντίκτυπο και στις σχέσεις του, αλλά και στον βαθμό ελέγχου που θέλει να ασκεί το άτομο σ' αυτές.

Στην *έκτη υπόθεση*, μας ενδιέφερε να συγκρίνουμε την αξιολόγηση που κάνουν οι ασθενείς για την βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και την αξιολόγηση που κάνουν για τους ασθενείς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και στη συνέχεια να παραθέσουμε αν υπάρχει συμφωνία στις μεταξύ τους απόψεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως δεν υπάρχει συμφωνία στις απόψεις τους, διότι οι ειδικοί αποδίδουν την βελτίωση των

διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών σε θέσεις που οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν ότι υπάρχει επιδείνωση.

Συγκεκριμένα οι ειδικοί θεωρούν ότι οι ασθενείς στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους περιόρισαν κάποιες από τις διαπροσωπικές τους δυσκολίες, καθώς μείωσαν την κτητικότητα τους προς τους άλλους (ΕΘΙ), αλλά και την τάση τους να εξαρτώνται (ΕΘΑ) από αυτούς. Οι ασθενείς ωστόσο, δείχνουν να μην συμφωνούν με την άποψη αυτή των ειδικών, καθώς εκείνοι από την πλευρά τους, εντοπίζουν ότι αυξήθηκαν οι διαπροσωπικές τους δυσκολίες από αυτές τις θέσεις. Αντίθετα για την θέση ΟΘΑ, και οι ασθενείς και οι ειδικοί ψυχικής υγείας συμφωνούν πως υπήρξε βελτίωση με το ότι οι ασθενείς περιόρισαν την τάση τους να αποφεύγουν την οποιαδήποτε ανάληψη ευθύνης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους άλλους, διαφωνούν όμως στο βαθμό βελτίωσης. Οι ασθενείς εντοπίζουν μεγαλύτερο βαθμό βελτίωσης από τους ειδικούς.

Η ασυμφωνία τους αυτή ενδεχομένως οφείλεται στο μικρό διάστημα που συνεργάζονται οι ασθενείς με τους ειδικούς και έτσι δεν έχουν καταφέρει ακόμη να αποκτήσουν πλήρη συναίσθηση της κατάστασης τους, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να κρίνουν τον εαυτό τους αντικειμενικά όπως κάνουν οι ειδικοί, που έχουν τον ρόλο του εξωτερικού παρατηρητή. Μέρος όμως της ευθύνης γι' αυτή την ασυμφωνία απόψεων ίσως έχουν και οι ειδικοί, διότι δεν ήταν εξοικειωμένοι με την εν λόγω θεωρία στην οποία βασίστηκε η έρευνα κι έτσι η αξιολόγηση τους για τους ασθενείς βασιζόταν σε κάποιες ερωτήσεις.

Στην *έβδομη υπόθεση*, θέλαμε να συγκρίνουμε την αξιολόγηση των συντρόφων με αυτή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αναφορικά με την βελτίωση που σημείωσαν οι ασθενείς κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Πράγματι τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει συμφωνία στις μεταξύ τους αξιολογήσεις για την πρόοδο των ασθενών.

Αυτό ενδεχομένως συμβαίνει διότι τόσο οι σύντροφοι, όσο και οι ειδικοί που είναι αποδέκτες της συμπεριφοράς των ασθενών, αντιλαμβάνονται λίγο-πολύ με τον ίδιο τρόπο την πρόοδο των ασθενών, καθώς και ως εξωτερικοί παρατηρητές αξιολογούν περισσότερο αντικειμενικά την κατάσταση. Ωστόσο αν στην αξιολόγηση των συντρόφων και αυτή των ειδικών παραλληλίσουμε και εκείνη των ασθενών για τον εαυτό τους (πίνακας προηγούμενης υπόθεσης), εύκολα παρατηρούμε ότι η αξιολόγηση των τελευταίων αποκλίνει από τις άλλες δύο (συντρόφων και ειδικών), γεγονός που δεν καθιστά τους ασθενείς ως αντικειμενικούς αξιολογητές του εαυτού

και των διαπροσωπικών τους σχέσεων, λόγω του ότι τους επηρεάζει η ψυχοπαθολογία που εμφανίζουν στο να κρίνουν ρεαλιστικά την κατάσταση τους. Παρόλα αυτά οι ειδικοί μέσα από την επαγγελματική σχέση που έχουν με τους ασθενείς αντιλαμβάνονται τον διαφορετικό τρόπο που αντιδρούν πια, όπως και το που χρειάζεται να εστιάσουν στην πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας. Το ίδιο και οι σύντροφοι τους, οι οποίοι τους ζουν καθημερινά κι έτσι είναι σε θέση να εντοπίσουν τις θετικές αλλαγές στην συμπεριφορά τους, καθώς αυτές έχουν άμεσο αντίκτυπο στην σχέση τους.

Στην *όγδοη υπόθεση*, θέλαμε να διερευνήσουμε αν υπάρχει βελτίωση στις διαπροσωπικές και συντροφικές σχέσεις των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας πράγματι έδειξαν ότι υπάρχει βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, όπως τις αξιολόγησαν και οι ίδιοι, αλλά και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Συγκεκριμένα, η προσωπική αξιολόγηση των ασθενών για τα αισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης, μας έδειξε ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους οι ασθενείς περιόρισαν αισθητά το αίσθημα του άγχους τους, δεν συνέβη όμως το ίδιο και με αυτό της κατάθλιψης, το οποίο έμεινε λίγο-πολύ στα ίδια επίπεδα. Αυτό ενδεχομένως έχει να κάνει με το μικρό χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την έναρξη της θεραπείας, το οποίο περιόρισε το άγχος των ασθενών καθώς απέκτησαν εικόνα του προβλήματος τους, δεν στάθηκε όμως αρκετό για να βελτιώσει και το αίσθημα της κατάθλιψης που ένιωθαν. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αξιολογώντας από την πλευρά τους, τους ασθενείς συμπέραναν ότι υπάρχει βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις αυτών κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, καθώς περιόρισαν συνολικά τον παθολογικό τρόπο συσχέτισης τους με τους άλλους και πιο συγκεκριμένα την κτητικότητα τους (ΕΘΙ), η οποία προκαλούνταν λόγω του φόβου τους μη μείνουν μόνοι (ΟΕ).

Με την ολοκλήρωση της έρευνας καταλήξαμε ότι υπάρχει βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών τόσο με τους άλλους ανθρώπους, όσο και με τους συντρόφους τους. Παρόλο που σε αρκετές περιπτώσεις η βελτίωση δεν ήταν στατιστικά σημαντική, παρατηρώντας κανείς τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί να εντοπίσει διαφορές από την έναρξη της θεραπείας, όπως και μετά το πέρας δυο μηνών. Αυτό είναι σημαντικό διότι αν και μεσολάβησε μικρό χρονικό διάστημα από την πρώτη επίσκεψη στον ειδικό ψυχικής υγείας οι ασθενείς ήδη παρατηρούν αλλαγές στη συμπεριφορά τους και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, κάτι στο οποίο

φαίνεται να συμφωνούν και οι σύντροφοι τους, αλλά και οι ειδικοί που τους παρακολουθούν.

7.2 Περιορισμοί Έρευνας

Η εκπόνηση της έρευνας ήταν μία χρονοβόρα διαδικασία, η οποία διήρκησε πάνω από ένα χρόνο (Ιούλιο 2009- Νοέμβριο 2010). Αρχικά το δείγμα ορίστηκε σε 60-70 άτομα με διαταραχές της διάθεσης και 60-70 άτομα με αγχώδεις διαταραχές και τον αντίστοιχο αριθμό των συντρόφων τους. Επίσης, στην αρχή, είχαμε ορίσει τρεις φορές επαναληπτική μέτρηση ανά δύο μήνες, τόσο των ασθενών, όσο και των συντρόφων τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ώστε να αξιολογηθούν οι αλλαγές στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η συλλογή του δείγματος επρόκειτο να πραγματοποιηθεί στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής σε συνεχή συνεργασία με τους ψυχιάτρους. Κατά την διεξαγωγή της έρευνας όμως προέκυψαν οι ακόλουθες δυσκολίες:

- Σημαντική απροθυμία συμμετοχής αρκετών ασθενών που προσέρχονταν στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και κυρίως των συντρόφων τους, οι οποίοι σε πολλές περιπτώσεις δεν επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια συμπληρωμένα.
- Δυσκολία διανομής των ερωτηματολογίων στους ασθενείς και τους συντρόφους τους από τους ψυχιάτρους και μη συμπλήρωση της αξιολόγησης των ψυχιάτρων για τους ασθενείς τους, λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας. Επιπροσθέτως, η ψυχίατρος με την οποία συνεργαζόμασταν στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας πήρε απόσπαση στο ΠΑΓΝΗ, γεγονός που είχε ως συνέπεια από την μία τον περιορισμό των ημερών εργασίας της στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και από την άλλη την υπερβολική αύξηση του φόρτου εργασίας της στην άλλη δομή.
- Τέλος, η συμμετοχή μας περιορίστηκε στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ενώ και στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής δεν έλειψαν οι δυσκολίες, καθώς ήταν αναγκαία η χορήγηση επίσημης άδειας από το αρμόδιο υπουργείο, η οποία όμως δεν δόθηκε ποτέ, παρά τις απαραίτητες ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν από μέρος μας. Η έλλειψη άδειας, είχε ως αποτέλεσμα την απουσία επίβλεψης της συλλογής του δείγματος στο εν λόγω Κέντρο και ενδεχομένως την μειωμένη εμπλοκή του ψυχιάτρου στην έρευνα.

Συνέπεια των παραπάνω ήταν να συλλεγούν μόλις 4 ερωτηματολόγια σε διάστημα 4 μηνών, διάστημα κατά το οποίο –σύμφωνα με τους υπολογισμούς των ψυχιάτρων- θα μπορούσαν να είχαν συγκεντρωθεί τουλάχιστον 30 ερωτηματολόγια, για τα μισά από τα οποία θα υπήρχε δεύτερη χορήγηση (το δεύτερο δίμηνο). Οπωσδήποτε η θερινή περίοδος που μεσολάβησε δυσκόλεψε ακόμη περισσότερο τη συλλογή του δείγματος, γεγονός το οποίο δεν αντισταθμίστηκε τους δύο επόμενους μήνες (Σεπτέμβριο και Οκτώβριο).

Για όλους τους παραπάνω λόγους και δεδομένου ότι η έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, η οποία έπρεπε να ολοκληρωθεί σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα οδηγηθήκαμε στην τροποποίηση ορισμένων σημείων στην μεθοδολογία της. Μειώσαμε τον αριθμό του δείγματος σε 25 άτομα με διαταραχές της διάθεσης και 25 άτομα με αγχώδεις διαταραχές. Περιορίσαμε ,επίσης, τις επαναληπτικές μετρήσεις από τρεις σε δύο. Δηλαδή, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν δύο φορές (κατά την πρώτη επαφή με το ψυχίατρο και μία ακόμα φορά μετά από δύο μήνες).

Παρά τα μέτρα που πάρθηκαν, οι δυσκολίες συνεχίστηκαν:

- Η συνεργασία με τα δύο Κέντρα στάθηκε άκαρπη: α) Η ψυχίατρος από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας σταμάτησε την συνεργασία χωρίς να μας ενημερώσει και χωρίς να προσφέρει καθόλου στη συλλογή του δείγματος, β) ο ψυχίατρος του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής δεν κατάφερε να μας βοηθήσει μέσω του Κέντρου, με το οποίο συνεργαζόταν στα πλαίσια της σύμβασης του. Στη συνέχεια συνεργαστήκαμε μαζί του στα πλαίσια του ιδιωτικού του γραφείου.
- Απευθυνθήκαμε σε 40 περίπου ψυχιάτρους και ψυχολόγους της πόλης του Ηρακλείου. Από αυτούς συνεργάστηκαν μόνο οι 10 για την συλλογή του δείγματος.

Η πλειοψηφία των ειδικών αρνήθηκε από την αρχή την συμμετοχή των ασθενών τους στην έρευνα. Οι λόγοι ποικίλοι: φόρτος εργασίας, μη ενδιαφέρον για το θέμα της έρευνας, το μέγεθος των ερωτηματολογίων, η επαναληπτική συμπλήρωση τους, η συμμετοχή των συντρόφων. Επίσης, επικράτησε η άποψη ότι ήταν αντιδεοντολογικό να βάλουν τους ασθενείς τους σε αυτή τη διαδικασία. Υπήρξαν ωστόσο και ειδικοί, οι οποίοι δέχτηκαν με προθυμία να βοηθήσουν και συνέβαλλαν στην έκβασή της έρευνας και στη συλλογή 30 ολοκληρωμένων περιπτώσεων. Υπήρξαν άλλες 10 περιπτώσεις, οι οποίες όμως δεν

χρησιμοποιήθηκαν, διότι είχαμε είτε μόνο τα ερωτηματολόγια του ασθενή συμπληρωμένα είτε του συντρόφου, είτε είχαμε μόνο την πρώτη χορήγηση.

7.3 Συμπεράσματα

1. Κατά την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας δεν υπήρξε συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονταν οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονταν οι σύντροφοι τους με τους άλλους. Εντούτοις έπειτα από δύο μήνες θεραπείας, παρατηρήθηκε βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με τους άλλους, με αποτέλεσμα να μοιάζουν με αυτές των συντρόφων τους.
2. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους/τις συντρόφους τους, ενώ παρατηρούνται περισσότερες διαφορές μεταξύ της άποψης των συντρόφων και των ασθενών στην δεύτερη χορήγηση.
3. Ο τρόπος που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του δεν παρουσιάζει ομοιότητες με τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους.
4. Οι σχέσεις των ασθενών τόσο με τους άλλους ανθρώπους, όσο και με τους συντρόφους τους παρουσιάζουν βελτίωση κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Ωστόσο μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρείται στις σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.
5. Οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) δεν επιδρούν στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών με εξαίρεση την ηλικία αναφορικά με τις σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους.
6. Υπάρχει διαφωνία μεταξύ των απόψεων των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, καθώς οι δεύτεροι εντοπίζουν βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών από θέσεις που δεν βρίσκουν σύμφωνους τους ίδιους.
7. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ της αξιολόγησης των συντρόφων και αυτής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αναφορικά με την πρόοδο-βελτίωση των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους.
8. Κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας παρουσιάζεται βελτίωση στα συμπτώματα άγχους των ασθενών, όπως αξιολογούν οι ίδιοι οι ασθενείς και βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, όπως αξιολογούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

IV ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Βασιλειάδου, Μ.Σ. και Παπακώστας, Ι. (2003). Εφαρμογή των Αρχών της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας για την Αντιμετώπιση των Ψυχικών Διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Ι.Α. Λιάππας, Β.Δ. Τομαράς, και Μ.Σ. Βασιλειάδου (Επιμέλεια), *Η Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική* (σελ. 97-106). Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
2. Βασλαματζής, Γ. (2000). Ο Ρόλος των Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης, και Μ.Π. Οικονόμου (Επιμέλεια), *Προληπτική Ψυχιατρική*. 2η Έκδοση (σελ. 195-198). Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
3. Γκοτζαμανής, Κ. (2004). *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM- IV –TRTM*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
4. Μαράτου-Αλιπράντη, Λ. (1999). *Η Οικογένεια στην Αθήνα: Οικογενειακά Πρότυπα και Συζυγικές Πρακτικές*. 2η Έκδοση. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
5. Θεμελή, Α. και Κορδούτης, Π. (χ.χ). *Ατομικές Διαφορές στη Σύναψη Δεσμού και Σεξουαλικότητα*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.
6. Ιατρίδης, Δ. (2004). *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής. Θεωρία και Πράξη του Κοινωνικού Σχεδιασμού*. Αθήνα: Gutenberg.
7. Καζάζη, Μ. (2002). *Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
8. Καλαϊτζάκη, Α.Ε. και Νέστορος, Ι.Ν. (2002). Οι Ενδοοικογενειακές Σχέσεις Ατόμων με Ψυχωσικά Συμπτώματα: Περιγραφή και αξιολόγηση βάσει της θεωρίας του Διαπροσωπικού Οκταγώνου. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καΐλα και Φ. Καλαβάσης (Επιμέλεια), *Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία* (Τόμος Β΄: Αποκλίνουσες διαστάσεις στο χώρο της οικογένειας) (σελ. 140-163). Αθήνα: Ατραπός.
9. Καλαϊτζάκη, Α. Ε. (2008). *Σημειώσεις Συμβουλευτική Οικογένειας*. Ηράκλειο: Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι Κρήτης.

10. Καλαϊτζάκη, Α.Ε. (2009). Η Θεωρία των Τύπων του Σχετίζεσθαι: Κλινικές και Θεραπευτικές Εφαρμογές. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*. Τεύχος 54. (σελ. 167-202).
11. Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη Θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
12. Κανδυλάκη, Α. (2001). *Η Συμβουλευτική στην Κοινωνική Εργασία: Δεξιότητες Επικοινωνίας και Τεχνικές Παρέμβασης*. Αθήνα: Σύγχρονες Ακαδημαϊκές & Επιστημονικές Εκδόσεις.
13. Κατάκη, Χ. (1997). *Το Μωβ Υγρό*. 4η Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
14. Καφέτσιος, Κ. (2005). *Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
15. Κηρυττόπουλος, Μ. (2005). Αγάπη μου, Σώσε με! Ζευγάρι και Στόχοι της Θεραπείας του Ζευγαριού. Στο Χ. Κατάκη, και Α. Ανδρουτσοπούλου (Επιμέλεια), *Με Χάρτη και Πυξίδα. Αφηγήσεις Συστημικής Ψυχοθεραπείας* (σελ.57-77). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
16. Κονταξάκης, Β.Π. και Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2000). Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης, και Μ.Π. Οικονόμου (Επιμέλεια), *Προληπτική Ψυχιατρική*. 2η Έκδοση. (σελ. 11- 15). Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
17. Λιάκος, Α. (1995). Εισαγωγή. Στο Π. Σακελλαρόπουλος (Επιμέλεια), *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα* (σελ. 389 - 402). Αθήνα: Παπαζήση.
18. Λιάκος, Α. (2003α). Ο Σύνθετος Ρόλος των Φορέων Ψυχικής Υγείας στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Στο Δ. Δαμίγος (Επιμέλεια), *Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα. Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη* (σελ. 92-99). Αθήνα: Παπαζήση.
19. Λιάκος, Α. (2003β). Βασικές Αρχές και Φιλοσοφία της Εκπαίδευσης των Στελεχών. Στο Δ. Δαμίγος (Επιμέλεια), *Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα. Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη* (σελ. 575-576). Αθήνα: Παπαζήση.
20. Λυκέτσος, Γ. (1998) *Το Μυθιστόρημα της Ζωής Μου*. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
21. Μαδιανός, Μ. (1994). *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

22. Μαδιανός, Μ. (1998). *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία. Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη.
23. Μαδιανός, Μ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Αθήνα: Καστανιώτη.
24. Μαδιανός, Μ. (2006). *Κλινική Ψυχιατρική*. 2η έκδοση. Αθήνα: Καστανιώτη.
25. Μαδιανός, Μ. (2006). Ψυχιατρική σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Στο Γ. Χριστοδούλου και συνεργάτες (Επιμέλεια), *Ψυχιατρική* (σελ. 859 – 862). Αθήνα: BHTA Medical Arts.
26. Μάνος, Ν. (1993). *Σύνθεση και Επιλογή στη Ψυχιατρική Θεραπευτική. Μια Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
27. Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη Έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
28. Μαυρατζώτου, Κ. (2003α). Ο Σύνθετος Ρόλος των Φορέων Ψυχικής Υγείας στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Στο Δ. Δαμίγος (Επιμέλεια), *Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα. Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη* (σελ. 92-99). Αθήνα: Παπαζήση.
29. Μαυρατζώτου, Κ. (2003β). Σχεδιασμός και Ανάπτυξη των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Στο Δ. Δαμίγος (Επιμέλεια), *Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα. Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη* (σελ. 136-146). Αθήνα: Παπαζήση.
30. Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994). *Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση*. Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
31. Μπάστα, Μ. (2006). *Σημειώσεις: Ψυχιατρικής*. Ηράκλειο: χ.ε.
32. Μπιλανάκης, Ν. (2006). *Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Η Απάντηση της Κοινωνίας των Πολιτών στο Κράτος και την Αγορά*. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
33. Νέστορος, Ι. (2002). *Σημειώσεις: Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων*. Ρέθυμνο: χ.ε.
34. Ντάβου, Μ. (1984). Διαπροσωπικές Σχέσεις και Επικοινωνία. *Περισκόπιο της Επιστήμης*. Τεύχος 71. (σελ.75-82).
35. Οικονόμου, Μ. Π. (2003). Η Αντιμετώπιση των Ψυχικών Διαταραχών στην Κοινότητα. Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Ι.Α. Λιάππας, Β.Δ. Τομαράς και Μ.Σ. Βασιλειάδου (Επιμέλεια), *Η Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική* (σελ.107- 116). Αθήνα: BHTA Medical Arts.

36. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. (1998). *Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων. Η Μη Λεκτική Επικοινωνία στις Διαπροσωπικές Σχέσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
37. Παπαδάτου, Γ. και Στογιαννίδου, Α. (1988). *Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
38. Παπακώστας, Ι.Γ. (1998). Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία της Κατάθλιψης. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμέλεια), *Κατάθλιψη*. 2η Έκδοση. (σελ. 161-166). Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
39. Πετρογιάννης, Κ. (2003). *Η Μελέτη της Ανθρώπινης Ανάπτυξης: Οικοσυστημική Προσέγγιση. Παρουσίαση της Θεωρίας του Urie Bronfenbrenner με Βάση Ευρήματα από τη Διεθνή Έρευνα*. Αθήνα: Καστανιώτη.
40. Πιερράκος, Τ. Κ. (1999). *Έρωτας, Αγάπη και Σεξουαλικότητα. Οι Δυνάμεις που Ενώνουν τον Άνδρα και τη Γυναίκα*. Αθήνα: ΣΩΜΑΝΟΥΣ.
41. Πλουμπίδης, Δ. Ν. (2000). Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης και Μ.Π. Οικονόμου (Επιμέλεια), *Προληπτική Ψυχιατρική* (σελ. 17-22). Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
42. Ραμπαβίλας, Α. (2006). Εισαγωγή. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες (Επιμέλεια), *Ψυχιατρική*. Α' Τόμος. (σελ. 372-373). Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
43. Σακελλαρόπουλος, Π. (2003α). Βραχεία Παρουσίαση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στο Σπίτι του Αρρώστου. Στο Δ. Δαμίγος (Επιμέλεια), *Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα. Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη* (σελ. 201-204). Αθήνα: Παπαζήση.
44. Σακελλαρόπουλος, Π. (2003β). Εκπαίδευση. Στο Δ. Δαμίγος (Επιμέλεια), *Κοινωνική Ψυχιατρική στην Ελλάδα. Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη* (σελ. 571-574). Αθήνα: Παπαζήση.
45. Σολδάτος, Κ. (2003). Κατάθλιψη. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Ι.Α. Λιάππας, Βλ. Δ. Τομαράς και Μ.Σ. Βασιλειάδου (Επιμέλεια), *Η Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική* (σελ. 55-61). Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.
46. Σολδάτος, Κ. και Λυκούρας, Λ. (2006). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Α' τόμος. Αθήνα: ΒΗΤΑ Medical Arts.

47. Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην.
48. Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. και Μαυρέας, Β. (1993). *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς*. Απόδοση στα Ελληνικά και Επιμέλεια των Συγγραφέων. Αθήνα: BHTA Medical Arts.
49. Στυλιανίδης, Σ. Μ. και Χονδρός, Π. (2008). Μια Εναλλακτική Ψυχιατρική Θεώρηση της Έννοιας της Κοινότητας και των Δικτύων Ψυχικής Υγείας. Στο Σ.Μ. Στυλιανίδης και Λ.Γ. Στυλιανούδη (Επιμέλεια), *Κοινότητα και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Η Εμπειρία της Εύβοιας (1988 – 2008)* (σελ. 224-230). Αθήνα: Τόπος.
50. Φραγκούλη-Σακελλαροπούλου, Α. (2008). *Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα Φωκίδας. Πρόληψη, Έγκαιρη Παρέμβαση και Περίθαλψη στην Κοινότητα*. Αθήνα: Παπαζήση.
51. Χριστοδούλου, Γ.Ν., Αλεβίζος, Β. και Μαυρέας Β. (1999). *Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Αντιμετώπιση*. Αθήνα: BHTA Medical Arts.
52. Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2006α). Κατάθλιψη. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες (Επιμέλεια), *Ψυχιατρική. Α΄ Τόμος*. (σελ. 313-340). Αθήνα: BHTA Medical Arts.
53. Χριστοδούλου, Γ.Ν. και Παπαδημητρίου, Γ. (2006β). Μακράς Διάρκειας Αντιμετώπιση των Συναισθηματικών Διαταραχών. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες (Επιμέλεια), *Ψυχιατρική. Β΄ Τόμος*. (σελ. 729-734). Αθήνα: BHTA Medical Arts.
54. Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα: Τόπος.

Μεταφρασμένη

55. Arana, G. και Hyman, S. (1994). *Ψυχοφαρμακολογία*. Νέστορος, Ι. (Απόδοση στα Ελληνικά και Επιμέλεια). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
56. Αργκάυλ, Μ. και Τράουερ, Π. (1981). *Πρόσωπο με Πρόσωπο. Τρόποι Επικοινωνίας*. 2η Έκδοση. Μετάφραση: Σόλμαν, Μ. Αθήνα: Ψυχογιός.
57. Beck, A. T. (2003). *Δεν Αρκεί Μόνο η Αγάπη*. Μετάφραση: Σίμος, Γ. και Μουτζούκης, Χ. Αθήνα: Πατάκη.

58. Corey, G. (2005). *Θεωρία και Πρακτική της Συμβουλευτικής και της Ψυχοθεραπείας*. Μετάφραση: Μπαρμπάτση, Μ. Αθήνα: Έλλην.
59. Cuber, J. F. και Harroff, P. B. (2000). Πέντε Τύποι Γάμων. Στο Χ. Νόβα-Καλτσούνη (Επιμέλεια), *Κείμενα Κοινωνιολογίας του Γάμου και της Οικογένειας* (σελ.275-286). Μετάφραση: Πάλλης, Φ. Αθήνα: Τυπωθήτω.
60. Devito, J. A. (2004). *Ανθρώπινη Επικοινωνία*. Μετάφραση: Κουβαράκου, Δ. Αθήνα: Έλλην.
61. Dominian, J. (1998). *Μαθήματα Γάμου*. Μετάφραση: Μεταξάς, Σ. Αθήνα: Έλληνικά Γράμματα.
62. Elkaim, M. (1991). *Αν Μ' αγαπάς, Μη Μ' αγαπάς*. 2η Έκδοση. Μετάφραση: Χριστάκης, Ν. Αθήνα: Κέδρος.
63. Flach, F. (χ.χ). *Κατάθλιψη. Η Μυστική της Δύναμη*. Μετάφραση: Αναστασίου Β. Αθήνα: Δίοδος.
64. Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J. και Andreasen, N. (2007). *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Τόμος 1. Σολδάτος, Κ. (Απόδοση στα Ελληνικά και Επιμέλεια). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.
65. Julien, R. (2003). *Βασικές αρχές Ψυχοφαρμακολογίας*. Μετάφραση: Βελέντζα, Κ., Φουντουλάκης, Μ., Νικολακάκη, Μ., Καλαϊτζή, Χ. και Μπίμπα, Α. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.
66. Kaplan, H., Sadock, B. και Grebb, J. (2000). *Ψυχιατρική*. Β' τόμος. 7η Έκδοση. Μετάφραση: Γιωτάκος, Ο., Γκοτζμάνης, Κ., Ζερβός, Κ., Σαραντίδης, Δ. και Τριποδιανάκης, Γ. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
67. Paolucci, S.L. και Paolucci S.J. (2008). *Κατάθλιψη FAQs*. Μετάφραση: Γαβρανοπούλου, Μ. Αθήνα: Βαγιονάκη.
68. Payne, M. (2000). *Σύγχρονη Θεωρία της Κοινωνικής Εργασίας*. Μετάφραση: Στρατιδάκη, Σ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
69. Παζίνι, Ο. (1993). *Μάθε Ν' αγαπάς τον Σύντροφο σου. Τα Προβλήματα και η Αντιμετώπιση τους στις Σχέσεις των Ζευγαριών*. Μετάφραση: Ταχματζίδου, Λ. και Μπονάνος, Τ. Αθήνα: Οδυσσεάς.
70. Vansteenwegen, A. (1995). *Η Αγάπη είναι Ενέργεια. Το Παιχνίδι του Γάμου*. Μετάφραση: Συρρής, Μ. Μ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
71. Verderber, R. F. (1998). *Η Τέχνη της Επικοινωνίας*. 8η Έκδοση. Μετάφραση: Σαρρής, Ν. Αθήνα: Έλλην.

72. Verderber, R. F. και Verderber, K. S. (2006). *Δεξιότητες Διαπροσωπικής Επικοινωνίας*. Μετάφραση: Αποστολοπούλου, Α. Αθήνα: Έλλην.
73. Wray, R. D., Luft, R. L, και Highland, P. J. (2003). *Θεμελιώδεις Αρχές στις Ανθρώπινες Σχέσεις. Εφαρμογές στην Ζωή και στην Εργασία*. Μετάφραση: Κοκονέζη, Ε. Αθήνα: Έλλην.
74. Yalom, I. (2005). *Η Θεραπεία του Σοπενάουερ*. Μετάφραση: Ανδριτσάνου, Ε. και Ζέρβας, Γ. Αθήνα: Άγρα.

Ξενόγλωσση

75. Allou, L.B., Acocellia, J. and Bootzin R.R. (1996). *Abnormal Psychology*. United States: McGraw-Hill.
76. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. and Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*. New York : Oxford University Press.
77. Kalaitzaki, A.E., Birtchnell, J., & Nestoros, J.N. (2009). Interrelating within the families of young psychotherapy outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(3), 199-215. DOI: 10.1002/cpp.613. Published Online: Apr 8 2009 5:53AM.
78. Kalaitzaki, A.E., Birtchnell, J., & Nestoros, J.N. (2010). Does family interrelating change over the course of individual treatment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(6), 463-481. DOI: 10.1002/cpp.687. Published Online: Feb 25 2010 8:11AM.

Πηγές στο Διαδίκτυο

79. Βασιλειάδης, Γ. (2010). «Τι είναι η Ομαδική Ψυχοθεραπεία (group therapy);» http://findadoctor.gr/medical_journals.php?med_id=14 [accessed 31 Μαρτίου 2011].
80. «Personality Synopsis». AllPsych Online. The Virtual Psychology Classroom. <http://www.allpsych.com> [accessed 1 Απριλίου 2011].
81. Ψυχιατρικά Ιατρεία των Δημόσιων Νοσοκομείων. Στο Ελληνική Εταιρεία Διαταραχών Διάθεσης. www.mazi.org.gr [accessed 20 Απριλίου 2011].
82. Λούντζης, Α. Ν. (χ.χ). Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Παρουσίαση του Θεσμικού / Νομικού Συστήματος Λειτουργίας. Αξιολόγηση – Προοπτικές. Στο Mental Health Institute for Children and Adults. www.inpsy.gr [accessed 24 Απριλίου 2011].
83. www.psycrete.gr [accessed 24 Απριλίου 2011].

V. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

V.I

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

- 1. Τίτλος:** «Η αλλαγή των διαπροσωπικών σχέσεων ασθενών με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης προς τους άλλους ανθρώπους και τους/τις συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους».

2. Βασικός Προβληματισμός που οδήγησε στην επιλογή του θέματος

Ο τομέας της ψυχικής υγείας προσέλκυσε το ενδιαφέρον μας καθ' όλη τη διάρκεια φοίτησης μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, γι' αυτό και η επιλογή του θέματος της πτυχιακής, σχετίζεται άμεσα με αυτόν. Στα πλαίσια των μαθημάτων που πραγματοποιήθηκαν στα πρώτα κυρίως εξάμηνα της σχολής και με την παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων και ημερίδων, ευαισθητοποιηθήκαμε πάνω σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και θελήσαμε να ασχοληθούμε με την περαιτέρω διερεύνηση τους.

Συγκεκριμένα επιλέξαμε τις διαπροσωπικές σχέσεις ως αντικείμενο μελέτης στην πληθυσμιακή ομάδα των ψυχικά ασθενών, επειδή πιστεύουμε ότι θα παρουσίαζαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα συμπεράσματα μιας τέτοιας έρευνας, στον χώρο της διεπιστημονικής κοινότητας. Οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής κάθε ανθρώπου και διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην φυσιολογική του ανάπτυξη.

3. Αναφορά σε συναφείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το τμήμα στο παρελθόν

Κάνοντας μια ανασκόπηση σε πραγματοποιηθείσες έρευνες του τμήματος, εντοπίσαμε πτυχιακές εργασίες με συναφή θεματολογία οι τίτλοι των οποίων είναι:

- Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burn out) και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και τις διαπροσωπικές σχέσεις (2004).

- Η συμβολή της επαγγελματικής σχέσης κοινωνικού λειτουργού-εξυπηρετούμενου, στις διαπροσωπικές σχέσεις του εξυπηρετούμενου (2004).
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις των γονέων που έχουν ένα ενήλικο παιδί με ψυχική διαταραχή (2006).

Παρόλο που έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες από το τμήμα αναφορικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις, καμία ωστόσο δεν επικεντρώθηκε στις διαπροσωπικές σχέσεις ατόμων που παρουσιάζουν διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές και ακολουθούν κάποια θεραπεία. Επίσης η παρούσα πτυχιακή θα επικεντρωθεί στη σύγκριση των διαπροσωπικών σχέσεων με τους άλλους ανθρώπους γενικά και με το/τη σύντροφο, τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και του/της συντρόφου.

4. Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι διττός: α) η σύγκριση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών που παρουσιάζουν διαταραχές της διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές με τους άλλους ανθρώπους και με τους/τις συντρόφους τους με τις διαπροσωπικές σχέσεις των συντρόφων τους με τους άλλους ανθρώπους γενικά και με τους/τις ασθενείς ειδικότερα και β) η διερεύνηση της πορείας/εξέλιξης των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών, όπως την αξιολογούν οι ίδιοι αλλά και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι) των κέντρων στα οποία προσέρχονται για βοήθεια /αναζητούν βοήθεια.

5. Διάγραμμα θεωρητικού μέρους

Περιεχόμενα

Μέρος 1^ο

Κεφάλαιο 1^ο: Διαπροσωπικές σχέσεις

- 1.1 Γενικές αρχές για τις διαπροσωπικές σχέσεις
- 1.2 Προϋποθέσεις ύπαρξης διαπροσωπικών σχέσεων
- 1.3 Εξέλιξη διαπροσωπικών σχέσεων
- 1.4 Σχέση ζευγαριού και επικοινωνία
- 1.5 Ρόλοι συντρόφων

Κεφάλαιο 2^ο : Διαταραχές της διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές

- 2.1 Διαταραχές της Διάθεσης

- 2.1.1 Καταθλιπτικές Διαταραχές
- 2.1.2 Διπολικές Διαταραχές
- 2.1.3 Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης
- 2.2 Αγχώδεις Διαταραχές
- 2.2.1 Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία
- 2.2.2 Φοβίες
- 2.2.3 Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- 2.2.4 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Κεφάλαιο 3^ο: Θεωρίες διαπροσωπικών σχέσεων

- 3.1 Σύντομη ανασκόπηση των θεωριών για τις διαπροσωπικές σχέσεις
- 3.2 Βασικές αρχές της θεωρίας του Διαπροσωπικού Οκταγώνου
- 3.3 Διαφοροποίηση της Θεωρίας του οκταγώνου από άλλες θεωρίες

Κεφάλαιο 4^ο : Κέντρο Ψυχικής Υγείας και Υγιεινής

- 4.1 Λειτουργία και αρχές του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής
- 4.2 Ρόλοι των επαγγελματιών του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής
- 4.3 Λειτουργία και αρχές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας
- 4.4 Ρόλοι των επαγγελματιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας
- 4.5 Σύγκριση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας

Μέρος 2^ο : Έρευνα και ανάλυση

Μεθοδολογία έρευνας (υποθέσεις, μέθοδος, εργαλεία συλλογής δεδομένων)

Αποτελέσματα

Συμπεράσματα- Συζήτηση

Περιορισμοί

6. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων

- 9. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους άλλους ανθρώπους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοί τους με τους άλλους ανθρώπους;
- 10. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ του τρόπου που σχετίζονται οι ασθενείς με τους/τις συντρόφους τους και του τρόπου που σχετίζονται οι σύντροφοί τους με αυτούς/αυτές;
- 11. Ο τρόπος που σχετίζεται το ζευγάρι μεταξύ του μοιάζει ή διαφέρει από τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους γενικά;

12. Σε ποιο βαθμό παρουσιάζεται βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους γενικά ή/και με τους/τις συντρόφους τους ειδικά, από τη στιγμή που προσέρχονται στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και Υγείας και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους;
13. Υπάρχει διαφορά στο βαθμό βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών ανά φύλο, ηλικία και άλλες δημογραφικές μεταβλητές;
14. Υπάρχει διαφορά στο βαθμό βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών ανάλογα με τη διαταραχή τους (αγχώδης ή διαταραχή διάθεσης);
15. Πως κρίνουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και πώς οι επαγγελματίες υγείας που τους παρακολουθούν; Υπάρχει συμφωνία στις μεταξύ τους απόψεις;
16. Υπάρχουν διαφορές στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών σε σχέση με τη διαταραχή που εμφανίζουν;
17. Υπάρχει διαφορά απόψεων από τους ψυχιάτρους ανάλογα με το χώρο εργασίας τους (Κέντρο Ψυχικής Υγείας – Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής);

7. Μεθοδολογία έρευνας

Μέθοδος: Στην έρευνα για την πτυχιακή μας θα χρησιμοποιήσουμε την ποσοτική μέθοδο.

Συμμετέχοντες: Το δείγμα θα αποτελείται από άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές της διάθεσης ή αγχώδεις διαταραχές και απευθύνονται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας από 18 ετών και άνω. Λόγω του συγκεκριμένου πληθυσμού που απευθύνεται η έρευνα το δείγμα θα αποτελείται από 60-70 άτομα με διαταραχές της διάθεσης και 60-70 άτομα με αγχώδεις διαταραχές και τον αντίστοιχο αριθμό των συντρόφων τους.

Ερευνητικά εργαλεία.

Ερωτηματολόγια ασθενών και συντρόφων

Το εργαλείο μας θα είναι το δομημένο ερωτηματολόγιο. Θα περιέχονται ερωτήσεις κλειστού τύπου που θα απαντώνται με την ύπαρξη κλίμακας. Συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών και των συντρόφων τους με τους άλλους ανθρώπους γενικά θα χορηγηθεί η σύντομη μορφή του αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου των Τύπων του Σχετίζεσθαι του Ατόμου με τους Άλλους (The

Person's Relating to Others Questionnaire [The PROQ3]) και για την αξιολόγηση των διαπροσωπικών σχέσεων των συντρόφων μεταξύ τους θα χορηγηθεί η σύντομη μορφή του αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου των Τύπων του Σχετίζεσθαι του Ζεύγους (Couple's Relating to Each Other Questionnaires [CREOQ3]). Και τα δύο ερωτηματολόγια βασίζονται στη θεωρία του Birtchnell (1996).

Το PROQ3 αποτελείται από 48 στοιχεία (6 για κάθε υποκλίμακα/τμήμα του Οκταγώνου), (τα μισά δηλαδή από εκείνα του PROQ2, Birtchnell, & Evans, 2004. Kalaitzaki & Nestoros, 2003). Θα χρησιμοποιηθεί το πρόγραμμα (Software), το οποίο βαθμολογεί και τυπώνει τα αποτελέσματα για α) κάθε ένα από τα οκτώ (8) τμήματα του Οκταγώνου, β) για τις τέσσερις βασικές θέσεις/διαστάσεις (Ουδέτερη Εγγύτητα, Ουδέτερη Απόσταση, Ουδέτερη Θέση ισχύος και Ουδέτερη Θέση αδυναμίας) και γ) τη συνολική βαθμολογία. Επιπρόσθετα, παρέχει μια γραφική αναπαράσταση της αρνητικής βαθμολογίας του ατόμου, απεικονίζοντας ως σκιαγραφημένες περιοχές τα τμήματα του Οκταγώνου, στα οποία παρατηρούνται αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι.

Το CREOQ3 αποτελείται από τέσσερα ερωτηματολόγια, με τα οποία αξιολογούνται οι αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι μεταξύ δύο συντρόφων (δηλαδή, οι αρνητικοί τρόποι με τους οποίους σχετίζονται) (Kalaitzaki, Birtchnell, & Nestoros, 2009). Με το CREOQ3, αξιολογείται η σχέση κάθε συντρόφου/συζύγου με τον άλλο και η αντίληψη που έχει για τον τρόπο που σχετίζεται ο άλλος προς αυτόν. Κάθε σύντροφος συμπληρώνει ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της σχέσης τους με την/ τον σύντροφο του/ της (*Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του Εαυτού*) και ένα δεύτερο, που αφορά στην αξιολόγηση της σχέσης της/ του συντρόφου του/ της προς αυτόν/ αυτήν (*Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του Άλλου ατόμου*). Κάθε ένα από τα τέσσερα ερωτηματολόγια περιλαμβάνει 48 ερωτήσεις (6 για κάθε υποκλίμακα/τμήμα του Οκταγώνου), (τα μισά δηλαδή από εκείνα του CREOQ, Birtchnell, 2001). Και σε αυτή την περίπτωση θα χρησιμοποιηθεί το πρόγραμμα (Software), το οποίο παρέχει μια γραφική αναπαράσταση της αρνητικής βαθμολογίας, στην οποία παρατηρούνται αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι μεταξύ των συντρόφων.

Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης θα χορηγηθεί στους ασθενείς η Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης 14 θεμάτων, τα οποία απαντώνται σε μια κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων (0-3). Είναι σχεδιασμένη να μετρά το άγχος και την κατάθλιψη (7 θέματα για την κάθε μία κλίμακα). Το σύνολο της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου προκύπτει από το άθροισμα των 14 θεμάτων (το οποίο κυμαίνεται

από 0-42), και για την κάθε κλίμακα, από το άθροισμα των αντίστοιχων επτά θεμάτων (το οποίο κυμαίνεται από 0-21). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα θέματα που αναφέρονται στα συμπτώματα της κατάθλιψης που περιγράφουν τις σωματικές εκφάνσεις της (π.χ. αϋπνία, απώλεια βάρους) δεν περιλαμβάνονται στην μέτρηση. Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η ελληνική μετάφραση από τον Μιχόπουλο, Ντουζένη, Καλκαβούρα, Χριστοδούλου, Μιχαλοπούλου, Καλέμη και συν. (2008).

Ερωτηματολόγια ψυχιάτρων/θεραπευτών

Οι ψυχίατροι θα αξιολογήσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών τους με τους άλλους ανθρώπους με μία λίστα (checklist) οκτώ υποκλιμάκων, αντίστοιχες προς τις οκτώ υποκλίμακες του Διαπροσωπικού Οκταγώνου. Δίπλα από την ονομασία κάθε υποκλίμακας θα υπάρχει σύντομη περιγραφή των τύπων του σχετιζέσθαι που περιλαμβάνονται/αξιολογούνται. Οι ψυχίατροι θα καλούνται να βαθμολογήσουν την παρουσία του τύπου του σχετιζέσθαι που επιδεικνύει ο ασθενής προς τους άλλους ανθρώπους.

Οι ψυχίατροι θα αξιολογούν επίσης τη βελτίωση ή μη των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των ασθενών με μία 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert.

Διαδικασία

Όλες οι κλίμακες, τόσο των ασθενών όσο και των ψυχιάτρων, θα συμπληρώνονται κάθε δίμηνο και για μία περίοδο περίπου 6 μηνών. Οι κλίμακες που αφορούν τους ασθενείς θα χορηγούνται κατά την παραμονή τους στον χώρο αναμονής της υπηρεσίας και οι κλίμακες που αφορούν τους/τις συζύγους τους θα τους δίνονται σε ένα φάκελο με την παράκληση να τις δώσουν σε αυτούς/αυτές. Οι ψυχίατροι θα συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια κατά την λήξη της συνεδρίας με τους ασθενείς.

Ανάλυση δεδομένων. Τα δεδομένα που θα προκύψουν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα αναλυθούν ποσοστά με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS. Τα δεδομένα θα αναλυθούν (1) χωριστά ως προς τους ασθενείς και τους επαγγελματίες και (2) σε σύγκριση μεταξύ τους.

8. Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης. Ενέργειες για άρση δυσκολιών.

Δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια της έρευνας είναι η άρνηση των εξυπηρετούμενων να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια λόγω έλλειψης

ενδιαφέροντος, φόβου για την έκθεση και χρήση των προσωπικών τους στοιχείων και έλλειψης χρόνου. Επίσης υπάρχει το ενδεχόμενο της μη επιστροφής των ερωτηματολογίων, ιδίως από τους συντρόφους/συζύγους τους. Αναφορικά με τις δυσκολίες που πιθανόν να εμφανιστούν από πλευράς των επαγγελματιών είναι η μη χορήγηση των ερωτηματολογίων στους εξυπηρετούμενους και η μη συμπλήρωσή τους από τους ίδιους λόγω φόρτου εργασίας.

Οι ενέργειες στις οποίες θα προβούμε για την άρση των παραπάνω δυσκολιών είναι η πληροφόρηση των εξυπηρετούμενων για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και του απορρήτου μέσω του ενημερωτικού σημειώματος που θα υπάρχει στην αρχική σελίδα του ερωτηματολογίου. Αυτό θα γίνεται επίσης προφορικά κατά την επαφή μας με αυτούς/αυτές. Το ερωτηματολόγιο θα τους διανέμεται κατά την διάρκεια παραμονής τους στον χώρο αναμονής της υπηρεσίας. Η ίδια διαδικασία θα ακολουθηθεί και για τους συντρόφους/συζύγους τους σε περίπτωση που συνοδεύουν τον/τη ασθενή, έτσι ώστε να μην χρειάζεται να διαθέσουν επιπρόσθετο χρόνο για την συμπλήρωση του. Στην περίπτωση που οι σύντροφοι/σύζυγοι δεν είναι παρόντες, τα ερωτηματολόγια θα δίνονται στους ασθενείς, θα τους υπενθυμίζεται να επιστρέψουν το ερωτηματολόγιο των συντρόφων/συζύγων τους στην επόμενη συνεδρία.

Όσον αφορά την άρση άλλων δυσκολιών που πιθανότατα θα προκύψουν σε σχέση με τους ασθενείς σκοπεύουμε να βρισκόμαστε στους χώρους των υπηρεσιών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Επίσης, η παρουσία μας στους χώρους των υπηρεσιών, υπενθυμίζοντας στους ψυχιάτρους τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και εποπτεύοντας τη διαδικασία της έρευνα στο σύνολο της, πιστεύουμε ότι θα μειώσει αρκετά ενδεχόμενες δυσκολίες.

9. Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν

Όλες οι έρευνες που στοχεύουν στη συλλογή προσωπικών πληροφοριών πρέπει να είναι κατ' αυτόν τον τρόπο σχεδιασμένες, ώστε να αντιμετωπίζονται τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν. Στα πλαίσια της ερευνάς μας αυτό θα το πραγματοποιήσουμε με τον εξής τρόπο: στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου θα υπάρχει ενημερωτικό σημείωμα, το οποίο θα περιλαμβάνει τον σκοπό της έρευνάς, τα ονόματα των ερευνητών και του επιβλέποντος καθηγητή, το πλαίσιο στο οποίο αυτή πραγματοποιείται (πτυχιακή εργασία), την εθελοντική συμμετοχή, το δικαίωμα του ερωτώμενου να διακόψει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

οποιαδήποτε στιγμή θελήσει, καθώς και την τήρηση της ανωνυμίας και του απορρήτου.

Ένα άλλο ηθικό ζήτημα που ενδεχομένως μπορεί να δημιουργηθεί μέσω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς και τους συντρόφους/ συζύγους τους, είναι ο προβληματισμός και η συνειδητοποίηση ότι χρήζουν βοήθειας για ένα προσωπικό τους πρόβλημα και κυρίως για ένα πρόβλημα σχέσεων. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να θελήσουν στη συνέχεια να το επιλύσουν και να αναζητήσουν (με τη βοήθεια του ψυχιάτρου ή με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας) τις κατάλληλες υπηρεσίες.

10. Χρονοδιάγραμμα

Το προτεινόμενο χρονοδιάγραμμα διεξαγωγής της πτυχιακής εργασίας έχει ως εξής:

Δίμηνο	Εργασίες προς ολοκλήρωση:
1 ^ο δίμηνο	<ul style="list-style-type: none">▪ Διερεύνηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας & αρθρογραφίας▪ Έναρξη συγγραφής θεωρητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας
2 ^ο δίμηνο	<ul style="list-style-type: none">▪ Έναρξη συλλογής δεδομένων▪ Συγγραφή θεωρητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας
1-3 ^ο δίμηνο	<ul style="list-style-type: none">▪ Συλλογή δεδομένων▪ Συγγραφή θεωρητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας
3 ^ο δίμηνο	<ul style="list-style-type: none">▪ Ολοκλήρωση συλλογής δεδομένων▪ Ολοκλήρωση συγγραφής θεωρητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας / Συγγραφή ερευνητικού μέρους πτυχιακής
4 ^ο δίμηνο	<ul style="list-style-type: none">▪ Στατιστική ανάλυση δεδομένων▪ Ερμηνεία των αποτελεσμάτων – Συμπεράσματα
4 ^ο - 5 ^ο δίμηνο	<ul style="list-style-type: none">▪ Ολοκλήρωση συγγραφής της πτυχιακής εργασίας▪ Υποβολή πτυχιακής εργασίας & εξέταση

Βιβλιογραφία

- Birtchnell, J. (1996). *How humans relate: A new interpersonal theory*. Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Birtchnell, J. (2001). Relating therapy with individuals, couples and families. *Journal of Family Therapy*, 23, 63-84.
- Birtchnell, J., & Evans, C. (2004) The Person's Relating to Others Questionnaire (PROQ2). *Personality and Individual Differences*, 36, 125-140.
- Birtchnell, J., Hammond, S., Horn, E., Kalaitzaki, A. & DeJong, C. (submitted). A shorter version of the Person's Relating to Others Questionnaire (PROQ3). *European Journal of Psychological Assessment*.
- Kalaitzaki, A.E. & Nestoros, J.N. (2003). The Greek version of the Revised Person's Relating to Others Questionnaire (PROQ2): Psychometric properties and factor structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 301-314.
- Kalaitzaki, A.E., Birtchnell, J., & Nestoros, J.N. (2009). Interrelating within the families of young psychotherapy outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(3), 199-215. Published Online: Apr 8 2009 5:53AM. DOI: 10.1002/cpp.613.
- [Michopoulos, I.](#), [Douzenis, A.](#), [Kalkavoura, C.](#), [Christodoulou, C.](#), [Michalopoulou, P.](#), [Kalemi, G.](#), [Fineti, K.](#), [Patapis, P.](#), [Protopapas, K.](#), [Lykouras, L.](#) (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*, 7 (4). DOI: 10.1186/1744-859X-7-4.

Προς: **κα Παπαδάκη Ελένη**

Β΄ Τομέας

Κοιν.: **Συμβούλιο Τμήματος**

Θέμα: **Τροποποίηση μεθοδολογίας έρευνας της πτυχιακής με τίτλο «Η αλλαγή των διαπροσωπικών σχέσεων ασθενών με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης προς τους άλλους ανθρώπους και τους/τις συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους».**

Αξιότιμοι κυρίες και κύριοι,

σχετικά με την πτυχιακή με τίτλο «Η αλλαγή των διαπροσωπικών σχέσεων ασθενών με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης προς τους άλλους ανθρώπους και τους/τις συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους», η οποία εκπονείται από τις κ.. Δημητσάνα Θεοδώρα, Ζυμπερδίκια Βασιλική, Τσίτουρα Διαμάντω υπό την εποπτεία της κ. Αργυρούλα Καλαϊτζάκη, Επιστημονικής Συνεργάτριας ΤΕΙ Κρήτης, και με αριθμ. έγκρισης 2524/ΑΦΣ αιτούμαστε την τροποποίηση ορισμένων σημείων στην μεθοδολογία της για τους ακόλουθους λόγους:

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, η οποία ξεκίνησε τον Ιούλιο, προέκυψαν οι ακόλουθες δυσκολίες:

- Σημαντική απροθυμία συμμετοχής αρκετών ασθενών που προσέρχονταν στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και κυρίως των συντρόφων τους, οι οποίοι σε πολλές περιπτώσεις δεν επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια συμπληρωμένα
- Δυσκολία διανομής των ερωτηματολογίων στους ασθενείς και τους συντρόφους τους από τους ψυχιάτρους λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας.
- Μη συμπλήρωση της αξιολόγησης των ψυχιάτρων για τους ασθενείς τους, λόγω υπερβολικού φόρτου εργασίας. Επιπροσθέτως, η ψυχίατρος με την

οποία συνεργαζόμαστε στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας έχει πάρει απόσπαση στο ΠΑΓΝΗ, όπου μετακινείται 3 φορές την εβδομάδα. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια τον περιορισμό των ημερών εργασίας της στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και έχει αυξήσει υπερβολικά το φόρτο εργασία της εκεί.

- Τέλος, η συμμετοχή των φοιτητών περιορίζεται στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και όχι στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, όπου ο ψυχίατρος δήλωσε ότι προτιμάει να δουλεύει ανεξάρτητα και χωρίς την εμπλοκή τους. Επιπροσθέτως, τόνισε τη δυσκολία χορήγησης επίσημης άδειας. Αυτό, όμως έχει ως αποτέλεσμα την απουσία επίβλεψης της συλλογής του δείγματος από τις φοιτήτριες στο εν λόγω Κέντρο και ενδεχομένως την μειωμένη εμπλοκή του ψυχιάτρου στην έρευνα.

Συνέπεια των παραπάνω είναι ότι έχουν συλλεχθεί μόλις 4 ερωτηματολόγια σε διάστημα 4 μηνών, διάστημα κατά το οποίο –σύμφωνα με τους υπολογισμούς των ψυχιάτρων- θα μπορούσαμε να είχαμε συλλέξει τουλάχιστον 30 ερωτηματολόγια, για τα μισά από τα οποία θα είχαμε δεύτερη χορήγηση (το δεύτερο δίμηνο). Οπωσδήποτε η περίοδος των καλοκαιρινών διακοπών δυσχέρανε τη συλλογή του δείγματος, γεγονός το οποίο όμως δεν αντισταθμίστηκε τους δύο επόμενους μήνες (Σεπτέμβριο και Οκτώβριο).

Για όλους τους παραπάνω λόγους και δεδομένου ότι η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, η οποία πρέπει να ολοκληρωθεί σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ζητάμε την τροποποίηση ορισμένων σημείων στην μεθοδολογία της ως ακολούθως:

- Μείωση του αριθμού του δείγματος σε 25 άτομα με διαταραχές της διάθεσης και 25 άτομα με αγχώδεις διαταραχές (από 60-70 άτομα με διαταραχές της διάθεσης και 60-70 άτομα με αγχώδεις διαταραχές)
- Περιορισμό των επαναληπτικών μετρήσεων από 3 σε 2. Δηλαδή, τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν δύο φορές (κατά την πρώτη επαφή με το ψυχίατρο και μία ακόμα φορά μετά από δύο μήνες) μέσα σε μία περίοδο περίπου 4 μηνών (αντί για 6 μηνών).
- Οι σύντροφοι επιπροσθέτως του ψυχιάτρου (δεδομένου της εξασφάλισης της συνεργασίας τους) θα αξιολογούν τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών, ώστε σε περίπτωση μη αξιολόγησης από το/τη ψυχίατρο, να υπάρχει διαθέσιμη αξιολόγηση για να τη συγκρίνουμε με αυτή των ίδιων των ασθενών.

Προτείνουμε, δηλαδή, την αξιολόγηση του ασθενή είτε μέσω του ψυχιάτρου, είτε μέσω του/της συντρόφου.

- Έναρξη της διαδικασίας χορήγησης επίσημης άδειας από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, με τη σύμφωνη γνώμη του ψυχιάτρου, ώστε να εξασφαλιστεί η τακτική παρουσία των φοιτητών εκεί, οι οποίοι θα βοηθούν και θα επιβλέπουν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων

Με τιμή

Η επόπτρια της πτυχιακής

Οι φοιτήτριες

Δρ. Αργυρούλα Καλαϊτζάκη
Επιστημονική Συνεργάτρια ΤΕΙ Κρήτης

V.III

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Κρήτη

ΧΑΝΙΑ

- Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Χανίων

Διεύθυνση: Εμμανουήλ Πιμπλή

Τηλέφωνο: 28213 41302 , 28213 41303 & 28213 41310

- Ψυχιατρικό Ιατρείο Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Διεύθυνση: Μουρνίες

Τηλέφωνο: 28213 42000

- Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων

Διεύθυνση: Κροκιά 25

Τηλέφωνο: 28213 51364

- Ξενώνας (13) ατόμων με ψυχικές διαταραχές «ΕΔΕΜ», Χανιά

Διεύθυνση: Αριστοτέλους και 28^{ης} Οκτωβρίου

Τηλέφωνο: 28210 66718

- Ξενώνας (10) ατόμων με ψυχικές διαταραχές «Ναϊάδες», Χανιά

Διεύθυνση: Καλαθάς Ακρωτηρίου

Τηλέφωνο: 28210 64484

- Ξενώνας (15) ατόμων με ψυχικές διαταραχές «Ανατολή», Χανιά

Διεύθυνση: Καλαμάκι Ν. Κυδωνίας

Τηλέφωνο: 28210 33715

- Οικοτροφείο «Απανεμιά», Χανίων – δυνατότητα φιλοξενίας 15 ατόμων

Διεύθυνση: Ναξάκη 7

Τηλέφωνο: 28210 40825

- Οικοτροφείο «Μύθος», Χανίων – δυνατότητα φιλοξενίας 15 ατόμων

Διεύθυνση: Καλαθάς Ακρωτηρίου

Τηλέφωνο: 28210 73077

- Οικοτροφείο «Επάνοδος», Χανίων – δυνατότητα φιλοξενίας 15 ατόμων

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο: 28210 66868

- Οικοτροφείο «Αλκυονίδες», Χανίων – δυνατότητα φιλοξενίας 15 ατόμων

Διεύθυνση: Καλαμάκι Ν. Κυδωνίας

Τηλέφωνο:

- Στα Χανιά (5) προστατευμένα διαμερίσματα

Διεύθυνση: Κορνάρου 5, Ρεθύμνου 3, Φαλασάρνης & Ελύρου Χανιά,

Καντανολέοντος 14

Τηλέφωνο:

- Ξενώνας (12) ατόμων με ψυχικές διαταραχές «Μίτος Αριάδνης»

Διεύθυνση: Πλατεία 1866

Τηλέφωνο: 28210 93603

- Ξενώνας (15) ατόμων με ψυχικές διαταραχές «Ξαστεριά»

Διεύθυνση: Άγιος Φανούριος, Καλαμάκι

Τηλέφωνο: 28210 32221

ΡΕΘΥΜΝΟ

- Ψυχιατρικό Ιατρείο Ρεθύμνου

Διεύθυνση: Τρανταλίδου 17

Τηλέφωνο: 28313 42100

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

- Ψυχιατρικό Ιατρείο Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο – Πανάνειο»

Διεύθυνση: Λεωφόρος Κνωσσού

Τηλέφωνο: 2810 368000

- Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου

Διεύθυνση: Σπιναλλόγγας 1

Τηλέφωνο: 2810 276441

- Προστατευμένο Διαμέρισμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (2)

Διεύθυνση: Φρατζή 6, Καποδιστρίου 9

Τηλέφωνο:

ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

- Ψυχιατρικό Ιατρείο Κέντρου Υγείας Σητείας

Διεύθυνση: Ξηροκαμάρες

Τηλέφωνο: 28433 40100

- Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγίου Νικολάου

Διεύθυνση: Ακτή Νεάρχου 5

Τηλέφωνο: 28410 83323

- Κέντρο Ημέρας «Αλληλεγγύη» στο Ν. Λασιθίου

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

- Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας

Διεύθυνση: Λατούς 3

Τηλέφωνο: 28410 25905

