



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ
ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
κα ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΛΙΔΙΑΝ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΔΕΔΟΤΣΗ ΣΟΦΙΑ
ΔΙΑΚΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2006



ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τους δικούς μας ανθρώπους, οι οποίοι μας στήριξαν για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής, την υπεύθυνη καθηγήτριά μας κ. Α. Γεωργοπούλου, για την σωστή καθοδήγησή της και την πολύτιμη βοήθειά της με την προσφορά γνώσεων και τη συνεχή ενθάρρυνσή της. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς στην Αθήνα καθώς μας βοήθησε ουσιαστικά και καθοριστικά στην ανεύρεση υλικού για την πτυχιακή αυτή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σελίδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΜΕΡΟΣ Α΄

1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ	1
1.2. ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	5
1.2.1. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	5
1.2.2. ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΝΕΟΦΡΟΥΔΙΚΟΙ	6
1.2.3. ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΥΠΑΡΞΙΑΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	8
1.2.4. Η ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	9
1.2.5. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	9
1.2.6. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ή ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	10

ΜΕΡΟΣ Β΄

1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	12
1.4. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	26
1.4.1. ΑΡΧΕΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο**ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ**

2.1. ΓΝΩΣΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	33
2.2. ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ – ΕΙΚΟΝΕΣ	36
2.2.1. ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ	38
2.2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ	38
2.3. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΛΑΘΗ	42
2.3.1. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	42
2.3.2. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΛΑΘΗ	47
2.4. ΣΧΗΜΑΤΑ – ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ	59
2.4.1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ	63
2.5. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ	71
2.5.1. Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	71
2.5.2. Ο ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	73
2.5.3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΡΙΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	74
2.5.4. Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗ- ΜΑΤΩΝ	74
2.5.5. Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ	76
2.5.6. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΩΣ ΟΔΗΓΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	79
2.5.7. ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	80
2.5.8. ΣΧΕΣΕΙΣ	81

	<i>Σελίδα</i>
2.5.9. ΔΟΥΛΕΙΑ	83
2.5.10. ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ	85
2.5.11. ΥΓΕΙΑ	85
2.5.12. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	93
3.1.1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ	93
3.1.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	94
3.2. ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩ- ΣΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	98
3.3. ΔΟΜΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	103
3.3.1. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΔΟΜΗΣΗ ΜΙΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	104
3.3.2. ΔΟΜΗ ΜΙΑΣ ΤΥΠΙΚΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ	109
3.3.3. Η ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	121
3.4. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	123
3.4.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	124
3.5. ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	161
3.5.1. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ	161
3.5.2. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	162
3.5.3. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ	164

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	168
4.1.1. ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	169
4.1.2. Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	170
4.1.3. ΑΔΙΕΞΟΔΑ	170
4.1.4. Η ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	171
4.1.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ	173
4.1.6. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗ- ΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ	175
4.2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	188
4.2.1. ΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ	195
4.2.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	201
4.2.3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ	206

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	215
----------------------------------------------------------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	222
---------------------	------------

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει μέσω βιβλιογραφικής επισκόπησης τη Γνωσιακή Θεωρία, ως μια σύγχρονη προσέγγιση ψυχοθεραπείας, σε άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές δυσλειτουργίες. Ερευνώντας από τη θεωρητική πλευρά την Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία έως και τις τεχνικές εφαρμογές της στις ψυχικές ασθένειες και την αποτελεσματικότητά της, η μελέτη σκοπεύει στην ανίχνευση όλων εκείνων των στοιχείων που καθορίζουν και χαρακτηρίζουν τη Γνωσιακή προσέγγιση.

ΣΤΟΧΟΙ

Αναλυτικότερα επιδιώκονται οι ακόλουθοι στόχοι:

1. Να σκιαγραφηθεί εκτενώς το θεωρητικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο στηρίζεται η γνωσιακή προσέγγιση.
2. Να μελετηθεί η σημασία των ανθρώπινων νοητικών διεργασιών στις αντιδράσεις και συμπεριφορές των ψυχικά ασθενών.
3. Να αναλυθεί η μεθοδολογία και το περιεχόμενο της θεραπευτικής παρέμβασης κατά τη γνωσιακή προσέγγιση.
4. Να εντοπιστούν και να προσδιοριστούν οι ψυχικά ασθενείς που κλινικά εφαρμόζεται η γνωσιακή προσέγγιση και να επισημανθεί η αποτελεσματικότητά της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα πτυχιακή παρουσιάζεται η Γνωσιακή Προσέγγιση ως μια σύγχρονη μορφή ψυχοθεραπείας με εκτενή αναφορά τόσο στη θεωρία της όσο και στην εφαρμογή της.

Συγκεκριμένα:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στην έννοια της ψυχοθεραπείας και στα είδη της καθώς και μια ιστορική επισκόπηση της Γνωσιακής προσέγγισης με κάποια αναφορά στα γενικά χαρακτηριστικά της.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει εκτενέστερα το θεωρητικό υπόβαθρο του Γνωσιακού Μοντέλου αναλύοντας έννοιες σημαντικές για τη Γνωσιακή κατανόηση καθώς και την επιρροή τους στην ανθρώπινη συμπεριφορά.

Στο τρίτο κεφάλαιο το Γνωσιακό μοντέλο απ' τη θεωρία πια, εφαρμόζεται στην πράξη με εκτενή αναφορά στο πλαίσιο και τον τρόπο που εφαρμόζεται.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στα πιθανά προβλήματα που ενδεχομένως προκύψουν κατά τη διάρκεια της Γνωσιακής Θεραπείας καθώς και στο ρόλο που παίζει η θεραπευτική σχέση για την επιτυχή πορεία του ασθενούς.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναζητά τους τομείς εφαρμογής της Γνωσιακής Θεραπείας αλλά και την αποτελεσματικότητά της σ' αυτούς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το αντικείμενο αναζήτησης της πτυχιακής αυτής είναι η ολική παρουσίαση και θεώρηση της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας.

Η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία αν και σχετικά πρόσφατη μορφή ψυχοθεραπείας, έχει τις ρίζες της πολύ βαθιά μέσα στους αιώνες ακόμα και στους αρχαίους χρόνους. Φιλόσοφοι, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, παιδαγωγοί, όλοι αυτοί έχουν συμβάλει στη δημιουργία, στη διαμόρφωση και την εξέλιξη της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας.

Το Γνωσιακό Μοντέλο εισχωρεί τόσο βαθιά, φτάνοντας να ερευνά τις ανθρώπινες νοητικές λειτουργίες, ώστε να ερμηνεύσει την ανθρώπινη συμπεριφορά και ιδιαίτερα την παθολογική συμπεριφορά. Μέσα, λοιπόν, από αυτή την συνεχή έρευνα, διαπιστώθηκε ότι ο κάθε άνθρωπος έχει συγκεκριμένες, μοναδικές, νοητικές δομές – σχήματα – πεποιθήσεις -, που με βάση αυτές αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει την πραγματικότητα ή τον κόσμο και τον εαυτό του. Η παθολογική συμπεριφορά προκύπτει, όταν αυτές οι νοητικές δομές περιέχουν διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις, οι οποίες προκύπτουν από διεργασιακά λάθη κατά την επεξεργασία των πληροφοριών.

Η αλλαγή της παθολογικής συμπεριφοράς επιτυγχάνεται μέσω μιας σειράς τεχνικών που σκοπό έχουν την ανίχνευση και τροποποίηση εκείνων των δυσλειτουργικών σκέψεων που προκαλούν ανεπιθύμητα συναισθήματα και συμπεριφορές. Η Γνωσιακή παρέμβαση είναι βασισμένη στο «εδώ και τώρα», βραχείας διάρκειας και έχει ως στόχο την εκμάθηση και εκπαίδευση τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων στον ασθενή μέσω των θεραπευτικών συνεδριών.

Όπως είναι φυσικό, και σε κάθε ψυχοθεραπευτική διαδικασία, έτσι και στη Γνωσιακή προκύπτουν προβλήματα, είτε από τον ασθενή είτε από τον θεραπευτή. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε στιγμή της παρέμβασης και καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας. Η υπάρχουσα θεραπευτική σχέση μπορεί να συμβάλει δημιουργικά για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, καθώς επίσης και οι δεξιότητες που χαρακτηρίζουν τον θεραπευτή για να χειριστεί τέτοιες καταστάσεις.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, μέσα από συνεχείς έρευνες και μελέτες, αποδεικνύεται μία από τις πλέον αποτελεσματικές ψυχοθεραπείες. Το φάσμα εφαρμογής της συνεχώς διευρύνεται καθώς έρχεται αντιμέτωπη, όπως και κάθε ψυχοθεραπεία, με ποικίλες προβληματικές καταστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ
ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΜΕΡΟΣ Α΄

1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

Από τα πανάρχαια χρόνια ήταν γνωστό ότι η ανθρώπινη σχέση και επαφή μπορεί ν' αλλάξει τον τρόπο συμπεριφοράς, να τροποποιήσει την εσωτερική εικόνα του κόσμου ή την εικόνα του εαυτού, ν' ανακουφίσει. Έτσι, όλες οι ψυχοθεραπείες βασίζονται κατ' αρχήν σ' αυτήν την καλά εδραιωμένη αλήθεια.

Προοδευτικά, όμως, διάφοροι θεραπευτές – ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν συγκεκριμένους θεραπευτικούς παράγοντες και ανέπτυξαν συγκεκριμένες θεωρίες, στις οποίες βάσιζαν τις ψυχοθεραπευτικές τους τεχνικές (Μάνος Ν., 1977).

Έτσι, σήμερα, αναγράφονται μέχρι και 400 διαφορετικά είδη ψυχοθεραπειών. *Τι είναι όμως ψυχοθεραπεία;*

Ως επικρατέστερο ορισμό θεωρούμε ότι είναι ο εξής:

«Ψυχοθεραπεία είναι μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών στην οποία ένας εκπαιδευμένος επιστήμων εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία – λεκτική και μη λεκτική – επιχειρεί ν' ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, ν' αντιστρέψει ή να

μεταβάλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας».

Η αντανάκλαση μιας επιτυχημένης ψυχοθεραπευτικής προσπάθειας, είτε απευθύνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων (π.χ. θεραπεία συμπεριφοράς), είτε στη μεταβολή της προσωπικότητας (π.χ. ψυχανάλυση και αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία). Έτσι επιτυγχάνεται καλύτερη λειτουργικότητα του ατόμου στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εργασία και δημιουργική χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου (διασκέδαση) (Μάνος Ν., 1997).

Σύμφωνα με την Βοσνιάδου (2003), «Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι μια συστηματική αλληλεπίδραση ανάμεσα σ' ένα ειδικά εκπαιδευμένο άτομο, το οποίο έχει εξουσιοδοτήσει η κοινωνία να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα και σ' ένα ή περισσότερα άτομα που έχουν ή δημιουργούν προβλήματα».

Στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η γνωστική, συναισθηματική, ή συμπεριφορική αλλαγή, η οποία τουλάχιστον θα μειώσει το πρόβλημα. Τις περισσότερες φορές δρα πυροσβεστικά και δεν παρεμβαίνει στις καταστάσεις που το δημιουργούν. Βοηθά το άτομο να προσαρμοστεί σ' αυτές.

Επίσης, σύμφωνα με την Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου Ρ. (1999), ως ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να οριστεί «η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των προβλημάτων συναισθηματικής φύσης που αντιμετωπίζει ένα άτομο». Την ψυχοθεραπεία αναλαμβάνει ένα εκπαιδευμένο άτομο, ο ψυχοθεραπευτής, που δημιουργεί σκόπιμα μια επαγγελματική σχέση με τον πελάτη – θεραπευόμενο και τον βοηθά:

1. Να εξαλείψει, να μετατρέψει ή να επιβραδύνει την εξέλιξη των υπαρχόντων συμπτωμάτων που τον οδήγησαν στην ψυχοθεραπεία.
2. Να αλλάξει τη διαταραγμένη ή προβληματική του συμπεριφορά.
3. Να προάγει τη θετική ανάπτυξη και εξέλιξη της προσωπικότητάς του.

Έτσι, ο όρος ψυχοθεραπεία αναφέρεται σε μεθόδους παρέμβασης (intervention) με βάση τις ψυχικές διαδικασίες και με τη συμφωνία ενδιαφερομένου (πελάτη – ασθενή) και ψυχοθεραπευτή στη μορφή της επικοινωνίας με σκοπό μέσω συστηματικής επίδρασης πάνω σε διαταραχές, την εξάλειψη των συμπτωμάτων που προκαλούν δυστυχία ή διαταράσσουν τις σχέσεις με το περιβάλλον. Έτσι, για τη θεραπεία αυτή των διαταραχών της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας με την επιλογή και χρήση διαφόρων ψυχοθεραπευτικών μεθόδων και μέτρων χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Διαπιστώσεις – πορίσματα ειδικών αναμνηστικών συνεντεύξεων και διάγνωσης.
- Σαφείς ενδείξεις για την καταλληλότητα της χρήσης μιας μεθόδου για συγκεκριμένες μορφές διαταραχών.
- Επιστημονική θεμελίωση της μεθόδου.
- Εξασφάλιση ικανότητας χρήσης μιας μεθόδου (Παπαδόπουλος Ν., 1994).

Η μεθοδολογία και ο τρόπος που ακολουθεί ο κάθε ψυχοθεραπευτής για να φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα της

θεραπείας εξαρτώνται κυρίως από τη θεωρητική του προσέγγιση και την εκπαίδευση που έχει λάβει.

Ουσιαστική προϋπόθεση στην ψυχοθεραπεία είναι η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον πελάτη – θεραπευόμενο και στο θεραπευτή του. Η ανθρώπινη αυτή επικοινωνία και η ανθρώπινη σχέση είναι η βάση της ψυχοθεραπείας. Θα πρέπει, λοιπόν, να είναι μία σχέση που θα στηρίζεται στην ειλικρίνεια και την ενσυναίσθηση απ' την πλευρά του θεραπευτή αλλά και στην ισορροπία των ορίων. Στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία λαμβάνει χώρα μία σειρά συναντήσεων μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, μέσω των οποίων ο θεραπευτής ή και οι δύο μαζί επιχειρούν την αλλαγή στη συναισθηματική κατάσταση του θεραπευόμενου στη συμπεριφορά του ή και στη στάση του. Η θεραπευτική επίδραση επιτυγχάνεται κυρίως μέσω του λόγου, των πράξεων και των τελετουργιών, όπου ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος συμμετέχουν από κοινού (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

1.2. ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ψυχοθεραπευτών σήμερα, που φτάνει έως και τις εκατό διαφορετικές προσεγγίσεις, και η καθεμιά της έχει το δικό της θεωρητικό μοντέλο και πρακτική. Στη συνέχεια θ' αναφερθούμε στις κυριότερες ψυχοθεραπείες και μετέπειτα θα περιγράψουμε εκτενέστερα τη Γνωσιακή θεραπεία, όπου και αποτελεί το αντικείμενο της βιβλιογραφικής μας αυτής μελέτης.

1.2.1. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχαναλυτική θεραπεία αναπτύχθηκε κυρίως απ' τον Freud. Σύμφωνα με την ψυχανάλυση, ο άνθρωπος θα μπορέσει να κατανοήσει τη φύση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει μόνον εφόσον κατανοήσει τα συναισθήματά του και τις εσωτερικές του ενορμήσεις. Σκοπός της ψυχανάλυσης είναι η άρση της απώθησης, η επάνοδος στο συνειδητό ξεχασμένων, δηλαδή απωθημένων, βιωμάτων και κυρίως η προοδευτική σύνθεση του προηγούμενου απωθημένου υλικού με τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας, η οποία αρχίζει έτσι να μεταβάλλεται. Με αυτόν τον τρόπο δυναμώνει το Εγώ, αυξάνεται η επίγνωση του Εκείνο και μειώνεται το Υπερεγώ (Βοσνιάδου Στ., 2003).

Ένας επίσης βασικός στόχος της θεραπείας είναι η απόκτηση «αυτογνωσίας». Αυτό μπορεί να επιτευχθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας όπου ο θεραπευόμενος αρχίζει να κατανοεί τις εσωτερικές του συγκρούσεις και τα αίτια των συμπτωμάτων. Οι παιδικές εμπειρίες έχουν πρωταρχική σημασία για την ψυχαναλυτική θεωρία. Όχι με τη

μορφή ενός συγκεκριμένου ψυχικού τραύματος – δηλαδή ότι κάποιο συγκεκριμένο τραύμα της παιδικής ηλικίας αποτελεί την αιτία της συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής, αλλά τις απειράριθμες διαντιδράσεις ανάμεσα στο παιδί και τις βασικές μορφές της ζωής του, - κυρίως τους γονείς. Οι οποίοι μέσα από διάφορες ψυχολογικές διεργασίες, διαμορφώνουν την αίσθηση του εαυτού, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, τα είδη των αμυντικών μηχανισμών, κ.ά.

Τέλος, η ψυχαναλυτική θεωρία και θεραπεία αποτελεί τη βάση για πολλές άλλες ψυχοθεραπείες και η γνώση των ψυχοδυναμικών είναι προϋπόθεση για κάθε θεραπευτή που έρχεται σε σχέση με ασθενείς (Παπαδόπουλος Ν., 1994).

1.2.2. ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ - ΝΕΟΦΡΟΥΔΙΚΟΙ

Μερικοί από τους μαθητές του Freud και γενικά οι θεωρητικοί ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, ανέπτυξαν τις δικές τους θεωρητικές απόψεις, προκαλώντας αλλαγές και στην θεωρία της ψυχανάλυσης και στην πρακτική της, αν και κράτησαν πολλές από τις βασικές ιδέες του Freud ή/και αρνήθηκαν ορισμένες αρχές του. Νεοφροϋδικοί ονομάζονται λοιπόν, οι ψυχαναλυτές που δέχονται το «δόγμα» του Freud αλλά έχουν επιφέρει τις δικές τους τροποποιήσεις (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

Ο Jung, Ελβετός ψυχίατρος, ανέπτυξε μια δική του θεωρητική προσέγγιση βασισμένη στην ψυχανάλυση που ονομάζεται «ψυχολογία του βάθους». Σκοπός της θεραπείας, σύμφωνα με τον Jung, είναι η βοήθεια στο θεραπευόμενο προκειμένου να κατανοήσει όλες τις

πλευρές του εαυτού του και τη δημιουργική του ικανότητα. Όλα τα στοιχεία του ονείρου είναι πλούσια σε συμβολισμούς και νόημα. Επιπλέον ο Jung έδωσε σημασία τους «μύθους» και στα «σύμβολα». Προκειμένου να αναλυθούν τα όνειρα, χρησιμοποιούσε την ενεργητική φαντασία και όχι τον ελεύθερο συνειρμό (Βοσνιάδου Στ., 2003).

Ο Alfred Adler, ίδρυσε τη δική του σχολή, την οποία ονόμασε «ατομική ψυχολογία» (γερμ. Individual Psychologie), θέλοντας με τη λέξη «ατομική» να δώσει έμφαση στη μοναδικότητα – διαφορετικότητα, στην ενότητα και στο αδιαχώρητο του ατόμου. Σύμφωνα με τον Adler, χρειαζόμαστε αυτογνωσία για να καταφέρουμε να αποκτήσουμε εξουσία και δύναμη και να υιοθετήσουμε έναν τρόπο ζωής που να έχει νόημα για εμάς. Πολλές φορές όμως δεν είμαστε σε θέση να βρούμε τους τρόπους για να ξεπεράσουμε τα συναισθήματα κατωτερότητας που νιώθουμε και αυτό γίνεται το ουσιαστικό μας πρόβλημα. Μερικές βασικές ιδέες του Adler είναι η κυρίαρχη ανάγκη για ικανότητα συμβίωσης και συνεργασίας μεταξύ των ανθρώπων καθώς είναι η βάση για την ψυχική του ισορροπία, και η έννοια της αυτοδιάθεσης που έχει τις βάσεις της στη δημιουργική δύναμη του ατόμου. Η θεραπεία είναι μία διεργασία επανεκπαίδευσης όπου στην αρχή τίθενται ξεκάθαροι στόχοι και η επικέντρωση αφορά το παρόν και μέλλον.

Ο Jung και ο Adler αποτέλεσαν τους κυριότερους εκπροσώπους των νεοφροϋδικών που επέκτειναν τη θεωρία του Freud για να δώσουν έμφαση στο διαπροσωπικό παράγοντα (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

1.2.3. ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΥΠΑΡΞΙΑΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι ανθρωπιστικές και υπαρξιακές θεωρίες τονίζουν τα θετικά στοιχεία της ανθρώπινης ζωής, δηλαδή τη δύναμη της θέλησης, την υπευθυνότητα, την αυτενέργεια, αντιδρώντας έτσι στην αιτιοκρατική και μηχανιστική άποψη του Freud.

Ο κυριότερος εκπρόσωπος είναι ο C. Rogers, ιδρυτής της «Πελατοκεντρικής Θεραπείας». Σύμφωνα μ' αυτήν την προσέγγιση, η ψυχοθεραπεία είναι προσανατολισμένη στη σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή και οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται στην άρνηση – παράβλεψη σημαντικών αισθητηριακών και σωματικών εμπειριών που έτσι δεν έχουν παρουσία στη συνείδηση και δε συμβάλλουν στην αυτοαντίληψη με αποτέλεσμα την εσφαλμένη εκτίμηση της ικανότητας επίδοσης, αυτοενέργειας και κοινωνικού ρόλου και την ανταγωνιστική απόσταση μεταξύ του ιδανικού και του πραγματικού Εγώ (Μάνος Ν., 1997).

Βασική έννοια στη θεραπεία, είναι η έννοια της αυτοπραγμάτωσης, δηλαδή η επίτευξη και αναγνώριση από το άτομο ολόκληρου του δυναμικού του. Αυτός είναι και ο βασικός στόχος της θεραπείας. Έτσι το άτομο θα μπορέσει να βρει το προσωπικό του νόημα στη ζωή και να οδηγηθεί στην ελευθερία της ύπαρξής του.

Άλλοι εκπρόσωποι είναι ο F. Perls (1969) με τη θεραπεία «Gestalt», ο V. Frankl (1975), με τη «Λογοθεραπεία», ο I. Yalou (1980) με τη θεωρία του για το φόβο του θανάτου, ο A. Maslow, ο G. Allport (Παπαδόπουλος Ν., 1994).

1.2.4. Η ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο όρος «**συστημική ψυχοθεραπεία**» χρησιμοποιείται γιατί δίνεται μία ευρύτερη έννοια στις ψυχοθεραπείες εκείνες που βασίζονται κυρίως στη «Γενική Θεωρία Συστημάτων» του Ludwing von Bertalauffy (1968) και στην «Κυβερνητική» του Nobert Wiener (1970). Η ψυχοθεραπευτική αυτή προσέγγιση άρχισε να είναι κατά κύριο λόγο γνωστή σαν οικογενειακή θεραπεία, και αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια. Ο Adler θεωρείται ο πρόδρομος της συστημικής θεωρίας καθώς διερεύνησε τις αλληλεπιδράσεις αδελφών και γονέων.

Με τον όρο «**σύστημα**» εννοούμε ένα σύμπλεγμα διαπλεκόμενων και αλληλεπιδρώμενων στοιχείων – μονάδων. Η σχέση, ο τρόπος με τον οποίο δύο ή περισσότερα στοιχεία εξαρτώνται το ένα από το άλλο, είναι μία σχέση «ολότητας», διότι αλλαγή σε ένα στοιχείο του συστήματος επηρεάζει τα άλλα στοιχεία του και προκαλεί την αλλαγή ολόκληρου του συστήματος. Επίσης το σύστημα έχει τη δυνατότητα να μεταλλάσσεται ως αποτέλεσμα της εξέλιξής του ή για τυχαίους λόγους. Μπορεί ακόμη να εμπεριέχει «υποσυστήματα» ή και να ανήκει σε «υπερσυστήματα». Έτσι ο θεραπευτικός στόχος δεν είναι το άτομο αλλά το σύστημα των σχέσεων στο οποίο εντάσσεται καθώς εκεί υπάρχει το πρόβλημα ενώ στη θεραπεία είναι απλά ο εκφραστής του προβλήματος (Βοσνιάδου Στ., 2003).

1.2.5. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η «**Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία**» ή «θεραπεία συμπεριφοράς» βασίστηκε στις θεωρίες της μάθησης, με κύριους άξονες τις θεωρίες των I. Pavlov και B. Skinner (1953). Επίσης κύριοι εκπρόσωποι είναι ο Watsou, ο Wolpe και ο Bandura.

Βασική αρχή της ψυχοθεραπείας είναι ότι η προβληματική συμπεριφορά δεν είναι αποτέλεσμα νοσηρής κατάστασης του ατόμου, αλλά οφείλεται σε εσφαλμένη μάθηση. Δηλαδή μέσα από λανθασμένες ενισχύσεις απ' το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, το άτομο έμαθε να συμπεριφέρεται με τρόπο που σε ορισμένες συνθήκες δημιουργούν προβλήματα και στο ίδιο και το περιβάλλον του (Μάνος Ν., 1997).

Η παθολογική, όμως, αυτή συμπεριφορά μπορεί ν' αντικατασταθεί από τη φυσιολογική συμπεριφορά μέσα από μεθόδους συστηματικού ελέγχου των ερεθισμάτων, όπως απευαισθητοποίηση, άσκηση στη λύση προβλημάτων, αυτοέλεγχος κ.τ.λ., που τροποποιούν τη συμπεριφορά. Η εστίαση στη θεραπεία είναι στο παρόν, παρά στο παρελθόν ή σε ασυνείδητες διεργασίες. Η θεραπεία της συμπεριφοράς εφαρμόζεται κυρίως σε διαταραχές ή αρνητικές καταστάσεις που αφορούν την ικανότητα διαπραγμάτευσης και δράσης, και αποσκοπεί στην απόκτηση συμπεριφορών (συνηθειών) κατάλληλων για τις αλληλεπιδράσεις του ατόμου με το περιβάλλον (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

1.2.6. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ή ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι σχετικά καινούργια μορφή ψυχοθεραπείας που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια και βασίζεται στη γνωστική θεωρία του Α. Beck (1973). Σύμφωνα με αυτήν, οι νοητικές λειτουργίες όπως οι προσδοκίες, οι εκτιμήσεις, η απόδοση της αιτιολογίας ενός συμβάντος ή μιας κατάστασης, τα πιστεύω, οι μνήμες γενικώς, επηρεάζουν αποφασιστικά τον τρόπο που σκέφτεται και δρα το

άτομο. Οι συγκεκριμένες σκέψεις – και κυρίως οι αυτόματες αρνητικές – είναι αυτές που καθορίζουν την συμπεριφορά του ατόμου, και προκαλούν τα συναισθήματα (Βοσνιάδου Στ., 2003).

Στόχος της ψυχοθεραπείας είναι ο περιορισμός:

- Των εκτιμήσεων που έχουν αυτοματοποιηθεί και
- Των σκέψεων ηττοπάθειας, όπου ο πελάτης καλείται να τις ερμηνεύσει, να τις κριτικάρει, να τις αμφισβητήσει και να τις θέσει κάτω από τον έλεγχό του.

Η τυπική και αμιγής γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι βραχείας διάρκειας (15-20 συνεδρίες) και χαρακτηρίζεται από πολύ εξειδικευμένες στρατηγικές, τόσο από συμπεριφορικές τεχνικές, που έχουν σαν στόχο τη διόρθωση του αρνητικού τρόπου σκέψης στην καθημερινή ζωή με συγκεκριμένες πράξεις – ασκήσεις, όσο και από γνωστικές τεχνικές που βοηθούν το άτομο ν' αναγνωρίσει και να διορθώσει τα δυσλειτουργικά γνωστικά του σχήματα.

Γι' αυτό η γνωσιακή θεραπεία ονομάζεται επίσης και *γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία*. Τέλος, ο ρόλος του θεραπευτή είναι κυρίως εκπαιδευτικός.

Η Γνωσιακή ψυχοθεραπεία χρησιμοποιεί συμπεριφορικές τεχνικές όπου χρειάζεται, αλλά διαφέρει από την συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, στο ότι παρατηρεί και τροποποιεί τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις του ασθενή, κατά την έκθεσή του στο στρεσογόνο ερέθισμα (Μάνος Ν., 1997).

Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα περιγραφεί και θα αναλυθεί εκτενώς η Γνωσιακή ψυχοθεραπεία στο πλαίσιο της βιβλιογραφικής μας αυτής μελέτης.

ΜΕΡΟΣ Β΄

1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η Γνωσιακή θεραπεία είναι σχετικά πρόσφατη ανάπτυξη στην ψυχοθεραπεία. Παρόλα αυτά, ο όρος «γνωσιακή» χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει το μοντέλο θεραπείας που περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε πέντε στοιχεία:

- Το περιβάλλον (εξελικτικό ιστορικό της διαταραχής και το πολιτιστικό περιβάλλον),
- Τη βιολογική πλευρά,
- Τα συναισθήματα,
- Τη συμπεριφορά και
- Τις γνωσιακές διαδικασίες,

επειδή στη δεκαετία του 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του 1970, οι περισσότερες θεραπείες είχαν την τάση να δίνουν λιγότερη σημασία στις γνωσιακές πλευρές του προβλήματος του ασθενούς απ' ό,τι στα συναισθήματα, τη βιολογία ή το ιστορικό της διαταραχής (DATTILIO F.M. – PADESKY C.A., 1995).

Ο Albert Ellis, το 1962, εξέδωσε το βιβλίο «Reason and Emotion in Psychotherapy», σύμφωνα με το οποίο έγραψε ότι οι σκέψεις προκαλούν τα συναισθήματα στο πλαίσιο της θεωρίας της Λογικο-θυμικής θεραπείας (μια άλλη «γνωσιακή» θεραπεία που αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1960). Επίσης, ο Aaron Beck έγραψε το βιβλίο «The Self Concept in Depression» με τον D. Stein, το 1960. Ο Beck ήταν εκείνος που υποστήριξε τη σπουδαιότητα του συναισθήματος για τη δημιουργία της ανθρώπινης εμπειρίας, καθότι δεν μπορεί να υπάρξει

Γνωσιακή θεραπεία χωρίς την παρουσία συναισθήματος (www.psychologyinfo.com, 2005).

Εργασίες παλαιότερων ερευνητών αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη της Γνωσιακής θεωρίας. Ο George A. Kelly (1955) υπήρξε ένας από αυτούς που επηρέασαν ουσιαστικά τη διαμόρφωση του θεωρητικού της πλαισίου. Ανέπτυξε ένα μοντέλο προσωπικών δομών και αντιλήψεων που συνδέονται με την αλλαγή της συμπεριφοράς, και όρισε τη δομή ως τον τρόπο με τον οποίο το άτομο διαμορφώνει ή ερμηνεύει τον κόσμο. Το ενδιαφέρον του εστιάστηκε στην παρατήρηση των τρόπων με τους οποίους το άτομο δίνει σχήμα και νόημα σε αυτές τις επιμέρους δομές. Απόρροια της δουλειάς του Kelly είναι και οι γνωσιακές θεωρίες του συναισθήματος, όπως αναπτύχθηκαν από τη Magda Arnold (1960) και τον Richard Lazarus (1966), και υποστήριξαν ότι η τροποποίηση της σκέψης είναι ουσιαστικής σημασίας για την αλλαγή των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς (Παπακόστας Ι., 1994).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η Γνωσιακή θεραπεία αναπτύχθηκε με ταχείς ρυθμούς και έγινε μία από τις πλέον δημοφιλείς μεθόδους θεραπείας (PATTERSON, 1980· RITTER, 1985· SMITH, 1982).

Έτσι, αφού παρακολουθήσαμε τις ιστορικές καταβολές της Γνωσιακής επιστήμης και αφού αναζητήσαμε τους κυριότερους φορείς γνωσιακών απόψεων, θα ανιχνεύσουμε τις ρίζες της και θα μελετήσουμε την εξέλιξή της (Καλαντζή – Azizi A., 1995).

• ΣΩΚΡΑΤΗΣ

Από το μεγάλο αρχαίο Αθηναίο φιλόσοφο, η γνωσιακή προσέγγιση δανείζεται την μοναδική διαλεκτικο-αναλυτική του μέθοδο, ιδιαίτερα αποτελεσματική για την εμπέδωση της θεραπευτικής σχέσης

και την προώθηση της θεραπευτικής διαδικασίας. Η μέθοδος αυτή, ή η τεχνική των ερωτήσεων, που στην γνωσιακή βιβλιογραφία αναφέρεται σαν «Σωκρατική», αποτελεί πρωταρχικό εργαλείο για τον γνωσιακό θεραπευτή. Όπως και στην Σωκρατική διαλεκτικο-αναλυτική μέθοδο των ερωτήσεων γνωστή σαν «μειωτική», έτσι και στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία με τις ερωτήσεις, αποσκοπείται η απόσπαση και η καταγραφή των ρητών ή άρρηκτων πεποιθήσεων (του γνωσιακού χάρτη) κατά τη σχετική γνωσιακή ορολογία του θεραπευόμενου (Παπακώστας Ι., 1994).

• ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ

Σύμφωνα με τον Παπακώστα Ι. (1994), το ενδιαφέρον των σύγχρονων ερευνητών αναφορικά με τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία, επικεντρώνεται στο έργο του φιλόσοφου «Ρητορική τέχνη», μια και πολλές πλευρές της ψυχοθεραπείας μοιάζουν με τη ρητορική τέχνη που είναι «η ικανότητα να βρίσκονται για κάθε θέα πειστικά επιχειρήματα». Και στις δύο περιπτώσεις, ρητορική και ψυχοθεραπεία, υπάρχει πρόθεση να «πεισθεί» ο ακροατής ή θεραπευόμενος, ώστε να τροποποιήσει τις δοξασίες του. Η «πειθώ» σύμφωνα με τον Frank (1971), αποτελεί κύριο θεραπευτικό εργαλείο κάθε ψυχοθεραπείας.

Σύγχρονες έρευνες (Glaser, 1980), επιβεβαιώνουν το σημαντικό ρόλο των παραγόντων αυτών που επισήμανε ο Αριστοτέλης – το ήθος, το πάθος και ο λόγος (επιχειρήματα) – για την επίτευξη της ρητορικής (ή της θεραπευτικής) «πειθούς».

• ΟΙ ΣΤΩΪΚΟΙ: ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ

Το θεωρητικό πλαίσιο της γνωσιακής ψυχοθεραπείας διαμορφώθηκε κυρίως από τη φαινομενολογική προσέγγιση, η οποία δίνει έμφαση στον τρόπο που ένα άτομο «δομεί νοητικά» τον εαυτό του και τον κόσμο που το περιβάλλει». Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η νοητική δόμηση του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο ασκεί καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του. Πρόκειται για μια θεώρηση που έχει τις ρίζες της στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία, κυρίως τη Στωική. Επομένως, η φιλοσοφία των Στωικών σε πολλά σημεία μοιάζει με μερικές από τις βασικές αρχές της γνωσιακής προσέγγισης.

Ένας από τους αντιπροσώπους της Στωικής φιλοσοφίας είναι ο Επίκτητος, ο συχνότερα αναφερόμενος στη γνωσιακή βιβλιογραφία. *Στωικός*. Έτσι οι γνωσιακοί θεωρητικοί συνήθως αποκαλύπτουν τη φιλοσοφική καταγωγή τους, στους Στωικούς του 1^{ου} και 2^{ου} αιώνα π.Χ., και συγκεκριμένα στον σκλάβο Επίκτητο και στον αυτοκράτορα Marcus Aurelius, οι οποίοι τόνισαν τη σημασία των ερμηνειών των γεγονότων και την ικανότητά μας για να τις αλλάζουμε (Χριστοδούλου και Συνεργάτες, 2000).

Εντούτοις, από μετέπειτα φιλόσοφους, είναι του δεκάτου όγδοου αιώνα ο φιλόσοφος Kant που απεικονίζει περισσότερο την επιστημονική σκοπιά των σύγχρονων γνωσιακών θεωρητικών στη διάκρισή του μεταξύ των «πραγμάτων καθαυτών» (*noumena*), τα οποία δεν μπορούμε να γνωρίζουμε άμεσα και των υποκειμενικών εμπειριών (*phenomena*) που αναφέρονται στα «πράγματα καθαυτά», εμπειρίες, οι οποίες διαμορφώνονται ή διυλίζονται μέσα από τις «εκ των προτέρων δοσμένες» δομές γνώσης. Αλλά δεν μπορούμε να ξέρουμε τα πράγματα

τα ίδια – ξέρουμε μόνο τις ερμηνείες των γεγονότων και του εαυτού μας. Θα μπορούσε να υποτεθεί ότι αυτές οι ερμηνείες είναι επηρεασμένες από την δική μας παλιά εμπειρία, τη γενετική σύνθεσή μας και το κοινωνικοπολιτισμικό υπόβαθρό μας και από την επικρατούσα διάθεσή μας (Beackburn I-M, Davidson K., 1990).

• ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΠΡΟΓΟΝΟΙ

Στη δεκαετία του 1970 πολλοί ψυχολόγοι ξεκίνησαν να γράφουν σχετικά με τις γνωσιακές απόψεις της κατάθλιψης, αναγνωρίζοντας διαφορετικούς γνωσιακούς παράγοντες που επιδρούν στην κατάθλιψη και αναπτύσσοντας γνωσιακές παρεμβάσεις για ν' αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη.

Από αυτή τη βάση θεωρίας και έρευνας προέκυψαν αποδείξεις ότι η γνωσιακή θεραπεία ήταν μία αποτελεσματική, και ίσως είναι η πιο αποτελεσματική, παρεμβατική στρατηγική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Από τότε, η χρήση της γνωσιακής θεραπείας με κατάθλιψη έχει αυξηθεί σημαντικά, και ο αριθμός των ψυχολόγων που χρησιμοποιούν τις γνωσιακές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση όλων των ψυχολογικών προβλημάτων, έχει αυξηθεί επίσης.

Σαν αποτέλεσμα, φαίνεται ότι η γνωσιακή θεραπεία έχει εμφανιστεί πρόσφατα στο προσκήνιο, μόνο στα προηγούμενα 20 χρόνια. Όμως, όλες οι ψυχοθεραπείες έχουν γνωσιακά στοιχεία (www.psychologyinfo.com, 2005).

- **ΚΛΑΣΙΚΗ ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ**

Η κυριαρχία της κλασικής ψυχανάλυσης πάνω από το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, επέφερε μια πλήρη παραμέληση της «γνώσης» στην ψυχιατρική, τονίζοντας αντ' αυτού τις σωματικές ανάγκες και την ενστικτώδη συμπεριφορά.

Ο Arieti έγραψε ότι *«ο Freud τόνισε πως τείνουμε να καταπνίξουμε και να καταστείλουμε τις ιδέες που εκμαιεύουν την ανησυχία. Αλλά εμείς οι ψυχίατροι και ψυχαναλυτές έχουμε καταπνίξει ή καταστείλει ολόκληρο τον τομέα των ιδεών, ο οποίος είναι η «γνώση». Το έχουμε καταστείλει προφανώς επειδή είναι η ανησυχία που προκαλεί»*.

Η ψυχανάλυση, που ο κυριότερος εκπρόσωπός της είναι ο Freud, δίνει έμφαση στον εσωτερικό ντετερμινισμό, τις βιολογικές, ενστικτώδεις και ασυνείδητες δυνάμεις, καθότι σύμφωνα με τον Freud, η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα θυμού που στρέφεται προς τον εαυτό.

Για παράδειγμα, ο Freud στο βιβλίο *Mourning and Melancholia* που εκδόθηκε το 1917, προτείνει ότι η μελαγχολία (κατάθλιψη) μπορεί να εμφανιστεί σε απάντηση μιας φανταστικής απώλειας, και ότι οι αυτοκριτικές σκέψεις του Εγώ είναι υπεύθυνες κατά ένα μέρος για την κατάθλιψη.

Η κύρια διαφορά ανάμεσα στις ψυχοδυναμικές θεραπείες και στις γνωσιακές βρίσκεται στις κινητήριες υποθέσεις των θεραπειών και στις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να φέρουν αλλαγή (Dattilio F.M. – Padesky C.A., 1995).

- **WILLIAM JAMES**

Σύμφωνα με τον Παπακώστα (1994), ο James πίστευε πως αντικείμενο μελέτης του ψυχολόγου θα πρέπει να είναι οι ερμηνείες που κάνει το άτομο για τον εξωτερικό του κόσμο, ή με άλλα λόγια, η σχέση μεταξύ της εσωτερικής (νοητικής) και εξωτερικής (φυσικής) πραγματικότητας. Αυτές οι θέσεις φέρνουν τον James επικεφαλής αυτής της προσέγγισης, που σήμερα ονομάζεται «γνωσιακή».

- **JEAN PIAGET**

Σύμφωνα με τον Παπακώστα I. (1994), η ψυχολογική θεωρία γνωσιακής ανάπτυξης του Piaget βασίζεται στις εξής κεντρικές θέσεις:

- Η κινητική δραστηριότητα (Motor Action) είναι πρωταρχικής σημασίας στην αναδίπλωση των νοητικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης.
- Οι νοητικές λειτουργίες μέσα από την δυναμική αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και οργανισμού, αναπτύσσονται με μια αποίικιλη αλληλουχία ή νομοτέλεια (στάδια γνωσιακής ανάπτυξης).
- Τα σχήματα, αποτελούν τις πρωταρχικές μονάδες νοητικής οργάνωσης, από την πιο στοιχειώδη τους μορφή (σχήματα αντανακλαστικών) ως την πιο περίπλοκη οργάνωσή τους αργότερα, μέσα από τους μηχανισμούς της αφομοίωσης και της προσαρμογής.

- **EDWARD C. TOLMAN**

Με τη συνεισφορά του, σε θεωρητικό επίπεδο, και με τις έννοιες – κλειδιά που εισήγαγε, κέρδισε δίκαια τον τίτλο του «πρώτου γνωσιακού συμπεριφεριολόγου» (Phillips, 1981).

Οι έννοιες αυτές είναι:

Λανθάνουσα μάθηση: Είναι μια μάθηση που πραγματοποιείται χωρίς την παρουσία αμοιβής, τη δε στιγμή που λαμβάνει χώρα δεν αποκαλύπτεται στη συμπεριφορά, αλλά αργότερα.

Σκόπιμη συμπεριφορά: Η συμπεριφορά (και κατά συνέπεια η μάθηση και οι μαθησιακοί νόμοι που την καθορίζουν) μπορεί να μελετηθεί σε πολλά επίπεδα. Μπορεί λ.χ. να μελετηθεί σε ένα «μοριακό» (Molecular) επίπεδο, όπως είναι η μελέτη των μυϊκών κινήσεων που χαρακτηρίζουν μια συμπεριφορά. Μπορεί επίσης να μελετηθεί και σ' ένα μεγαλύτερο επίπεδο «πολυμοριακό» (Molar), όπως είναι π.χ. αυτό των προθέσεων ή των σκοπών ενός ατόμου.

Ο Γνωσιακός χάρτης ορίζεται ως:

«Οι τρόποι, η επινόηση και τα εργαλεία που χρησιμοποιεί το ανθρώπινο ον προκειμένου να παρακάμψει τα εμπόδια που παρεμβάλλονται στο δρόμο του (νοητική χαρτογράφηση του κόσμου αλλά και των τρόπων αντιμετώπισής του)».

Αυτή η εσωτερική ή νοητική κατασκευή ονομάστηκε από τον Tolman «Γνωσιακός χάρτης» (Cognitive Map), τον οποίο το άτομο

«συμβουλευέται» για να προσανατολιστεί και να δράσει (Tolman, 1932).

- **ALFRED ADLER**

Ο Alfred Adler, ως νεοφροϋδικός, μπορεί παρόλα αυτά να θεωρηθεί ως ο πρόδρομος των σύγχρονων γνωσιακών θεωρητικών και θεραπευτών. Θεώρησε τις κινητήριες ωθήσεις ως ανεπαρκείς για να υπολογιστούν για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η σημασία που είναι συνδεδεμένη με τα γεγονότα καθορίζει τη συμπεριφορά σύμφωνα με τον Adler, και επομένως η Αντλεριανή θεραπεία περιλαμβάνει την επανεκπαίδευση του ασθενή προς ένα πιο ικανοποιητικό τρόπο ζωής με το να αλλάξει τις συμπεριφορές του, τους στόχους του και τις αξίες του.

Σύμφωνα με τη φαινομενολογική προσέγγιση, η άποψη του ατόμου για τον εαυτό και τον προσωπικό κόσμο είναι πολύ σημαντική στον καθορισμό της συμπεριφοράς (Adler, 1936· Korney, 1950). Ο Adler θεωρεί την ψυχοπαθολογία σαν αποτέλεσμα ενός λάθους στο όλο «στυλ» της ζωής, στον τρόπο που το μυαλό έχει διερμηνεύσει τις εμπειρίες, στη σημασία που έχει προσδώσει στη ζωή κ.λπ., θέσεις που δεν απέχουν από τις ανάλογες γνωσιακές.

Οι Murray και Jacobson, σωστά περιγράφουν τον Adler «ως τον πρόδρομο πολλών σύγχρονων γνωσιακών θεραπευτών, όπως οι Albert Ellis, Jullian Rotter, George Kelly, Eric Berne και Aaron Beck» (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

- **ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ**

Πριν από τη γνωσιακή ψυχολογία το κυρίαρχο ρεύμα στην ψυχολογία ήταν ο συμπεριφορισμός. Ο συμπεριφορισμός ιστορικά προέκυψε ως αντίδραση στην ενδοσκοπική ψυχολογία. Πολλοί ερευνητές, ο ένας μετά τον άλλο, εγκατέλειψαν την μέθοδο της ενδοσκόπησης και στρέφονταν προς την παρατήρηση της συμπεριφοράς. Στα 1913, ο Watson, ο πατέρας του συμπεριφορισμού, γράφει: «η ψυχολογία, όπως τη βλέπει ο συμπεριφοριστής, είναι ένας καθαρά αντικειμενικός κλάδος των φυσικών επιστημών. Ο θεωρητικός της στόχος είναι η πρόβλεψη και ο έλεγχος της συμπεριφοράς. Ο Watson διακήρυσσε ότι η συμπεριφορά δεν έχει νοητικές αιτίες, αλλά αποτελεί την αντίδραση του οργανισμού σε εξωτερικά ερεθίσματα (Καλαντζή - Αζίζι Α., 1995).

Κυριότερος, αλλά και πιο ακραίος, υποστηρικτής του μεθοδολογικού συμπεριφορισμού ήταν ο Skinner (1945). Ο Skinner έθεσε ως στόχο να εξηγήσει κάθε είδος συμπεριφοράς με όρους ερεθίσματος και απόκρισης (stimulus – response). Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, ακόμα και οι σύνθετες συμπεριφορές δεν είναι τίποτε άλλο παρά σύνθετες αποκρίσεις που προκαλούνται από σύνθετα ερεθίσματα.

Ο Skinner για να εξηγήσει τη διαδικασία της μάθησης επεξεργάστηκε την έννοια της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης (operant conditioning): ένα συγκεκριμένο είδος απόκρισης ενισχύεται όταν η εμφάνισή του «ανταμείβεται». Αν, δηλαδή, μια συμπεριφορά ακολουθείται από μια συνέπεια η οποία δρα ευεργετικά στον οργανισμό, τότε ενισχύεται η τάση του οργανισμού να επαναλάβει τη συμπεριφορά στο μέλλον (Beackburn I-M, Davidson K., 1990).

Επομένως, η συμπεριφοριστική μετακίνηση που άρχισε από τον Watson και Skinner ήρθε ως άμεση αντίδραση ενάντια στην πνευματική προσέγγιση της ψυχανάλυσης. Οι πρώτοι θεραπευτές συμπεριφοράς, θέλησαν να εφαρμόσουν τη θεωρία εκμάθησης και βελτίωσης όπως ερευνάται στα πειραματόζωα στην κλινική. Μόνο τα αισθητά φαινόμενα, από την άποψη των ερεθισμάτων και των απαντήσεων ήταν αποδεκτά και οποιαδήποτε προκύψαντα φαινόμενα, όπως π.χ. οι σκέψεις και τα συναισθήματα θεωρήθηκαν ως περιττά, απλά, μη επιστημονικά στην κατανόηση της συμπεριφοράς.

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση δημιούργησε μια αναζωογονητική επίδραση στη θεραπεία γενικά, και πρώτα εμφανίστηκε πλήρως δικαιολογημένη.

Ο Eysenck (1960), παρείχε τα ισχυρά στοιχεία (από τότε που αμφισβητήθηκε) ενάντια στην αποτελεσματικότητα της παραδοσιακής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, ενώ στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της τροποποίησης της συμπεριφοράς για τις νευρωτικές διαταραχές αναφέρονταν άφθονα με επαναστατικό ζήλο.

Αυτές οι πρόωρες σταυροφορικές συμπεριφορές του τι έχει έρθει να κληθούν «μεταφυσικός μπηχεβιορισμός» επικρίθηκαν, κυρίως με την άποψη ότι αγνόησαν σημαντικά κλινικά στοιχεία, όπως οι γνωσιακές και κοινωνικές μεταβλητές. Η ανάλυση του Eysenck προκλήθηκε από τον Bergin (1971) και η θεωρητική βάση για την συμπεριφοριστική θεραπεία ήταν σωστά υπό αμφισβήτηση (Beackburn I-M, Davidson K., 1990).

• ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Αρκετοί σύγχρονοι συμπεριφοριστές επέδρασαν στην ανάπτυξη και εξέλιξη της Γνωσιακής θεραπείας. Μετά από τη συμπεριφοριστική επανάσταση, μερικοί έχουν χαιρετήσει τη δεκαετία του '60 ως χρονιά μιας γνωσιακής επανάστασης. Εντούτοις όπως υποστηρίζεται από τον Blackburn (1986), δεν έχει υπάρξει μια επανάσταση, αλλά μια βαθμιαία εξέλιξη των ιδεών και των τεχνικών που έχει οδηγήσει στις πρόσφατες γνωσιακές και γνωστικές – συμπεριφοριστικές θεραπείες.

Αυτή η εξέλιξη επήλθε μέσω διαφορετικών επιρροών:

1. Ακαδημαϊκοί γνωσιακοί ψυχολόγοι π.χ. Miller, Gallanter και Ribram στα επιδρόντα βιβλία τους «Σχέδια και Δομή της συμπεριφοράς», άρχισαν να εφαρμόζουν την επιστημονική μέθοδο στη μελέτη διανοητικών φαινομένων.
2. Οι εξελικτικοί ψυχολόγοι, ειδικότερα ο Piaget, μέσω της μελέτης της διανοητικής, κοινωνικής και ηθικής ανάπτυξης του παιδιού, ήταν σε θέση να περιγράψουν τον αναπτυσσόμενο, ανθρώπινο οργανισμό που επιδιώκει ενεργά πληροφορίες αντί του να γίνεται ένας παθητικός δέκτης για περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Ο Piaget πρότεινε διανοητικές δομές ή σχήματα ως τρόπους οργάνωσης πληροφοριών και ρύθμισης της συμπεριφοράς.
3. Οι θεωρητικοί της κοινωνικής μάθησης, για παράδειγμα, οι Miller και Dollard (1941), Rotter (1954) και Kelly (1955), άρχισαν να συζητούν γνωσιακές έννοιες, όπως η προσοχή, η μεσολάβηση

σκέψεων μεταξύ ερεθίσματος και απάντησης, η προσδοκία, ο σχεδιασμός, η ανακατανομή και τα προσωπικά κατασκευάσματα.

4. Οι συμπεριφοριστικοί θεραπευτές οι ίδιοι, αναθεωρούσαν το πρότυπό τους, επιτρέποντας ένα ρόλο για μεσολαβητικούς ή γνωσιακούς παράγοντες. Ο Homme (1965) περιέγραψε τις σκέψεις ως συγκεκαλυμμένες που είναι σημαντικά πρώιμα στοιχεία στις αλυσίδες απάντησης προτού να γίνουν τελικά προφανείς. Αυτές οι συγκεκαλυμμένες απαντήσεις θα μπορούσαν να αναλυθούν και να τροποποιηθούν με τη χρησιμοποίηση των αρχών (DATTILIO F.M. – PADESKY C.A., 1995).

Ο Bandura (1969), στα επιδρώντα «Στοιχεία της Συμπεριφορικής αλλαγής», δεν δέχτηκε ότι η συμπεριφορά είναι παθητικά καθορισμένη από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως προτείνεται απ' το κλασικό συμπεριφορικό πρότυπο. Για αυτόν, η συμπεριφορά εξαρτάται από τις διαδικασίες της σκέψης, από τις πληροφορίες που αποκτιούνται από τις προηγούμενες εμπειρίες και τις διαδικασίες αυτό-ελέγχου. Αυτό εξηγείται καλύτερα στη δομή εκμάθησης και στη διάπλαση – αυτό είναι αποκτώντας νέα μάθηση, π.χ. ότι τα φίδια μπορούν να μεταχειρίζονται ατιμωρητί μέσα από την παρατήρηση κάποιου άλλου να μεταχειρίζεται φίδια.

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Albert Bandura (1977), η οποία περιλαμβάνει τη διαμόρφωση εννοιών νέων μοντέλων συμπεριφοράς (μάθηση μέσω της παρατήρησης), έχει συμβάλει στην εξέλιξη του γνωσιακού μοντέλου και λειτουργεί ως οδηγός για δράση στη μίμηση προτύπων μέσω κοινής δράσης. Αυτή η θεωρία ενθάρρυνε και παρότρυνε τη στροφή της θεραπείας της Συμπεριφοράς στο γνωσιακό χώρο (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

Η πρώτη δουλειά του Mahoney (1974) σχετικά με το γνωσιακό έλεγχο της συμπεριφοράς, καθώς και η εργασία του Meichendaum (1977) σχετικά με τη γνωσιακή τροποποίηση της συμπεριφοράς συνέβαλαν επίσης στη διαμόρφωση του θεωρητικού πλαισίου (Καλαντζή – Azizi A., 1995).

Ενώ οι σπόροι της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας φαίνονταν μέσα από αυτά τα διαφορετικά κανάλια, δύο κλινικοί ξεχωριστά έβαλαν στο χάρτη τη γνωσιακή θεραπεία. Ο Ellis και ο Beck ιδιαίτερα που ξεκίνησε ως ψυχαναλυτής, βρήκαν στοιχεία όπου η συμπεριφορά προκαλείται απ' την επικοινωνία και συγκεκριμένα ο Beck που ανέπτυξε αρχικά τη γνωσιακή θεραπεία για την κατάθλιψη, βρήκε αποδείξεις ότι διεργασιακά λάθη στον τρόπο σκέψης των ατόμων προκαλούν και αρνητική συμπεριφορά (Beackburn I-M, Davidson K., 1990).

Η γνωσιακή ψυχολογία, τελικά, θα συγκροτηθεί ως κλάδος και θα αποκτήσει το όνομά της μέσα στη δεκαετία του 1960 αντλώντας ιδέες μεταξύ άλλων από την τεχνητή νοημοσύνη και από τον λειτουργισμό (DATTILIO FM, PADESKY C.A., 1995).

1.4. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η λέξη «γνωσιακή» («cognitive») ή «γνώση» («cognition») σημαίνει «ξέρω» ή «σκέφτομαι». Επομένως η γνωσιακή θεραπεία θεωρείται ως η «**ψυχολογική θεραπεία των σκέψεων**».

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία – όπως έχει προαναφερθεί - βασίζεται στο σκεπτικό ότι η συμπεριφορά κατά συναισθήματα ενός ατόμου καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο δομεί αντιληπτικά τον κόσμο (γνωσιακός χάρτης). Το σύνολο των γνωστικών δραστηριοτήτων (λεκτικά «γεγονότα» ή απεικονίσεις «συμβάντων» σε κατάσταση συνειδητοποίησης) βασίζεται σε στάσεις ή αντιληπτικά σχήματα που αναπτύχθηκαν και διαμορφώθηκαν από προηγούμενες εμπειρίες. Το σύνολο αυτό αποτελεί τον πιο σημαντικό κρίκο στην αλυσίδα των γεγονότων που οδηγούν στη διαταραγμένη συμπεριφορά και στις ψυχολογικές δυσλειτουργίες (Ronnep I, 1999).

Κεντρικές υποθέσεις στις ρίζες της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι:

- Ότι οι σκέψεις, οι εικόνες, οι αντιλήψεις και άλλα στοιχεία της νοητικής δραστηριότητας του ατόμου, επηρεάζουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του ως απάντηση στα γεγονότα.
- Οι αντιλήψεις και οι ερμηνείες των γεγονότων σχηματίζονται απ' τις υποθέσεις και πεποιθήσεις του ατόμου.
- Λάθη στη λογική ή «γνωστικές διαστρεβλώσεις» επικρατούν στα άτομα που βιώνουν ψυχολογικές δυσκολίες, που μπορούν όμως να ελεγχθούν και να μεταβληθούν καθώς τα άτομα συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της μάθησης.

Η Γνωσιακή ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στο τι σκέφτονται τα άτομα και πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τον κόσμο τους. Το μέλλον επίσης παίζει σπουδαίο ρόλο και έχει άμεση επίδραση στο πώς τα άτομα αισθάνονται και συμπεριφέρονται. Η αντίληψη για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον ονομάζεται «γνωσιακή τριάδα», όρο που πρωτοεισήγαγε ο Beck (Καλπάκογλου Θ., 1998).

Σύμφωνα με τον Beck, οι άνθρωποι με συγκεκριμένους τύπους διαταραχών, διαστρεβλώνουν τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τον εαυτό τους. *«Βλέπουν μέσα από αρνητικό φακό και έτσι όλη η εμπειρία είναι στραμμένη σε κάτι αρνητικό»*. Αυτό συμβαίνει επειδή τα άτομα διαμορφώνουν συχνά κανόνες ή σταθερά σημεία αναφοράς που είναι υπερβολικά άκαμπτα και απόλυτα, τα οποία βασίζονται σε λανθασμένα συμπεράσματα. Αυτές οι σταθερές πηγάζουν από σχήματα ή σύνθετες μορφές σκέψης που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιληφθεί και θα επενδύσει τις εμπειρίες με έννοιες. Αυτά τα σχήματα ή οι μορφές σκέψης συνήθως υπάρχουν ακόμη και όταν απουσιάζουν δεδομένα από το περιβάλλον. Μπορεί να λειτουργούν ως μια μορφή του μηχανισμού της μετατροπής, ο οποίος διαπλάθει τα εισερχόμενα δεδομένα με τέτοιο τρόπο ώστε να ταιριάζουν και να ενισχύουν τις προϋπάρχουσες αντιλήψεις. Οι διάφοροι τύποι εσφαλμένης σκέψης συμβάλλουν στη δημιουργία εσφαλμένης ανατροφοδότησης που με τη σειρά της, στηρίζει τις ψυχολογικές διαταραχές. Έτσι, οι ψυχικές διαταραχές δεν οφείλονται αποκλειστικά σε κάποιες άγνωστες δυνάμεις τις οποίες δεν μπορεί να ελέγξει το άτομο, αλλά σε εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από την εκτίμηση της πραγματικότητας (www.ued.yale.edu, 2005).

Η γνωσιακή θεραπεία είναι μια θεραπεία με σκοπό να βοηθήσει ανθρώπους να μάθουν να προσδιορίζουν και να ελέγχουν τους

αρνητικούς τρόπους σκέψης και να σκέφτονται με ρεαλιστικότερο τρόπο, όπως ακριβώς και υπονοεί το όνομά της. Συνεργάζεται θεραπευτής και πελάτες ώστε να αξιολογηθούν οι παραπονημένες ή ανεπαρκείς γνωστικές διεργασίες και συμπεριφορές και να σχεδιαστούν νέες μαθησιακές εμπειρίες, οι οποίες θα αντικαταστήσουν τους δυσλειτουργικούς ή ανεπαρκείς τρόπους σκέψης, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα. Το άτομο εξετάζει την ισχύ των σκέψεών του και των πεποιθήσεών του μέσα από στρατηγικές που θ' αναλύσουμε περαιτέρω σε επόμενο κεφάλαιο.

Η Γνωσιακή θεραπεία είναι χρονικά περιορισμένη με αρκετή έμφαση στο «*εδώ και τώρα*» με έκταση από μερικές εβδομάδες έως μερικούς μήνες (15-20 συνεδρίες συνολικά). Κατά τη διάρκεια αυτών των συνεδριών συνεργάζεται θεραπευτής και θεραπευόμενος για την επίλυση του προβλήματος και την επίτευξη των ήδη συμφωνηθέντων στόχων.

Ο ψυχολόγος Robert Leahy, που διευθύνει το «*Αμερικανικό Ινστιτούτο Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας*» στη Νέα Υόρκη, λέει ότι «*η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία είναι πρακτική και ενδυναμώνει τους ασθενείς ακόμα και εκτός των συνεδριών*». Πράγματι, με αρκετή πρακτική, οι δεξιότητες που αποκτά το άτομο, γίνονται δεύτερη φύση. Επομένως, η Γνωσιακή θεραπεία είναι περισσότερο εκπαιδευτική από άλλες μορφές μη-καθοδηγητικών θεραπειών.

Όσα περιγράφηκαν, είναι στοιχεία της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας περιληπτικά καθώς θα αναλυθούν στα επόμενα κεφάλαια εκτενώς. Τελειώνοντας θα θέλαμε να αναφερθούμε στις **αρχές που διέπουν τη Γνωσιακή Θεραπεία**, σύμφωνα με τους Θ. Χιουτάκο, Π. Βαλαβάνη (2004):

1.4.1. ΑΡΧΕΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η κεντρική θέση του γνωσιακού σκεπτικού

Μία ξεκάθαρη θεραπεία με τη σημασία στραμμένη προς μια σειρά από οργανωμένες και επικεντρωμένες στη θεραπεία στρατηγικές.

Η έμφαση στη φαινομενολογία

Η φαινομενολογική προσέγγιση στην ψυχοπαθολογία οδήγησε στο να είναι η ιδιονσυγκρατική υποκειμενική εμπειρία του ασθενή, ο κύριος στόχος στη θεραπευτική αλλαγή. Αυτό επίσης έγινε και μία από τις πιο σημαντικές πτυχές της Γνωσιακής. «*Βλέποντας τον κόσμο μέσα από τα μάτια του ασθενή*», σημαίνει να επικεντρώνεται στις αναφορές των εμπειριών του και να τις αντιλαμβάνεται.

Η συνεργατική φύση της θεραπευτικής σχέσης

Ο ασθενής και ο θεραπευτής δουλεύουν μαζί σε μια ατμόσφαιρα διαπραγμάτευσης – ένας απευθείας απόγονος της ιδέας του Kelly για τον ασθενή και τον θεραπευτή ως «προσωπικούς επιστήμονες». Ο Beck και οι συνεργάτες του, ανέφεραν τη φράση «*συνεργατικός εμπειρισμός*», η οποία ενσωμάτωσε την ιδέα μιας ομαδικής προσέγγισης στην οποία ο ασθενής παρέχει τα δεδομένα για να ερευνηθούν με την καθοδήγηση του θεραπευτή.

Το αντικείμενο μιας τέτοιας σχέσης είναι ν' αναπτυχθεί ένα περιβάλλον στο οποίο συγκεκριμένες γνωσιακές τεχνικές μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικότερα. Το μοντέλο του Beck όμως, παρατήρησε δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση, όπως η μεταβίβαση, και τις θεώρησε ως τεχνικά προβλήματα για ν' αναγνωριστούν και να εξεταστούν με τον ίδιο τρόπο όπως οποιοδήποτε άλλο γνωσιακό ή

συμπεριφορικό δεδομένο. Η έμφαση είναι στο να ελαχιστοποιηθεί η δυσκολία που φέρνει στη θεραπεία.

Χαρακτηριστικά του θεραπευτή που αναπτύσσουν ένα συνεργατικό θεραπευτικό περιβάλλον είναι η ζεστασιά, η γνησιότητα, οι καλά εκπαιδευμένες δεξιότητες στην καθοδήγηση, στην πρόκληση και στην ενδυνάμωση των δυνάμεων του ασθενή για την αλλαγή μέσα σ' ένα κλίμα διαφάνειας, αξιοπιστίας, ισότητας και συντροφικότητας, κ.ά.

Η ενεργός συμμετοχή του θεραπευόμενου

Με την συνεργατική φύση της σχέσης η διαδικασία της θεραπείας περιλαμβάνει μια υψηλή αλληλεπίδραση. Μαζί θεραπευτής και ασθενής έχουν ρόλο στο να διαλέγουν θεραπευτικούς στόχους και να διαπραγματεύονται πως αυτοί οι στόχοι θα προσεγγίζονται. Αυτή είναι και μία μοναδική πτυχή της γνωσιακής θεραπείας.

Η χρησιμοποίηση της Σωκρατικής μεθόδου και της κατευθυνόμενης αποκάλυψης

Ο τύπος των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται στη γνωσιακή θεραπεία έγινε γνωστή ως «Σωκρατικός Διάλογος». Απ' το να ερμηνεύει τις σκέψεις και τις πράξεις του ασθενή, ο ρόλος του θεραπευτή είναι ν' αναπτύξει ερωτήσεις σχετικά με τις σκέψεις, τα αισθήματα και τις πράξεις, ενθαρρύνοντας έτσι τον ασθενή ν' ανακαλύψει πράγματα για τον εαυτό του: μία διαδικασία κατευθυνόμενης αποκάλυψης.

Ο τύπος της Σωκρατικής ερώτησης της γνωσιακής θεραπείας επιτρέπει στον ασθενή να διατηρήσει την ακεραιότητά του και στον θεραπευτή να συγκεντρώσει τα πιο ακριβή δεδομένα.

Η διαφάνεια του θεραπευτή

Από την ιδέα της διαπραγμάτευσης ή της συνεργασίας, ακολούθησε η απαίτηση ότι ο θεραπευτής μοιράζεται σαφώς τις υποθέσεις του και τις ιδέες του. Επίσης περιλαμβάνει το να παραδέχεται λάθη, το να συμφωνεί ή να διαφωνεί κ.λπ.

Η έμφαση στον εμπειρισμό

Πάντα δινόταν έμφαση στον εμπειρισμό: Δημιουργώντας και εξετάζοντας τις εργασιακές υποθέσεις που αναδύουν από την συνεργατική, καθοδηγητική, ανακαλυπτική διαδικασία μέσα από έναν αριθμό τεχνικών κατηγοριοποιημένων ως γνωσιακών (που επικεντρώνονται κυρίως στη μετατροπή σκέψεων, εικόνων και πεποιθήσεων) και συμπεριφοριστικών (που επικεντρώνονται κυρίως στη μετατροπή συμπεριφορών).

Οι κατηγορίες φυσικά δεν είναι άκαμπτες. Συμπεριφορικές τεχνικές έχουν γνωσιακά στοιχεία και αντίστροφα.

Ο εξωτερικός εστιασμός

Είναι γενικός κανόνας ότι η γνωσιακή θεραπεία δεν επικεντρώνεται μόνο στη διάρκεια της θεραπείας. Αντίθετα μεγάλη σημασία δίνεται έξω από το περιεχόμενο της θεραπείας: Το λεγόμενο «*Homework*» (εργασία στο σπίτι). Έτσι, επιτυγχάνεται μεγαλύτερο αποτέλεσμα στη θεραπεία και στην επιθυμητή αλλαγή.

Συνοψίζοντας, λοιπόν, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι ένα σύστημα ψυχοθεραπείας που βασίζεται στη θεωρία των συναισθηματικών διαταραχών, ένα σώμα από πειραματικές και κλινικές μελέτες και καλώς καθορισμένες τεχνικές. Είναι μια

δομημένη μορφή ψυχοθεραπείας, σχεδιασμένη να αντιμετωπίσει συμπτώματα και να βοηθήσει τους ασθενείς να μάθουν πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών. Το θεραπευτικό πλαίσιο της Γνωσιακής θεραπείας είναι να οριοθετήσει το πρόβλημα. Είναι κατευθυνόμενη στο να διορθώνει το συνδυασμό των ψυχολογικών και περιβαλλοντικών προβλημάτων που συνεισφέρουν στο άγχος του ασθενή.

Η ταμπέλα «Γνωσιακή θεραπεία» χρησιμοποιείται επειδή οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι σχεδιασμένες για τη διόρθωση λαθών στις γνωσίες των ασθενών. Αυτό περιλαμβάνει τον τρόπο όπου οι καταστάσεις και τα γεγονότα ερμηνεύονται, σκέψεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον και τις πεποιθήσεις και συμπεριφορές που αυξάνουν ή συμβάλλουν στις συναισθηματικές διαταραχές. Αυτή η προσέγγιση στη θεραπεία όπως έχει προαναφερθεί έχει ιστορικό υπόβαθρο και στη συνέχεια θα εξεταστεί το θεωρητικό και πρακτικό υπόβαθρο (Blackburn I-M, Dandson K., 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

2.1. ΓΝΩΣΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε από τον Aaron T. Beck στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια στις αρχές του 1960, ως μια βραχεία, δομημένη και προσανατολισμένη στο παρόν ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη, με στόχο την επίλυση των τρεχόντων προβλημάτων και την τροποποίηση του δυσλειτουργικού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς (Beck A., 1964).



Επίσης, το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο στηρίζεται η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, είναι πως τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές του ατόμου καθορίζονται απ' τον τρόπο με τον οποίο δομεί τον κόσμο. Οι σκέψεις του βασίζονται στα σχήματα ή τα συμπεράσματα που έχουν δημιουργηθεί από προηγούμενες εμπειρίες, καθώς και από γονεϊκές και κοινωνικές επιδράσεις (Μπουλουγούρης, 1995).

Συνεπώς η Γνωσιακή Θεραπεία βασίζεται στο γνωσιακό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές των ατόμων επηρεάζονται από την αντίληψή τους για τα γεγονότα. Δεν είναι η κατάσταση καθαυτή στην οποία βρίσκονται τα άτομα και που από μόνη της καθορίζει τι αισθάνονται τα άτομα, αλλά ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύουν μια κατάσταση ή δίνουν νόημα σ' αυτήν, καθώς και πώς την αντιλαμβάνονται (Beck J., 1995).

Οι κύριοι συλλογισμοί της Γνωσιακής είναι τρεις:

- Πρώτον, οι σκέψεις επηρεάζουν τα συναισθήματα και τις σωματικές αντιδράσεις του ατόμου σε απάντηση με τα γεγονότα.
- Δεύτερον, η κατανόηση και η ερμηνεία των γεγονότων προσαρμόζονται απ' τις πεποιθήσεις και τις υποθέσεις του ατόμου.
- Τρίτον, λάθη στη λογική ή αλλιώς «γνωσιακά λάθη» δεσπόζουν καθώς τα άτομα βιώνουν ψυχολογικές δυσκολίες (Knell S., 1993).

Σύμφωνα επίσης με τον Παπακώστα (1994), η ικανότητα του ανθρώπου να φτιάχνει εσωτερικά (νοητικά) μοντέλα του εξωτερικού (φυσικού) κόσμου και να τα χρησιμοποιεί προς όφελός του, ονομάζεται γνωσιακό σύστημα και δεν είναι τίποτε άλλο από αυτό που ο καθημερινός άνθρωπος ορίζει ως «νου» ή «μυαλό». Επομένως απ' το γνωσιακό αυτό σύστημα απορρέει η δημιουργία του γνωσιακού χάρτη, που αναφέρεται στην εσωτερική (νοητική) χαρτογράφηση του κόσμου καθώς και των τρόπων αντιμετώπισής του (Tolman).

Στο σημείο αυτό, δε θα πρέπει να παραλείψουμε το αξίωμα για τη γνωσιακή προσέγγιση που είναι η βασική αρχή, σύμφωνα με την οποία:

«Ο άνθρωπος απαντά όχι τόσο στα εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά κυρίως στη “νοητική (γνωσιακή) αναπαράσταση” αυτών των ερεθισμάτων».

Σύμφωνα λοιπόν με τη Θεμελιώδη Γνωσιακή Αρχή, η συμπεριφορά του ατόμου είναι:

- Σχετικά ελεύθερη από το περιβάλλον και τα ερεθίσματά του και
- Σχετικά περιορισμένη απ' την προσωπική «νοητικά αναπαράσταση» του περιβάλλοντος και των ερεθισμάτων του.

Συνεπώς, για να κατανοήσουμε και να ελέγξουμε τη συμπεριφορά του ανθρώπου, είναι απαραίτητη η μελέτη όχι των ερεθισμάτων αυτών, αλλά του τρόπου με τον οποίο αυτά τα ερεθίσματα αναπαριστάνονται και ερμηνεύονται νοητικά.

Η θεμελιώδης γνωσιακή αυτή αρχή, μπορεί να διατυπωθεί με μαθησιακούς όρους, ως εξής:

S – C – R

Όπου S: Stimulus= Ερέθισμα (το οποίο μπορεί να οριστεί ως το καταγραφόμενο προς επεξεργασία, απ' το γνωσιακό όργανο, κομμάτι της απείρωσ εκπεμπόμενης ενέργειας, πληροφορίας απ' το περιβάλλον).

C: Cognition = Γνωσία (θα ακολουθήσει εκτενέστερη ανάλυση σ' αυτό το κεφάλαιο).

R: Response = Απάντηση (οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά του ανθρώπου) (Παπακώστας, 1994).

Συνεπώς, σύμφωνα με τη βασική άποψη της γνωσιακής προσέγγισης, όπου ο τρόπος με τον οποίο το άτομο κατασκευάζει νοητικά τον κόσμο, ασκεί αποφασιστική επίδραση στη συμπεριφορά του, το ανθρώπινο ον δεν είναι απλώς «διαχειριστής» των περιβαλλοντικών παραγόντων, αλλά διαθέτει σημαντικό βαθμό αυτονομίας (Χριστοδούλου και Συνεργάτες, 2000).

Στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου, θ' αναλύσουμε εκτενέστερα τη γνωσιακή θεωρία, περιγράφοντας τις έννοιες των γνωσιών (κατασκευών), των σχημάτων και διεργασιών, σημαντικών ορισμών για την κατανόηση της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας, αλλά και την εφαρμογή της.

2.2. ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ - ΕΙΚΟΝΕΣ

Όπως έχει ειπωθεί, ο Aaron Beck, θεωρείται ο πατέρας της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας. Υπό την επιρροή του Freud στην αρχή, ξεκίνησε ψάχνοντας αποδείξεις για να υποστηρίξει τις θεωρίες του Freud και ιδιαίτερα για την αιτιολογία της κατάθλιψης, ότι δηλαδή, βαθιά ριζωμένα εχθρικά αισθήματα είναι η αιτία της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Freud, η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα όταν ένα άτομο προσπαθεί να κλείσει μέσα του τον ακατάλληλο θυμό του –όπως θεωρεί ο ίδιος- για ένα πρόσωπο αγαπημένο, που έχει πεθάνει για παράδειγμα. Αντί κάποιος π.χ. να παραδεχτεί ότι η μητέρα του στην πραγματικότητα ήταν μια εγωίστρια –πράγμα που θα τον έκανε να νιώθει ενοχές- εγκλωβίζει αυτή την εχθρότητα μέσα του και κατηγορεί τον εαυτό του ως έναν κακό γιο. Όλα αυτά είναι ασυνείδητα φυσικά.

Ο Beck θεώρησε ότι αν ο Freud είχε δίκιο, αυτό θα ήταν εμφανές στα όνειρα ενός καταθλιπτικού ασθενή. Έτσι, μελέτησε τα όνειρα των ασθενών του, ψάχνοντας αποδείξεις γι' αυτή την εχθρότητα την

εσωτερική. Αυτό που βρήκε όμως στα όνειρα των ασθενών του, ήταν μια αντανάκλαση της συνειδητής σκέψης τους, ή εικόνες του πώς βλέπουν οι ίδιοι τον εαυτό τους στην πραγματικότητα. Ένα άτομο π.χ. που ονειρεύτηκε πώς αποτυγχάνει σ' ένα διαγώνισμα, έβλεπε τον εαυτό του ως ανίκανο. Ένας άλλος που ένιωθε σαν αποτυχημένος στη ζωή του, ονειρεύτηκε πως χάνει κάνει σημαντικής αξίας. Μετά από συνεχείς έρευνες, προέκυψε ότι η σκέψη στη συνειδητή της μορφή είναι αυτή που παίζει σημαντικό ρόλο για την γένεση διάφορων ψυχικών παθήσεων αλλά και για την αντίληψη της πραγματικότητας απ' τον κάθε άνθρωπο (www.washingtonpost.com, 2005).

Το Γνωσιακό μοντέλο λοιπόν, δηλώνει ότι η ερμηνεία μιας κατάστασης (παρά η κατάσταση καθαυτή) που συχνά εκφράζεται με αυτόματες σκέψεις, επηρεάζει τα ακόλουθα συναισθήματά μας, τη συμπεριφορά μας και τη σωματική μας κατάσταση. Άνθρωποι με ψυχολογικές διαταραχές συχνά παρερμηνεύουν θετικές και ουδέτερες καταστάσεις και με αυτό τον τρόπο οι αυτόματες σκέψεις τους είναι μεροληπτικές, δηλαδή προκατειλημμένες. Η κριτική εξέταση των σκέψεών τους και η διόρθωση των σφαλμάτων στον τρόπο που σκέφτονται έχει συχνά ως αποτέλεσμα να νιώσουν καλύτερα (Beck J., 1995).

Στο κεφάλαιο αυτό θα περιγραφεί η έννοια των αυτόματων σκέψεων, τα χαρακτηριστικά τους και ο ρόλος που παίζουν στη διεργασία των πληροφοριών, ενώ τεχνικές για την αναγνώρισή τους καθώς και την αντίκρουσή τους είναι σε επόμενο κεφάλαιο (Βλέπε ΤΕΧΝΙΚΕΣ).

2.2.1. ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ

Οι αυτόματες σκέψεις είναι οι επαναλαμβανόμενες, αυτόματες δηλώσεις στον εαυτό μας σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Είναι οι σκέψεις που προκύπτουν σαν αντανακλαστικές αντιδράσεις και τα άμεσα ερμηνευτικά σχόλια που κάνουμε σχετικά με καταστάσεις. Ίσως συνοδεύουν και περισσότερες συνειδητές νοητικές λειτουργίες. Οι αυτόματες σκέψεις μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές. Τα ψυχολογικά προβλήματα αναπτύσσονται όταν οι αυτόματες σκέψεις μας είναι συνεχώς αρνητικές. Είναι αυτόματες επειδή δεν είναι το αποτέλεσμα μιας ανάλυσης ενός προβλήματος, αλλά η αντανακλαστική αντίδραση στην κατάσταση. Όταν οι αυτόματες σκέψεις ελέγχουν τη συναισθηματική μας ανταπόκριση στους ανθρώπους, στα προβλήματα και στα γεγονότα, αγνοούμε αποδείξεις που είναι αντίθετες με την αυτόματη σκέψη. Εάν δεν μπορούμε να τις αγνοήσουμε τότε επεξηγούμε τις αποδείξεις έτσι ώστε να είναι σύμφωνες με την αυτόματη σκέψη (www.psychologyinfo.com, 2005).

2.2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ

Οι αυτόματες σκέψεις αποτελούν ένα ρεύμα σκέψης, το οποίο συνυπάρχει μ' ένα περισσότερο έκδηλο ρεύμα σκέψης. Οι σκέψεις αυτές αποτελούν μια κοινή για όλους εμπειρία, ενώ δεν αποτελούν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ανθρώπων με ψυχολογική δυσφορία. Συνήθως είμαστε ελάχιστα ενήμεροι γι' αυτές τις σκέψεις, αν και με λίγη εξάσκηση μπορούμε να τις ανασύρουμε στη συνείδησή μας.

Παρά το γεγονός ότι οι αυτόματες σκέψεις «ξεφυτρώνουν» αυθόρμητα, γίνονται σχεδόν προβλέψιμες μόλις ο ασθενής αναγνωρίσει τις βαθύτερες πεποιθήσεις του. Σε επόμενο κεφάλαιο θα περιγραφεί ο τρόπος που ο γνωσιακός θεραπευτής ασχολείται με την αναγνώριση των δυσλειτουργικών σκέψεων, αυτών δηλαδή των σκέψεων που προκαλούν συναισθηματική αναστάτωση ή που διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα. Οι δυσλειτουργικές αυτόματες σκέψεις είναι σχεδόν πάντοτε αρνητικές, εκτός αν ο ασθενής είναι μανιακός ή υπομανιακός, πάσχει από ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας ή κάνει χρήση ουσιών (Beck J., 1995).

Οι αυτόματες σκέψεις είναι συνήθως αρκετά σύντομες και ο ασθενής βιώνει περισσότερο τα συναισθήματα που έρχονται ως αποτέλεσμα αυτών των σκέψεων, παρά τις ίδιες του τις σκέψεις. Το συναίσθημα που βιώνει ο ασθενής είναι λογικά συνδεδεμένο με το περιεχόμενο των αυτόματων σκέψεών του.

Συνήθως, οι αυτόματες σκέψεις εμφανίζονται με ένα στενογραφικό τρόπο, μπορούν όμως εύκολα να εκφραστούν μόλις ο θεραπευτής ρωτήσει για το νόημά τους. Επίσης, οι αυτόματες σκέψεις είναι ευλογοφανείς με αποτέλεσμα ν' αμφισβητούνται δύσκολα. Ο ασθενής τις αντιλαμβάνεται ως απόλυτα ακριβείς.

Οι αυτόματες σκέψεις επίσης, μπορούν ν' αξιολογηθούν σε σχέση με τη χρησιμότητα και την αξιοπιστία τους. Ο συνηθέστερος τύπος αυτόματων σκέψεων είναι σε κάποιο βαθμό διαστρεβλωμένος. Υπάρχει και ένας δεύτερος τύπος αυτόματων σκέψεων, οι οποίες είναι ακριβείς, αλλά το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει ο ασθενής είναι διαστρεβλωμένο. Π.χ. η σκέψη «Δεν έκανα αυτό που είχα υποσχεθεί στη συνάδελφό μου» είναι αξιόπιστη, αλλά το συμπέρασμα στο οποίο

καταλήγει «Γι' αυτό το λόγο είμαι εντελώς άχρηστη», δεν είναι αξιόπιστο (Beck J., 1995).

Οι αυτόματες σκέψεις μπορούν να εκφραστούν με λεκτικό τρόπο, με οπτικό τρόπο (εικόνες) ή και με τα δύο. Στη συνέχεια θα ξεχωρίσουμε τις αυτόματες σκέψεις που εκφράζονται με εικόνες.

Πολλοί ασθενείς βιώνουν τις αυτόματες σκέψεις τους όχι μόνο ως λέξεις μέσα στο μυαλό τους, αλλά και με τη μορφή νοερών εικόνων και φαντασιώσεων. Αν και αρκετοί ασθενείς έχουν νοερές εικόνες, λίγοι είναι αυτοί που τις αναφέρουν. Οι εικόνες είναι συνήθως πολύ σύντομες και συχνά προκαλούν δυσφορία, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να τις διώχνουν από το μυαλό τους πολύ γρήγορα. Η αποτυχία ν' αναγνωριστούν και ν' απαντηθούν οι δυσφορικές εικόνες μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχιζόμενη δυσφορία του ασθενή.

Μερικές φορές οι ασθενείς δεν μπορούν να συλλάβουν την έννοια της «εικόνας». Συνώνυμά της μπορεί να είναι η νοερή εικόνα, η ονειροπόληση, η φαντασία, η φαντασίωση και η ανάμνηση.

Μερικοί ασθενείς μπορούν ν' αναγνωρίζουν τις εικόνες, αλλά δεν τις αναφέρουν επειδή οι εικόνες αυτές είναι αποσπασματικές και φέρνουν δυσφορία (Beck J., 1995).

Ο θεραπευτής πρέπει να δίνει ιδιαίτερη σημασία στις αυτόματες σκέψεις με μορφή εικόνων, κάτι που θ' αναλυθεί σε επόμενο κεφάλαιο. Στη συνέχεια παραθέτονται συνήθεις αυτόματες σκέψεις για την κατάθλιψη και τις Αγχώδεις Διαταραχές.

• ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

«Δεν αξίζω», «Δεν υπάρχει ελπίδα», «Είμαι άχρηστος», «Δεν με αγαπούν», «Δεν θα μου συμβεί ποτέ κάτι καλό», «Είμαι ένα τίποτα», «Δεν υπάρχει τίποτα που να μπορώ ν' αλλάξω τα πράγματα».

• **ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

- Διαταραχή Πανικού: «Εμφραγμα!», «Πεθαίνω», «Θα τρελαθώ».
- Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία: «Σκάω!», «Θα χάσω τον έλεγχο».
- Κοινωνική Φοβία: «Θα ρεζίλευτώ», «Με κοιτάνε...», «Μοιάζω ανόητος».
- Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή: «Αυτά που σκέπτομαι είναι ανεπίτρεπτα», «Μόνο αν σιγουρευτώ θα ησυχάσω!», «Μήπως τρελάθηκα;» (www.habitsmart.com, 2005).

Συνοψίζοντας, όπως είδαμε, οι αυτόματες σκέψεις συνυπάρχουν με ένα περισσότερο έκδηλο ρεύμα σκέψεων, εμφανίζονται αυθόρμητα και δεν αποτελούν αποτέλεσμα σκόπιμης ή επαγωγικής σκέψης. Οι άνθρωποι είναι συνήθως περισσότερο ενήμεροι για τα συνοδά συναισθήματα αλλά με λίγη εκπαίδευση μπορούν να γίνουν ενήμεροι και για τις σκέψεις τους. Σκέψεις, οι οποίες σχετίζονται με προσωπικά προβλήματα συνοδεύονται από συγκεκριμένα συναισθήματα, τα οποία εξαρτώνται απ' το περιεχόμενο και το νόημα αυτών των σκέψεων. Οι αυτόματες σκέψεις είναι φευγαλέες, εμφανίζονται με λεκτικό ή εικονικό τρόπο, και οι άνθρωποι τις αντιλαμβάνονται ως αληθινές. Αυτή η παραμόρφωση των σκέψεων οφείλεται σε «λάθη» που προκύπτουν κατά τις γνωσιακές διεργασίες, κάτι που αναλύει το επόμενο κεφάλαιο.

2.3. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΛΑΘΗ

2.3.1. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Οι γνωσιακές διεργασίες αναφέρονται στους κανόνες οργάνωσης, ανάκλησης και χρήσης των πληροφοριών, στην προσπάθεια του ατόμου να επεξεργαστεί τα γνωσιακά προϊόντα (τρέχουσα εμπειρία). Μας αποκαλύπτουν τον τρόπο με τον οποίο τα «σχήματα» (πιο βαθιά νοητικά προϊόντα) με την ευκαιρία εξωτερικών και εσωτερικών ερεθισμάτων «μετουσιώνονται» σε γνωσιακά προϊόντα. Αναφέρονται, δηλαδή, στους κανόνες που εφαρμόζονται για την επεξεργασία της πληροφορίας έπειτα από ένα ερέθισμα. Σκέψεις, νοητικές εικόνες, αναμνήσεις, είναι τα τελικά προϊόντα ή τα γνωσιακά προϊόντα αφότου ένα ερέθισμα (stimulus) έχει επεξεργαστεί μέσα από τις γνωσιακές διαταραχές. Οι Hollou και Kriss (1984), κάνουν μια αναλογία ανάμεσα στις γνωσιακές διεργασίες και το λογισμικό ενός υπολογιστή (Blackburn T-M, Davidson K., 1990).

Καθώς τα ερεθίσματα «εισέρχονται» στο αισθητικό – γνωσιακό σύστημα υφίστανται διάφορες επεξεργασίες, ώσπου να φτάσουν στην τελική τους διαμορφωμένη μορφή των τρεχουσών σκέψεων. Εξετάζοντας τα ερεθίσματα (γεγονότα) και το περιεχόμενο της σκέψης ενός ατόμου είναι δυνατό να συναγάγουμε τους κανόνες των διεργασιών, με βάση τους οποίους διαμορφώθηκε η συγκεκριμένη σκέψη του. Οι κανόνες που χρησιμοποιεί το άτομο μπορεί να αποκλίνουν σε διαφορετικό βαθμό από την «τυπική» σκέψη και την «τυπική» λογική (Χριστοδούλου Γ. και Συνεργάτες, 2000).

Σύμφωνα με τον Piaget (1952), η δημιουργία των σχημάτων βασίζεται σε δύο σημαντικές γνωσιακές διεργασίες:

- Την αφομοίωση (assimilation), που ισοδυναμεί με ενσωμάτωση της νέας πληροφορίας στις ήδη υπάρχουσες δομές του γνωσιακού οργάνου.
- Την αναδιοργάνωση (accommodation), που αναφέρεται στην τροποποίηση των υπάρχουσών δομών για να ανταποκριθούν στις ανάγκες της εισερχόμενης πληροφορίας.

Έτσι, λοιπόν, καθώς προκύπτουν νέες πληροφορίες, η αφομοίωση συμβαίνει όταν ένα άτομο αλλάζει ή αφομοιώνει το ερέθισμα έτσι ώστε να ταιριάζει με το προϋπάρχον σχήμα ή ίσως γίνει αναδιοργάνωση, μετατρέποντας το σχήμα του για να ταιριάζει στις νέες πληροφορίες. Έχει διαπιστωθεί ότι η αφομοίωση συμβαίνει συχνότερα απ' την αναδιοργάνωση και αυτό οφείλεται πιθανόν στους σύντομους, εσπευσμένους τρόπους επεξεργασίας πληροφοριών που επιλέγουν πτυχές του ερεθίσματος και τις μετατρέπουν μέσω των διεργασιακών λαθών για να ταιριάζουν στο προϋπάρχον σχήμα (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

• ΕΙΔΗ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ

Σύμφωνα με τον Παπακώστα (1994), τα είδη γνωσιακών διεργασιών είναι:

○ Πρώιμες γνωσιακές διεργασίες: «Αίσθηση»

Σαν αίσθηση θεωρείται η λειτουργία καταγραφής των ερεθισμάτων και της άμεσης εμπειρίας όπου θα γεννηθούν αυτά τα ερεθίσματα. Ένας άνθρωπος μπορεί να έχει επίγνωση της εντάσεως και του είδους (π.χ. οπτικού) ενός ερεθίσματος. Όπως είναι ήδη γνωστό,

μόνο πέντε από τις αισθήσεις μας είναι συνειδητές και αυτές είναι η όραση, η ακοή, η όσφρηση, η γεύση και η αφή. Τώρα όσον αφορά τη γνωσιακή θεωρία οι αισθήσεις «απόστασης» είναι πολύπλοκότερες και έχουν ιδιαίτερη σημασία για τις γνωσιακές διεργασίες, ενώ οι αισθήσεις «εγγύτητας» είναι παλαιότερες και παίζουν μικρότερο ρόλο στις γνωσιακές διεργασίες.

○ **Ενδιάμεσες γνωσιακές διεργασίες: «Αντίληψη»**

Η έννοια της «αντίληψης» αναφέρεται στις διεργασίες εκείνες όπου στηριζόμενες στις αρχικές αισθητηριακές διεργασίες προχωρούν στην αρχική αναγνώριση και διερμηνεία των ερεθισμάτων. Υπάρχει μια διαφορά ανάμεσα στην αίσθηση και την αντίληψη, καθότι στην αντίληψη εισχωρούν και διεργασίες ερμηνείας, πέρα από το ερέθισμα και την εμπειρία, αντίθετα στην αίσθηση έχουμε το ερέθισμα και τη βίωσή του χωρίς ερμηνείες και προσφυγή στα αποτελέσματα της προηγηθείσης πείρας.

○ **Όψιμες γνωσιακές διεργασίες:**

Διεργασίες εμπέδωσης πληροφοριών: «Μάθηση»

Η πεποίθηση της γνωσιακής προσέγγισης είναι πως το σημείο εκκίνησης για την κατανόηση της μάθησης είναι το κέντρο, δηλαδή το ίδιο το γνωσιακό όργανο και όχι η «περιφέρεια» (ερεθίσματα και απαντήσεις). Σύμφωνα, λοιπόν, με την γνωσιακή θεωρία, ο άνθρωπος επεμβαίνει ενεργά για να αποσπάσει, να οργανώσει και να διατηρήσει στη μνήμη σημαντικές και σχετικές με τα διάφορα γεγονότα που διαδραματίζονται στη διάρκεια μιας μαθησιακής κατάστασης πληροφορίες, αντί να μένει αδρανής και παθητικός. Ο στόχος και το μαθησιακό «προϊόν», για τη γνωσιακή, είναι η απόκτηση μιας γνώσης, μιας δομής ή ενός κανόνα με τη βοήθεια συμβολικών λειτουργιών,

καθώς επίσης, για να επιτευχθεί μια μάθηση εννοεί ασκήσεις που προάγουν την κατανόηση μιας σχέσης ή μιας αρχής.

Διεργασίες διατήρησης πληροφοριών: «Μνήμη»

Το γνωσιακό όργανο επεξεργάζεται τα αισθητηριακά δεδομένα και τις πληροφορίες που εμπεριέχονται σ' αυτά. Αυτή η διεργασία αφήνει «ίχνη» ή τροποποιεί τα ήδη υπάρχοντα. Χάρης, λοιπόν, σε αυτά τα ίχνη, διατηρούνται οι πληροφορίες μέσα στο χρόνο και είναι αυτά που αποκαλούμε «μνήμη». Έτσι, η μνήμη ελέγχει την τύχη των πληροφοριών που καταφθάνουν κάθε στιγμή, αλλά αποτελεί και η ίδια πηγή πληροφοριών.

Διεργασίες χρήσης πληροφοριών: «Σκέψη»

Σύμφωνα με την γνωσιακή θεωρία, η «σκέψη» ορίζεται ως μια πολύπλοκη νοητική διεργασία συσχέτισης πληροφοριών και εξαγωγής συμπερασμάτων με τη βοήθεια των συμβόλων. Σαν «σύμβολα» (περιεχόμενο της σκέψης) εκλαμβάνονται κυρίως οι παραστάσεις (Images), οι έννοιες και οι λέξεις. Για όλα αυτά γίνεται αναφορά στο προηγούμενο κεφάλαιο.

• ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ

Σύμφωνα με τον Παπακώστα Ι. (1994), ανάλογα με το βαθμό ελέγχου και επίγνωσης που έχει το άτομο για τις διεργασίες τηςφοράς των διεργασιών και τη σχέση που έχουν μεταξύ τους οι διεργασίες διακρίνουμε:

Διεργασίες «εν σειρά» και «εν παραλλήλω»:

Οι διεργασίες «εν σειρά» αναφέρονται όταν υπάρχει αλληλουχία ή αλυσίδα διεργασιών και η κάθε διεργασία είναι «λογικό» επακόλουθο

της προηγούμενης. Ενώ διεργασίες «εν παραλλήλω» έχουμε όταν πολλές δραστηριότητες που μπορεί και να μην έχουν σχέση μεταξύ τους, εξελίσσονται ταυτόχρονα (Neisser, 1967).

Διεργασίες «αυτόματες» και «ελεγχόμενες»:

Αναφερόμαστε στις «αυτόματες» διεργασίες, όταν συμβαίνει μια σειρά επεξεργασιών, η οποία γίνεται χωρίς συνειδητότητα και σαν απάντηση σ' ένα εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα. Ενώ «ελεγχόμενες» έχουμε όταν οι διεργασίες αυτές είναι κατευθυνόμενες, εκούσιες και με συνειδητότητα. Μπορούν εύκολα να επηρεαστούν από τις αυτόματες διεργασίες, παρότι το αντίθετο συμβαίνει ευκολότερα (Schneider και Shiffrin, 1977).

Διεργασίες «κεντρομόλες» και «φυγόκεντρες»:

Η «φορά» που ακολουθούν οι διεργασίες είναι από τον «πυθμένα» προς την «κορυφή» ή από την «περιφέρεια» προς το «κέντρο». Αυτή όμως η μονόδρομη φορά δεν ανταποκρίνεται στις «υποθέσεις» που παράγει το γνωσιακό όργανο, καθότι κινούνται με αντίστροφη φορά, δηλαδή από την «κορυφή» προς τον «πυθμένα» ή από το «κέντρο» προς την «περιφέρεια».

Έτσι, υπάρχουν οι διεργασίες εκείνες που καθοδηγούνται από τα χαρακτηριστικά ή τις ιδιότητες των ερεθισμάτων, και αποκαλούνται «εξωτερικά καθοδηγούμενες διεργασίες» και εκείνες που βασίζονται στην ψυχοβιολογική κατάσταση του γνωσιακού οργάνου και αποκαλούνται «εσωτερικά καθοδηγούμενες διεργασίες».

Διεργασίες «συνειδητές» και «ασυνείδητες»:

Σύμφωνα με τον Πατρίκιο (1970 από Claparede), η συνείδηση, μέσα στο σύνολο των διεργασιών του γνωσιακού οργάνου είναι «ο

αρχιτέκτων όχι ο οικοδόμος· ο μηχανικός όχι ο εργάτης». Έτσι, η συνειδητή διεργασία είναι μία προαιρετική, όψιμη διεργασία, στη φάση της επεξεργασίας των ερεθισμάτων και ρυθμίζεται από:

1. Τις ιδιότητες ή τα χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων (ένταση φωτός και ήχου),
2. Τη λειτουργική κατάσταση του γνωστικού οργάνου (κούραση, φάση ύπνου, επίπεδο εγρήγορσης) και
3. Τα κίνητρα (συναισθηματική κατάσταση, όπως ενοχή, σύγκρουση, άγχος αλλά και από το ενδιαφέρον).

Όσον αφορά τις ασυνείδητες διεργασίες είναι ψυχολογικές διεργασίες παρεμφερείς μ' αυτές που ισχύουν για το συνειδητό, όπως σκέψη, αντίληψη, κίνητρο και συναίσθημα. Είναι επίσης εξελισσόμενες, τρέχουσες και ενεργές διεργασίες, καθότι επηρεάζουν τη σκέψη, τη δράση και την εμπειρία. Οι ασυνείδητες διεργασίες διαφέρουν από τις συνειδητές, καθώς είναι πιο αυτόματες, «εν παραλλήλω» σε σχέση με τις συνειδητές που είναι πιο ελεγχόμενες και «εν σειρά».

2.3.2. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΛΑΘΗ

Η Γνωστική Θεραπεία στηρίζεται στο θεωρητικό υπόβαθρο πως τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές του ατόμου καθορίζονται από τον τρόπο με τον οποίο δομεί τον κόσμο. Οι σκέψεις του βασίζονται στα σχήματα ή τα συμπεράσματα που έχουν δημιουργηθεί από προηγούμενες εμπειρίες, καθώς και από γονεϊκές και κοινωνικές επιδράσεις. Για παράδειγμα, εάν κάποιος αναλύει όλες τις εμπειρίες του με βάση το εάν γίνεται αποδεκτός ή όχι, η σκέψη του μπορεί να είναι

«αν δεν συμφωνήσω με τους άλλους, μπορεί να μη με αποδεχτούν». Έτσι αντιδρά παθητικά προς τους άλλους από φόβο μήπως τον απορρίψουν (Μπουλουγούρης Γ., 1995).

Έρευνες έχουν δείξει, ότι μια σκέψη συχνά περιλαμβάνει περισσότερα από ένα λάθη, και ο κάθε ασθενής έχει τα δικά του λάθη που προκύπτουν σε διαφορετικές καταστάσεις. Συστηματικά λάθη βρίσκονται σ' αυτό που αποκαλείται «αυτόματες σκέψεις». Αυτές, όπως αναλύθηκαν και σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι οι σκέψεις που προκύπτουν ως αντιδρώσες πράξεις και είναι οι άμεσες ερμηνείες που κάνουμε για τις καταστάσεις (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

Τα ψυχολογικά προβλήματα θεωρούνται πως πηγάζουν από λανθασμένη μάθηση και λανθασμένα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει το άτομο. Η διαμόρφωση λανθασμένων συμπερασμάτων μπορεί να έχει τις ρίζες της σε εμπειρίες από την οικογένεια, το ευρύτερο συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον και τις προσωπικές εμπειρίες που έχει αποκτήσει το άτομο. Εάν, για παράδειγμα, το άτομο έχει νιώσει να απορρίπτονται τη δουλειά του στον εργασιακό χώρο κάποια στιγμή της ζωής του κι έχει διαμορφώσει το λανθασμένο συμπέρασμα – σχήμα «δεν αξίζω τίποτα», τότε θα αναλύει όλες τις πληροφορίες που παίρνει για τον εαυτό του μέσα από αυτό το σχήμα. Θα ερμηνεύει ό,τι ακούει για τον εαυτό του ως αρνητικό, ακόμη και αν είναι θετικό (Χαρίλα Ντ., 1995).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα λάθη στην επεξεργασία των πληροφοριών δεν είναι συγκεκριμένα μόνο σε καταθλιπτικούς ή αγχώδεις ασθενείς ή σ' άλλα ψυχοπαθολογικά γκρουπ. Η διαφορά μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής διεργασίας βρίσκεται στην έκταση, την συχνότητα και τις προκαταλήψεις των διεργασιών λαθών (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

Αρκετοί ερευνητές έχουν τονίσει διεργασιακά λάθη στη φυσιολογική διεργασία πληροφοριών, συγκεκριμένα όταν κρίσεις πρέπει να γίνουν κάτω από συνθήκες ανασφάλειας, όπως συμβαίνει συχνά στην πραγματικότητα. Τα άτομα χρησιμοποιούν γρήγορους και εσπευσμένους τρόπους για να επεξεργαστούν τις πληροφορίες, καθώς υπό κανονικές συνθήκες, τα ανθρώπινα όντα δεν μπορούν πιθανόν να απασχοληθούν με αργές, χρονοβόρες διεργασίες πληροφόρησης.

Αν και αυτοί οι γρήγοροι, εσπευσμένοι τρόποι οδηγούν ίσως σε ακριβή συμπεράσματα, συχνότερα οδηγούν σε ανακριβή γνωσιακά προϊόντα επειδή πολλές πτυχές της πληροφορίας αγνοούνται.

Τυπικά, αυτοί οι τρόποι επεξεργασίας επηρεάζονται από την κατάσταση του ατόμου, τις πρώιμες εμπειρίες, και τις πεποιθήσεις, που θα καθορίσουν τις κρίσεις – συμπεράσματα σχετικά με τις πιθανότητες συγκεκριμένων γεγονότων, την ταξινόμηση και εκτίμηση των γεγονότων (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

Η διαταραγμένη συμπεριφορά είναι μια έκφραση του λανθασμένου τρόπου σκέψης. Παραμορφώσεις ή λάθη στις γνωσιακές διεργασίες διατηρούν τη θέση των καταθλιπτικών ή αγχωτικών προκαταλήψεων στο περιεχόμενο της σκέψης. Αυτές οι παραμορφώσεις αναπαριστούν συστηματικά λογικά λάθη που μπορούν εύκολα να αναγνωριστούν στις σκέψεις των καταθλιπτικών και αγχωτικών ασθενών (Knell S., Aronson J., Inc., 1993).

- **ΟΡΙΣΜΟΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΛΑΘΩΝ**

Πρώτος ο Albert Ellis εισήγαγε την ιδέα ότι τα διεργασιακά λάθη είναι ο «ακρογωνιαίος λίθος» των περισσότερων ψυχολογικών

προβλημάτων. Οι ψυχολόγοι προτείνουν ότι αυτές οι διεργασίες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις (www.psychologyinfo.com, 19-4-2005).

Στη θεωρία του Beck, οι διαταραχές των γνωσιακών διεργασιών αποκαλούνται γνωσιακές παρεκκλίσεις ή γνωσιακά «λάθη» (cognitive errors).

Στο «δεκάλογο» των γνωσιακών λαθών του Burns (1980), περιλαμβάνονται:

○ **Διπολική Σκέψη (Black and White Thinking):**

Αναφέρεται στην τάση του ατόμου να αξιολογεί τις προσωπικές του αξίες με έναν ακραίο, μαύρο ή άσπρο, τρόπο. Όταν ένας ασθενής εκτιμά τον εαυτό του ή τους άλλους ανθρώπους, τις καταστάσεις και τον κόσμο σε υπερβολικές κατηγορίες. Αυτός ο τύπος σκεπτικού έχει την τάση να είναι απόλυτος και δεν επιτρέπει «αποχρώσεις του γκρι», δηλαδή ενδιάμεσες κατηγορίες. Το άτομο εκτιμά όλες του τις εμπειρίες μέσα από τη διάσταση «όλα ή τίποτα», «επιτυχία στα πάντα ή αποτυχία». Υπάρχει, δηλαδή «πολωτική σκέψη» (Curwen B., 2000).

Παράδειγμα: Ένας άριστος φοιτητής που δεν πήρε δέκα αλλά οκτώ σε ένα μάθημα συμπέρανε: «*Τώρα είμαι μια σκέτη αποτυχία*». Η σκέψη του «*όλα ή τίποτα*» αποτελεί τη βάση της τελειοθηρίας. Κάνει το άτομο να φοβάται οποιοδήποτε λάθος ή ατέλεια, γιατί σε μια τέτοια περίπτωση θα δει τον εαυτό του σαν μια πλήρη αποτυχία και θα νιώθει ανεπαρκής και ανάξιος.

Αυτός ο τρόπος εκτίμησης των πραγμάτων είναι εξωπραγματικός, γιατί η ζωή πολύ σπάνια είναι ή έτσι ή αλλιώς. Π.χ. κανείς δεν είναι απόλυτα ευφυής ή απόλυτα χαζός. Παρομοίως, κανείς δεν είναι ή απόλυτα όμορφος ή απόλυτα άσχημος (Burns D., 2001).

Αν ένα άτομο λειτουργεί έτσι, θα τα βάζει συνεχώς με τον εαυτό του που δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, γιατί ό,τι και αν κάνει δεν είναι ικανό να εκπληρώσει τις υπερβολικές του προσδοκίες (Burns D., 2001).

○ **Υπεργενίκευση (Over –Generalization):**

Αναφέρεται στο αυθαίρετο συμπέρασμα πως κάτι που συνέβη μία φορά, θα επαναλαμβάνεται συνέχεια, και αυτό δημιουργεί μια γενικότερη δυσαρέσκεια. Αυτό είναι επειδή το άτομο βγάζει γενικευμένα συμπεράσματα στη βάση μιας κατάστασης. Εκφράζεται συνήθως με λέξεις όπως «πάντα ... όλα... τίποτα... ποτέ» (Σολδάτου Μ., 1994).

Παράδειγμα: Κάποιος πωλητής παρατήρησε στο παράθυρο του αυτοκινήτου του πως είχε λερωθεί από πουλιά και σκέφτηκε: *«Το έχει η μοίρα μου. Τα πουλά κουτσουλάνε πάντα στο παράθυρό μου»*. Όταν ρωτήθηκε για την εμπειρία του αυτή, παραδέχτηκε ότι στα είκοσι χρόνια που ταξίδευε, δεν μπορούσε να θυμηθεί άλλη μια φορά που να είχε βρει λερωμένο το παράθυρο του αυτοκινήτου του από πουλιά. Επίσης ο πόνος της απόρριψης πηγάζει σχεδόν ολοκληρωτικά από την υπεργενίκευση (Burns D., 2001).

○ **Νοητικό φίλτρο (Mental Filter):**

Η επιλογή μιας μοναδικής αρνητικής λεπτομέρειας και επικέντρωση αποκλειστικά σε αυτή, έτσι ώστε το άτομο καταλήγει στην αίσθηση πως η όλη κατάσταση είναι αρνητική. Το άτομο, δηλαδή, δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε μια αρνητική λεπτομέρεια και βασίζεται σε αυτή απόλυτα, χωρίς να σκέφτεται άλλες θετικές πλευρές, παραβλέποντας σημαντικές άλλες πληροφορίες. Έτσι, δεν βλέπει την «εικόνα» σαν

σύνολο και δεν παίρνει υπόψη του όλα τα δεδομένα μιας κατάστασης αφού συγκεντρώνεται σε μια αρνητική πλευρά απομονώνοντας με αυτό τον τρόπο μια επιμέρους πληροφορία (Μπουλουγούρης, Γ., 1995).

Παράδειγμα: Μια καταθλιπτική φοιτήτρια άκουσε κάποιες άλλες συμφοιτήτριές της να κοροϊδεύουν την καλύτερή της φίλη. Έγινε έξαλλη από οργή γιατί σκέφτηκε: «Έτσι είναι όλοι οι άνθρωποι, σκληροί και αναίσθητοι!». Παρέβλεπε το γεγονός ότι τους προηγούμενους μήνες ελάχιστοι άνθρωποι – αν όχι κανείς – υπήρξαν σκληροί ή αναίσθητοι μαζί της! Μία άλλη φορά όταν τελείωσε την πρώτη της εξεταστική περίοδο, ήταν σίγουρη ότι είχε απαντήσει λάθος σε δεκαεφτά σχεδόν ερωτήσεις από τις εκατό. Σκεφτόταν αποκλειστικά εκείνες τις δεκαεφτά ερωτήσεις και συμπέρανε ότι θα την έδιωχναν από το Πανεπιστήμιο. Όταν πήρε πίσω το γραπτό της, υπήρχε πάνω ένα σημείωμα που έγραφε: «Έχετε σωστές τις 83 από τις 100 ερωτήσεις. Πήρατε το μεγαλύτερο βαθμό από κάθε άλλο φοιτητή αυτή τη χρονιά: 10+» (Burns D., 2001).

ο **Παραγνώριση (υποτίμηση) θετικών (Discounting the Positive):**

Ένα ακόμη διεργασιακό λάθος είναι η συνεχής τάση ορισμένων καταθλιπτικών ατόμων να μετατρέπουν ουδέτερες ή ακόμη και θετικές εμπειρίες, σε αρνητικές. Όχι μόνο αγνοούν θετικές εμπειρίες, αλλά και τις βλέπουν από την αντίθετη, εφιαλτική τους πλευρά. Απορρίπτονται οι θετικές εμπειρίες με το να υπάρχει επιμονή ότι δε μετράνε για τον έναν ή άλλο λόγο. Με αυτό τον τρόπο διατηρείται ένα αρνητικό πιστεύω, το οποίο είναι αντικρουόμενο με τις καθημερινές εμπειρίες (Σολδάτου Μ., 1994).

Παράδειγμα: Ένα καθημερινό παράδειγμα της στάσης αυτής, είναι ο τρόπος με τον οποίο οι περισσότεροι έχουμε μάθει να ανταποκρινόμαστε στα κομπλιμέντα. Όταν κάποιος θαυμάζει την εμφάνιση ή τη δουλειά μας, σκεφτόμαστε: «*Θέλει απλά να φανεί ευγενικός*». Με μια γρήγορη, αυτόματη σκέψη, απορρίπτουμε το κομπλιμέντο του. Κάνουμε ακριβώς το ίδιο όταν του λέμε: «*Α, δεν είναι τίποτα το ιδιαίτερο*».

Η απόρριψη του θετικού είναι ένα από τα πιο καταστροφικά διεργασιακά λάθη, που μπορεί να αποτελέσει την τάση για ορισμένες από τις πιο ακραίες και σοβαρές μορφές κατάθλιψης (Burns D., 2001).

○ **Αυθαίρετο συμπέρασμα (Jumping to Conclusions):**

Η αυθαίρετη εξαγωγή συμπερασμάτων, τα οποία δεν δικαιολογούνται από τα γεγονότα. Είναι το συμπέρασμα που δεν έχει επαρκή μαρτυρία. Ένα άτομο που κάνει αυτό το διεργασιακό λάθος, αναμένει ένα αποτέλεσμα να είναι αρνητικό, χωρίς να έχει οποιαδήποτε απόδειξη ή ακόμα και να η απόδειξη φανερώνει ένα θετικό αποτέλεσμα. *Υπάρχουν κυρίως δύο τύποι:*

1. **Το διάβασμα της σκέψης:** Ο ασθενής νομίζει ότι γνωρίζει τι σκέφτονται οι άλλοι και δεν σκέφτεται άλλες πιθανότητες. Το άτομο πιστεύει πως έχει το μαγικό χάρισμα να διαβάζει τη σκέψη των άλλων και έτσι ερμηνεύει τις ενέργειές τους με βάση το τι πιστεύει πως σκέφτονται, αποδίδοντας, δηλαδή, στους άλλους προθέσεις με ή χωρίς αμφιλεγόμενη μαρτυρία (Σολδάτου Μ., 1994).

Παράδειγμα: Κάποιος που διασταυρώνεται με ένα φίλο στο δρόμο που δεν τον χαιρετά γιατί είναι τόσο απορροφημένος από τα δικά

του, που δεν τον προσέχει. Εκείνος όμως συμπεραίνει: «Με αγνοεί, άρα δε με συμπαθεί πια».

Αυτή η αυτοϋποτιμητική συμπεριφορά μπορεί να λειτουργήσει σαν αυτοεκπληρούμενη προφητεία και να προκαλέσει μια αρνητική αλληλεπίδραση σε μια σχέση, η οποία αν το άτομο είχε διαφορετική στάση, θα εξελισσόταν πολύ πιο ομαλά (Burns D., 2004).

2. **Η πρόβλεψη του μέλλοντος:** Είναι σαν να βασίζεται κάποιος σε μια γυάλινη σφαίρα που προβλέπει μόνο δυστυχία για αυτόν. Ακόμα και αν η «πρόβλεψη» είναι εξωπραγματική, τη θεωρεί δεδομένη. Είναι όταν το άτομο προβλέπει το μέλλον αρνητικά και πιστεύει ότι τα πράγματα θα εξελιχθούν άσχημα. Αυτό το διεργασιακό λάθος είναι κοινό στις αγχώδεις διαταραχές, όπου οι ασθενείς τείνουν να περιμένουν το χειρίστο αποτέλεσμα από κάθε κατάσταση (Palmer St., 2001).

Παράδειγμα: Μια κοπέλα σκεφτόταν υποφέροντας από συνεχείς προσβολές άγχους: «Θα λιποθυμήσω ή θα τρελαθώ». Οι προβλέψεις αυτές ήταν εξωπραγματικές γιατί δεν είχε λιποθυμήσει ούτε μια φορά στο παρελθόν (ούτε και τρελαθεί!) (Burns D., 2001).

○ **Μεγαλοποίηση ή ελαχιστοποίηση (Magnification [Catastrophizing] or Minimization):**

Η μεγέθυνση συμβαίνει όταν κοιτάζει κάποιος τα λάθη, τους φόβους ή τις αδυναμίες του και υπερτονίζει τη σημασία τους. Βλέπει τα σφάλματά του μέσα από κιάλια που τα κάνουν να φαίνονται τεράστια και γιγαντιαία. Η διεργασία αυτή ονομάζεται επίσης «καταστροφολογία» γιατί μετατρέπει τα συνηθισμένα αρνητικά γεγονότα σε εφιαλτικές, τερατώδεις καταστάσεις.

Παράδειγμα: Η σύζυγος λέει, όταν βλέπει τον σύζυγο να μαλώνει με τα παιδιά τους: «*Η σχέση σου με τα παιδιά είναι απαίσια*» (Μπουλουγούρης Γ., 1995).

Όταν όμως σκέφτεται τα δυνατά του σημεία, κάνει το αντίθετο. Δηλαδή κοιτάζει μέσα από το λάθος φακό, έτσι ώστε όλα να του φαίνονται μικρά και ασήμαντα (Burns D., 2001).

Παράδειγμα: Ένας μαθητής λέει: «*Το 20 που πήρα στα μαθηματικά δεν είναι τίποτα, οι Πανελλαδικές θα μετρήσουμε*» (Σολδάτου Μ., 1004).

ο **Συναισθηματική συλλογιστική (Emotional Reasoning):**

Συμβαίνει όταν το άτομο θεωρεί ότι ο τρόπος με τον οποίο αισθάνεται αντικατοπτρίζει και την πραγματικότητα. Η λογική του είναι: «*Νιώθω άχρηστος, συνεπώς είμαι άχρηστος*». Αυτός ο τρόπος σκέψης είναι παραπλανητικός γιατί τα συναισθήματα αντανακλούν τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις που έχει το άτομο. Αν αυτές είναι παραμορφωμένες –όπως συνήθως συμβαίνει- τα συναισθήματα δεν είναι αξιόπιστα.

Μια συνηθισμένη «*παρενέργεια*» της συναισθηματικής λογικής είναι η αναβλητικότητα. Αποφεύγει π.χ. κάποιος να καθαρίσει το γραφείο του γιατί σκέφτεται: «*Νιώθω τόσο απαίσια όταν σκέφτομαι την ακαταστασία που κυριαρχεί στο γραφείο μου, που μου είναι αδύνατον να το καθαρίσω*» (Burns D., 2001).

Παράδειγμα: Ο νεαρός που περιμένει επί τριάντα λεπτά για τη σύντροφό του και νιώθει λύπη καθώς και απόρριψη. Σκέφτεται: «*Με έδωξε*» και δεν συλλογίζεται ότι εκείνη ίσως να άργησε στη δουλειά, έχασε το λεωφορείο κ.λπ. (Rudell D., 2000).

○ **Πρέπει (Shoulds):**

Προσπαθεί το άτομο να κινητοποιήσει τον εαυτό του, λέγοντας: «Πρέπει να κάνω αυτό» ή «Οφείλω να κάνω εκείνο». Αυτές οι δηλώσεις τον κάνουν να νιώθει πίεση και δυσανασχέτηση. Κατά έναν παράδοξο τρόπο καταλήγει να είναι απαθής και αδιάφορος. Οι δηλώσεις του «πρέπει» πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό από άσκοπες ψυχολογικές πιέσεις στην καθημερινή μας ζωή. Όταν η συμπεριφορά μας δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες μας, τα «πρέπει» και τα «δεν πρέπει» μας δημιουργούν αυτομομφές, ντροπή και ενοχές. Όταν η στάση άλλων ανθρώπων δε μας ικανοποιήσει απόλυτα, όπως συμβαίνει που και που, νιώθουμε πικραμένοι και εξαπατημένοι (Burns D., 2001).

Παράδειγμα: Σκέφτεται κάποιος: «Είναι φοβερό το ότι έκανα ένα λάθος. Πρέπει πάντοτε να καταφέρνω το καλύτερο» (Beck J., 1005).

○ **Εσφαλμένη τιτλοφόρηση (Mis-Labeling):**

Η προσωπική ετικετοποίηση σημαίνει δημιουργία μιας εξ' ολοκλήρου αρνητικής εικόνας του εαυτού, βασισμένη στα λάθη του ατόμου. Είναι μια ακραία μορφή της υπεργενίκευσης. Η φιλοσοφία που κρύβεται πίσω της είναι: «Το μέτρο ενός ανθρώπου είναι τα λάθη που κάνει». Το άτομο αντί να σκέφτεται π.χ. «Έκανα λάθος», σκέφτεται «Είμαι σκέτη αποτυχία». Η προσωπική ετικετοποίηση δεν είναι μόνο αυτοϋποτιμητική αλλά και παράλογη. Η προσωπικότητα δεν μπορεί να εξισωθεί με μια μοναδική πράξη:

Ακόμα η ετικετοποίηση, μπορεί να περιλαμβάνει άλλους ανθρώπους, με αποτέλεσμα να προκαλείται αυτόματα η εχθρότητά τους. Π.χ. το αφεντικό που βλέπει τη θυμωμένη σε κάποιες περιπτώσεις γραμματέα του, σαν «αδιάφορη». Εξαιτίας αυτής της ετικέτας την αντιπαθεί και επιδιώκει να την επιπλήττει συνεχώς. Εκείνη, με τη σειρά

της, τον αποκαλεί «*αναίσθητο*» και με την παραμικρή ευκαιρία κάνει παράπονα. Έτσι, συνεχίζουν να αλληλοεχθρεύονται, δίνοντας έμφαση στις αδυναμίες ή τα ελαττώματα για να αποδείξει ο ένας την ανικανότητα του άλλου.

Η ανακρίβεια, αφορά την περιγραφή ενός γεγονότος με εκφράσεις υπερβολικές και σε μεγάλο βαθμό συναισθηματικά φορτισμένες (Burns D., 2001).

Παράδειγμα: Σκέψεις όπως: «*Είμαι μία αποτυχημένη*» ή «*Αυτός δεν είναι καθόλου καλός*» (Beck J., 1995).

○ **Προσωπικοποίηση (Personalization):**

Αυτό το διεργασιακό λάθος είναι η μητέρα της ενοχής. Το άτομο πιστεύει πως είναι υπεύθυνο για κάποιο αρνητικό γεγονός, ενώ δεν υπάρχει κάποια αντικειμενική απόδειξη για κάτι τέτοιο. Είναι το αυθαίρετο συμπέρασμα πως ό,τι συνέβη ήταν σφάλμα του ατόμου ή εκφράζει την ανικανότητά του, ακόμη κι όταν αυτός δε φταίει στο ελάχιστο. Η προσωποποίηση δημιουργεί ενοχές που κάνουν το άτομο να παραλύει. Υποφέρει από ένα τρομαχτικό, δυσβάσταχτο αίσθημα ευθύνης, που τον αναγκάζει να επωμίζεται τα λάθη όλου του κόσμου στους ώμους του. Συγχέει την επιρροή με τον έλεγχο απέναντι στους άλλους.

Παράδειγμα: Ο σύζυγος που βλέπει τη γυναίκα του να φοράει μια άλλη κολόνια από αυτή που της χάρισε, συμπεραίνει: «*Δε με αγαπά*» (Curwen B., Palner St., Rudell P., 2000).

Αυτές οι γνωστικές παραποιήσεις φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, αλλά και τις σχέσεις τους με τους άλλους. Έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζουν

την όλη συμπεριφορά. Σύμφωνα με τους Beck, Rush et al (1979), αυτές οι γνωσιακές παραποιήσεις έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να αποκτά χαμηλή αυτοεκτίμηση, τάσεις αυτοκριτικής, απάθεια και τέλος να αισθάνεται λύπη. Θεώρησαν πως αυτές οι γνωσιακές παραποιήσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της κατάθλιψης. Από την άλλη μεριά, οι Dattilio και Padesky (1990), παρατήρησαν σε πολλά ζευγάρια, που αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη σχέση τους, πως υπήρχαν αρκετές από αυτές τις γνωσιακές παραποιήσεις σε έναν ή και στους δύο συντρόφους.

Οι γνωσιακές θεραπευτικές τεχνικές (λόγος για αυτές γίνεται σε επόμενο κεφάλαιο), έχουν ως στόχο να αναγνωρίσουν τις διαταραγμένες αυτές σκέψεις που κάνει το άτομο, να ελέγξουν την εγκυρότητά τους, κατά πόσο δηλαδή ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και, τέλος, να τις διορθώσουν (Μπουλουγούρης Γ., 1995).

Αφού αναλύσαμε σε αυτό το κεφάλαιο τις γνωσιακές διεργασίες, τα είδη και τα χαρακτηριστικά τους καθώς και τις διαταραγμένες σκέψεις που κάνει το άτομο και αποτελούν τα γνωστά διεργασιακά λάθη, στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα αναλυθούν τα σχήματα και οι πεποιθήσεις, που αποτελούν τη δομή, τις σκέψεις ενός ατόμου.

2.4. ΣΧΗΜΑΤΑ - ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ

Μία κατατοπιστική εισαγωγή στην έννοια και την ιστορία του σχήματος αναφέρεται στο βιβλίο του Παπακώστα Ι. (1994) απ' τον Πανούτσο (1973):

«Από τα πολύ παλιά χρόνια η φιλοσοφική σκέψη πρόσεξε το φαινόμενο, ότι στην αντίληψη και στη νόηση κάθε ανθρώπου (και του παιδευτού και εκείνου που έχει δεχτεί την επίδραση ορισμένης αγωγής), βρίσκονται χαραγμένα κάποια «σχήματα», ή είναι φυσικά οικείοι κάποιοι «τρόποι», που με τη βοήθειά τους γίνονται αντιληπτά και σημασιολογούνται τα αντικείμενα του εξωτερικού και εσωτερικού κόσμου. Τα σχήματα και οι τρόποι αυτοί ονομάστηκαν “κατηγορίες”».

Σήμερα αντί για τον όρο «κατηγορίες» χρησιμοποιούμε τον όρο «σχήματα» με περισσότερο ψυχολογική κι όχι τόσο φιλοσοφική έμφαση.

Ο Beck χρησιμοποίησε τον όρο «σχήματα» κλινικά προσπαθώντας να εξηγήσει τα επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφορών ενός ατόμου. Κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά μ' άλλα άτομα στις ίδιες καταστάσεις. Τα σχήματα είναι τα μόνιμα, σταθερά ή επιδιαρκούντα γνωσιακά χαρακτηριστικά στη λειτουργία των οποίων οφείλεται η εκπομπή μιας σταθερής μόνιμης ή επιδιαρκούς συμπεριφοράς (Παπακώστας Ι., 1994).

Τα σχήματα αποτελούν επινοήσεις χωρίς υλική υπόσταση, αντιπροσωπεύουν βασικές και γενικές μονάδες «γνώσης» και προσφέρονται για μελέτη και αναζήτηση σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών και μη συμπεριφορών.

Σύμφωνα με τον Beck (1967), τα σχήματα γίνονται κατανοητά σαν νοητικές δομήσεις κατάλληλες για τη διαλογή, καταγραφή και αξιολόγηση των ερεθισμάτων, για την απόκτηση και χρήση

πληροφοριών. Με τη βοήθεια και καθοδήγησή τους, τα άτομα μπορούν να ταξινομήσουν την εμπειρία τους, να προσανατολίζονται χωροχρονικά και να αξιολογούν και να ερμηνεύουν, με μοναδικό τρόπο για κάθε άτομο, τη σημασία ή το νόημα.

Τα σχήματα είναι προϊόντα σύζευξης γενετικών προδιαθέσεων και επίκτητων μαθησιακών διεργασιών

Οι άνθρωποι προσπαθούν να κατανοήσουν το περιβάλλον τους από τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξής του. Είναι απαραίτητο να οργανώσουν την εμπειρία τους με ένα λογικό και συνεκτικό τρόπο, έτσι ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν προσαρμοστικά. Οι αλληλεπιδράσεις τους με τον κόσμο και τους άλλους ανθρώπους οδηγούν σε συγκεκριμένες αντιλήψεις ή μαθήσεις, τα σχήματά τους, που μπορεί να ποικίλλουν στην ορθότητα και τη λειτουργικότητά τους.

Η δημιουργία τους βασίζεται σε δύο διεργασίες:

- Στην *αφομοίωση (Assimilation)* που ισοδυναμεί με ενσωμάτωση της νέας πληροφορίας στις ήδη υπάρχουσες δομές του γνωσιακού οργάνου και στην ήδη υπάρχουσα γνώση.
- Στην *αναδιοργάνωση (Accommodation)* που αναφέρεται στην τροποποίηση των υπάρχουσών δομών για να ανταποκριθούν στις ανάγκες της εισερχόμενης πληροφορίας (Παπακώστας Ι., 1994).

Η ριζική τροποποίηση των σχημάτων είναι δυσχερής. Είναι βαθιά χαραγμένα μέσα μας, δρουν και αποτελούν τις ασυνείδητες, διαρκέστερες, βαθύτερες ή κεντρικότερες πλευρές του γνωσιακού οργάνου. Αποτελούν τα βαθύτερα «πιστεύω» μας αναφορικά με τον εαυτό μας και τον κόσμο. Το σύνολο των σχημάτων είναι η προσωπικότητά μας.

Η ενεργοποίηση ενός σχήματος εξαιτίας ενός εσωτερικού ή εξωτερικού ερεθίσματος θα προκαλέσει συμπεριφορές και διεργασίες που θα αποκαλύπτουν ή θα αντανακλούν τη φύση του σχήματος που ενεργοποιήθηκε. Μερικά σχήματα μέσα μας δεν έχουν ενεργοποιηθεί ακόμη αλλά θα ενεργοποιηθούν κάτω από ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

Το άτομο, με τη βοήθεια των σχημάτων, προσπαθεί να δώσει σημασία και νόημα στα δεδομένα της εμπειρίας και της ζωής του γενικότερα. Για την ερμηνεία εμπειριών, καταστάσεων και γεγονότων, τα σχήματα επιβάλλουν «κατακόρυφες» ή «φυγόκεντρες» διεργασίες, που εισάγουν «προκατάληψη» στην οργάνωση, κωδικοποίηση, επιλογή, χρήση και εκτίμηση των πληροφοριών. Η τάση αυτή των σχημάτων να εισάγουν προκατάληψη στην επεξεργασία των πληροφοριών, αποκαλύπτεται κλινικά μέσα απ' τις ανακρίβειες στην περιγραφή των γεγονότων, τις παρερμηνείες και τις διαστρεβλώσεις που καταγράφονται στις παθολογικές και ψυχολογικές καταστάσεις (Παπακώστας Ι., 1994).

Μερικοί συγγραφείς αναφέρονται στα σχήματα και με τη λέξη πεποιθήσεις. Ο Beck όμως διαφοροποιεί αυτά τα δύο, προτείνοντας ότι τα σχήματα αποτελούν γνωστικές δομές του νου μας, ενώ το συγκεκριμένο περιεχόμενο αυτών των δομών αποτελούν οι πεποιθήσεις. Το περιεχόμενο του σχήματος δεν αποκαλύπτεται άμεσα, αλλά μετά από διερεύνηση των εμπειριών του ατόμου, όπως: τις προσδοκίες, τις εξηγήσεις, την αυτόματη σκέψη, τις φαντασιώσεις, τα όνειρα και τους ελεύθερους συνειρμούς, με τη χρήση των ειδικών τεχνικών.

Έχουμε δύο είδη πεποιθήσεων:

1. Πυρηνικές νοητικές κατασκευές

Είναι σταθερές και αντέχουν περισσότερο στις μεταβολές, μερικές δε από αυτές έχουν ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση της

ζωής και τον ρόλο του ατόμου σε αυτή, του δίνουν την αίσθηση της ταυτότητας και της υπαρξιακής συνέχειας και δεν είναι δυνατόν ν' αλλάξουν χωρίς να διαταραχθεί ριζικά η ύπαρξη του ατόμου.

2. Περιφερειακές ή ενδιάμεσες νοητικές κατασκευές

Οι πυρηνικές πεποιθήσεις επηρεάζουν την ανάπτυξη μιας ενδιάμεσης κατηγορίας πεποιθήσεων, οι οποίες αποτελούνται από (συχνά μη διατυπωμένες) υποθέσεις, κανόνες και παραδοχές. Οι πεποιθήσεις αυτές είναι λιγότερο σημαντικές για το άτομο και σχετικά εύκολες στην αλλαγή, χωρίς να προκαλούν σοβαρές τροποποιήσεις στην πυρηνική δομή (Beck J., 1995).

Για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους, οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν σχετικά θετικές πυρηνικές πεποιθήσεις (π.χ. «Έχω τον έλεγχο», «Μπορώ να κάνω τα περισσότερα πράγματα με επάρκεια», «Είμαι ένα λειτουργικό άτομο», «Είμαι συμπαθής», «Έχω αξία»). Οι αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις μπορεί να έρθουν στην επιφάνεια μόνο σε χρονικές περιόδους ψυχολογικής πίεσης. Μερικοί ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας μπορεί, ωστόσο, να έχουν ενεργοποιημένες τις αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις σχεδόν συνεχώς.

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι οι ασθενείς μπορεί επίσης να έχουν αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις και για τους άλλους ανθρώπους και για τον κόσμο τους: «Οι άλλοι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης», «Οι άλλοι θα με βλάψουν», «Αυτός ο κόσμος είναι διεφθαρμένος». Οι αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις είναι συνήθως σφαιρικές, υπεργενικευμένες, και απόλυτες. Όταν μια πυρηνική πεποίθηση ενεργοποιηθεί, ο ασθενής μπορεί εύκολα να επεξεργαστεί πληροφορίες που την υποστηρίζουν αλλά συνήθως αποτυγχάνει ν' αναγνωρίσει ή διαστρέφει πληροφορίες που είναι αντίθετες (Beck J., 1995).

2.4.1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ

Οι πυρηνικές πεποιθήσεις των ασθενών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με τον Beck στο χώρο της αίσθησης του αβοήθητου (helplessness) και στο χώρο της αναξιότητας κάποιου ν' αγαπηθεί (unlovability). Μερικοί ασθενείς έχουν πυρηνικές πεποιθήσεις που ανήκουν σε μία κατηγορία. Κάποιοι άλλοι έχουν πυρηνικές πεποιθήσεις που ανήκουν και στις δύο κατηγορίες.

Κάθε φορά που ο ασθενής δίνει πληροφορίες (προβλήματα, αυτόματες σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορά) ο θεραπευτής προσπαθεί να «αφουγκραστεί» την κατηγορία των πυρηνικών πεποιθήσεων που φαίνεται να έχει ενεργοποιηθεί.

Στο ακόλουθο σχήμα, στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται τυπικές πυρηνικές πεποιθήσεις που ανήκουν στην κατηγορία της αίσθησης του αβοήθητου (αδύναμος, ευάλωτος, παγιδευμένος, χωρίς έλεγχο, ανίσχυρος, κάποιος που έχει ανάγκη (καθώς και την αίσθηση των κατώτερων επιτευγμάτων (αποτυχημένος, κατώτερος, όχι αρκετά καλός).

Στο δεύτερο μέρος του σχήματος παρουσιάζονται τυπικές πυρηνικές πεποιθήσεις που ανήκουν στην κατηγορία του ανάξιου ν' αγαπηθεί.

Τα θέματα περιλαμβάνουν το να είναι κάποιος ανάξιος, ανεπιθύμητος, και χωρίς επιτυχίες (όχι τόσο με επιτεύγματα, όσο σε σχέση με την αίσθηση ότι κάποιος είναι κατά κάποιο τρόπο ελαττωματικός και έτσι δεν θα μπορέσει να κερδίσει τη συνεχή αγάπη και το ενδιαφέρον των άλλων) (Beck J., 1995).

• **ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΠΕΠΟΙΩΣΕΩΝ**

**ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ
ΤΟΥ ΑΒΟΗΘΗΤΟΥ**

Είμαι αβοήθητος	<i>Είμαι ανεπαρκής</i>
Είμαι αδύναμος	<i>Είμαι αναποτελεσματικός;</i>
Δεν έχω τον έλεγχο	<i>Είμαι ανίκανος</i>
Είναι ανίσχυρος	<i>Είναι αποτυχημένος</i>
Είναι ευάλωτος	<i>Δεν με σέβεται κανείς</i>
Έχω ανάγκη	<i>Δεν μπορώ να καταφέρω τίποτα</i>
Είναι παγιδευμένος	<i>Δεν μπορώ να συγκριθώ με άλλους</i>

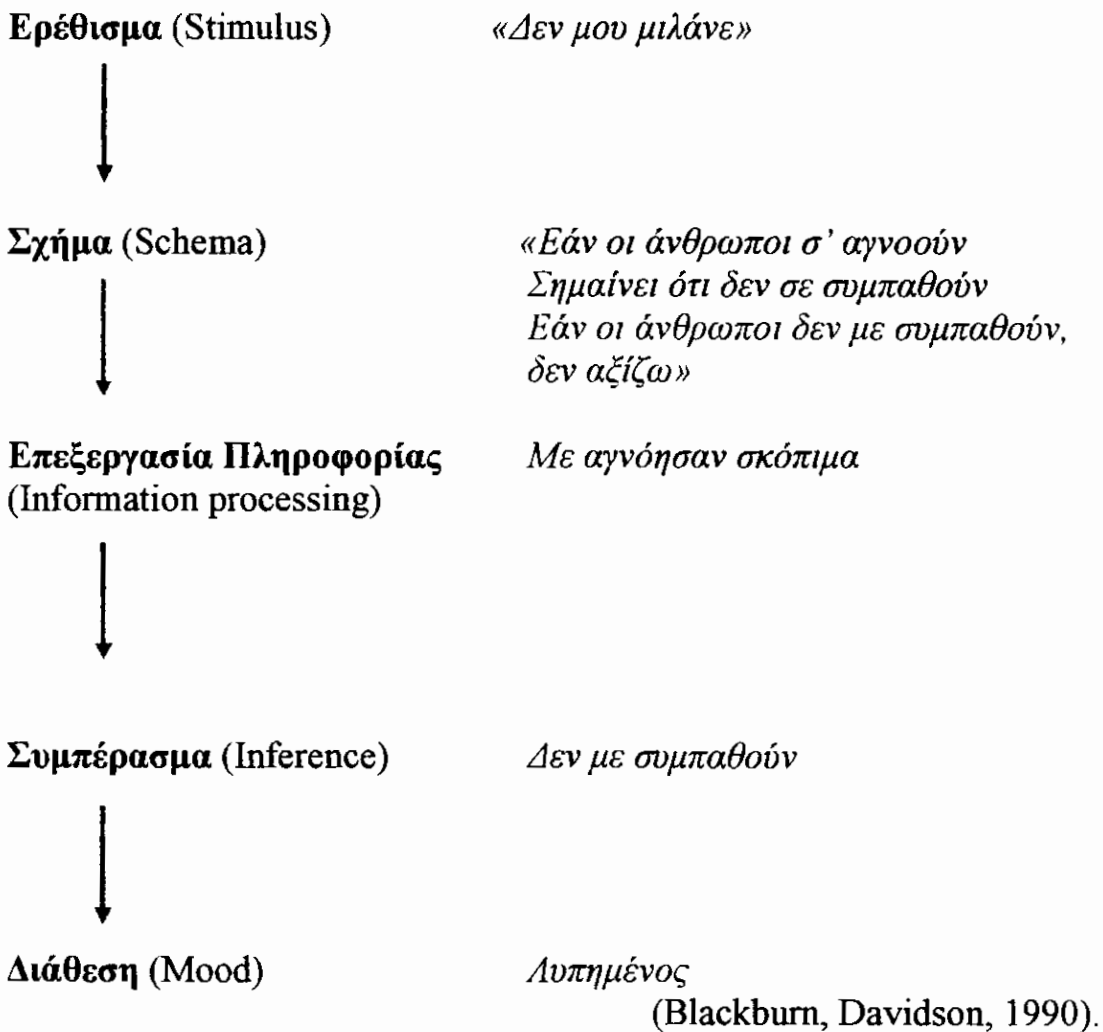
**ΠΥΡΗΝΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ
ΤΟΥ ΑΝΑΞΙΟΥ Ν' ΑΓΑΠΗΘΕΙ**

Δεν με αγαπούν	<i>Δεν αξίζω</i>
Δεν είμαι αρεστός	<i>Είμαι διαφορετικός</i>
Δεν είμαι ελκυστικός	<i>Είμαι ελαττωματικός (οι άλλοι δεν θα μ' αγαπήσουν)</i>
Είμαι άσχημος	<i>Δεν είμαι αρκετά καλός (ώστε να μ' αγαπήσουν οι άλλοι)</i>
Είμαι ανεπιθύμητος	<i>Είναι καταδικασμένος να μ' απορρίπτουν</i>
Είμαι κακός άνθρωπος	<i>Είμαι καταδικασμένος να είμαι μόνος</i>

(Beck J., 1995).

Αυτά τα είδη πεποιθήσεων που αποτελούν το σχήμα έχουν ως συνέπεια ορισμένες συμπεριφορές από το άτομο, κάτι που θ' αναλυθεί σε επόμενο κεφάλαιο.

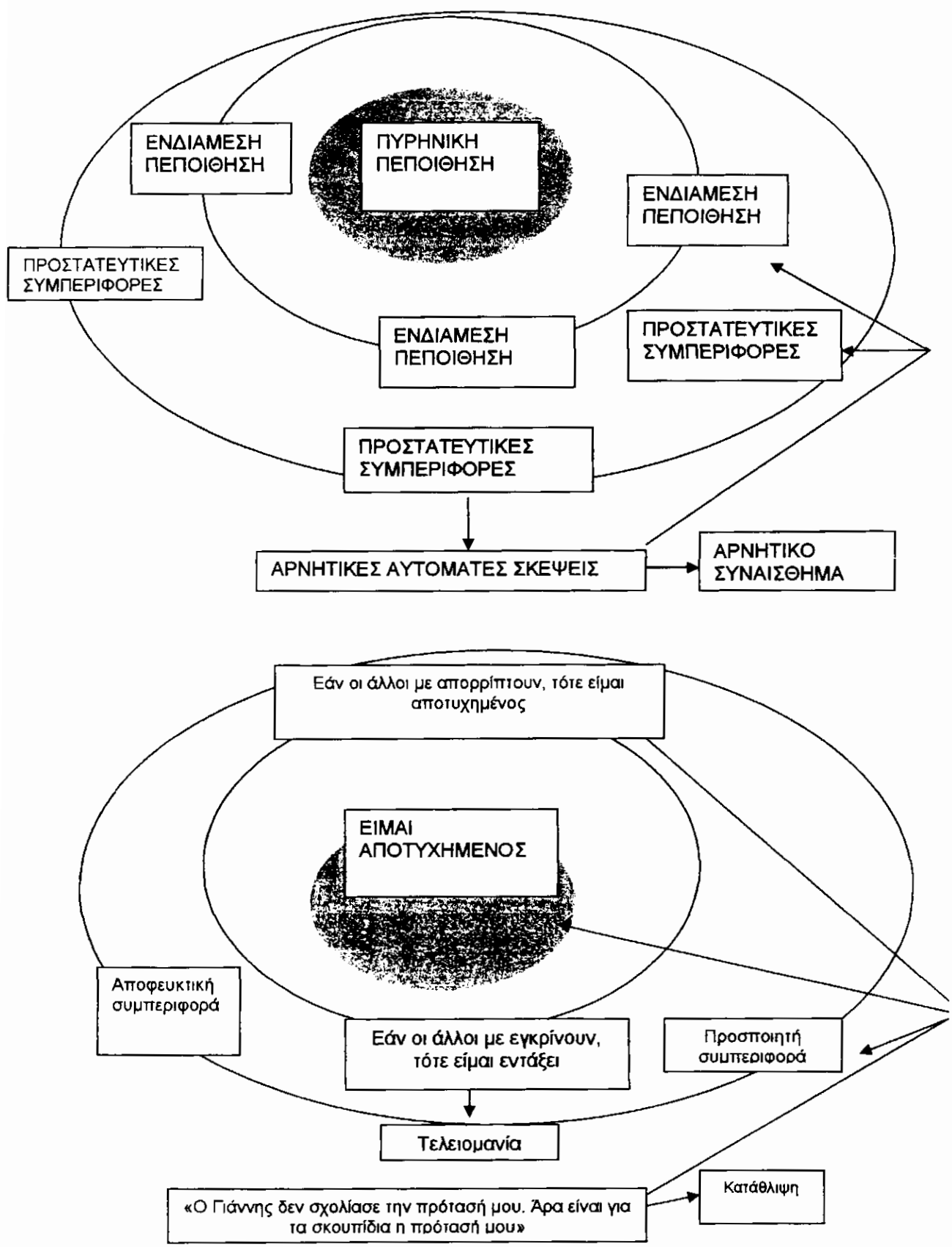
Ο ρόλος που παίζουν τα σχήματα στο καταθλιπτικό σκεπτικό φαίνεται στο ακόλουθο σχήμα:



Σύμφωνα με τον Westermeyer σ' ένα άρθρο του, το περιεχόμενο των σχημάτων – οι πυρηνικές πεποιθήσεις- υποστηρίζονται από μια σειρά προστατευτικών συμπεριφορών, για να μας «προστατέψουν» απ' την ενεργοποίηση μιας αρνητικής πυρηνικής πεποίθησης. Οι προστατευτικές συμπεριφορές ίσως περιλαμβάνουν «αναζήτηση επιβράβευσης», «αποφυγή» ή «τελειομανία». Αυτές οι τεχνικές είναι προστατευτικές στο ότι προλαμβάνουν καταστάσεις που θα οδηγήσουν στην ενεργοποίηση του σχήματος, π.χ. «Είμαι αποτυχημένος».

Με βάση αυτό, ένα άτομο θα έχει αρνητικές αυτόματες σκέψεις σε περίπτωση π.χ. που αποτυχαίνει σε ένα καθήκον, που ενδυναμώνει το προϋπάρχον σχήμα και επιφέρει τις ανάλογες συμπεριφορές.

Στο ακόλουθο σχήμα φαίνεται καθαρά η δομή του σχήματος και ο ρόλος του στις αυτόματες σκέψεις και συμπεριφορά.



(www.habitsmart.com, 2005).

• ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ

Ένα σχήμα έχει ειδικά χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να είναι: η απολυτότητα ή η σχετικότητα του, η ακαμψία ή η ευκαμψία του, η διεπεραστικότητα ή η στεγανότητά του, το βαθμό που είναι συγκεκριμένο ή αφηρημένο, και το βαθμό που ειδικεύει ή γενικεύει.

Οι Williams και Συνεργάτες (1988) πρότειναν τα εξής κριτήρια – προτάσεις σχετικά με τα σχήματα:

- Σχήμα είναι ένα αποταμιευμένο σώμα γνώσης που επηρεάζει την απόκτηση και τη χρήση των πληροφοριών, επεμβαίνοντας σε τέτοιους μηχανισμούς όπως την προσοχή, τις προσδοκίες, τις διερμηνείες και τη μνημονική αναζήτηση.
- Τα σχήματα χαρακτηρίζονται από μια συνεπή εσωτερική δόμηση, που επιβάλλεται πάνω στην επεξεργασία των πληροφοριών.
- Η γνώση που εμπεριέχεται σ' ένα σχήμα είναι αυτογενής, αυτόχθονη ή αυτόνομη και αποτελείται από τυποποιημένες αναπαραστάσεις επαναλαμβανόμενων γεγονότων ή φαινομένων.
- Η περιεχόμενη – μέσα σ' ένα σχήμα- γνώση, είναι «πακετοειδής» με την έννοια πως ενεργοποίηση ενός μέρους ή συστατικού της, θα ενεργοποιήσει αναπόφευκτα και το υπόλοιπο μέρος.

Επίσης οι πεποιθήσεις έχουν κάποια χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Κατσαφούρο (2004) και Παγωνδιώτη (2001).

- Δεν αντανakλούν επακριβώς την πραγματικότητα της ανθρώπινης εμπειρίας. Παράδειγμα: «Πρέπει πάντα να είμαι δυνατός». Αγνοεί, έτσι την ανθρώπινη ευαλότητα.
- Είναι δύσκαμπτες, υπεργενικευτικές και ακραίες. Δεν προσμετρούν τις μεταβολές των καταστάσεων.

- Περισσότερο αποτρέπουν παρά διευκολύνουν την ολοκλήρωση στόχων. *Παράδειγμα:* Οι προϋποθέσεις που βάζει ο τελειοθηρικός, προκαλεί ανασταλτικό για τη δραστηριότητα, άγχος.
- Η παραβίασή τους σχετίζεται με έκλυση ακραίων και υπερβολικών συναισθημάτων. Προκαλούν περισσότερο κατάθλιψη και απελπισία παρά στενοχώρια και λύπη.
- Είναι σχετικά αδιαπέραστες στη συνήθη εμπειρία. Παρά το γεγονός ότι το άτομο δρα σαν να είναι πραγματικές, συχνά είναι μη ευαισθητοποιημένες και έτσι σε γενικές γραμμές, μη συνειδητοποιημένες. *Παράδειγμα:* Εάν δεν παραχωρώ σε όλους τους άλλους, κανείς δεν θα με θέλει πλέον.

Τέλος, βασίζονται σε δύο σημαντικές μεταβλητές /τύπους προσωπικότητας σύμφωνα με τον Beck και με βάση την ψυχοπαθολογία:

1. Κοινωνιοτροπία/Κοινωνιότροπος:

Σημαντικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων. Εξασφάλιση σχέσης κατά το δυνατόν μόνιμης και εξασφάλιση αισθήματος ασφάλειας.

2. Αυτονομία/Αυτόνομος

Σημαντικότητα στην ανεξαρτησία και ελευθερία. Αίσθημα ασφάλειας μέσα από την απόκτηση επαγγελματικής επιτυχίας και ελευθερίας.

• ΣΧΗΜΑ ΕΑΥΤΟΥ

Το πιο κεντρικό σχήμα είναι το σχήμα εαυτού, το οποίο αναπτύσσεται μέσα από τις προσπάθειες του ατόμου να εξηγήσει και να προβλέψει την ίδια του τη συμπεριφορά. Υπάρχει ο υλικός εαυτός, ο κοινωνικός εαυτός και ο πνευματικός εαυτός (ιδέες, αξίες).

Η έννοια του «εαυτού» αναφέρεται στον «χάρτη» ή την «εικόνα» που φτιάχνει το άτομο για τον ίδιο μέσα στην εσωτερική απεικόνιση του εξωτερικού κόσμου, όπου στην έννοια «εξωτερικός» περιλαμβάνεται και ο εαυτός του.

Γνωσιακά, για την απόδοση του «εαυτού» η συχνότερη νοητική κατασκευή είναι αυτή – που όπως αναφέρθηκε παραπάνω – του σχήματος του εαυτού ή «εαυτο-σχήματος» (Self-schema ή self-schemata), όπου νοούνται όλες οι νοητικές αναπαραστάσεις που κάνει το άτομο για την ίδια του την ύπαρξη. Πρόκειται να γενικεύσεις που κάνει το άτομο σαν αποτέλεσμα παρελθουσών εμπειριών γύρω από τη συμπεριφορά του, που καθορίζουν και καθοδηγούν το είδος των μελλοντικών διεργασιών που θα υποστούν διάφορες πληροφορίες που θ' αντλήσει από το κοινωνικό του περίγυρο αναφορικά με τον ίδιο του τον εαυτό (Beck J., 1995).

Ανακεφαλαιώνοντας, αναλύσαμε το ρόλο των σχημάτων, τη δομή και τα χαρακτηριστικά τους, καθώς τα σχήματα είναι ο πυρήνας του δυσπροσαρμοστικού τρόπου σκέψης και αντίληψης της πραγματικότητας – όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο – αλλά και συμπεριφορών που είναι δυσλειτουργικές. Αυτές οι συμπεριφορές αλλά και οι συνέπειες που έχουν στο άτομο αποτελούν το επόμενο κεφάλαιο, που είναι και το τελευταίο για την Γνωσιακή Θεωρία.

2.5. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Αναλύοντας στα προηγούμενα κεφάλαια τη γνωσιακή θεωρία, είδαμε πως οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις, τα σχήματα και οι πεποιθήσεις, καθώς και οι διαστρεβλωμένες σκέψεις που αποτελούν τα διεργασιακά λάθη, επηρεάζουν τη ζωή ενός ατόμου, αφού τα συναισθήματα και η συμπεριφορά του είναι αποτέλεσμα όλων αυτών των σκέψεων που κάνει.

2.5.1. Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Κλινικά ο όρος συναίσθημα (=Mood: Ψυχή ή «κουράγιο») υποδηλώνει μια κατάσταση διάχυτη, παρατεταμένη, σφαιρική, όχι πολύ έντονη και χωρίς ειδική κατεύθυνση και δράση, εκτός από τη βιωματική του πλευρά. Από γνωσιακής πλευράς, το συναίσθημα περιγράφεται σαν ένα σθένος ή φορτίο στην αρχική φάση των διεργασιών, που αρχίζουν από το αισθητηριακό σύστημα και τις αισθήσεις (συν-αίσθημα).

Έτσι, για το συναίσθημα μπορούμε να διακρίνουμε τρεις καταστάσεις: την ευφορία, τη δυσφορία και την αδιαφορία. Εάν, όμως, το συναίσθημα δεν μπορεί να νοηθεί ανεξάρτητα από τις γνωσίες, τότε, αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή, όταν έχουμε μια διεργασία με «αξιολογικά» ή «κατασκευαστικά» χαρακτηριστικά, αυτή η διεργασία συνοδεύεται και από βιωματικά χαρακτηριστικά (συναίσθημα).

Η λέξη «συναίσθημα» είναι παράγωγη από τη λέξη «αίσθημα» (*Feeling* ή *Affect*). Ο όρος αυτός είναι ευρύς και χρησιμοποιείται συνήθως για την απόδοση τέτοιων θυμικών καταστάσεων, όπως είναι η συγκίνηση και το συναίσθημα, και λιγότερο θυμικών ή

συναισθηματικών εμπειριών, όπως είναι οι αξιολογήσεις, οι στάσεις και οι προτιμήσεις (Παπακώστας Ι., 1994).

Τα συναισθήματα, λοιπόν, αποτελούν αντικείμενο πρωταρχικής σημασίας για τον γνωσιακό θεραπευτή. Εξάλλου ένας βασικός στόχος της θεραπείας είναι η ανακούφιση του συμπτώματος, η μείωση δηλαδή του επιπέδου δυσφορίας του ασθενούς όταν τροποποιεί το δυσλειτουργικό τρόπο σκέψης του.

Τα έντονα αρνητικά συναισθήματα είναι οδυνηρά και μπορεί να γίνουν δυσλειτουργικά όταν παρεμβαίνουν στην ικανότητα του ασθενούς να λύνει προβλήματα, να σκέφτεται καθαρά, να παίρνει ικανοποίηση ή να δρα αποτελεσματικά. Οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές συχνά βιώνουν μια ένταση στο συναίσθημά τους που είναι ακατάλληλη ή υπερβολική σε σχέση με την κατάσταση αυτή που βιώνουν (Beck J., 1995).

Παρόλο που ο θεραπευτής μπορεί να αναγνωρίσει ένα ακατάλληλο ή υπερβολικό συναίσθημα, αποφεύγει να το κατονομάσει, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα στάδια της θεραπείας. Μπορεί, όμως, να αναγνωρίσει πως αισθάνεται ο ασθενής και να δείξει εμπραθητική κατανόηση για αυτό. Δεν αμφισβητεί τα συναισθήματα του ασθενούς, αλλά ούτε και αντιπαρατίθεται. Επικεντρώνεται, όμως, στην αξιολόγηση των πεποιθήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων που προκαλούν το πρόβλημά του, ώστε να ελαττωθεί η δυσφορία που νιώθει (Beck J., 1995).

Ο θεραπευτής, βέβαια, δεν αναλύει όλες εκείνες τις καταστάσεις, στις οποίες ο ασθενής νιώθει δυσφορία. Η γνωσιακή θεραπεία έχει σκοπό της να μειωθεί η συναισθηματική δυσφορία που σχετίζεται με τις λαθεμένες ερμηνείες μιας κατάστασης. Τα «φυσιολογικά» αρνητικά συναισθήματα, μαζί με τα θετικά, αποτελούν κομμάτι από τον πλούτο

της ζωής και εξυπηρετούν μια σημαντική λειτουργία, όπως και ο σωματικός πόνος που κάνει το άτομο να στρέψει την προσοχή του σε ένα δυνητικό πρόβλημα, το οποίο ίσως να χρειάζεται αντιμετώπιση.

Επιπλέον, ο θεραπευτής επιδιώκει να αυξήσει τα θετικά συναισθήματα του ασθενούς, συζητώντας για τα θετικά γεγονότα που συνέβησαν, τα ενδιαφέροντά του και τις θετικές αναμνήσεις του. Συχνά προτείνει δουλειά για το σπίτι, σκοπεύοντας έτσι να αυξήσει τις δραστηριότητες από τις οποίες ο ασθενής θα νιώσει ένα αίσθημα εκπλήρωσης και ευχαρίστησης (Beck J., 1995).

2.5.2. Ο ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Πολλοί ασθενείς δεν κατανοούν πλήρως τη διαφορά ανάμεσα σε αυτό που αισθάνονται και αυτό που σκέφτονται. Ο θεραπευτής προσπαθεί να κατανοήσει την εμπειρία του ασθενούς και μοιράζεται μαζί του τον τρόπο με τον οποίο την κατανοεί. Παράλληλα, τον βοηθά να δει τις εμπειρίες του μέσα από το γνωσιακό μοντέλο, με ένα διακριτικό και διαρκή τρόπο.

Ο θεραπευτής οργανώνει το υλικό που του παρουσιάζει ο ασθενής σε κατηγορίες του γνωσιακού μοντέλου: κατάσταση, αυτόματη σκέψη και αντίδραση (συναίσθημα, συμπεριφορά και σωματική απάντηση). Είναι σημαντικό να είναι σε εγρήγορση για εκείνες τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής συγχέει τα συναισθήματα με τις σκέψεις. Ο θεραπευτής βασίζεται στη ροή της συνεδρίας, τους στόχους που έχουν θέσει και τη συνεργασία τους και αποφασίζει, έτσι, είτε να αγνοήσει τη σύγχυση είτε να την επισημάνει εκείνη τη στιγμή ή

αργότερα, άμεσα είτε έμμεσα. Καθώς τον εξοικειώνει με τις γνωσιακές καταγραφές, του μαθαίνει να ξεχωρίζει τις σκέψεις από τα συναισθήματα. Κάποιες φορές η λαθεμένη αναγνώριση μιας σκέψης ως συναισθήματος μπορεί να θεωρηθεί ασήμαντη και είναι προτιμότερο να επισημανθεί αργότερα ή καθόλου (Beck J., 1995).

2.5.3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΡΙΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Συνεχώς ο θεραπευτής αναδιατυπώνει ή επανακατανοεί τα προβλήματα του ασθενούς, προσπαθώντας να κατανοήσει τις απόψεις και τις εμπειρίες του. Προσπαθεί, έτσι, να διευκρινίσει πώς οι πεποιθήσεις του προκάλεσαν αυτές τις αυτόματες σκέψεις κάτω από μια συγκεκριμένη κατάσταση και επηρέασαν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του. Η σύνδεση αυτή ανάμεσα στις σκέψεις, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά πρέπει να έχει κάποιο νόημα για τον θεραπευτή. Όταν ο ασθενής αναφέρει ένα συναίσθημα που δε φαίνεται να ταιριάζει με το περιεχόμενο της αυτόματης σκέψης του, τότε ο θεραπευτής το διερευνά περαιτέρω (Beck J., 1995).

2.5.4. Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Οι περισσότεροι ασθενείς αναγνωρίζουν σωστά και εύκολα τα συναισθήματά τους. Υπάρχουν, όμως, και κάποιοι που έχουν ένα σχετικά φτωχό λεξιλόγιο για τα συναισθήματα και άλλοι που ενώ τα κατανοούν, δυσκολεύονται να τα προσδιορίσουν. Και στις δύο αυτές

περιπτώσεις είναι χρήσιμο να ζητάει ο θεραπευτής από τον ασθενή να συνδέσει τις συναισθηματικές του αντιδράσεις σε συγκεκριμένες καταστάσεις προσδιορίζοντας το συναίσθημα που αντιστοιχεί στην κάθε περίπτωση. Η επινόηση ενός «Συναισθηματικού Χάρτη», σαν αυτόν που ακολουθεί στο παρακάτω Σχήμα, βοηθά τον ασθενή να προσδιορίσει αυτά του τα συναισθήματα αποτελεσματικά.

Θυμωμένη	Θλιμμένη	Αγχωμένη
Ο αδελφός μου λέει ότι βγαίνει να δει τους φίλους του	Η μαμά δεν τηλεφωνεί	Όταν σηκώνω το χέρι στην τάξη
Η συγκάτοικος δεν επιστρέφει το βιβλίο	Συνάντηση φοιτητών – κανείς δε μου δίνει σημασία	Όταν γράφω την εργασία των οικονομικών
Η συγκάτοικος παίζει τη μουσική δυνατά	Στις εξετάσεις	Όταν ζητώ από ένα φίλο να βγούμε για φαγητό

Σχήμα: «Παράδειγμα 1» (Συναισθηματικός Χάρτης)

Κάποιες φορές ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να ανακαλέσει ένα συγκεκριμένο γεγονός που του προκάλεσε ένα δεδομένο συναίσθημα. Εάν ο ασθενής φαίνεται να αναγνωρίζει σωστά το συναίσθημά του από την περιγραφή που κάνει, τότε ο θεραπευτής το επιβεβαιώνει ζητώντας να αναγνωρίσει και τις αυτόματες σκέψεις του, για να δει εάν το περιεχόμενό τους ταιριάζει με το συναίσθημα.

Στη συνέχεια, ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να ανακαλέσει δύο ακόμη περιπτώσεις που ένιωσε θυμωμένη. Η συζήτηση αυτή είναι σύντομη αφού ο θεραπευτής δε ζητά τις συγκεκριμένες

σκέψεις, γιατί γνωρίζει από την περιγραφή του ασθενούς ότι αναγνώρισε το συναίσθημα του και έτσι συνεχίζει αναθέτοντάς του μια εργασία (Beck J., 1995).

Βέβαια, αυτό δε συμβαίνει με τους περισσότερους ασθενείς, αφού δε κρίνεται απαραίτητη η τεχνική αυτή για να διακρίνουν τα συναισθήματά τους. Κάποιοι ασθενείς ωφελούνται μόνο από μια πολύ σύντομη συζήτηση ενώ λίγοι ωφελούνται από τον κατάλογο των αρνητικών συναισθημάτων (Σχήμα 2 και μια σύντομη συζήτηση).

Θλιμμένη, πεσμένη, μόνη, δυστυχισμένη

Αγχωμένη, ανήσυχη, τρομαγμένη, Φοβισμένη, σε ένταση

Θυμωμένη, έξαλλη, εκνευρισμένη, ενοχλημένη

Ντροπιασμένη, αμήχανη, ταπεινωμένη

Απογοητευμένη

Ζηλιάρα, μοχθηρή

Ένοχη

Πληγωμένη

Καχύποπτη

Σχήμα 2. Αρνητικά συναισθήματα

2.5.5. Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Είναι σημαντικό οι ασθενείς όχι μόνο να αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους, αλλά και να αξιολογούν την ένταση του συναισθήματος. Κάποιοι έχουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για το ίδιο το συναίσθημα, όπως π.χ. όταν πιστεύουν ότι αν νιώσουν μια μικρή ένταση, αυτή θα αυξηθεί και τελικά θα γίνει ανυπόφορη. Έτσι, όταν ο

ασθενής μαθαίνει να αξιολογεί την ένταση του συναισθήματος, θα μπορεί και να εξετάζει αυτή την πεποίθηση.

Σημαντικό, επίσης, είναι να έχει αποτέλεσμα η εκτίμηση της αξιολόγησης μιας πεποίθησης ή σκέψης καθώς και η απάντηση σε αυτές. Ασθενής και θεραπευτής, εκτιμώντας τη μείωση της έντασης του συναισθήματος, κρίνουν τότε μια γνώσια απαιτεί επιπλέον παρέμβαση. Υπάρχουν θεραπευτές που αμελούν να εκτιμήσουν την αλλαγή στην ένταση ενός δυσφορικού συναισθήματος, επειδή λαθεμένα υποθέτουν ότι η παρέμβαση ήταν επιτυχής και προχωρούν, έτσι, σε επόμενο πρόβλημα ή σκέψη. Υπάρχουν και άλλοι, οι οποίοι μπορεί να συνεχίσουν να συζητούν για μια πεποίθηση ή σκέψη, χωρίς να έχουν συνειδητοποιήσει ότι ο ασθενής δεν ενοχλείται πλέον από αυτή (Beck J., 1995).

Η εκτίμηση της έντασης ενός συναισθήματος δε μια δεδομένη κατάσταση μπορεί να βοηθήσει τον θεραπευτή και τον ασθενή να ορίσουν αν αυτή η κατάσταση απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Η συζήτηση για μια λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένη κατάσταση μπορεί να αποδειχθεί μικρότερης σημασίας σε σχέση με μια άλλη που ενοχλεί περισσότερο τον ασθενή και που μπορεί να έχουν ενεργοποιηθεί σημαντικές πεποιθήσεις. Οι περισσότεροι ασθενείς αξιολογούν εύκολα την ένταση ενός συναισθήματος, χωρίς επιπλέον βοήθεια. Ενώ, κάποιοι άλλοι δυσκολεύονται να δώσουν ένα συγκεκριμένο βαθμό στην ένταση και τότε ο θεραπευτής μπορεί να σχεδιάσει μια κλίμακα, όπως η εξής:

0%	25%	50%	75%	100%
Καθόλου θλιμμένη	Κάπως θλιμμένη	Αρκετά θλιμμένη	Πολύ θλιμμένη	Η χειρότερη θλίψη που ένιωσα ποτέ ή που μπορεί να νιώσω

Εάν ο ασθενής δυσκολεύεται ακόμη να βαθμολογήσει την ένταση των συναισθημάτων του, τότε ο θεραπευτής μπορεί να τη βοηθήσει να δημιουργήσει μία Κλίμακα Συναισθηματικής Έντασης, που θα τη χρησιμοποιήσει και σαν οδηγό για μελλοντικές μετρήσεις (Σχήμα 3). Ο θεραπευτής επιλέγει το κυρίαρχο συναίσθημα του ασθενή και εκμαιεύει ή δίνει μια λογική.

Ένταση άγχους/ συναισθήματος	Καταστάσεις
0%	Όταν έβλεπα τηλεόραση το προηγούμενο Σάββατο
10%	Όταν σκεφτόμουν ότι μπορεί να αργήσω στη θεραπεία
20%	Πόνος στην κοιλιά: σκωληκοειδίτιδα
30%	Όταν σκεφτόμουν γιατί μου τηλεφώνησε η μητέρα μου έτσι ξαφνικά
40%	Όταν σκέφτομαι πόση δουλειά έχω να κάνω
50%	Όταν σηκώνω χέρι στην τάξη και ξέρω την απάντηση
60%	Όταν σκέφτομαι να πάω στον καθηγητή για βοήθεια
70%	Μιλώντας με φίλους για τη ζωή μετά την αποφοίτηση
80%	Να σηκώνω το χέρι όταν δεν είμαι σίγουρη για την απάντηση
90%	Η νύχτα πριν τις εξετάσεις στα οικονομικά
100%	Το τροχαίο ατύχημα του πατέρα μου

Σχήμα 3 Παραδειγματική Κλίμακα Συναισθηματικής Έντασης
ενός ασθενή

Σύμφωνα με την Beck (1995), ασθενής και θεραπευτής συνεχίζουν με τον ίδιο τρόπο μέχρι να επιλέξουν δέκα καταστάσεις διαφορετικών συναισθηματικών εντάσεων. Μερικές φορές, επανεκτιμούν την ένταση μιας κατάστασης. Ενώ, κάποιες άλλες, διαγράφουν μία κατάσταση όταν ο ασθενής κρίνει ότι προκαλεί την ίδια συναισθηματική ένταση με μια άλλη. Ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να συνεχίσει στο σπίτι εάν ο χρόνος δεν φτάνει για να συμπληρωθούν και οι δέκα καταστάσεις. Όταν αυτές οι καταστάσεις ταξινομούνται από το καθόλου έως το πάρα πολύ, ο θεραπευτής τις διαβαθμίζει με μεσοδιαστήματα του 10%. Βεβαιώνεται, βέβαια, ότι οι αριθμοί ανταποκρίνονται στην κάθε κατάσταση. Αν αυτό δεν μπορεί να γίνει, τότε αναθεωρεί τις καταστάσεις ή και τη βαθμολογία, αφού διδάσκει και τον ασθενή πώς να χρησιμοποιεί την κλίμακα.

2.5.6. Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΩΣ ΟΔΗΓΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ασθενής μπορεί να μη γνωρίζει ποιες καταστάσεις πρέπει να συζητήσει στη θεραπεία. Τότε, ο θεραπευτής ζητά να αξιολογήσει την ένταση της δυσφορίας που ένιωσε ή νιώθει, για να αποφασίσει αν θα ωφεληθεί από τη συζήτηση αυτής της κατάστασης.

Με λίγα λόγια, ο θεραπευτής αφού αποκτήσει μια εικόνα σαφή για την κατάσταση που αναστατώνει τον ασθενή, τον βοηθά να διαφοροποιήσει τα συναισθήματά του και τις σκέψεις του, παραμένοντας εμπαιθητικός καθ' όλη τη διάρκεια και βοηθώντας τον να εκτιμήσει τη δυσλειτουργική σκέψη που επηρέασε τη διάθεσή του (Beck J., 1995).

2.5.7. ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Οι πυρηνικές πεποιθήσεις, έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες, θετικές και αρνητικές σε κάθε τομέα της ζωής. Οι πυρηνικές πεποιθήσεις επηρεάζουν τη διάθεση ενός ατόμου, τις σχέσεις του, τη δουλειά του, ό,τι κάνει για διασκέδαση ακόμη και για τη φυσική του υγεία.

Είναι εύκολο να αναγνωριστούν οι συνέπειες στη διάθεση. Π.χ. αν πιστεύει κάποιος ότι ο κόσμος είναι ένα εχθρικό μέρος γεμάτο κινδύνους, η διάθεσή του θα χρωματιστεί από άγχος καθώς θα προσπαθεί συνεχώς να προστατεύει τον εαυτό του από τις «πανωλεθρίες». Από την άλλη μεριά, εάν θεωρεί τον κόσμο ένα σχετικά ασφαλές μέρος, η διάθεσή του θα είναι πιο ήρεμη και πιο ξεκούραστη.

Οι πυρηνικές πεποιθήσεις τείνουν να ενδυναμώνουν η μία την άλλη, κάνοντας έτσι την επίδρασή τους ακόμη πιο βαθιά. Μία περίπτωση είναι κάποιων αδελφών, που η μία αδελφή είναι γνωστή στην οικογένειά της ως «Πολυάννα» επειδή είναι τόσο χαρούμενη όλη την ώρα, ενώ η άλλη της η αδελφή είναι η λεγόμενη «γκρινιάρα». Η μία πιστεύει ότι την αγαπούν, ότι την αντιμετωπίζουν τις πιο πολλές φορές δίκαια, και ότι πραγματικά ανήκει στην οικογένειά της και στην κοινότητα. Η άλλη όμως έχει εντελώς διαφορετικές πεποιθήσεις, δηλαδή ότι λίγοι άνθρωποι νοιάζονται πραγματικά για αυτήν, ότι την αδικούν, και πως δεν ανήκει πραγματικά πουθενά. Οι εμπειρίες των αδελφών αυτών, τα βιώματά τους και οι συνθήκες που ζουν είναι πολύ παρόμοιες. Η διαφορά έγκειται στις πεποιθήσεις. Της μιας, οι θετικές πεποιθήσεις κάνουν τον κόσμο ένα πεδίο ανοιχτό, αισιόδοξο, ενώ της άλλης οι αρνητικές πεποιθήσεις κάνουν τον κόσμο να μοιάζει με σκοτεινή φυλακή (Mckay M., 1991).

2.5.8. ΣΧΕΣΕΙΣ

Όπως έχουμε αναφέρει, οι πεποιθήσεις ενός ατόμου επηρεάζουν τη ζωή του, άρα και τη συμπεριφορά του. Η επιρροή αυτή γίνεται περισσότερο φανερή στον τομέα των σχέσεων. Οι πεποιθήσεις μπορούν κυριολεκτικά να δημιουργήσουν ή να χαλάσουν μία σχέση αγάπης, ένα γάμο, ή μια οικογένεια (Mckay M., 1991).

Εάν κάποιος έχει υπερβολικά στάνταρ για τον εαυτό του και για τους άλλους, ίσως ποτέ δεν βρει κάποιον που να ανταποκρίνεται στα ιδανικά του. Επίσης ίσως αποτύχει στην αγάπη επειδή πιστεύει ότι δεν είναι άξιος για αυτήν.

Παρόλα αυτά, εάν έχει κάποιος λογικά στάνταρ και πιστεύει ότι αξίζει την αγάπη και πως υπάρχουν πολλοί κατάλληλες σύντροφοι εκεί έξω, οι πιθανότητες να βρει κάποια είναι πάρα πολλές. Οι πεποιθήσεις επιδρούν κυρίως στις στενές σχέσεις. Π.χ. ο Jack και η Susie ήταν παντρεμένοι για δύο χρόνια όταν αυτός πήρε μια δουλειά όπου απαιτούνταν να λείπει από το σπίτι τρεις μέρες την εβδομάδα. Μέχρι τότε η έλλειψη αυτοπεποίθησης της Susie και η εξάρτησή της για τον Jack δεν ήταν πρόβλημα. Αλλά τώρα ήταν μόνη της για αρκετό διάστημα. Έπρεπε ξαφνικά να έρθει αντιμέτωπη με τον σπιτονοικοκύρη της, με το αμάξι της που χάλασε, με το να βρει να κάνει κάτι τα απογεύματα και το χειρότερο από όλα με συναισθήματα αίσθησης μοναξιάς, αβοήθητου και πως είναι εκτεθειμένη. Μετά από αρκετές τηλεφωνικές συζητήσεις γεμάτες δάκρυα, και ολονύχτιους καυγάδες, ο Jack συμφώνησε να παραιτηθεί. Όμως ήταν πολύ πικραμένος και αυτό ήταν η αρχή του τέλους για το γάμο τους.

Οι πεποιθήσεις επηρεάζουν επίσης τη σεξουαλική ζωή ενός ατόμου. Π.χ. ένα ζευγάρι τελικά χώρισε, και εξαιτίας, κατά ένα μεγάλο

μέρος, της σεξουαλικής τους επικοινωνίας που ήταν μη ικανοποιητική. Φαινόταν ότι ο άντρας ήθελε η γυναίκα του να παίρνει πρωτοβουλίες για το σεξ συχνότερα, ενώ εκείνη ήθελε να την ενθουσιάζει περισσότερο και να σταματήσει να ρωτά: «Ολοκλήρωσε;» όταν είχε τελειώσει η διαδικασία. Αποδείχτηκε ότι είχαν διαφορετικές πυρηνικές πεποιθήσεις. Η γυναίκα πίστευε ότι είχε λίγο έλεγχο στη ζωή της, συμπεριλαμβανόμενης και της σεξουαλικής της ζωής. Δεν ένιωθε αρκετή αυτοπεποίθηση για να έχει τον έλεγχο της κατάστασης και να παίρνει πρωτοβουλίες στο σεξ. Ο άντρας της είχε και εκείνος ένα παρόμοιο αίσθημα αδυναμίας που τον παρεμπόδιζε να είναι ο δυναμικός εραστής που η γυναίκα του ήθελε. Επιπλέον τα υψηλά, άκαμπτα στάνταρ που είχε, τον άφηναν να κάνει έρωτα με έναν μόνο τρόπο με έναν συγκεκριμένο ρυθμό και μια σειρά από πράξεις που έπρεπε να αποκορυφωθούν σε ταυτόχρονο οργασμό αλλιώς όλη διαδικασία θα ήταν αποτυχημένη (Mckay M., 1991).

Ο αριθμός και η ποιότητα των φιλιών επηρεάζονται επίσης από τις πεποιθήσεις αυτές. Εάν πιστεύει κάποιος πως οι άλλοι άνθρωποι είναι βασικά καλοί, αξιόπιστοι και ενδιαφέρον, θα τείνει να κάνει φίλους εύκολα. Οι άγνωστοι θα τον βρίσκουν επίσης καλό, αξιόπιστο και ενδιαφέρον. Εάν επίσης πιστεύει σε λογικά στάνταρ για την δική του και των άλλων ανθρώπων συμπεριφορά, θα έχει ευκολία στο να διατηρεί τις φιλίες του ενώ αναπόφευκτα προκύπτουν δυσκολίες. Εάν όμως αυτόματα δεν εμπιστεύεται τους άγνωστους από θέμα αρχής, και συγκρίνει τη συμπεριφορά τους με αυστηρά στάνταρ, έχει λιγότερες και σύντομες φιλίες.

Εάν κάποιος έχει παιδιά, οι πυρηνικές του πεποιθήσεις θα καθορίσουν την ποιότητά του σαν γονέα και τις πεποιθήσεις που τα παιδιά του θα αναπτύξουν. Π.χ. η Marianne είχε βαθιές αμφιβολίες για

την ικανότητά της ως μητέρα. Συχνά έθετε νόμους και αργότερα άλλαζε γνώμη και τους μετέτρεπε. Την μια μέρα ήταν αυστηρή και άκαμπτη, και την άλλη δοκίμαζε τη μέθοδο της διαλεκτικής. Η διστακτικότητά της και η έλλειψη σταθερότητας μεταδόθηκαν στην κόρη της που έγινε μια μπερδεμένη, διστακτική ενήλικας. Αναρωτιόταν για το αν είχε την ικανότητα να γνωρίζει τα όρια και πώς να είναι μέσα σε αυτά (McKay M., 1991).

2.5.9. ΔΟΥΛΕΙΑ

Οτιδήποτε στη δουλειά του καθενός επηρεάζεται από τις κεντρικότερες ιδέες και σκέψεις του, ξεκινώντας από την επιλογή του για το τι θα ακολουθήσει στην καριέρα του. Εάν κάποιος έχει αυτοπεποίθηση για τις ικανότητές του και την αξία του, θα διαλέξει ένα χώρο που πραγματικά τον ενδιαφέρει και θα έχει μια καλή ευκαιρία να βρει μια καλοπληρωμένη δουλειά. Εάν όμως τελειώσει το σχολείο ή κάποιο κολέγιο έχοντας αμφιβολίες για τις ικανότητές του, είναι πιθανότερο να ψάχνει για κάτι ασφαλές και εύκολο και ίσως να χάσει ένα ριζοσπαστικό αλλά επικερδέστερο μονοπάτι.

Παρόλα αυτά, ακόμα και σε μια δουλειά σίγουρη, οι πεποιθήσεις κάποιου μπορούν να επηρεάσουν το παρουσιαστικό του. Με πεποιθήσεις όπως «Έχω ικανότητες», «Είμαι δυναμικός», «Είμαι ασφαλής», μπορεί να αναλάβει προκλητικά και δύσκολα καθήκοντα με αυτοπεποίθηση και να μείνει επικεντρωμένος στο καθήκον. Αντίθετα, αν πιστεύει ότι «Τα έχω θαλασσώσει», ή «Δεν μπορώ να έχω τον έλεγχο στη δουλειά μου», θα εξελιχτεί κάνοντας λάθη από φόβο και διστακτικότητα, θα είναι επικριτικός και ίσως βιώσει την αποτυχία.

Μια περίπτωση είναι δύο συνάδελφοι Κοινωνικοί Λειτουργοί, ο Jacob και η Harriet. Δούλευαν στην ίδια Κοινωνική Υπηρεσία, με τον ίδιο πληθυσμό ασθενών και είχαν πολλά κοινά καθήκοντα. Ένα καθήκον που μοιράζονταν κοινά, ήταν η προσπάθεια ανεύρεσης δουλειάς για ανάπηρους ασθενείς. Και οι δύο, είχαν την ίδια λίστα τηλεφωνικών νούμερων των τοπικών επιχειρήσεων που συχνά εργοδοτούσαν ανάπηρα άτομα, αλλά η Harriet τοποθέτησε διπλάσιους ασθενείς από ότι ο Jacob. Η μεγάλη διαφορά ήταν στις πυρηνικές του πεποιθήσεις. Η Harriet ένιωθε αρκετά ικανή και πως είχε τον έλεγχο της κατάστασης. Ακολουθεί το τηλεφώνημα που έκανε για εργοδότηση.

«Γειά σας. Είμαι η Harriet από την Κοινωνική Υπηρεσία. Κοιτάζτε, έχω μια καταπληκτική γυναίκα που είναι έτοιμη να αναλάβει κανονική δουλειά. Πιστεύω θα την συμπαθήσετε! Το όνομά της είναι Janie και ζει ακριβώς στη γειτονιά σας. Είναι χαρούμενη, πρόθυμη και σκληρή εργάτρια. Θα ήταν ακριβώς η κατάλληλη για να συγκεντρώνει αυτά τα μικρά πλαστικά πράγματα που εσείς παιδιά φτιάχνετε. Θα μπορούσα να την φέρω αύριο απόγευμα για μια συνέντευξη».

Ο Jakob από την άλλη μεριά ένιωθε ανίκανος και όταν ήταν στο έλεος της γραφειοκρατίας. Όταν τελικά πίεσε τον εαυτό του να κάνει ένα τηλεφώνημα, ήταν κάπως έτσι:

«Γειά σας, είναι ο Jakob Meyer από την Κοινωνική Υπηρεσία. Αναρωτιόμουν εάν ίσως έχετε μια κενή θέση εργασίας για έναν από τους ασθενείς μας. Έχει μαθησιακές δυσκολίες και δεν μπορεί να διαβάσει ή να γράψει, αλλά πιστεύουμε ότι ίσως είναι έτοιμη για δουλειά σε ένα προφυλαγμένο περιβάλλον που απαιτεί περιορισμένες δυνατότητες».

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για το πώς η Harriet τοποθέτησε τους διπλάσιους. Όταν κάποιος πρόκειται να είναι δημιουργικός ή να πάρει ρίσκο σε μια δουλειά, οι πεποιθήσεις του μπορούν να κάνουν μια μεγάλη διαφορά. Η επιθυμία για δημιουργικότητα προέρχεται από μια βαθιά ριζωμένη πυρηνική πεποίθηση για την αυτονομία ενός ατόμου και τη δύναμή του. Χωρίς μια τέτοια πεποίθηση δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την ελευθερία σκέψης, τη θέληση και τη δράση που χρειάζεται (Mckay M., 1991).

2.5.10. ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

Οι ευχάριστες στιγμές υπηρετούν δύο σημαντικούς σκοπούς. Επιτρέπουν στο άτομο να ξεκουραστεί και του παρέχουν ενθουσιασμό. Η Joelle ήταν μια 40χρονη ημιαγχώδης γυναίκα που ζούσε ακόμη με τη μητέρα της. Ήταν πολύ εξαρτημένη στη μητέρα της και ένιωθε ανάξια χωρίς να «συμβάλλει». Αυτό σήμαινε ότι περνούσε όλο το χρόνο της, είτε ράβοντας για πελάτες, κάνοντας τις δουλειές του σπιτιού ή φροντίζοντας την υποχονδριακή μητέρα της. Ένιωθε πως δεν άξιζε οποιαδήποτε ξεκούραση ή χαλάρωση. Ήταν κουρασμένη όλη την ώρα αλλά αρνιούνταν να ξεκουραστεί. Έτσι, ο λαθεμένος τρόπος σκέψης της στερούσε από αυτήν την ξεκούραση (Mckay M., 1991).

2.5.11. ΥΓΕΙΑ

Μερικές πεποιθήσεις είναι κακές για την υγεία του ανθρώπου. Ο Jim Henson, ο δημιουργός των χαρακτήρων Muppet ήταν ένα

παράδειγμα. Ήταν ένας έξοχος αλλά ντροπαλός και κλεισμένος στον εαυτό του άντρας που πέθανε από μία μόλυνση που εύκολα θα είχε θεραπευτεί εάν είχε απλά πάει στο γιατρό. Όμως δεν ήθελε να ενοχλήσει κανέναν. Δεν είχε την πεποίθηση για την προσωπική του αξία και αυτονομία του, που θα του είχε επιτρέψει να φροντίσει τον εαυτό του και να λάβει στα σοβαρά την υπόστασή του.

Από την άλλη ακραία άποψη, ότι ο κόσμος είναι ένας επικίνδυνος, μολυσματικός χώρος μπορεί να οδηγήσει σε υποχονδρία. Ή αν κάποιος πιστεύει πως δεν μπορεί να βασίζεται στον εαυτό του ίσως αρχίσει να βασίζεται σε υποκατάστατα όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά – που θα ήταν απόλυτα καταστροφικό (McKay M., 1991).

Από τη θετική πλευρά, ο άνθρωπος θα τείνει να φροντίσει τον εαυτό του εάν πιστεύει πως αξίζει, πως τον αγαπούν και ελέγχει τη ζωή του. Φυσικά, οι πεποιθήσεις μεγαλύτερες επιδράσεις έχουν στην ψυχική υγεία με αποτέλεσμα το άτομο να αντιλαμβάνεται μέσα από αυτές τον κόσμο και την πραγματικότητα και αυτό να οδηγήσει σε διαταραχές. Αυτές τις πεποιθήσεις διερεύνησε και ο Beck και αυτή η θεωρία στοχεύει στη μετατροπή αυτών.

Στη συνέχεια ακολουθούν δύο πίνακες που δείχνουν πως οι πυρηνικές πεποιθήσεις έχουν διάφορες συνέπειες στους τομείς που αναλύθηκαν παραπάνω:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ (1)

Πυρηνική Πεποίθηση: Οι άλλοι άνθρωποι είναι βασικά εγωιστές, επιθετικοί και άσπλαχνοι

	ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ	ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ
ΔΙΑΘΕΣΗ (Τα συνήθη, επικρατέστερα αισθήματα που χρωματίζουν την ύπαρξή σας)	Κυνικός και καταθλιπτικός	
ΣΧΕΣΕΙΣ (Με τον σύντροφό σας, εραστή σας, γονείς, αδέρφια, παιδιά, πεθερικά, φίλοι, άγνωστοι)	<ul style="list-style-type: none"> • Λίγοι φίλοι • Δυσπιστία ακόμη και στο σύζυγο, που μ' αγαπά • Καμία γνωριμία με τους γείτονες • Ο γιος μου έχει επίσης λίγους φίλους • Το σεξ είναι πάντα μια διαδικασία – δεν μπορώ ν' αφεθώ 	<ul style="list-style-type: none"> • Νιώθω προστασία με την δυσπιστία μου • Σπάνια εκπλήσσομαι για το τι κάνουν οι φίλοι
ΔΟΥΛΕΙΑ (Επιλογή καριέρας, παρουσιαστικό, λήψη ρίσκου, δημιουργικότητα, σχέσεις με συνεργάτες, επαγγελματική σταθερότητα και ικανοποίηση)	<ul style="list-style-type: none"> • Οι ασθενείς μου δεν «ανοίγονται». Είμαι περισσότερο ένας τεχνικός παρά θεραπευτής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Καλός για τους λογαριασμούς • Αναλαμβάνω πολύ δουλειά επειδή δεν χάνω το χρόνο μου σε εκδηλώσεις και άστοχες συζητήσεις

ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

(Ικανότητα για χαλάρωση, βίωση της ευχαρίστησης, αναζήτηση της περιπέτειας χόμπυ και ενδιαφέροντα)

- Δυσκολία στη συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες
- Οι διακοπές στο Μεξικό επιβεβαίωσαν τις υποψίες μου, του ότι γίνομαι αντικείμενο απάτης και κοροϊδίας
- Δυσκολία στην ξεκούραση ενώπιον αγνώστων και διασκέδασης σε πάρτι
- Απολαμβάνω το διάβασμα, την κατάδυση – πράγματα που μπορώ και κάνω μόνος

ΥΓΕΙΑ

- Πονοκέφαλοι, προβλήματα στομάχου
- Πάντα παίρνω μια δεύτερη άποψη

ΑΛΛΑ

(Εκκλησιαστική ή εθελοντική δράση, πολιτική δράση, κ.λπ.)

- Δεν συμμετέχω σε οργανωμένες δραστηριότητες. Δεν ξέρω αν αυτό είναι θετικό ή αρνητικό

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ (2)

Πυρηνική Πεποίθηση: Δεν είναι ασφαλής. Η ζωή είναι γεμάτη κινδύνους

	ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ	ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ
ΔΙΑΘΕΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> Αγχώδης εάν πρέπει να πετάξω με αεροπλάνο, μόνος σε ένα ταξίδι, να μείνω σ' ένα ξενοδοχείο στον 1^ο όροφο από ους δέκα 	<ul style="list-style-type: none"> Νιώθω ωραία στο σπίτι μου και στην γειτονιά μου
ΣΧΕΣΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none"> Σπάνια επισκέπτομαι τον αδελφό μου 	<ul style="list-style-type: none"> Η γυναίκα μου σιχάινεται τα ταξίδια επίσης, της αρέσει να είναι ασφαλής στο σπίτι
ΔΟΥΛΕΙΑ	<ul style="list-style-type: none"> Κανένα πρόβλημα 	<ul style="list-style-type: none"> Εκ φύσεως ξεχωρίζω τα ανασφαλή σπίτια και τα επικίνδυνα δάνεια
ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> Ποτέ δεν κάνω επικίνδυνα σπορ όπως η αναρρίχηση 	<ul style="list-style-type: none"> Μ' αρέσει να συλλέγω παλιά παιχνίδια – ένα ωραίο, ασφαλές χόμπι
ΥΓΕΙΑ	<ul style="list-style-type: none"> Ανησυχία μήπως αρρωστήσω 	<ul style="list-style-type: none"> Διαβεβαιώνονται κάνοντας τσεκ απ κάθε χρόνο

- Δεν ξέρω πώς να δημιουργήσω κάτι που είναι 100% δικό μου
- Η άποψη του Γιώργου είναι τόσο σημαντική για μένα, που είμαι σαν ένα κουταβάκι που περιμένει έπαινο
- Το να καθαρίζεις σπίτια είναι τόσο βαρετό. Είμαι σίγουρη ότι πρέπει να είμαι κάπου καλή σε κάτι πιο ενδιαφέρον, αλλά δεν μπορώ να δραστηριοποιηθώ

ΔΙΑΣΚΕΛΑΣΗ

- Κάνουμε πάντα ό,τι θέλει ο Γιώργος
- Κάνουμε ωραία πάρτι μαζί
- Δεν μπορώ να ξεκουραστώ όταν λείπει
- Θα ήθελα να πάω στην Ιταλία αλλά ο Γιώργος μισεί τα ταξίδια

ΥΓΕΙΑ

- Δεν φροντίζω τον εαυτό μου – είχα τη κύστη μου για βδομάδες πριν τελικά κάνω κάτι

ΑΛΛΑ

- Θα 'θελα να 'μαι εθελόντρια σ' ένα οικολογικό γκρουπ αλλά ο Γιώργος πιστεύει ότι είναι χάσιμο χρόνου, και έτσι δεν το σκέφτομαι

(Mckay M., 1991).

Αφού αναλύσαμε, λοιπόν, το γνωσιακό μοντέλο, το οποίο στηρίζεται στη θεωρία των γνωσιών, των αυτόματων σκέψεων, των διεργασιών, των σχημάτων και πεποιθήσεων και πώς αυτά επηρεάζουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά ενός ατόμου, θα ακολουθήσει το επόμενο κεφάλαιο, στο οποίο θα περιγράψουμε τι γίνεται στις συνεδρίες, όπου θεραπευτής και ασθενής δουλεύουν πάνω στο γνωσιακό μοντέλο και πώς ο ασθενής εξοικειώνεται με την όλη διαδικασία της θεραπείας, αναλύοντας τη δομή και τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια της αρχικής συνεδρίας, αλλά και των υπολοίπων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

3.1.1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ

Πρόκειται για μια μορφή ψυχοθεραπείας, που βασίζεται στην ενεργητική συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς και εστιάζεται κυρίως στα παρόντα προβλήματα του τελευταίου και την αντιμετώπισή τους.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι αρκετά άμεση απέναντι στον ασθενή και στα προβλήματά του, αρκετά δομημένη και κατά κανόνα βραχεία, ενώ οι κυριότερες επεμβάσεις γίνονται με τη μορφή των ερωτήσεων.

Η γνωσιακή θεραπεία, όπως έχει προαναφερθεί, παρέχει στους ασθενείς την δυνατότητα να καταλαβαίνουν τα προβλήματά τους, να μαθαίνουν να εκφράζονται και να μαθαίνουν επίσης τεχνικές που θα περιορίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες και θα λύσουν τα προβλήματα (Χριστοδούλου και Συνεργάτες, 2000).

3.1.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η εμπνευσμένη από τον Beck προσέγγιση, θεωρείται ότι αποτελείται από τα ακόλουθα απαραίτητα θεραπευτικά χαρακτηριστικά:

Χρονική διάρκεια

Η κάθε θεραπεία έχει συνολικό αριθμό συνεδριών 15-25 στις συνήθεις εφαρμογές της, πάνω από 3-4 μήνες και η καθεμιά με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, αλλά σε μερικές περιπτώσεις –και ιδίως αρχικά– δύο και τρεις φορές την εβδομάδα.

Δομή

Κάθε σύνοδος είναι διάρκειας περίπου 50 λεπτών με 1 ώρα.

Agenda

Κάθε σύνοδος είναι δομημένη με την χρήση μιας ημερήσιας διάταξης για να βελτιστοποιήσει τη χρήση του χρόνου.

Οριοθέτηση του προβλήματος

Θεραπευτής και ασθενής εστιάζουν στον καθορισμό και την επίλυση των παρόντων προβλημάτων.

Βιογραφική αναφορά

Εξετάζει το «εδώ και τώρα» χωρίς λεπτομερειακή προσφυγή στην απόμακρη, παρελθοντική ιστορία του ασθενή.

Μαθησιακό μοντέλο

Δεν χρησιμοποιεί ψυχοδυναμικά, υποθετικά κατασκευάσματα για να εξηγήσει τη συμπεριφορά του ασθενή. Η μη λειτουργική συμπεριφορά αποδίδεται στη μη σωστή εκμάθηση.

Η επανεκμάθηση μιας πιο λειτουργικής συμπεριφοράς είναι ο στόχος.

Επιστημονική μέθοδος

Μια πειραματική μέθοδος υιοθετείται, θεραπεία που περιλαμβάνει το να συλλέγεις στοιχεία (προβλήματα, σκέψεις, συμπεριφορές),

διατυπώνοντας τις υποθέσεις, οργανώνοντας τα πειράματα και αξιολογώντας τα αποτελέσματα.

Δουλειά στο σπίτι (homework) ή γνωσιακές καταγραφές

Στα μεσοδιαστήματα των συνεδριών συνιστώνται εργασίες στο σπίτι. Ως δουλειά στο σπίτι εννοείται η εξωσυνεδριακή «θεραπευτική» δραστηριότητα ή άσκηση που έχει συμφωνηθεί και ανατεθεί στον άρρωστο, για τη συλλογή στοιχείων, την επαλήθευση των υποθέσεων και την πρακτική των γνωσιακών δεξιοτήτων. Η «δουλειά στο σπίτι» είναι δυνατό να περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίων, την έκθεση σε φοβογόνα ερεθίσματα, την καταγραφή και αμφισβήτηση δυσλειτουργικών σκέψεων και πεποιθήσεων (εκμάθηση καταγραφών χρησιμοποιώντας την 5πλή στήλη).

Συνεργατικός εμπειρισμός (collaborative empiricism)

Ασθενής και θεραπευτής δουλεύουν μαζί για να λύσουν τα προβλήματα. Ως συνεργατικό εμπειρισμό εννοούμε την πεποίθηση του θεραπευτή ότι ο άρρωστος είναι συνεργάτης και σύμμαχος σε μια κοινή προσπάθεια συστηματικής αξιολόγησης και τροποποίησης των δυσπροσαρμοστικών νοητικών κατασκευών και συμπεριφορών του τελευταίου.

Ενεργητικότητα και καθοδήγηση

Ο θεραπευτής υιοθετεί έναν ενεργητικό και καθοδηγητικό ρόλο στη διαδικασία της θεραπείας. Μπορεί να είναι διδακτικός μερικές φορές αλλά ο κύριος ρόλος του είναι να διευκολύνει στον αυτο-καθορισμό και την επίλυση των προβλημάτων.

«Σωκρατικός» τρόπος ερώτησης

Η κύρια θεραπευτική μέθοδος είναι οι Σωκρατικού τύπου ερωτήσεις, οι οποίες είναι να υποβληθεί μία σειρά ερωτήσεων που στοχεύουν να φέρουν τον ασθενή στο σημείο να προσδιορίσει την ελλοχεύουσα

σκέψη του, να υιοθετήσει εναλλακτικές λύσεις ή να εκφράσει τις απόψεις του.

Ειλικρίνεια

Η θεραπευτική διαδικασία δεν είναι κρατημένη μυστικά. Είναι ξεκάθαρη και ανοιχτή, και θεραπευτής – ασθενής, μοιράζονται μια κοινή κατανόηση του τι γίνεται στην θεραπεία.

Συναισθηματική κατανόηση (empathy)

Ως συναισθηματική κατανόηση εννοούμε την ικανότητα του θεραπευτή να αισθάνεται και να κατανοεί τον εσωτερικό κόσμο (σκέψεις και συναισθήματα) του αρρώστου, χωρίς ταυτόχρονα να παραβλέπει το γεγονός ότι δεν είναι ο ίδιος στη θέση του αρρώστου (Παπακώστας Ι., 1994).

Η θεραπεία γίνεται συνήθως σε ατομική βάση, χωρίς να αποκλείεται και η εφαρμογή της σε ομαδικά πλαίσια. *Σχηματικά, η όλη θεραπευτική παρέμβαση ακολουθεί μια φασική πορεία ή διαδικασία:*

- Στις αρχικές φάσεις, ο θεραπευτής φροντίζει για τη δημιουργία της κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης, την εξοικείωση του ασθενούς με τη γνωσιακή θεωρία και πρακτική και την εκπαίδευσή του για αυτορρύθμιση, που περιλαμβάνει την αυτοπαρατήρηση και την αυτοκαταγραφή. Στην αρχή οι θεραπευτικές επεμβάσεις αποσκοπούν στην άμεση δραστηριοποίηση και βελτίωση ή ανακούφιση του αρρώστου. Κατά τη διάρκεια των επεμβατικών χειρισμών, όπως είναι ο προγραμματισμός και η κατάτμηση των δραστηριοτήτων σε απλούστερες, ώστε να μεγιστοποιηθούν οι πιθανότητες επιτυχούς εκτέλεσης του συνολικού έργου, ο θεραπευτής βρίσκεται σε διαρκή ετοιμότητα εντοπισμού και τροποποίησης δυσλειτουργικών σκέψεων, εικόνων και πεποιθήσεων

του αρρώστου, που είναι δυνατό να σταθούν εμπόδιο στις προσπάθειες δραστηριοποίησής του.

- Ακολουθεί η κύρια φάση της θεραπείας, με την εισαγωγή διαφόρων επεμβατικών διαδικασιών. Στις όψιμες φάσεις και μετά την κινητοποίηση και προσωρινή βελτίωση του αρρώστου, ενεργά πλέον και με συστηματικό τρόπο επιχειρείται η αξιολόγηση και η τροποποίηση εκείνων των στοιχείων του συστήματος των νοητικών κατασκευών του ατόμου, που πιστεύεται πως συμμετέχουν ενεργά στην εμφάνιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. Καθώς προαναφέραμε, για την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων, είναι δυνατό να χρησιμοποιήσουμε τις ακόλουθες επεμβατικές διαδικασίες:

- 1) Διαδικασίες ελέγχου της ορθότητας ή εγκυρότητας μιας πεποίθησης (ορθολογική προσέγγιση).
 - 2) Διαδικασίες που δίνουν έμφαση στην εξεύρεση εναλλακτικών (νοοκατασκευαστική προσέγγιση) και όχι στον έλεγχο της εγκυρότητας, όπως στην πρώτη περίπτωση.
 - 3) Διαδικασίες που επικεντρώνονται στις συνέπειες από την υιοθέτηση μιας πεποίθησης (πραγματιστική προσέγγιση) και όχι στην ορθότητά της (πρώτη περίπτωση) ή στην εξεύρεση εναλλακτικών (δεύτερη περίπτωση).
- Στις τελικές συνεδρίες η έμφαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει τα εφόδια που απέκτησε στη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, μόνος του και χωρίς την βοήθεια του θεραπευτή, αν και όταν τα χρειαστεί στο μέλλον (Χριστοδούλου Γ. και Συνεργάτες, 2000).

Σύμφωνα με τον Westermeyer R., η Γνωσιακή θεραπεία δεν είναι «μαγική σφαίρα». Για να ωφεληθεί κάποιος, πρέπει να προσπαθεί να χρησιμοποιεί τις δεξιότητες και εκτός της θεραπείας. Πολλοί βρίσκουν τις αρχικές συνεδρίες δύσκολες, επειδή οι δεξιότητες δεν επιφέρουν ολοκληρωτική ελάττωση των συμπτωμάτων. Παρομοιάζει τη Γνωσιακή θεραπεία με την εκμάθηση μιας ξένης γλώσσας. Αρχικά, οι στόχοι αυτοελέγχου, ο σχεδιασμός δραστηριότητας και οι υπό αμφισβήτηση σκέψεις κάνουν κάποιον να νιώθει αδέξιος και το αποτέλεσμα φαίνεται να μην αξίζει τον κόπο. Όπως είναι στην εκμάθηση μιας ξένης γλώσσας, όσο περισσότερη εξάσκηση γίνεται στην χρησιμοποίηση των γνωσιακών δεξιοτήτων, τόσο αποτελεσματικότερες θα είναι, αυτόματες και η διάρκειά τους θ' ανακουφίζει. Η Γνωσιακή είναι ένα «*διαλογικό εργαστήριο*» (www.habirsmart.com, 2005).

3.2. ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ένα από τα αρχικά στάδια της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας που έπεται της κλινικής και γνωσιακής αξιολόγησης της ψυχοπαθολογίας του ασθενή, είναι η εξοικείωση με το γνωσιακό μοντέλο θεραπείας προκειμένου ο ασθενής να κατανοήσει ότι δεν είναι τα γεγονότα αιτία του προβλήματός του αλλά ο τρόπος που αυτά ερμηνεύονται. Η εξοικείωση του θεραπευόμενου με την Γνωσιακή προσέγγιση δεν περιορίζει απλώς τις πιθανότητες δημιουργίας δυσχερειών στη θεραπευτική προσπάθεια αλλά επιπροσθέτως τον επιστρατεύει ώστε η προσπάθεια να γίνει πιο παραγωγική και αποτελεσματική. Επίσης βοηθά στο να αυξηθεί η συμφωνία μεταξύ των προσδοκιών του

θεραπευτή και των προσδοκιών του ασθενή για τη θεραπεία: Αν αυτές παραμείνουν αρκετά διαφορετικές, ο ασθενής ίσως αποφασίσει να μην συνεχίσει τη θεραπεία (Persons J., Davidson J., Toupkins M., 2002).

Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί μία διδακτική προσέγγιση, για να εξηγήσει το γνωσιακό μοντέλο θεραπείας εξασφαλίζοντας μία βασική κατανόηση και μελλοντική συνεργασία απ' τον ασθενή. Μ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται η πιθανή, μελλοντική αντίσταση του ασθενή ή οποιεσδήποτε άλλες δυσχέρειες προκύψουν. Η εξοικείωση δεν είναι μια παθητική διαδικασία που αποκτιέται με τρόπο αυτόματο, αλλά προϋποθέτει συστηματική και εστιασμένη προσπάθεια του θεραπευτή. Εάν ψυχοθεραπεία σημαίνει μια συλλογιστική, μία σχέση και μια συστηματική ή τυπική επεμβατική διαδικασία (τεχνικές), τότε και η προσπάθεια εξοικείωσης του θεραπευόμενου εστιάζεται αντίστοιχα σε καθένα απ' τα στοιχεία αυτά.

Λέγοντας εξοικείωση εννοούμε:

α) Εξοικείωση στην Γνωσιακή συλλογιστική

Να γίνει δηλαδή ο ασθενής με την βοήθεια του θεραπευτή, ικανός να ξεχωρίζει τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές καθώς και τις μεταξύ τους σχέσεις. Μαθαίνει ότι στην συμπεριφορά του παίζουν ρόλο όχι μόνο τα «γεγονότα» ή οι «καταστάσεις» αλλά ο μοναδικός τρόπος που αυτός ερμηνεύει και δομεί νοητικά αυτές τις καταστάσεις ή τα γεγονότα (η αντίδραση δεν αποτελεί απάντηση στο ερέθισμα, αλλά στην γνωσιακή (νοητική) αναπαράσταση του ερεθίσματος, η οποία είναι βασική γνωσιακή αρχή όπως έχουμε αναφέρει). Ο θεραπευτής προσπαθεί να κάνει κατανοητό ότι οι σκέψεις δεν είναι πραγματικότητες αλλά ερμηνείες της πραγματικότητας και αυτές οι ερμηνείες χρωματίζουν τα αισθήματά μας και καθορίζουν την συμπεριφορά μας. Κατανοεί λοιπόν ο ασθενής ότι το ερέθισμα –

γεγονός είναι η αφορμή της αντίδρασης και όχι η αιτία της. Έτσι διαφορετικές «φωτογραφίες» - μεταφράσεις των καταστάσεων και των γεγονότων οδηγούν σε διαφορετικά συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές. Αυτή η ικανότητα να διαχωρίζονται τα γεγονότα - καταστάσεις από τον τρόπο που δομούνται νοητικά (από τις υποθέσεις) αποκαλείται «αποστασιοποίηση» (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

β) Εξοικείωση με την θεραπευτική σχέση

Ο ασθενής ενστερνίζεται το ρόλο του συνεργάτη και του συμμάχου στην θεραπευτική διαδικασία. Ο θεραπευτής προσπαθεί να δώσει στον ασθενή να κατανοήσει ότι η γνωσιακή θεραπεία δεν είναι μια διαδικασία παθητική του τύπου κάθομαι «κάθομαι στην καρέκλα, λέω τα προβλήματά μου και θα γίνω καλά», αλλά «εσύ και εγώ εναντίον του προβλήματος». Ο θεραπευόμενος μαθαίνει τον «Συνεργατικό Εμπειρισμό». Έτσι σαν συνεργάτες θεραπευτής και θεραπευόμενος δρουν συμπληρωματικά σε μια σχέση συμμαχίας και αλληλοκατανόησης, προκειμένου να σχεδιάσουν «πειράματα», να επινοήσουν εναλλακτικές λύσεις και να ελέγξουν προβλήματα και υποθέσεις. Από κοινού ελέγχουν τις νοητικές χαρτογραφήσεις του ασθενή που είναι υπεύθυνες για το προς θεραπεία «πρόβλημα» του, εξαιτίας του οποίου ο ασθενής δυσλειτουργεί. Άρα μαθαίνουμε τον ασθενή ότι η γνωσιακή είναι μια εκπαιδευτική θεραπεία, όπου θα μάθει τους τρόπους να θεραπεύει τον εαυτό του και θα παίζει ρόλο ενεργητικό προκειμένου να πετύχει την αυτορρύθμιση (Hawton K., Salkovskis P., Kirk J., Clark D., 1988).

Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει ότι το γνωσιακό μοντέλο είναι περισσότερο μια θεραπεία αυτοβοήθειας και ότι ο θεραπευτής στοχεύει στο να βοηθήσει τον ασθενή ν' αναπτύξει δεξιότητες ώστε να ξεπεράσει όχι μόνο τα τωρινά προβλήματα αλλά επίσης παρόμοια

προβλήματα στο μέλλον. Ο θεραπευτής θα πρέπει να δώσει έμφαση στο ρόλο των αναθέσεων δουλειάς στο σπίτι (homework), επισημαίνοντας ότι το κύριο μέρος της θεραπείας λαμβάνει μέρος στην καθημερινή ζωή, με το να κάνει ο ασθενής πράξει ότι έχει συζητηθεί στις θεραπευτικές συνεδρίες. Επίσης σ' αυτό το στάδιο θα πρέπει να δοθούν πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με την δομή των συνεδριών, πόσες θα είναι, πόσο θα διαρκούν και που θα πραγματοποιούνται. Έτσι ο θεραπευτής περιγράφει και κάνει κατανοητά τα χαρακτηριστικά της θεραπείας. Όταν περιγράφει τις δεξιότητες που πρέπει να μάθει στη θεραπεία, ο θεραπευτής θα μπορούσε να πει τα ακόλουθα π.χ. σε ένα καταθλιπτικό άτομο:

«Προτείνω να ξεκινήσουμε την θεραπεία με το να σχεδιάσουμε τις δραστηριότητες που θα σε κινητοποιήσουν και θα μειώσουν την κοινωνική σου απομόνωση. Εφόσον η διάθεσή σου θα βελτιωθεί λίγο, θα σε διδάξω στρατηγικές να κατευθύνεις τις σκέψεις που ίσως διατηρούν την κατάθλιψη σου. Αργότερα στη θεραπεία μπορούμε ν' αντιμετωπίσουμε τις πυρηνικές πεποιθήσεις που ίσως σε κάνουν ευπρόσβλητο σε μελλοντικά επεισόδια της κατάθλιψης. Πώς σου φαίνεται αυτό;»

Έτσι ο θεραπευτής εξοικειώνει τον ασθενή με την εξέλιξη της θεραπείας. Επίσης βοηθούμε τον ασθενή ν' αντιληφθεί τις διάφορες γνωσιακές τεχνικές σαν «πειράματα» για τον έλεγχο μιας υπόθεσης. Μαθαίνει ότι οι «προτεινόμενες τεχνικές» από τον θεραπευτή έχουν δειγματοληπτικό χαρακτήρα. Ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να

επινοήσει εκείνο το πείραμα που ταιριάζει στη δική του υπόθεση. Μαθαίνει λοιπόν ότι οι «τεχνικές» είναι μια καινούρια «γλώσσα», ώστε να μπορέσει να επικοινωνήσει καλύτερα με μια προβληματική περιοχή της ζωής του (Persons J., Davidson J., Tourkins M., 2002).

γ) Εξοικείωση με την έννοια «Γνωσίες» και του ρόλου που αυτές παίζουν στις συγκινήσεις και τις συμπεριφορές του

Σύμφωνα με τους Beck και Συνεργάτες (1979). σαν «γνωσία» μπορεί να ορισθεί για τον ασθενή, «είτε μία σκέψη είτε μια οπτική εικόνα για τις οποίες μπορεί να μην πολύ – έχεις επίγνωση ότι υπάρχει, εκτός αν εστιάσεις την προσοχή σου πάνω σ' αυτές». Ανάλογα με την περίπτωση, ο ρόλος «γνωσίες» μπορεί να περιγραφεί ως: Σκέψεις, εικόνες, εκτιμήσεις, ιδέες, προβλέψεις,πίστεις, δεισιδαιμονίες... Μπορούν λοιπόν να οριστούν για τον ασθενή ως «σκέψεις ή οπτικές εικόνες για τις οποίες μπορεί να μην έχουμε και μεγάλη επίγνωση ότι υπάρχουν, εκτός αν εστιάσουμε την προσοχή μας πάνω σ' αυτές». Ο θεραπευτής λοιπόν, με θεωρητικά και πρακτικά παραδείγματα απ' τη ζωή του ασθενή ή άλλων ατόμων, θα προσπαθήσει να επεξηγήσει στον ασθενή τον ρόλο που οι γνωσίες παίζουν στη δημιουργία αρχικά και την τροποποίηση διαφόρων συγκινήσεων και συμπεριφορών (Ιωάννης Γ. Παπακώστας, 1994, Keith Hawton, Paul Salkovskis, Joan Kirk, David Clark, 1988).

Συνοψίζοντας λοιπόν, η εξοικείωση του ασθενή με τη γνωσιακή θεραπεία είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στην αρχή της θεραπείας και καθορίζει την συνέχεια, την εξέλιξη και την έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης. Ο ασθενής από παθητικός μετατρέπεται σε ενεργητικό και συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων. Αυτοί είναι και οι λόγοι ου ο θεραπευτής αφιερώνει χρόνο για την εξοικείωση του ατόμου κάνοντάς τον συνεργάτη του και όχι παθητικό ακροατή.

3.3. ΔΟΜΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η Γνωσιακή Θεραπεία περιλαμβάνει σταθερές θεραπευτικές διαδικασίες. Ένας μείζων στόχος του γνωσιακού θεραπευτή είναι να κάνει τη διαδικασία της θεραπείας κατανοήσιμη στον ασθενή. Επίσης, ο θεραπευτής επιδιώκει να κάνει τη θεραπεία με έναν όσο γίνεται αποτελεσματικό τρόπο. Η τήρηση μιας τυποποιημένης δομής διευκολύνει αυτές τις επιδιώξεις (Beck J., 1995).

Οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονται πιο άνετα όταν γνωρίζουν τι να περιμένουν από τη θεραπεία, όταν κατανοούν σαφώς τις ευθύνες τους και τις ευθύνες του θεραπευτή τους και όταν έχουν μια σαφή προσδοκία για τον τρόπο που θα προχωρήσει η θεραπεία, τόσο στη διάρκεια μιας μεμονωμένης συνεδρίας, όσο και από τη μία συνεδρία στην άλλη κατά την πορεία της θεραπείας. Πριν ξεκινήσει η θεραπεία, ο ασθενής συμπληρώνει μια αυτο-αναφορά και ένα ευρετήριο κατάθλιψης, γνωστό ως Beck Depression Inventory (BDI), που είναι μία σειρά από 21 δηλώσεις που ρωτούν τον ασθενή για αισθήματα όπως λύπη («*Νιώθω λυπημένος την περισσότερη ώρα*») ή αυτοκτονικές σκέψεις («*Δεν έχω σκέψεις αυτοκτονίας*»). Τότε το διαγνωστικό εργαλείο υπολογίζει το επίπεδο κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να γίνει και με συνέντευξη όπου ο θεραπευτής εξηγεί τη γνωσιακή θεραπεία στον ασθενή και μαζί καθορίζουν στόχους για τη θεραπεία. Ο ασθενής αφήνει κάθε συνεδρία με «*δουλειά στο σπίτι*» (homework). Αυτή είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της γνωσιακής θεραπείας. Ζητάτε επίσης απ' τους ασθενείς να καταγράψουν τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις και μετά να καταγράψουν σκέψεις στην 3πλή στήλη, που τις αντιπαραβάλλουν ή αποδείξει ότι δεν είναι σωστές (Beck A., www.washingtonpost.com, 2005).

3.3.1. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΔΟΜΗΣΗ ΜΙΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σύμφωνα με τον Παπακώστα Ι. (1994), η δόμηση μιας τυπικής και ολοκληρωμένης θεραπευτικής παρέμβασης περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

Α. ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στους μείζονες στόχους της φάσης αυτής συγκαταλέγονται, η εγκατάσταση επαφής, η απόφαση για εισαγωγή στη θεραπεία, η εξοικείωση του ασθενούς με τη γνωσιακή προσέγγιση και η συστηματική αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς από το θεραπευτή.

Απόφαση για εισαγωγή ενός ασθενούς σε γνωσιακή ψυχοθεραπεία

- **Θεραπευτής και ασθενής.** Η προσωπικότητα του ασθενούς και του θεραπευτή αποτελεί το πρώτο σημείο αναφοράς στο κατάλληλο θεραπευτικό «συνταίριασμα». Όσο πιο πολύ ταιριάζουν στον τρόπο που προσεγγίζουν τα διάφορα προβλήματα, αλλά και στον τρόπο διαπροσωπικής επαφής, τόσο πιο μεγάλες είναι οι πιθανότητες σχηματισμού μιας κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης.
- **Θεραπευτής και ψυχοπαθολογία.** Κριτήριο κατάλληλου «ταιριιάσματος» είναι η εξοικείωση, η γνώση και η άνεση του θεραπευτή αναφορικά με το «πρόβλημα» του ασθενούς, πρόβλημα που ορίζεται και αναλύεται κλινικά.
- **Ασθενής και προσέγγιση.** Οι προσδοκίες του ασθενούς από την «ψυχοθεραπεία». Εάν δεν συμβαδίζει το μοντέλο του ασθενούς με το μοντέλο που προσφέρει ο θεραπευτής, η θεραπεία είναι

δυσχερής. Ένας τρόπος για να ανακαλύψει ο θεραπευτής τους «προ-ιδεασμούς» του ασθενούς είναι μέσα από τις ακόλουθες ερωτήσεις: Ας υποθέσουμε πως εσύ είσαι ο «ειδικός» και κρίνεις το πρόβλημά σου: Ποια θα ήταν η «διάγνωσή» σου, ποια θα θεωρούσες πως είναι τα «αίτια» του και ποια η «θεραπεία» του;

- **Προσέγγιση και ψυχοπαθολογία.** Ο θεραπευτής καλείται να απαντήσει στο κατά πόσον νομίζει πως μια συγκεκριμένη επεμβατική στρατηγική ή τεχνική του, είναι κατάλληλη για τη συγκεκριμένη περίπτωση που αντιμετωπίζει.

Εξοικείωση του θεραπευόμενου με τη γνωσιακή προσέγγιση

- **Εξοικείωση στη συλλογιστική.** Ο θεραπευόμενος είναι ικανός να ξεχωρίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές, καθώς και τις μεταξύ τους σχέσεις. Μαθαίνει το ρόλο που παίζουν οι «καταστάσεις» ή τα «γεγονότα» πάνω στη συμπεριφορά, αλλά και ο τρόπος που βιώνει ή δομεί νοητικά αυτές τις καταστάσεις ή τα γεγονότα.
- **Εξοικείωση στη θεραπευτική σχέση.** Ο θεραπευόμενος, ενστερνίστηκε το ρόλο του συμμάχου και του συνεργάτη στην κοινή θεραπευτική προσπάθεια. Ο θεραπευτής προσπαθεί να εμπεδώσει έγκαιρα στον θεραπευόμενο την αντίληψη πως ψυχοθεραπεία σημαίνει μια κοινή προσπάθεια του τύπου «εσύ και εγώ εναντίον του προβλήματος».
- **Εξοικείωση με τις επεμβατικές διαδικασίες.** Ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται τις διάφορες «τεχνικές» σαν «πειράματα» για τον έλεγχο μιας υπόθεσης. Ενθαρρύνεται, επίσης να επινοήσει ο ίδιος το «πείραμα» που νομίζει σαν το πλέον κατάλληλο για την υπόθεσή του.

Αξιολόγηση

- Σε κλινικό επίπεδο. Ο θεραπευτής μελετά και καταγράφει τους λόγους παραπομπής του ασθενούς, την διαταραχή και το ιστορικό της, την προνοσηρή κατάσταση, την ύπαρξη τραυματικών εμπειριών, τη λειτουργικότητα του ασθενούς, τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή δυσχέρειες, τα αποτελέσματα διάφορων παρακλινικών εξετάσεων, κ.λπ.
- Σε συμπεριφορικό επίπεδο. Ο θεραπευτής μελετά και καταγράφει τις διάφορες καταστάσεις και τις αντίστοιχες – ψυχοπαθολογικές – συμπεριφορές του ασθενούς.
- Σε γνωσιακό επίπεδο. Ο θεραπευτής ενδιαφέρεται και μελετά τις νοητικές δραστηριότητες που μεσολαβούν ή παρεμβάλλονται μεταξύ των διάφορων «ερεθισμάτων» και «απαντήσεων» και που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ατόμου.

Μία διαίρεση των νοητικών ή γνωσιακών δραστηριοτήτων – τις οποίες αποκαλούμε «γνωσίες» - είναι η ακόλουθη:

- Γνωσιακές δραστηριότητες τρέχουσας εμπειρίας. Διάφορες σκέψεις, εικόνες, αξιολογήσεις, κρίσεις, επιθυμίες, συγκινησιακές περιγραφές και βιώματα.
- Γνωσιακές δραστηριότητες παρελθούσας εμπειρίας. «*Νοητικές ή γνωσιακές κατασκευές*» και «*σχήματα*». Βαθύτερες και κεντρικότερες, ασυνείδητες πλευρές του γνωσιακού οργάνου, με τη βοήθεια των οποίων το άτομο προσπαθεί να δώσει νόημα και σημασία στα δεδομένα της εμπειρίας του.

- Γνωσιακές διεργασίες. Κανόνες οργάνωσης, ανάκλησης και χρήσης των πληροφοριών, στην προσπάθεια του γνωσιακού οργάνου να επεξεργασθεί την τρέχουσα εμπειρία του ατόμου.

B. ΑΥΤΟΠΡΥΘΜΙΣΗ

Πρόκειται για μια εύκαμπτη διαδικασία με πολλαπλή χρησιμότητα, καθώς τονίζει και υπενθυμίζει στο θεραπευόμενο τη συνεργατική φύση της γνωσιακής ψυχοθεραπείας. Παρέχει επίσης την απαραίτητη δόμηση, οριοθέτηση και σχηματοποίηση της θεραπευτικής παρέμβασης. Θεραπευόμενος και θεραπευτής, αποκτούν μια πιο συγκεκριμένη και σαφή εικόνα για την ψυχοπαθολογία του θεραπευόμενου. Παρέχει άφθονο υλικό για την ολοκλήρωση της αξιολόγησης καθώς και χρήσιμες πληροφορίες για μελλοντικούς σχεδιασμούς.

Πρόκειται, επομένως για μια διαδικασία όπου ο ασθενής καλείται:

- Να παρατηρήσει (αυτο-παρατήρηση) και
- Να καταγράψει (αυτο-καταγραφή) διάφορα γεγονότα ή καταστάσεις, συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές.

Γ. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Νοείται τα μικρά «πειράματα», που είναι σχεδιασμένα να ελέγξουν την εγκυρότητα των υποθέσεων του ασθενούς γύρω από τον εαυτό του ή τον κόσμο (Beck, 1979).

Η χρησιμότητα των συμπεριφορικών αυτών τεχνικών είναι:

- Η άμεση τροποποίηση της συμπεριφοράς.
- Η άμεση τροποποίηση του συναισθήματος (π.χ. μυοχαλάρωση).
- Η απόσπαση ή τροποποίηση των γνωσιών (π.χ. υπέρπνοια).

Δ. & Ε. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΑΝΑΔΟΜΗΣΗ

Προσπάθειες που στοχεύουν στην καταγραφή, αμφισβήτηση και τροποποίηση των γνωσιακών δραστηριοτήτων μιας δυσλειτουργικής, ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς.

ΣΤ. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για τον δημιουργικό και ομαλό τερματισμό της θεραπείας, ο γνωσιακός θεραπευτής διαθέτει ορισμένους χειρισμούς:

- Οι επισκέψεις αραιώνουν, ώστε να αποκτήσει ο ασθενής αυτοπεποίθηση.
- Το γιατί και το πότε τελειώνει μία θεραπεία είναι προϊόν αμοιβαίας συνεργασίας θεραπευτή και θεραπευόμενου.
- Κατά τη φάση αυτή, ο θεραπευτής γίνεται όλο και λιγότερο παρεμβατικός.
- Ο ασθενής μαθαίνει πως μια επιδείνωση ή διακύμανση της ψυχολογικής του κατάστασης είναι κατανοητή και αναμενόμενη και δεν πρέπει να τον πανικοβάλλει.
- Ο γνωσιακός θεραπευτής χρησιμοποιεί τις ακόλουθες ερωτήσεις:
 - Τι έχεις μάθει ως τώρα;
 - Γράψε μου τι σε βοήθησε περισσότερο ως εδώ.
 - Τι θα έκανες αν εμφανιζόταν ένα ανάλογο πρόβλημα;
 - Τι προβλήματα και πώς θα τα αντιμετωπίσεις;
- Για την κατάλληλη προετοιμασία του χωρισμού, ο θεραπευτής καταγράφει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιδρά σε επεισόδια αποχωρισμού.

3.3.2. ΔΟΜΗ ΜΙΑΣ ΤΥΠΙΚΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Τα κυριότερα στοιχεία κατά τη διάρκεια μιας αποτελεσματικής ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας, είναι τα εξής:

Εισαγωγή του ασθενούς στη δομή της συνεδρίας. Είναι δύσκολο για τους ασθενείς ν' ακολουθήσουν μία δομή εάν δεν ξέρουν τι είναι ή τι πρόκειται να γίνει. Σ' αυτή τη φάση, με ακρίβεια και ξεκάθαρο τρόπο ο θεραπευτής εξηγεί στον ασθενή τι θα ακολουθήσει. Για να το κάνει αυτό, μπορεί ίσως να πει τα ακόλουθα:

«Ας ξεκινήσουμε με ένα σύντομο έλεγχο: Θέλω ν' ακούσω σχετικά με το πώς νιώθεις και πώς πήγε η βδομάδα σου, και να ρίξω μια ματιά στις μετρήσεις σου (εάν ο ασθενής έχει φέρει αυτοαναφορικές μετρήσεις ή ημερολόγια). Μετά ας θέσουμε μια ατζέντα. Ένα πράγμα για το οποίο θέλουμε να είμαστε σίγουροι να βάλουμε στην ατζέντα, είναι να ανασκοπήσουμε τη δουλειά σου στο σπίτι (homework) απ' την προηγούμενη φορά».

Μία δήλωση, όπως αυτή, δίνει τον τόνο της συνεδρίας και λέει στον ασθενή ότι η συνεδρία, όπως και η υπόλοιπη θεραπεία, θα είναι δομημένη κατά σειρά και επικεντρωμένη στο πρόβλημα (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Διερεύνηση της παρούσας ψυχικής κατάστασης του ασθενούς (έλεγχος= check in). Μία γενική διερεύνηση με σκοπό τον καθορισμό των στόχων της συνεδρίας. Κάθε θεραπευτική συνεδρία ξεκινά με ένα σύντομο έλεγχο κατά τη διάρκεια του οποίου ο θεραπευτής δουλεύει σχετικά με τα εξής:

- Οποιαδήποτε σημαντικά γεγονότα σήμερα ή από την τελευταία συνεδρία.
- Τωρινή διάθεση.
- Αντικειμενικά συμπληρωμένες μετρήσεις.
- Σημαντικές ασυμφωνίες (μεταξύ των σκορ των μετρήσεων και του γενικού ελέγχου).
- Σημαντικές αλλαγές (βελτίωσης ή επιδείνωσης).

Ενθαρρύνονται οι θεραπευτές να οριοθετούν το χρόνο γι' αυτά, γύρω στα 5 και 10 λεπτά. Εάν ένα ή περισσότερα στοιχεία από τα παραπάνω χρειάζονται μια περαιτέρω συζήτηση, προτείνεται να λάβει χώρα στην ατζέντα της θεραπευτικής συνεδρίας. Είναι σημαντικό ότι ο θεραπευτής ξεκάθαρα ολοκληρώνει τον έλεγχο (που είναι βασικό στοιχείο για να δουλέψει στην ατζέντα). Ο έλεγχος μπορεί να οδηγήσει σε σχετικά είδη στην ατζέντα. Π.χ. ένας ασθενής ίσως πει στο θεραπευτή του ότι ένα καινούργιο πρόβλημα έχει προκύψει ή ότι είναι αναστατωμένος με ένα πρόσφατο γεγονός. Ή κατά την ανασκόπηση των αντικειμενικών μετρήσεων του ασθενή, ο θεραπευτής ίσως σημειώσει μια αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς. Αυτά τα δεδομένα μπορούν να οδηγήσουν το θεραπευτή σε σημαντικά ζητήματα που χρειάζονται προσοχή αλλά ο ασθενής ίσως δεν τα έχει προτείνει για την ατζέντα για οποιοδήποτε λόγο. Τελικά, ο έλεγχος προσφέρει στο θεραπευτή την ευκαιρία να παρατηρήσει τη νοητική κατάσταση του ασθενή και συγκεκριμένα στοιχεία που αξίζουν να σχολιαστούν και ίσως οδηγήσουν σε μέρη της ατζέντας για τη συνεδρία (Καλπάκογλου ©., 1999).

Θέτοντας την ατζέντα (επιλογή και προσδιορισμός κυρίου θέματος). Κάθε συνεδρία διαρκεί 1 ώρα. Περιλαμβάνει σχόλια για την

προηγούμενη συνεδρία, έλεγχο της δουλειάς για το σπίτι, στόχους για τη συνεδρία. Ο καθορισμός της ατζέντας γίνεται γρήγορα και είναι άμεσος. Καθώς ο θεραπευτής δίνει την απαραίτητη εξήγηση, η διαδικασία της θεραπείας γίνεται πιο κατανοητή στον ασθενή και προκαλεί την ενεργό συμμετοχή του. Η ατζέντα της θεραπευτικής συνεδρίας είναι μια μικρή λίστα που ο ασθενής και ο θεραπευτής συμφωνούν ότι θα είναι το επίκεντρο της συνεδρίας. Η ατζέντα ίσως περιλαμβάνει μία νέα κατάσταση ή πρόβλημα, περαιτέρω εργασία πάνω σε μία παλιά κατάσταση ή πρόβλημα, ή ένα κομμάτι του νοικοκυριού που σχετίζεται με τη θεραπεία.

Μία τυπική ατζέντα για μία καλή θεραπευτική συνεδρία ίσως είναι η εξής:

- Ανασκόπηση της δουλειάς στο σπίτι απ' την προηγούμενη φορά.
- Δουλειά πάνω στην πρόσφατη αναστάτωση.
- Σχεδιασμό για την ερχόμενη εβδομάδα.

Εάν και δε περιλαμβάνεται στην ατζέντα, η συνεδρία θα πρέπει να περιλαμβάνει τη δουλειά ανάπτυξης μιας καινούργιας ανάθεσης δουλειάς στο σπίτι (Ασημάκης Π., 1999).

Η ατζέντα είναι ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της συνεδρίας και μπορεί να κάνει τη διαφορά ανάμεσα σε μια δομημένη συνεδρία και σε μία όχι. Ο θεραπευτής αρχικά θα πρέπει να παίζει ενεργό ρόλο αλλά καθώς η θεραπεία προχωρά, οι ασθενείς μαθαίνουν να το κάνουν αυτό μόνοι τους.

Η ατζέντα θα μπορούσε συχνά να συνδυαστεί με ένα απλό, ευθύ τρόπο ερώτησης απ' το θεραπευτή: «Τι θα 'θελες να βάλουμε στην ατζέντα για τη θεραπευτική σου συνεδρία σήμερα;».

Ανασκόπηση της δουλειάς στο σπίτι. Συζήτηση για το αποτέλεσμα, δυσκολίες, συμπεράσματα και καθορισμός των επομένων στόχων. Ο γρηγορότερος τρόπος για να αποθαρρυνθούν οι ασθενείς στο να συμπληρώνουν το homework είναι το να αποτυγχάνει ο θεραπευτής να το ανασκοπήσει. Υποθέστε ότι ο θεραπευτής σας ή το επόπτης σας δημιουργούσε αναθέσεις δουλειάς στο σπίτι αλλά δεν τις ανασκοπούσε μαζί σας. Πόσο κινητοποιημένοι θα ήσασταν στο να τις συμπληρώσετε; Πόσο σημαντικές θα σας φαίνονταν; Γι' αυτό το λόγο, η ανασκόπηση του homework θεωρείται απαραίτητη για κάθε συνεδρία. Η ανασκόπηση μπορεί να είναι σύντομη ή μπορεί να πάρει τον περισσότερο χρόνο της θεραπείας. Θεραπευτής και ασθενής μπορεί να ξοδέψουν συζητώντας τι μαθεύτηκε στο homework ή τι προβλήματα προέκυψαν και πως ίσως μπορούν να λυθούν (Παπακώστας Ι., 1994).

Η ανασκόπηση του homework της προηγούμενης βδομάδας ακολουθεί τα στοιχεία της ατζέντας της συνεδρίας και εμφανίζεται σαν το πρώτο μέρος της ατζέντας της θεραπευτικής συνεδρίας. Το πλεονέκτημα αυτής της στρατηγικής είναι ότι ο ασθενής και ο θεραπευτής δουλεύουν μαζί για να θέσουν μια ατζέντα πριν από κάθε σημαντικό κομμάτι εργασίας (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Στόχοι της συνεδρίας (επικέντρωση και επέμβαση – δουλεύοντας την ατζέντα). Περιλαμβάνει τον ορισμό του προβλήματος, αναγνώριση των σχετικών αρνητικών σκέψεων, αναδόμηση αυτών, αξιολόγηση της επιρροής στα σχετικά πιστεύω και συναισθήματα, τρόπους με τους οποίους τα λόγια θα γίνουν πράξη. Η καρδιά της θεραπείας περιλαμβάνει τη δουλειά με τα μέρη της συμφωνημένης ατζέντας. Ο

θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τεχνικές όπως ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων, μεθόδους για αλλαγή των σχημάτων κ.ά. που θα αναλυθούν σε επόμενο κεφάλαιο (Παπακώστας Ι., 1994).

Καθώς δουλεύει ο θεραπευτής τα μέρη της ατζέντας, είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση του χρόνου της συνεδρίας. Οι περιλήψεις μπορούν να βοηθήσουν και οι αποφάσεις για το πώς θα χρησιμοποιηθεί ο χρόνος της θεραπείας μπορούν να διαπραγματευθούν συνεργατικά (Persons J., 2002).

Μερικές φορές όταν οι ασθενείς αναλαμβάνουν ένα μέρος της ατζέντας, χάνονται στην εξιστόρηση των λεπτομερειών του προβλήματος και των συναισθημάτων τους σχετικά μ' αυτές. Μερικοί ασθενείς έχουν την άποψη για τον εαυτό τους ως αδύναμοι και τον κόσμο ως παντοδύναμο. Αυτά τα σχήματα ίσως ενισχύουν την τάση του ατόμου να χρησιμοποιεί τη συνεδρία για να παραπονείται σχετικά με την αδικία αυτή, από το να υιοθετεί μια στάση λύσης του προβλήματος. Άλλοι ασθενείς ίσως ήταν σε προηγούμενες θεραπείες με μία ελεύθερη μη δομημένη διαδικασία για να εξερευνήσουν τις πρώιμες καταγωγές των δυσκολιών τους.

Γενικά, ο γνωσιακός θεραπευτής κατευθύνει τον ασθενή να υιοθετήσει μια προσέγγιση επίλυσης προβλήματος στα μέρη της ατζέντας. Συχνά, αφού επιλεγθεί ένα μέρος της ατζέντας, ένα σημαντικό μέρος του χρόνου μπορεί να ξοδευτεί στο να γίνει το μέρος πιο ξεκάθαρο ή θέτοντας το μέρος έτσι ώστε να γίνει ένα πρόβλημα που μπορεί να λυθεί (Davidson J., 2002).

Δίνοντας περιλήψεις. Οι περιλήψεις μπορούν να είναι χρήσιμες σε αρκετά σημεία κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Μία περίληψη μετά την ατζέντα, κάνει πιο σαφές τι θα καλύψει η συνεδρία. Μια περίληψη κατά τη διάρκεια της συνεδρίας παρέχει μία ανασκόπηση του τι έχει μαθευτεί, κάνει γνωστό τι θα καλυφθεί μετέπειτα και βελτιώνει τη συνεργασία και τη διαχείριση του χρόνου. Μία περίληψη στο τέλος της συνεδρίας είναι το πιο σημαντικό και θα αναφερθούμε σ' αυτό μετέπειτα (Tompkins M., 2002).

Είναι καλό ο θεραπευτής να παρέχει μία περίληψη το λιγότερο μια φορά κατά τη διάρκεια του κυρίου μέρους της συνεδρίας, για πολλούς λόγους. Επειδή το θεραπευτικό υλικό είναι αρκετά φορτωμένο, οι ασθενείς ίσως δυσκολεύονται στο να συγκεντρωθούν ή να επεξεργαστούν πληροφορίες στη συνεδρία, και έτσι οι σύντομες περιλήψεις κατά τη διάρκεια της συνεδρίας βοηθούν τους ασθενείς να συγκεντρωθούν και να θυμηθούν τι έχει μαθευτεί. Γι' αυτό το λόγο μερικοί ασθενείς βρίσκουν όφελος απ' τον κρατούν σημειώσεις στη θεραπευτική συνεδρία. Είναι καλό, να δίνεται στον ασθενή ένα σημειωματάριο ή φάκελος στον οποίο να κρατήσει σημειώσεις ή υλικό. Οι ασθενείς σημειώνουν τις περιλήψεις απ' το θεραπευτή στο τέλος κάθε συνεδρίας, για να ανασκοπήσουν πριν από τη συνεδρία, ή για να σημειώσουν τι θα ήθελαν να δουλέψουν στην επόμενη συνεδρία, για να ελέγξουν την ανάθεση για δουλειά στο σπίτι, και για να διαβάσουν κατά τη διάρκεια ανάγκης αντί να καλέσουν το θεραπευτή ή πριν τον καλέσουν.

Οι περιλήψεις μπορούν να ενδυναμώσουν τη συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και ασθενή με το να γίνεται σαφές γνωστό τι έχει συμβεί στη συνεδρία και με το να προσφέρει στον ασθενή επιλογές για το πώς θα 'θελε να ξοδέψει τον υπόλοιπο χρόνο της συνεδρίας. Π.χ. ο θεραπευτής ίσως πει: «Χρησιμοποιήσαμε την καταγραφή Σκέψεων για να 'χουμε έναν κατάλογο με τις σκέψεις που σ' έκαναν να αισθάνεσαι χωρίς ελπίδα, και έχουμε μερικές απαντήσεις που λες ότι φαίνονται υποβοηθητικές. Θα 'θελες ν' αφιερώσουμε και άλλο χρόνο σ' αυτό ή θα 'θελες να συνεχίσεις με το να πεις πώς θα χειριστείς το Σαββατοκύριακο;

Οι περιλήψεις παρέχουν πολύτιμη βοήθεια με τη διαχείριση του χρόνου επειδή τη στιγμή της περίληψης ο ασθενής και ο θεραπευτής μπορούν να κοιτάξουν στο ρολόι καθώς θ' αποφασίσουν πώς θα ξοδέψουν το υπόλοιπο της συνεδρίας (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Ανάθεση δουλειάς στο σπίτι. Περιλαμβάνει ανάθεση καινούργιας δουλειάς ανάλογη με το περιεχόμενο της συνεδρίας, εξήγηση της δραστηριότητας του καθήκοντος, εκμείευση δυσκολιών, αμφιβολιών, προβλέψεων. Ο θεραπευτής προσπαθεί να διασφαλίσει ότι ο ασθενής θα κάνει με επιτυχία τη δουλειά για το σπίτι. Αν αισθανθεί ότι ο ασθενής μπορεί να μην πραγματοποιήσει κάποιο κομμάτι αυτής της δουλειάς, προσφέρεται να το αποσύρει (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

Περιστασιακά, κάποιος ασθενής μπορεί να νιώθει άβολα με τον όρο «δουλειά για το σπίτι». Τότε ο θεραπευτής φροντίζει να διαφοροποιήσει τη δουλειά για το σπίτι που συνδέεται με τη θεραπεία και η οποία είναι συνεργατικά σχεδιασμένη και ειδικά διαμορφωμένη για να βοηθήσει τον ασθενή να αισθανθεί καλύτερα. Ασθενής και

θεραπευτής μπορούν επίσης να προσπαθήσουν να βρουν έναν πιο αποδεκτό όρο, όπως π.χ. δραστηριότητες αυτοβοήθειας». Ο θεραπευτής μπορεί να ασχοληθεί και με τη σημασία που έχει η έκφραση «δουλειά για το σπίτι» στον ασθενή (Beck J., 1995).

Ένα από τα κυριότερα αντικείμενα της γνωσιακής είναι η διδαχή νέων δεξιοτήτων. Η ανάθεση δουλειάς στο σπίτι επιτρέπει στον ασθενή να κάνει πράξη και να εξασκεί τις πρόσφατες δεξιότητες που έχει μάθει στο φυσικό του περιβάλλον και να δουλεύει καθημερινά για να λύνει προβλήματα. Π.χ. μία σύζυγος της οποίας η κατάθλιψη είναι εξαιτίας κατά μέρος της δυσκολίας της είναι το ότι είναι κατηγορηματική με τους άλλους, μπορεί να δοκιμάσει νέες συμπεριφορές στη θεραπευτική συνεδρία. Παρ' όλα αυτά, οι νέες δεξιότητες θα έχουν λίγη επίδραση στη ζωή του ατόμου εάν δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητες εκτός συνεδρίας με τους συνεργάτες του, το σύντροφο, κ.ά.

Ως εργασία στο σπίτι (homework) ορίζεται κάθε ανάθεση που:

- Είναι υπό συνεργασία επινοημένο από θεραπευτή και ασθενή.
- Έχει σκοπό να εγκαταστήσει νέα μάθηση ή να κάνει ικανό τον ασθενή να εξασκήσει μια νέα δεξιότητα και να την εφαρμόσει σε διαφορετικές καταστάσεις και
- Πρέπει να γίνει πράξη έξω από τη θεραπευτική συνεδρία (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Σύνοψη και ανατροφοδότηση. Έλεγχος του συναισθήματος του πελάτη για τη συνεδρία, αν υπήρξε κάτι που τον αναστάτωσε, αν έγιναν όλα κατανοητά, αν φαίνονται χρήσιμα, αν υπάρχουν ερωτήσεις ή σχόλια. Εάν, επίσης, προκύψει σημαντικό θέμα προγραμματίζεται για την επόμενη συνεδρία. Η επανατροφοδότηση δίνει, δηλαδή, στον ασθενή μια ευκαιρία να εκφραστεί και στο θεραπευτή να διαλύσει οποιεσδήποτε παρερμηνείες. Εκτός από την προφορική επανατροφοδότηση, ο θεραπευτής μπορεί να προτείνει στον ασθενή να συμπληρώσει ένα έντυπο Ανασκόπησης της Θεραπείας (Καλλάκογλου Θ., 1999).

Το τελευταίο στοιχείο κάθε θεραπευτικής συνεδρίας είναι η επανατροφοδότηση, όπου ο θεραπευτής δίνει μια περίληψη του τι συνέβη στη συνεδρία και ζητώντας ανατροφοδότηση απ' τον ασθενή, ενισχύει ακόμη περισσότερο τη θεραπευτική σχέση, δίνοντας έτσι το μήνυμα ότι ενδιαφέρεται για το τι σκέφτεται ο ασθενής. Η περίληψη αυτή μπορεί να είναι σύντομη, όπως η ακόλουθη:

«Ανασκοπήσαμε τη δουλειά σου στο σπίτι και είδαμε ότι είχες δυσκολία να καταγράψεις τις ευχάριστες δραστηριότητες επειδή η φόρμα η οποία σου έδωσα ήταν δύσκολη να την χρησιμοποιήσεις. Αποφασίσαμε ότι θα προσπαθήσεις να χρησιμοποιήσεις το καθημερινό ημερολόγιό σου και προγραμματίσαμε μία σημείωση σε κάθε σελίδα της επόμενης εβδομάδας του ημερολογίου για να σε κατευθύνει να εισάγεις ευχάριστες δραστηριότητες. Ξοδέψαμε τον περισσότερο χρόνο της συνεδρίας δουλεύοντας την επίσκεψη της μητέρας σου το Σαββατοκύριακο, και συμφωνήσαμε ότι το Σαββατοκύριακο θα πάει καλύτερα αν μιλήσεις με τέτοιο τρόπο

ώστε να αρχίσεις να κάνεις τα σχέδια μαζί της παρά απλώς να πηγαίνεις σύμφωνα με τα σχέδιά της. Θέσαμε ένα σχέδιο δουλειάς στο σπίτι, με το να την πάρεις τηλέφωνο απόψε και να προτείνεις κάποιες δραστηριότητες, και κάναμε ένα role-play αυτού του τηλεφωνήματος για να προετοιμαστείς».

Μετά την περίληψη, ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή ανατροφοδότηση σχετικά με τη συνεδρία: «Μπορείς να μου δώσεις λίγη ανατροφοδότηση σχετικά με τη συνεδρία μας σήμερα; Υπήρξε κάτι που κάναμε και ήταν ιδιαίτερα υποβοηθητικό ή κάτι που ήταν λιγότερο βοηθητικό ή κακή χρήση του χρόνου μας; Υπήρξε κάτι που είπα που σ' έβαλε σε λάθος κατεύθυνση;».

Η ανατροφοδότηση είναι πολύ σημαντική γιατί επιτρέπει να κατανοηθούν οποιαδήποτε δυσνόητα σημεία. Μία γραπτή κλίμακα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για την ανατροφοδότηση, σχεδιάστηκε απ' τον David Burns (Beck J., 1995).

Συμπερασματικά,

Η δομή των συνεδριών όπως έχει αναφερθεί είναι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της θεραπείας. Η δομή των συνεδριών είναι σημαντική για αρκετούς λόγους. Επιτρέπει στον ασθενή και στο θεραπευτή να είναι αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων μέσα στο διαθέσιμο χρόνο, υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς επίλυσης προβλημάτων, εξασφαλίζει ότι τα τωρινά σημαντικά θέματα καλύπτονται, και παρέχει έναν εύκολο τρόπο προόδου κατά τη διάρκεια στη θεραπεία (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

Έμπειροι θεραπευτές, οι οποίοι δεν είναι εξοικειωμένοι με τον καθορισμό μιας ατζέντας και τις δομημένες συνεδρίες, αισθάνονται συχνά άβολα. Τέτοια δυσφορία συνοδεύεται από αρνητικές προβλέψεις,

όπως: «Δε θα άρесе κάτι τέτοιο στον ασθενή. Ο ασθενής θα αισθάνεται ότι ελέγχεται. Μία τέτοια διαδικασία θα με κάνει να χάσω σημαντικό υλικό, είναι τόσο άκαμπτη». Έτσι, οι θεραπευτές εφαρμόζουν τη συγκεκριμένη δομή και καταγράφουν τα αποτελέσματα, ελέγχοντας τις ιδέες τους αυτές άμεσα (Beck J., 1995).

Ο θεραπευτής δεν είναι υποχρεωμένος να ακολουθήσει τη συγκεκριμένη αυτή δομή, καθότι εκείνη καθορίζεται και από τον κάθε ασθενή, αλλά και την ίδια τη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά, το να τεθεί μια ατζέντα είναι βασικό.

Όταν ανασκοπείται η κατάσταση του ασθενή από την προηγούμενη συνεδρία, είναι βασικό να κρατηθεί αυτό το κομμάτι της συνεδρίας σε μικρό μήκος χρόνου για να μείνει υπόλοιπο χρόνου για τη δουλειά της συνεδρίας. Ένας κίνδυνος είναι όταν οι ασθενείς έχουν παρελθούσες εμπειρίες με θεραπευτές άλλων ειδών ψυχοθεραπείας και να έχουν την τάση να μακρηγορούν στην ερώτηση: «Πώς είσαι απ' την τελευταία φορά που βρεθήκαμε;» Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να νιώθε άσχημα να διακόψει με ένα σχόλιο, όπως: «Βλέπω ότι τα πράγματα δεν πήγαν τόσο καλά για σένα την προηγούμενη εβδομάδα. Θα ήθελα ν' ακούσω περισσότερα γι' αυτό. Θα ήθελες να βάλουμε αυτά τα προβλήματα στην ατζέντα μας για σήμερα;» Ή ένα άλλο σχόλιο: «Κατέγραψες αυτά στη δουλειά σου για το σπίτι που συζητήσαμε;». Επομένως, μία ανασκόπηση της δουλειάς για το σπίτι είναι προγραμματισμένη και σχετικά προβλήματα καθορισμένα (Blackburn I-M, 1990).

Οι στόχοι της συνεδρίας είναι ο κύριος στόχος κάθε συνεδρίας. Από την ατζέντα, θεραπευτής και ασθενής έχουν ήδη συμφωνήσει στα κύρια σημεία και προβλήματα για να συζητηθούν. Αυτά ίσως τυπικά αποτελούνται από προβληματικές καταστάσεις (διαπροσωπικά

προβλήματα στο σπίτι ή στη δουλειά), συμπτώματα (χαμηλή ή ανήσυχη διάθεση, δυσκολίες ύπνου, εκφράσεις πανικού, μη δραστηριότητα, αναποφασιστικότητα κ.ά.), γεγονότα (οικογενειακά Χριστούγεννα, χρέη, πρόβλημα με τους γείτονες κ.ά.), ή σκέψεις και συμπεριφορές (αρνητική άποψη για τον εαυτό και τους άλλους, έλλειψη ελπίδας κ.ά.).

Τα προβλήματα σπάζονται σε κομμάτια που θα οδηγήσουν σε πιθανές λύσεις, οι σκέψεις εξετάζονται, προκαλούνται και εναλλακτικές ερμηνείες λαμβάνονται υπ' όψιν, επίσης η συναισθηματική επίδραση των εναλλακτικών σκέψεων καταλογίζεται (Davidson K., 1990).

Αυτό το μέρος συνεδρίας θα οδηγήσει στην επιλογή των κατάλληλων αναθέσεων δουλειάς στο σπίτι. Αυτή η επιλογή είναι μέσω συνεργασίας. Η δουλειά στο σπίτι εκπληρώνει δύο αποστολές: Πρώτον, δημιουργεί ένα σύνδεσμο ανάμεσα στις συνεδρίες, εξασφαλίζοντας το ότι ο ασθενής συνεχίζει να δουλεύει τα προβλήματά του. Δεύτερον, κάνει ικανό τον ασθενή να συλλέγει στοιχεία για να εξακριβώσει λανθασμένες ερμηνείες ή υποθέσεις, να εξετάσει τις προβλέψεις ή να πειραματιστεί με νέες συμπεριφορές.

Η ανατροφοδότηση είναι πολύ σημαντική καθώς η ίδια η συνεδρία ίσως έχει επιφέρει καταθλιπτικές ή ανησυχητικές γνωσίες που δεν μπορούν διαφορετικά ν' αποκαλυφθούν. Έχει αποδειχθεί ότι αποτυχία για ανατροφοδότηση μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετα προβλήματα στον ασθενή καθώς μπορεί να φύγει με αριθμό από μη κατανοήσεις ή αρνητικές ερμηνείες που αυξάνουν τη δυσφορική διάθεση ή/και αισθήματα θυμού (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

Συνοψίζοντας, τα βασικά στοιχεία μιας συνεδρίας γνωστικής θεραπείας είναι μια σύντομη ανασκόπηση, η σύνδεση με την προηγούμενη συνεδρία, ο καθορισμός της ατζέντας, η ανασκόπηση της δουλειάς για το σπίτι, καθώς και η ανακεφαλαίωση και η

ανατροφοδότηση. Έμπειροι γνωστικοί θεραπευτές μπορεί να αποκλίνουν μερικές φορές από το σχήμα αυτό, όμως ο αρχάριος θεραπευτής είναι συνήθως πιο αποτελεσματικός, όταν ακολουθεί την καθορισμένη δομή (Beck J., 1995).

3.3.3. Η ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Στην πρώτη συνέντευξη ο γνωσιακός θεραπευτής έχει αρκετούς στόχους:

1. Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και υποστήριξης, καθότι καθιστά τις αρχές μιας στενής σχέσης.
2. Εισαγωγή και εξοικείωση του ασθενούς στη γνωστική θεραπεία.
3. Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τη διαταραχή του, σχετικά με το Γνωστικό Μοντέλο και τα βασικά του σημεία, καθώς και με τη διαδικασία της θεραπείας.
4. «Φυσιολογικοποίηση» των δυσκολιών του ασθενούς και ενθάρρυνση ελπίδας.
5. Εκμαίευση των προσδοκιών του ασθενούς από τη θεραπεία.
6. Να δώσει στον ασθενή μία άμεση εμπειρία της δομής της γνωσιακής προσέγγισης.
7. Να πάρει μια ιδέα του τι προβλήματα ταλαιπωρούν τον ασθενή.
8. Να λάβει την κατανόηση και την αποδοχή από τον ασθενή.
9. Συγκέντρωση πρόσθετων πληροφοριών σχετικά με τις δυσκολίες του ασθενούς.
10. Χρήση των πληροφοριών αυτών για τη δημιουργία ενός καταλόγου στόχων (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

Σύμφωνα με την Beck J. (1995), είναι απαραίτητο στην πρώτη συνεδρία να ξεκινήσει κανείς με τη θεμελίωση εμπιστοσύνης και υποστήριξης απέναντι στους ασθενείς. Ο θεραπευτής ενδιαφέρεται για τον ασθενή και αναγνωρίζει την αξία του, πιστεύει πως μπορούν να δουλέψουν μαζί, να τον βοηθήσει αλλά και ο ασθενής να μάθει να βοηθά τον εαυτό του, ενδιαφέρεται για τα προβλήματα του ασθενή και τον ενσυναισθάνεται, γενικεύει την κατάσταση την οποία βρίσκεται ο ασθενής και πιστεύει πως θα βελτιωθεί καθ' ότι η γνωστική θεραπεία είναι κατάλληλη θεραπεία γι' αυτόν.

Σύμφωνα με τον Blackburn I-M., Davidson K. (1990), είναι κατανοητό ότι μια πρώτη συνέντευξη θα έχει γίνει ήδη. Μπορεί να ξεκινήσει τη συνέντευξη με την τήρηση της ατζέντας. Ο θεραπευτής εξηγεί ότι στο χρόνο που έχουν διαθέσιμο, θα' θελε να έχει μια γενική ιδέα του προβλήματος του ασθενή και τότε συνεχίζει στην εξήγηση της θεραπείας που έχει στο μυαλό. Ρωτά τον ασθενή εάν θα του ταίριαζε μια τέτοια ατζέντα.

Στην εξεύρεση των προβλημάτων ο θεραπευτής αρχικά κάνει έναν καθορισμό των συμπτωμάτων του ασθενή. Δεύτερον, εξερευνά ποιες πτυχές της ζωής του ασθενή είναι επηρεασμένες. Θα μπορούσε να είναι η δουλειά, οι στενές σχέσεις ή οι κοινωνικές δραστηριότητες. Σημειώνει την παρουσία ειδικών προβλημάτων π.χ. εργασιακά προβλήματα, δυσκολίες στις σχέσεις, κοινωνική απομόνωση, ακαδημαϊκές δυσκολίες ή οικονομικές. Όλη την ώρα, ο θεραπευτής ψάχνει για απόδειξη της γνωσιακής τριάδας και ακούει τα ειδικά θέματα στις επικοινωνίες του ασθενή.

Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να' ναι λεπτομερειακός στην ατζέντα. Να μην επικεντρωθεί στην ιστορία του ασθενή. Μπορεί να σημειώσει ότι οι παιδικές εμπειρίες είναι σχετικές με το πρόβλημα.

Κάνει επίσης περιλήψεις για το τι έχει συζητηθεί και ζητά ανατροφοδότηση και κάνει ξεκάθαρο τον ορισμό των προβλημάτων. Ζητώντας, έτσι, ο θεραπευτής μια ξεκάθαρη ανατροφοδότηση, ενισχύει τη θεραπευτική συμμαχία. Η εκμείευση της ανατροφοδότησης επιτρέπει στο θεραπευτή να υπολογίσει κατά πόσο γίνεται εμπραθητικός και επαρκής. Ασθενής και θεραπευτής αποφασίζουν μια βολική ανάθεση εργασίας στο σπίτι ακόμη και σ' αυτό το πρώιμο στάδιο (Beck J., 1995).

3.4. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών και τεχνικών απαιτούν από το θεραπευτή να λάβει υπόψη του όχι μόνο τη συγκεκριμένη παθολογία του ασθενή αλλά και τις μοναδικές μεθόδους του που οργανώνει και χρησιμοποιεί τις πληροφορίες για τον εαυτό του.

Διαφορετικοί ασθενείς μαθαίνουν με διαφορετικούς τρόπους. Επιπλέον, μέθοδοι που είναι επιτυχημένες κάποια συγκεκριμένη στιγμή με έναν ασθενή ίσως είναι ανεπιτυχείς κάποια άλλη στιγμή.

Οι θεραπευτές θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν την καλύτερη κρίση τους στο σχεδιασμό των θεραπευτικών πλάνων και στην επιλογή των πιο χρήσιμων τεχνικών απ' την πληθώρα τεχνικών που είναι διαθέσιμες ή βελτιώνοντας τις καινούργιες (Beck A., Freeman & Associates, 1990).

Στη συνέχεια, παραθέτουμε και περιγράφουμε τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται κατά τη Γνωσιακή Θεραπεία.

Κατά τη θεραπευτική διαδικασία γίνεται συνδυασμός συμπεριφορικών και γνωσιακών τεχνικών. Οι συμπεριφορικές τεχνικές χρησιμοποιούνται για:

- Την άμεση τροποποίηση της συμπεριφοράς.
- Την άμεση τροποποίηση του συναισθήματος.
- Την απόσπαση ή τροποποίηση των γνωσιών.

Οι γνωσιακές τεχνικές έχουν ως στόχο την γνωσιακή αναδόμηση, μελετώντας, καταγράφοντας και τροποποιώντας τις γνωσίες που σχετίζονται με τη μη-θετική συμπεριφορά (Παπακώστας Ι., 1994).

Σύμφωνα με τους Blacjburn I-M., και Davidson K (1990), μερικές φορές είναι προτιμότερο στην αρχή της θεραπείας να χρησιμοποιούνται οι συμπεριφορικές τεχνικές γιατί ίσως οι ασθενείς βρίσκουν ευκολότερο να τις εξασκήσουν ενώ παράλληλα να εκπαιδεύονται στις γνωσιακές τεχνικές.

3.4.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

• ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα που συνυπάρχουν ή συνδέονται με την ψυχολογική τους κατάσταση. Ο θεραπευτής διερευνά την ύπαρξη αυτών των προβλημάτων και δημιουργεί έναν «κατάλογο προβλημάτων» ή μεταφράζει κάθε πρόβλημα σε θετικούς στόχους. Επίσης, ενθαρρύνει τον ασθενή στην επίλυση των προβλημάτων του, παρά να δώσει ο ίδιος τις πιθανές λύσεις.

Υπάρχουν ασθενείς που είναι σε θέση να επιλύσουν τα προβλήματά τους κι απλά χρειάζονται βοήθεια για να εξετάσουν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που δυσχεραίνουν την επίλυση των προβλημάτων τους. Υπάρχουν όμως και ασθενείς που δεν είναι σε θέση να επιλύσουν τα προβλήματά τους και να παίρνουν αποφάσεις. Τέτοια

άτομα είναι συνήθως εξαρτητικά ή με ανεξήγητες αποτυχίες στη ζωή τους (Beck J., 1995).

Κατά τη θεραπευτική διαδικασία το άτομο διδάσκεται και εκπαιδεύεται πώς να λύνει όχι μόνο το τωρινό πρόβλημα αλλά και μελλοντικές καταστάσεις. Η «επίλυση προβλημάτων» έχει ορισθεί ως «μια συμπεριφορική διαδικασία, η οποία:

- α) κάνει διαθέσιμες μια ποικιλία ενδεχομένων, αποτελεσματικών, εναλλακτικών λύσεων για την αντιμετώπιση της προβληματικής κατάστασης και
- β) αυξάνει την πιθανότητα επιλογής της πιο αποτελεσματικής λύσης – απάντησης μεταξύ των διάφορων εναλλακτικών» (D'Zurilla, Golegried, 1971).

Μέσω της διαδικασίας ο ασθενής θα αναπτύξει μία στρατηγική για να χειρίζετα και ν' αντιμετωπίζει οποαδήποτε προβλήματα προκύψουν. Αυτό δε σημαίνει ότι ο ασθενής θα λύνει αποτελεσματικά όλα τα προβλήματα, αλλά ότι θα έχει τις δεξιότητες να αναπτύξει, να επιλέξει και να δοκιμάσει λύσεις.

Τα στάδια της διαδικασίας, ώστε το άτομο να λειτουργεί ικανοποιητικά όταν αντιμετωπίζει μια προβληματική κατάσταση είναι τα εξής:

1. Ανάπτυξη γενικού προσανατολισμού. Ο θεραπευτής προσπαθεί να καταγράψει το «χάρτη» του ατόμου, τις στάσεις του και τα σχήματα, σε σχέση με τις προβληματικές καταστάσεις της ζωής. *Οι στόχοι του θεραπευτή είναι:*

- Να βοηθήσει τον ασθενή να παραδεχθεί πως τα προβλήματά του είναι συνδεδεμένα με τη ζωή.

- Να βοηθήσει τον ασθενή να παραδεχθεί πως κι ο ίδιος έχει ένα πρόβλημα. Με την αναγνώρισή του αυτή παύει να είναι και αδρανής.
- Να συγκρατήσει τον ασθενή από τη συναισθηματική του αντίδραση που έχει σαν αποτέλεσμα την αδράνειά του ή την αντίδρασή του.

2. Προσδιορισμός του προβλήματος. *Θεραπευόμενος και θεραπευτής συγκεντρώνουν πληροφορίες για το πρόβλημα σχετικά με:*

- Τη διάκριση του αντικειμενικού από το υποκειμενικό.
- Το σχετικό από το άσχετο.
- Το επείγον από αυτό που μπορεί να περιμένει.
- Το επιδεχόμενο επίλυση από εκείνο που δε δέχεται επίλυση.
- Το πρόβλημα του ασθενούς από το πρόβλημα των άλλων.
- Οι αντικειμενικές και οι ατομικές επιπτώσεις του προβλήματος.

3. Παραγωγή εναλλακτικών επιλογών δράσης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επιλύσουν το πρόβλημα και να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να βρει όσο πιο πολλές συγκεκριμένες και σχετικές εναλλακτικές μπορεί. Τότε σε συνεργασία με τον θεραπευτή, ζυγίζει τις συνέπειες, τα υπέρ και τα κατά κάθε εναλλακτικής.

Οι αρχές του «Brainstorming» (κρίση) που ισχύουν για την εξεύρεση των εναλλακτικών αυτών είναι:

- *Αποφυγή κριτικής.* Αναβάλλεται η αξιολόγηση των ιδεών.
- *Νόμος ποσοτικοποίησης.* Είναι καλύτερα για την επίλυση του προβλήματος να υπάρχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις.
- *Νόμος ποικιλίας.* Ο ασθενής ενθαρρύνεται να βρει τον τρόπο σκέψης του άλλου ατόμου. Έτσι, συγκεκριμένες δεξιότητες για την λήψη της

άποψης άλλου ατόμου, διδάσκονται. Αυτές οι θεραπευτικές στρατηγικές δίνουν έμφαση στη βελτίωση των γνωσιακών ικανοτήτων του ασθενή για να χειρίζεται προβλήματα (Graighead L., Graighead W., Kadziu A., Mahoney M., 1994).

Ο πίνακας που παρατίθεται είναι το φυλλάδιο εργασίας για την επίλυση προβλήματος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

1. Πρόβλημα προς επίλυση	2 Τι θέλω;
<p>3. Πιθανές λύσεις της προβληματικής κρίσης</p> <p>A B C D</p> <p>4. Συνέπειες Υπέρ</p> <p>A (i) (ii) (iii) (iv) B (i) (ii) (iii) (iv) C (i) (ii) (iii) (iv) D (1) (ii) (iii)</p> <p>5. Απόφαση της καλύτερης λύσης (-σεων) 6. Σχέδιο δράσης</p>	<p>Κατά</p> <p>(i) (“) (iii) (iv) (i) (ii) (iii) (iv) (i) (ii) (iii) (iv) (i) (ii) (iii) (iv)</p>
<p>7. Τι έγινε;</p>	

Πηγή: Curwen B., Palmer S., Rudell P., 2000.

• ΕΚΜΑΙΕΥΣΗ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ

Οι αυτόματες σκέψεις όπως έχει περιγραφεί και στο θεωρητικό μέρος της πτυχιακής αυτής είναι τα βασικά δεδομένα της Γνωσιακής Θεραπείας.

Το σενάριο των χειρότερων συνεπειών αποτελεί μία από τις πιο συνηθισμένες τεχνικές που επιτρέπει στον πελάτη ν' αναγνωρίσει τις πιο απειλητικές σκέψεις που κάνει για μια κατάσταση, ενώ παράλληλα τον οδηγεί σε βαθύτερους φόβους που τον επηρεάζουν. Η κύρια ερώτηση που χρησιμοποιείται γι' αυτό το σκοπό είναι: *«Ποιο είναι το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να συμβεί αν...»*.

Κατά την διάρκεια της διήγησης συγκεκριμένων επεισοδίων, ο πελάτης κατακλύζεται από συναισθήματα, τα οποία μπορεί να συνοδεύουν ή να συνοδεύονται από αυτόματες αρνητικές σκέψεις, και για τα οποία η διερεύνησή τους αρχίζει από το συναισθηματικό επίπεδο αντιδράσεων (π.χ. *«όταν συνέβαιναν αυτά, τι σκεφτόσουν...»*). Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τις παραπάνω τεχνικές και για να εκμαιεύσει τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις όταν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας παρατηρεί *«αλλαγές στο συναίσθημα»* του πελάτη του (Leahy R., 1997).

Οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις συνδέονται με τα γνωσιακά λάθη /γνωστικές διαστρεβλώσεις όπως έχουμε δει, έτσι λοιπόν, ο ασθενής κατηγοριοποιεί τις αρνητικές αυτόματες σκέψεις όπως δείχνει και ο παρακάτω πίνακας. Είναι ένα έντυπο αυτόματης σκέψης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί (Curwen R., Palmer S., Rudell P., 2000).

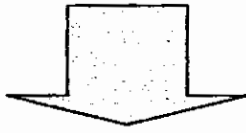
ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ

Τι συνέβη; Μπορεί να είναι ένα γεγονός, μια σκέψη, εικόνα ή ανάμνηση που είχατε

Ποια σκέψη ή σκέψεις πέρασαν απ' το μυαλό σας; Δώστε το ποσοστό, πόσο πιστεύετε κάθε σκέψη.

Ποια συναισθήματα νιώσατε; Πόσο δυνατό ήταν το κάθε συναίσθημα;

(α)	%	(α)	%
(β)	%	(β)	%
(γ)	%	(γ)	%
(δ)	%	(δ)	%



Σημείωσε τα διεργασιακά λάθη για κάθε σκέψη α β γ δ

Διπολική Σκέψη

Υπεργενίκευση

Νοητικό Φίλτρο

Υποτίμηση Θετικών

Αυθαίρετο Συμπέρασμα

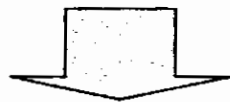
Μεγαλοποίηση/Ελασιστοποίηση

Συναισθηματική Συλλογιστική

«Πρέπει»

Εσφαλμένη Τιτλοφόρηση

Προσωποποίηση



Εναλλακτική άποψη για κάθε σκέψη

(α)	%	(β)	%
(γ)	%	(δ)	%



Συναισθήματα

(α)	%	(β)	%
(γ)	%	(δ)	%

• ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΓΝΩΣΙΩΝ

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας:

Ιδιαίτερα στις αρχικές συνεδρίες ο θεραπευόμενος κατακλύζεται από συγκινήσεις και σημαντικές γνωσίες. Για την απόσπαση και καταγραφή αυτών των γνωσιών, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί «ανοιχτές» ερωτήσεις, όπως:

- Τι περνά απ' το μυαλό σου αυτή τη στιγμή;
- Τι σημαίνει αυτό για σένα;

Για να προκληθεί μια συγκινησιακή αντίδραση σε μια προσπάθεια να ληφθεί μια ιδέα για το είδος των γνωσιών που κατέχει ο ασθενής:

1. Ζητούμε απ' το θεραπευόμενο να μας μεταφέρει το κλίμα και την ατμόσφαιρα εκείνης της ημέρας που π.χ. έχασε τη δουλειά του κλπ.
2. In vivo απόσπαση γνωσιών π.χ. σε κάποιον που η συσκευή τηλεφώνου του προκαλεί άγχος, μπορεί να του ζητήσουμε να προσπαθήσει να πλησιάσει και να πιάσει το τηλέφωνο, ενώ του ζητάμε να εκφωνεί τις σκέψεις που περνούν απ' το μυαλό του.
3. Δοκιμασία συμπλήρωσης μιας μισο-τελειωμένης έκφρασης, π.χ. στο προηγούμενο παράδειγμα του τηλεφώνου δίνουμε στον ασθενή ένα χαρτί με τη μισο-τελειωμένη έκφραση, «όταν πάω να σηκώσω το τηλέφωνο αισθάνονται πανικό γιατί νομίζω πως...» και του ζητούμε να την συμπληρώσει.

Στα μεσοδιαστήματα των συνεδριών:

- Ένα σημαντικό καταγραφικό «εργαλείο» είναι η μέθοδος των «τριπλών στηλών» όπου στην «πρώτη» στήλη αναφέρεται μια κατάσταση ή ένα γεγονός, μία αναπόληση ή εικόνα που προκάλεσε μια έντονη και δυσάρεστη συγκίνηση. Η «δεύτερη» στήλη

αναφέρεται στις σκέψεις, ιδιαίτερα τις αρνητικές, και η «τρίτη» στήλη αναφέρεται στη συμπεριφορά και τα συναισθήματα που βίωσε ο ασθενής ή ακόμη σωματικά ενοχλήματα (Παπακώστας Ι., 1994).

- Η τεχνική του “Flashback” ή της χρονικής αναδόμησης χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής αδυνατεί να εντοπίσει την έναρξη και τις «γνωσίες» της αρνητικής κατάστασης που βιώνει. Σύμφωνα, λοιπόν, με την τεχνική αυτή ο ασθενής παρακολουθεί τον εαυτό του ανάστροφα μέσα στον παρελθόντα χρόνο και αναπολώντας ξανά τα γεγονότα προσπαθεί να βρει το σημείο όπου η κατάστασή του, το συναίσθημά του κ.λπ. άλλαξε. Έχοντας, έτσι εντοπίσει το σημείο αυτό, είναι πιο εύκολο ν’ αναπαραγάγει τις γνωσίες της στιγμής αυτής (Παπακώστας Ι., 1994).

1. Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Η τεχνική των ερωτήσεων είναι το κυριότερο «εργαλείο» του γνωσιακού θεραπευτή. Είναι ένα είδος Σωκρατικής παρέμβασης για τον εντοπισμό (εκμαίευση) και αμφισβήτηση (έλεγχο) των νοητικών κατασκευών του θεραπευόμενου. Η Σωκρατική μέθοδος στρέφει την προσοχή στην ακρόαση πέρα απ’ τις απαντήσεις σε συγκεκριμένες ερωτήσεις και να είναι ανοιχτός (ο θεραπευτής) στην ανακάλυψη του απροσδόκητου. Σύμφωνα με την Padesky (1993), οι γνωσιακοί θεραπευτές πρέπει να «ακούν» ιδιοσυγκρατικές λέξεις, συναισθηματικές επιδράσεις, μεταφορές, λέξεις παράξενα τοποθετημένες σε μια πρόταση και αταίριαστα στοιχεία σε μια ιστορία.

Μια ταξινόμηση των διαφόρων ειδών των ερωτήσεων είναι:

1. **(Memory Questions).** Ερωτήσεις για την απόσπαση πληροφοριών και λεπτομερειών αναφορικά με παρελθόντα γεγονότα που ζητείται απ' τον ασθενή ν' ανακαλέσει στη «μνήμη» του. Π.χ. *«Πότε παρατήρησες για πρώτη φορά το πρόβλημα αυτό;... Τι έκανες όταν σου συνέβη;»*.
2. **(Transtation Questions).** Ερωτήσεις που ενθαρρύνουν τον ασθενή να «μετασχηματίσει» ή να «αποκρυπτογραφήσει» τις πληροφορίες ή ιδέες του προκειμένου να καλυφθούν τα κενά γνώσης και να διευκολυνθεί η κατανόηση. Π.χ. *«Τι σημαίνει αυτό για σένα; Τι θα έλεγε η μητέρα του γι' αυτό;»*.
3. **(Interpretation Questions).** «Διερμηνευτικές» ερωτήσεις που βοηθούν τον ασθενή ν' ανακαλύψει σχέσεις μεταξύ γεγονότων και αξιών. Π.χ. *«Τα οικογενειακά σου προβλήματα μοιάζουν με αυτά που έχεις στη δουλειά σου; Σε τι μοιάζουν; Σε τι διαφέρουν;»*.
4. **(Application Questions).** Ερωτήσεις που βοηθούν τον ασθενή να κινητοποιήσει γνώση που ήδη κατέχει και να την χρησιμοποιήσει ή να την «εφαρμόσει» στην επίλυση μιας συγκεκριμένης προβληματικής κατάστασης. Π.χ. *«Ποιες ενέργειες, έχεις ήδη κάνει για το πρόβλημα αυτό; Τι άλλο θα μπορούσες να κάνεις για να το διορθώσεις;»*.
5. **(Analysis Questions).** Ερωτήσεις που βοηθούν τον ασθενή να επιλύσει ένα πρόβλημα «αναλύοντάς το» στα επί μέρους συστατικά του. Π.χ. *«Τι νομίζεις πώς είναι οι αιτίες του προβλήματος; Ποιες είναι οι ενδείξεις που έχεις; Ποιες καταστάσεις το βελτιώνουν; Ποιες καταστάσεις το κάνουν χειρότερο;»*.
6. **(Synthesis Questions).** Ερωτήσεις «σύνθεσης» που ενθαρρύνουν την παραγωγή εναλλακτικών λύσεων και τη χρήση της επαγωγικής

σκέψης που θα συνδυάσει ποικίλα στοιχεία σε σύνολα πλήρους νοήματος. Π.χ. «Υπάρχουν άλλοι τρόποι με τους οποίους θα μπορούσες να δεις αυτή την κατάσταση; ... Τι σημαίνει για σένα η Ιατρική;».

7. **(Evaluation Questions)**. Ερωτήσεις «Αξιολόγησης» που ζητούν απ' τον ασθενή να εκφέρει μια αξιολογική γνώμη με βάση συγκεκριμένα πρότυπα ή κριτήρια. Π.χ. «Τι περιμένεις από το γάμο; ... Πώς αξιολογείς τον εαυτό σου σαν άτομο;» (Παπακώστας Ι., 1994).

Σύμφωνα με τους Blackburn I-M., Davidson K., (1990), δύο άλλα είδη ερωτήσεων είναι οι «ευθείες ερωτήσεις» και οι «επαγωγικές ερωτήσεις».

Οι «ευθείες ερωτήσεις» εκφράζονται ως εξής: «Τι περνούσε από το μυαλό σου;» παρά «Τι σκεφτόσουν τότε;». Αυτή είναι ξεκάθαρα η πιο εύκολη μέθοδος για να κατευθυνθεί η προσοχή του ασθενή στη διαδικασία των αυτόματων του πληροφοριών. Στο προηγούμενο παράδειγμα η πρώτη ερώτηση προτιμάται απ' τη δεύτερη επειδή είναι δομημένη και συγκεκριμένη. Παρ' όλα αυτά, οι ευθείες ερωτήσεις είναι συχνά ανεπιτυχείς στην εντόπιση των αυτόματων σκέψεων, ειδικά στην αρχή της θεραπείας, όταν ο έλεγχος των αυτόματων σκέψεων είναι μια νέα δεξιότητα για τον ασθενή. Τότε ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τις «επαγωγικές ερωτήσεις» που μερικές φορές αναφέρονται ως «κατευθυνόμενη ανακάλυψη, για να βοηθήσει τον ασθενή ν' ανακαλύψει τις σκέψεις που διατηρούν τη δυσφορική διάθεση. Αυτή η τεχνική είναι πιθανόν η «τεχνική – κλειδί» της γνωσιακής θεραπείας και απαιτεί αρκετές ικανότητες. Ο θεραπευτής πρέπει να' ναι πολύ προσεκτικός, ώστε να είναι ικανός να ρωτά μία σειρά από κατάλληλες

ερωτήσεις χωρίς να βάζει λόγια στο στόμα του ασθενή. Οι ερωτήσεις θα οδηγήσουν τον ασθενή να επαναδημιουργήσει μια κατάσταση στο μυαλό του και να κερδίσει μια κατανόηση του τι πραγματικά συμβαίνει. Επιπλέον αυτό το είδος ερώτησης δημιουργεί ένα μοντέλο για τον ασθενή που τον βοηθά ν' αναπτύξει δεξιότητες για να ελέγχει τις σκέψεις του. Επομένως, μέσω προσεκτικών, ευαίσθητων ερωτήσεων, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή ν' αναγνωρίσει τη νοητική εικόνα ή σκέψη που ίσως έχει αρχίζει να χειροτερεύει τη διάθεσή του. Αυτό τότε θα οδηγήσει πιθανώς σε αναγνώριση περαιτέρω γνωσιών – κλειδιών (Blackburn I-M, Davidson K., 1990).

2. Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΘΕΤΟΥ ΟΡΟΥ

Είναι μία απ' τις πιο συνηθισμένες τεχνικές για την εκμαίευση δυσλειτουργικών σκέψεων και υποθέσεων. Ο θεραπευτής διαλέγει μια αυτόματη αρνητική σκέψη, με μια σειρά ερωτήσεων βασισμένη στο σωκρατικό διάλογο, σκοπεύει στην ανίχνευση των βαθύτερων πεποιθήσεων του ατόμου και η σημασία τους (Καλλάκογλου Θ., 1999).

Παρακάτω παραθέτουμε ένα παράδειγμα χρησιμοποίησης της τεχνικής του κάθετου τόξου. Όταν χρησιμοποιείται αυτή η τεχνική οι αυτόματες σκέψεις δεν προκαλούνται αλλά γίνονται δεκτές ως αληθινές, μέχρι η τελική βάση – «ο πυθμένας» προσεγγιστεί.

Περίπτωση: Ένας δημόσιος υπάλληλος, (43 χρόνων), μερικές φορές ένιωθε τόσο ανήσυχος για τις καταστάσεις της δουλειάς, ώστε απουσίαζε. Έγραψε στο ακόλουθο παράδειγμα σαν μορφή homework:

Κατάσταση: Η δουλειά ξεκινά πάλι τη Δευτέρα.

Συναίσθημα: Ανήσυχος (60%)

Αυτόματη σκέψη: Τι θα πω όταν θα με ρωτήσουν οι άνθρωποι τι ήταν λάθος; Πιθανόν να σκεφτούν ότι δεν είμαι ειλικρινής, αλλά τεμπέλης.

Η άσκηση του «κάθετου τόξου» ακολούθησε ως εξής:

Θ.: Υποθέτοντας ότι αυτοί σκέφτονται έτσι. Γιατί αυτό σε αναστατώνει τόσο;

Α.: Οι άνθρωποι θα με επικρίνουν και θα γελούν εις βάρος μου.

Θ.: Ας υποθέσουμε ότι αυτό είναι αληθινό. Τι θα σήμαινε αυτό για εσένα;

Α.: Θα σκεφτούν ότι δεν είμαι καλός, απλά ένας ψεύτικος.

Θ.: Ας υποθέσουμε ότι αυτό είναι σωστό. Τι θα σήμαινε αυτό για εσένα;

Α.: Θα σήμαινε ότι οι άνθρωποι θα με κακολογούν και δεν θα με σέβονται. Θα γινόμεν ένα τίποτα.

Θ.: Αυτό σημαίνει ότι η αξία σου εξαρτάται απ' την έγκριση των άλλων ανθρώπων; Εάν κάποιος δεν σ' εγκρίνει ή σκέφτεται άσχημα για εσένα, σημαίνει ότι δεν αξίζεις; (Blackburn, 1987).

Αυτό το συμπέρασμα ήταν σωστό και ο ασθενής τότε ανέπτυξε μια σειρά από παραδείγματα για να δείξει πόσο δυνατή είναι αυτή η πεποίθηση. Ανησυχούσε για το τι άποψη είχε ο θυρωρός γι' αυτόν, τι σκέφτονταν ο εφημεριδοπώλης. Ο θεραπευτής τότε συνοψίζοντας είπε: «Πιστεύεις ότι η αξία του είναι φτιαγμένη απ' το σύνολο των εγκρίσεων διαφορετικών ανθρώπων. Όσο περισσότερες εγκρίσεις έχεις, τόσο περισσότερο αξίζεις. Όσο λιγότερες εγκρίσεις έχεις, τόσο λιγότερο αξίζεις. Το εκφράζω σωστά;» (Blackburn, 1987).

Η τεχνική του «κάθετου τόξου» μπορεί να χρησιμοποιηθεί εύκολα για την τροποποίηση του «πυθμένα». Τότε, κάθε σκέψη που δεν

είχε προκληθεί εξετάζεται με τον ίδιο τρόπο που εξετάζονται οι αυτόματες σκέψεις. Έτσι, για το προηγούμενο παράδειγμα, οι σκέψεις μπορούν να απαντηθούν, όπως:

Σκέψη: Οι άνθρωποι δεν θα θέλουν να κάνουν τίποτα με εμένα. Θα με απορρίψουν.

Απάντηση: Υπεργενικεύω, κάνοντας όλους τους ανθρώπους ίδιους, ενώ διαφέρουν πολύ. Κάποιοι άνθρωποι ίσως με αντιπαθούν, αλλά ξέρω ότι σε κάποιους αρέσω.

Σκέψη: Είμαι μη αγαπητός, χωρίς αξία.

Απάντηση: Εάν σε κάποιους ανθρώπους δεν αρέσω, αυτό δεν σημαίνει ότι είμαι μη αγαπητός. Αυτοί δεν είναι διαιτητές για το ποιος είναι αγαπητός ή όχι. Οι άνθρωποι έχουν όλα τα είδη επιθυμιών και δυσανεσκειών. Ξέρω ότι κάνω λάθη, αλλά ποιος δεν κάνει! Επίσης, έχω πολλές ικανότητες, τις οποίες αποκαλεί ο θεραπευτής μου «περιουσιακό στοιχείο». Θυμάμαι ότι κάναμε μια λίστα μερικές εβδομάδες πριν. Ήμουν έκπληκτος πόσο καλό φαινόταν όταν κοιτάξαμε τις αποδείξεις. Επομένως είμαι ένα άτομο που αξίζει.

Σκέψη: Δεν αξίζω να ζω.

Απάντηση: Η αξία της ζωής μου δεν εξαρτάται απ' το αν με συμπαθούν οι άνθρωποι. Δούλεψα το ότι είμαι ένα άτομο που αξίζει και πρέπει να το θυμάμαι. Έχω πράγματα που αξίζουν στη ζωή μου, για παράδειγμα το παιδί μου, τους γονείς μου, τη δουλειά μου και μερικούς καλούς φίλους (Blackburn, 1987).

3. Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΩΝ ΣΤΗΛΩΝ

Μία τεχνική που συναντήσαμε για την καταγραφή των γνωσιών, είναι η τεχνική της τριπλής στήλης. Η τεχνική αυτή όμως χρησιμοποιείται και για την τροποποίηση των γνωσιών αυτών.

Π.χ. στην πρώτη στήλη καταγράφεται η αυτόματη αρνητική γνωσία («είμαι αποτυχία», «ποτέ δεν κάνω τίποτε σωστό») στη δεύτερη στήλη καταγράφεται το διεργασιακό λάθος (υπεργενίκευση, νοητικό φίλτρο) και στην τρίτη στήλη καταγράφεται η τροποποίηση της αρχικής αυτόματης γνωσίας με λογικές απαντήσεις ή με εναλλακτικές γνωσίες λιγότερο δυσπροσαρμοστικές («έχω πετύχει σε μερικά πράγματα και έχω αποτύχει σε μερικά άλλα, όπως ο καθένας») (Burns D., 2001).

Οι παραλλαγές της «διπλής» στήλης –μα ακόμη τεχνική– μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τον εντοπισμό σκέψεων που εμποδίζουν την εκτέλεση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς και στην τροποποίηση σκέψεων που ευοδώνουν την εκτέλεσή τους.

Στη μία στήλη αναγράφονται π.χ. τα «πλεονεκτήματα» και στην άλλη τα «μειονεκτήματα» απ' την υιοθέτηση μιας βασικής πίστης ή πεποίθησης (Παπακώστας Ι., 1994).

Ένα παράδειγμα αυτής της τεχνικής είναι το ακόλουθο:

Δυσλειτουργική πεποίθηση: _____

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

(Curwen B., Palmer S., Rudell P., 2000).

Ο προηγούμενος πίνακας μπορεί να πάρει διάφορες τροποποιήσεις στη θέση της «Δυσλειτουργικής Πεποίθησης», όπως «Υποβοηθητική Πεποίθηση», «Παρούσα Συμπεριφορά» ή «Επιθυμητή Συμπεριφορά». Σύμφωνα όμως με τον Παπακώστα Ι., (1994), η ουσιαστικότερη και πληρέστερη τεχνική είναι αυτή της «πεντάστηλης» στήλης, όπου εφαρμόζεται πάνω στο στοιχειώδες γνωσιακό επεμβατικό σχήμα «ABCDE».

Το σχήμα αυτό περιλαμβάνει πέντε στάδια ή φάσεις:

- A:** Το γεγονός, συμβάν, ή κατάσταση που προηγήθηκε και θεωρείται αφορμή μιας κατάστασης που επακολούθησε.
- B:** Μπορεί να είναι σχήματα, κανόνες, πεποιθήσεις ή αυτόματη σκέψη, δηλαδή βαθύτερα νοητικά στοιχεία που ενεργοποιήθηκαν από τα γεγονότα ή τις καταστάσεις που προηγήθηκαν.
- C:** Σκέψεις, εικόνες, συναισθήματα, συμπεριφορές, σωματικές μεταβολές, οτιδήποτε εκδηλώθηκε σαν αποτέλεσμα ενεργοποίησης του γνωσιακού οργάνου (B), από το γεγονός (A).

- D:** Προσπάθεια εξεύρεσης εναλλακτικών, αμφισβήτησης, διευκρίνισης ή διάκρισης των γνωσιακών μεσολαβητικών διαδικασιών που καταγράφηκαν στη στήλη (B).
- E:** Η αποτελεσματικότητα της επέμβασης στο σημείο (D) θα διαπιστωθεί με το αν το άτομο εμφανίζει μια νέα απάντηση (E) στη θέση της ανεπιθύμητης απάντησης ΤΗΣ (Curwen B., Palmer S., Rudell P., 2000).

4. ΤΕΧΝΙΚΕΣ «TIC-TOC»

(Αποπροσανατολισμού – Προσανατολισμού της σκέψης)

Συχνά οι ασθενείς έχουν δυσκολίες να συμμετάσχουν στις θεραπευτικές διαδικασίες. Αιτία των δυσκολιών αυτών είναι το γεγονός πως κατά την ώρα που ο ασθενής προσπαθεί να εκτελέσει μία «τεχνική» ή μια «άσκηση», διεισδύουν αυτόματες σκέψεις που αποθαρρύνουν την εκτέλεση της τεχνικής ή της άσκησης, δηλαδή αποπροσανατολιστικές σκέψεις (σύμφωνα με τον αγγλικό όρο TICs-Task Interfering Cognitions). Έτσι προέχει η άμεση εκπαίδευση του ασθενούς στην καταγραφή και τροποποίηση των γνωσιών αυτών με γνωσίες που προάγουν τη θεραπεία και τη συγκεκριμένη άσκηση. Αυτές οι προσαρμοσμένες, προσανατολιστικές σκέψεις (ή αλλιώς TOCs-Task Oriented (Cognitions) μπορούν να χρησιμοποιηθούν με την τεχνική δύο στηλών. Καταγράφοντας τις αποπροσανατολιστικές και προσανατολιστικές σκέψεις (TIC-TOC) πρέπει να δοθεί σημασία στον εντοπισμό της γνωστικής διαστρέβλωσης στην αποπροσανατολιστική σκέψη (Burns D., 2001).

Ένα παράδειγμα της τεχνικής TIC-TOC είναι το ακόλουθο:

Η τεχνική αποπροσανατολισμού – προσανατολισμού της σκέψης (TIC-TOC).

- Στην αριστερή στήλη καταγράψτε τις σκέψεις που ανακόπτουν την κινητοποίησή σας για μια συγκεκριμένη δραστηριότητα.

- Στη δεξιά στήλη αναγνωρίστε τις γνωστικές διαστρεβλώσεις και προτείνετε πιο αντικειμενικές, παραγωγικές στάσεις.

Η σύζυγος:

Ποτέ δεν πρόκειται να μπορέσω να καθαρίσω το γκαράζ. Έχουν μαζευτεί ένα σωρό σκουπίδια.

Υπεργενίκευση – σκέψη του «όλα ή τίποτα».

Θα ξεκινήσω κάνοντας μόνο λίγο καθάρισμα. Δεν είναι ανάγκη να το τελειώσω όλο σήμερα.

Τραπεζικός υπάλληλος:

Η δουλειά μου δεν είναι και πολύ σημαντική ή συναρπαστική.

Απόρριψη του θετικού. Μπορεί να μου φαίνεται μονότονη, αλλά είναι πολύ σημαντική για τους ανθρώπους που συναλλάσσονται με την τράπεζα. Όταν δε νιώθω κατάθλιψη, μπορεί να γίνει πολύ ευχάριστη. Πολλοί άνθρωποι κάνουν μονότονες δουλειές, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι είναι και ανάξιοι. Ίσως μπορώ να κάνω κάτι πιο συναρπαστικό στον ελεύθερο χρόνο μου.

Φοιτητής:

Δεν έχει νόημα να κάνω αυτή την εργασία. Το θέμα είναι βαρετό.

Σκέψη του «όλα ή τίποτα». Απλά είναι κάτι το συνηθισμένο. Δεν είναι ανάγκη να είναι αριστούργημα. Μπορεί να αποκομίσω κάτι και θα νιώθω καλά που θα την κάνω.

Γραμματέας:

Θα μπερδευτώ στη γραφομηχανή και θα κάνω πολλά λάθη. Τότε το αφεντικό μου θα με κατσαδιάσει.

Το λάθος του να προλέγεις το μέλλον. Δεν είναι ανάγκη να είμαι τέλεια στη γραφομηχανή. Μπορώ να διορθώσω τα λάθη. Αν είναι πολύ αυστηρός μαζί μου, μπορώ να τον αποπλίσω ή να του πω ότι θα τα πήγαινε καλύτερα αν με υποστήριζε περισσότερο και ήταν λιγότερο απαιτητικός.

(Burns D., 2001).

5. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

Στροφή από μια δυσάρεστη κατάσταση σε μια άλλη ουδέτερη ή ευχάριστη τεχνική που επιφέρει προσωρινή ανακούφιση του αρρώστου. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να πάρουν τη μορφή της αποτροπής της προσοχής είτε μέσα σε «δραστηριότητες» είτε μέσα σε αλλαγές (αύξηση ή στροφή) στην «αισθητηριακή» ενημερότητα, είτε με αλλαγές στις «γνωσίες» (σκέψη, φαντασία) (Παπακώστα Ι., 1994).

6. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

(Προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης)

1. Επαναπροσδιοριστική Τεχνική

Οι ασθενείς πολλές φορές έχουν δυσκολία στο να συγκεντρωθούν ή τους λείπει το κίνητρο να συγκρατήσουν πληροφορίες. Προβλήματα τα οποία ερμηνεύονται από τους ίδιους π.χ. «πώς χάνουν το μυαλό τους» ή «πώς έχουν αποβλακωθεί», με αποτέλεσμα να αυξάνεται αυτή τους η δυσκολία.

Στις περιπτώσεις αυτές ο θεραπευτής λέει πως «αυτές οι δυσκολίες είναι συχνές... αναμενόμενες...» ή «είναι μέρος της κατάθλιψης...» κ.λπ., έτσι ώστε οι ανησυχίες του ασθενούς υποχωρούν. Επίσης, ο ασθενής, π.χ. χρησιμοποιεί σημειωματάριο για υπενθύμιση, ώστε να μη δημιουργεί πρακτικά ή λειτουργικά προβλήματα, η δυσκολία του στη συγκέντρωση.

2. Έλεγχος στην πραγματικότητα

Μπορεί ο θεραπευτής π.χ. να διαβάσει δυνατά μια σελίδα από ένα βιβλίο στον ασθενή και να του κάνει ερωτήσεις μέσα από αυτό.

Συνήθως διαπιστώνεται πως η ικανότητα του ασθενούς να συγκεντρώνεται είναι σχεδόν άθικτη ενώ ενθαρρύνεται να κάνει δουλειά στο σπίτι.

3. Περιορισμός μηρυκαστικών ιδεών

Μια από τις συχνότερες δυσκολίες στη μνήμη και τη συγκέντρωση είναι η ύπαρξη αυτόματων ενοχλητικών ή μηρυκαστικών σκέψεων. Για να περιοριστούν αυτές οι ιδέες προτείνεται στον ασθενή ν' ασχοληθεί μ' αυτές μια ή δύο φορές την ημέρα, τις ίδιες ώρες για 30 π.χ. λεπτά, σαν άσκηση στο σπίτι. Έτσι το άτομο δεν μπορεί να μηρυκάξει πάνω στα θέματα αυτά μια άλλη στιγμή κι έτσι εστιάζεται στα δρώμενα που συμβαίνουν γύρω του.

4. Μέθοδος «SQ3R»

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή ο ασθενής αρχικά επισκοπεί (Survey) το υλικό που είναι προς εκμάθηση (π.χ. σημειώσεις) στη συνέχεια διατυπώνει ερωτήσεις (Questions) γύρω από το υλικό που επισκόπησε, έπειτα προχωρά στην ανάγνωση (Read), στην επανάληψη (Recitation) και τέλος στην ανασκόπηση (Review) του όλου εγχειρήματος (Παπακώστας Ι., 1994).

7. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ (Mental Imagery Techniques)

Οι τεχνικές αυτές δίνουν τη δυνατότητα στον πελάτη να προσδιορίσει, να προκαλέσει, να καταγράψει και να τροποποιήσει αρνητικές σκέψεις και γνωσίες που δημιουργούνται από τραυματικές ή στρεσογόνες παρελθούσες εμπειρίες που μπορεί να έχει ο πελάτης.

Αυτές οι τεχνικές επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την άμεση ανακούφιση του ασθενούς. Ανάλογα με τον επιδιωκόμενο στόχο χρησιμοποιούνται και ανάλογες τεχνικές.

Απεικονιστικές τεχνικές είναι:

1. Απεικόνιση ικανοποιητικού χειρισμού και «μαστοριάς».

Τεχνική για αποφευκτικούς και παθητικούς ασθενείς που καλούνται να φανταστούν τον εαυτό τους να χειρίζονται ή να εκπληρώνουν ικανοποιητικά μια αποστολή ή ένα έργο (Coping Images), π.χ. *«Φαντάσου τον εαυτό του να ζητάει αύξηση από το αφεντικό».*

2. Ιδανικοποιημένες εικόνες

Όταν το άτομο δεν μπορεί να δει ή να σκεφθεί μακροπρόθεσμους στόχους. Π.χ. *«Μετά 10 χρόνια από τώρα, που και με ποιον θα 'θελες να ζεις και με τι ν' ασχολείσαι;».*

3. Εικόνες αναθεώρησης

Στόχος τους είναι η τροποποίηση της ερμηνείας των γεγονότων. Π.χ. *«Φαντάσου πως η γυναίκα σου δεν ήταν θυμωμένη με σένα, αλλά είχε μια άσχημη μέρα στη δουλειά της».*

4. Προοπτικές εικόνες

Ο ασθενής καλείται να κοιτάξει το παρόν απ' την οπτική γωνία του μέλλοντος, να δει και ν' αξιολογήσει την αξία των παρόντων γεγονότων διαχρονικά.

5. Εικόνες θετικής απάντησης

Εικόνες θετικής συμπεριφοράς αντιπαραβάλλονται με εικόνες παθητικής και επιθετικής συμπεριφοράς. Π.χ. *«Φαντάσου πως ζητάς*

τα χρήματά σου με τρόπο παθητικό, επιθετικό και θετικό» (Παπακώστας, Ι., 1994).

Ένα ακόμη είδος των απεικονιστικών νοητικών τεχνικών είναι:

6. Η Γνωσιακή πρόβα (Cognitive Rehearsal)

Είναι μια τεχνική με την οποία βάζουμε τον ασθενή να μας περιγράψει μια κατάσταση που φοβάται. Μπορούν να καταγραφούν οι αυτόματες σκέψεις του ασθενή και να «βιώσει» μια κατάσταση την οποία αν προκύψει θα είναι έτοιμος να τη χειριστεί (Leahy R., 1997).

Έτσι, με τη Γνωσιακή Πρόβα:

- Εντοπίζονται οι δυσχέρειες καθώς το άτομο φαντάζεται πως εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες.
- Το άτομο καλείται να προσέξει τις ουσιαστικές λεπτομέρειες και δυσχέρειες στην αναπαραγωγή και εκτέλεση έργου.
- Με την δοκιμή των απαραίτητων βημάτων, έχει «στο μυαλό του έτοιμο» προγραμματισμένο σενάριο για την πραγματική εκτέλεση.
- Η εκτέλεση του έργου στη φαντασία, προσφέρει «κάποια αμοιβή» ευχαρίστηση και κάνει το άτομο να νιώθει καλύτερα, ώστε να αυξάνει το κίνητρο για την πραγματική εκτέλεση.
- Προσφέρει τη δυνατότητα σύνθεσης διαφόρων χαρακτηριστικών μιας κατάστασης που διευκολύνει την πραγματική εκτέλεση (Παπακώστας Ι., 1994).

Ένα τελευταίο είδος είναι η

7. Καθοδηγούμενη απεικονιστική (Guided Imagery)

Είναι ένα είδος της Σωκρατικής μεθόδου και ελέγχου για την απόσπαση και τροποποίηση γνωσιών. Ο θεραπευτής επεμβαίνει

πάνω σε εικόνες (images) και ζητά από τον ασθενή να «περιγράψει» λεπτομερειακά τα δρώμενα ή να του ζητά να πάρει «συνέντευξη» από τα πρόσωπα και τα πράγματα που δρουν μέσα στις εικόνες του ή ακόμη και να κάνει «διάλογο» μεταξύ των δρώντων στην νοητική απεικόνιση.

Ένα παράδειγμα αυτής της τεχνικής είναι το ακόλουθο:

Θ.: Προσπάθησε να επαναφέρεις ακριβώς τι έγινε την Τετάρτη βράδυ. Ήσουν στο σπίτι με το σύζυγό σου. Ήταν μετά το δείπνο και είχατε βάλει τα παιδιά για ύπνο. Ήσασταν στο σαλόνι, εσύ παρακολουθούσες τηλεόραση και ο σύζυγός σου διάβαζε εφημερίδα. Κλείσε τα μάτια σου και προσπάθησε να φανταστείς την κατάσταση σε όσες περισσότερες λεπτομέρειες μπορείς. Το μέρος που καθόσασταν... την ώρα της ημέρας... κ.λπ.

Θ.: (μετά από 2 λεπτά) Ωραία. Έχεις την εικόνα στο μυαλό σου;

A.: Ναι, τη βλέπω τώρα. Είχα πάει να καθίσω κοντά στον Γιάννη στον καναπέ που διάβαζε την εφημερίδα του. Μετά από λίγο, σηκώθηκε, χαμήλωσε την τηλεόραση και κάθισε κάπου αλλού μακριά από εμένα.

Θ.: Έδωσες κάποια ερμηνεία σ' αυτό;

A.: Ναι, σκέφθηκα «Αυτός δεν αντέχει να κάθεται δίπλα μου. Με βρίσκει βαρετή. Δεν με αγαπάει πια».

Θ.: Πολύ καλά. Τώρα «κρατάμε» τη γνώσια. Βλέπεις τώρα γιατί αισθάνθηκες τόσο απαισιοδοξία και απόγνωση; Ο σύζυγός σου συμπεριφέρθηκε με ένα συγκεκριμένο τρόπο και εσύ ερμήνευσες τη συμπεριφορά του. Με κάποιον τρόπο, αυτό που έκανε αυτός είχε να κάνει με σένα. Εσύ προσωποποίησες τη συμπεριφορά του και αυτό σ' επηρέασε αρνητικά. Ας δούμε πάλι αυτές τις σκέψεις

για να δούμε πόσο ρεαλιστικές είναι... (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

8. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Ο πίνακας δραστηριοτήτων είναι ένα σχεδιάγραμμα με τις μέρες της εβδομάδας οριζόντια στην κορυφή της σελίδας και την κάθε ώρα κάθετα στην αριστερή πλευρά. Το σχεδιάγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει την καταγραφή των δραστηριοτήτων του ασθενή, την εκτίμηση και την ανάλυση της ευχαρίστησης και της επάρκειας, την καταγραφή και την εκτίμηση της αρνητικής διάθεσης, τον προγραμματισμό ευχάριστων δραστηριοτήτων ή δυσβάστακτων καθηκόντων και τον έλεγχο των πεποιθήσεων. Αρχικά ο θεραπευτής για να συλλέξει πληροφορίες μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να καταγράψει τις δραστηριότητές του, έχοντας εξασφαλίσει το ότι ο ασθενής έχει συμφωνήσει και κατανοήσει την εργασία και στη συνέχεια ελέγχει τις πιθανές λύσεις. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να είναι ανεκτίμητες και οι αλλαγές στις δραστηριότητες του ασθενή βελτιώνουν τη διάθεσή του.

1. Η ανασκόπηση του πίνακα δραστηριοτήτων (την επόμενη εβδομάδα)

Ασθενής και θεραπευτής κάνουν μια ανασκόπηση του πίνακα δραστηριοτήτων αναζητώντας επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και βγάζοντας τα ανάλογα συμπεράσματα.

2. Η εκτίμηση της διάθεσης με τη χρήση του πίνακα δραστηριοτήτων

Ο πίνακας δραστηριοτήτων μπορεί να είναι χρήσιμος για τους ασθενείς, στη διερεύνηση της παρουσίας συγκεκριμένης διάθεσης. Έτσι, ασθενείς με ταχείες εναλλαγές στη διάθεση μπορεί να βρουν χρήσιμες την καταγραφή δραστηριοτήτων, καθώς και της «κυρίαρχης» διάθεσης που βιώνουν στη διάρκεια της κάθε δραστηριότητας.

3. Ο προγραμματισμός των δραστηριοτήτων

Ο πίνακας δραστηριοτήτων χρησιμοποιείται για τον προγραμματισμό δραστηριοτήτων. Ο ασθενής σχεδιάζει και καταγράφει δραστηριότητες για την επόμενη εβδομάδα, όπως ευχάριστες δραστηριότητες, εργασίες που πρέπει να γίνουν, κοινωνικές εκδηλώσεις, θεραπευτική εργασία για το σπίτι, φυσική άσκηση ή δραστηριότητες που απέφευγε. Ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να «προβλέψει» τα επίπεδα επάρκειας, ευχαρίστησης ή της διάθεσης της σε έναν πίνακα και στη συνέχεια να καταγράψει τις πραγματικές βαθμολογίες σε έναν άλλο πίνακα. Αυτές οι συγκρίσεις αποτελούν μια χρήσιμη πηγή πληροφοριών. Ακόμα και να γίνει μόνο ένα κομμάτι των δραστηριοτήτων, μόνο και μόνο η δημιουργία μιας μεθόδου δράσεως για κάθε ημέρα είναι ιδιαίτερα εποικοδομητική (Beck J., 1995).

9. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑ

Οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές έχουν μια αρνητική προκατάληψη (bias) όταν επεξεργάζονται πληροφορίες και όταν αξιολογούν τον εαυτό τους. Προσέχουν αρνητικές πληροφορίες και

αγνοούν, υποτιμούν ή και ξεχνούν πληροφορίες που είναι θετικές. Συχνά, κάνουν μια από τις δύο δυσλειτουργικές συγκρίσεις:

1. Συγκρίνουν τον εαυτό τους στην παρούσα στιγμή με το πώς ήταν πριν την έναρξη της διαταραχής.
2. Συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλους που δεν έχουν ψυχιατρική διαταραχή.

Η αρνητική αυτή προκατάληψη στη λειτουργία της προσοχής τους βοηθάει στη διατήρηση ή την αύξηση της δυσφορίας τους. Για την αντιμετώπιση αυτής της προκατάληψης χρήσιμες τεχνικές είναι:

○ Η αλλαγή στη σύγκριση του εαυτού

Ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να δει ότι η αρνητική προσοχή και οι συγκρίσεις του είναι δυσλειτουργικές. Στη συνέχεια του μαθαίνει να κάνει πιο λειτουργικές συγκρίσεις, καθώς και το πώς θα κρατά ένα ημερολόγιο.

○ Ημερολόγια

Υπάρχουν διάφορα είδη ημερολογίων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- **Ημερολόγιο καταγραφής θετικών σκέψεων**
- Τα ημερολόγια καταγραφής θετικών σκέψεων είναι καθημερινές λίστες από θετικά πράγματα που κάνει ο ασθενής ή από θέματα για τα οποία αξίζει επιβράβευση.
- **Ημερολόγιο επίτευξης στόχου και εφοδιασμού νέων εκτιμήσεων**
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την δημιουργία νέων, λειτουργικών σχημάτων ή μείωση των δυσλειτουργικών. Π.χ. ένα άτομο που πιστεύει ότι «Είμαι ανεπαρκής /ακατάλληλος», θα

μπορούσε να έχει ένα σημειωματάριο με στήλες όπως «δουλειά», «κοινωνικότητα», «γονέας», «μοναξιά». Στην κάθε στήλη θα μπορούσαν να καταγραφούν καθημερινά, μικρά παραδείγματα επάρκειας. Ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή ν' αναγνωρίσει παραδείγματα επάρκειας και να ελέγξει αν καταγράφονται κανονικά. Ο ασθενής επίσης, μπορεί να επανεξετάζει αυτό το σημειωματάριο για να αντικρούσει την πεποίθησή του στο αρνητικό σχήμα σε στιγμές στρες ή «αποτυχίας» όταν το πιο οικείο αρνητικό σχήμα είναι έντονα ενεργοποιημένο.

- **Ημερολόγιο πρόβλεψης**
- Είναι ένα είδος ημερολογίου που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξασθένηση των αρνητικών σχημάτων και την υποστήριξη των εναλλακτικών σχημάτων. Οι ασθενείς καταγράφουν προβλέψεις του τι θα γίνει σε συγκεκριμένες καταστάσεις εάν τα αρνητικά τους σχήματα είναι αληθινά. Αργότερα, καταγράφουν τις ακριβώς έγινε και το συγκρίνουν αυτό με τις προβλέψεις.

- **Ημερολόγιο ανάλυσης καθημερινών εμπειριών σε όρους «παλιών» και «νέων» σχημάτων**
- Ασθενείς που έχουν αρχίσει να πιστεύουν σύμφωνα με τα νέα τους πιο λειτουργικά σχήματα, μπορούν να εκτιμήσουν τα γεγονότα κατά τη διάρκεια της εβδομάδας.

Για παράδειγμα, η ασθενής που πίστευε ότι είναι μη-αγαπητή εάν δυσαρεστούσε άλλους, ανέλυε τις καθημερινές της εμπειρίες όπου αυτή η παλιά πεποίθηση ενεργοποιούνταν. Σε ένα γεγονός, αυτή κριτικάρε έναν εργαζόμενο για φτωχή παρουσία δουλειάς. Στο ημερολόγιό της έγραψε: «Εκείνος έμοιαζε ενοχλημένος με

μένα που κριτικάρα τη δουλειά του. Με το παλιό μου σχήμα, θα ένιωθα ότι αυτό ήταν φριχτό και ότι έδειχνε ότι δεν είμαι αγαπητή. Τώρα βλέπω ότι είναι υπευθυνότητά μου να διορθώνω τη δουλειά του και εάν αυτός είναι θυμωμένος μαζί μου, εντάξει. Δεν χρειάζομαι τον καθένα να είναι χαρούμενος μαζί μου όλη την ώρα για να νιώθω αγαπητή» (Beck A., Freeman & Associates, 1990).

Μ' αυτούς τους τρόπους τα ημερολόγια μπορούν να βοηθήσουν στην δημιουργία λειτουργικών σχημάτων, εξασφαλίζοντας ότι οι βιώσιμες εμπειρίες ενδυναμώνουν τα νέα σχήματα, και να βοηθήσουν στην αντίκρουση των παλιών, δυσλειτουργικών σχημάτων (Beck A., Freeman & Associates, 1990).

- **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΑΣΥΜΦΩΝΙΑΣ**
(Cognitive Dissonance)

Η τεχνική αυτή είναι ένας τρόπος για εξοικείωση του ασθενή αλλά και για να δει ότι αλλιώς τα έχει στο μυαλό του κι αλλιώς συμβαίνουν τα πράγματα. Έτσι τα βήματα για τη διαδικασία της τεχνικής της γνωσιακής ασυμφωνίας είναι:

1. Ο θεραπευτής «καταγράφει» τις πεποιθήσεις του ασθενούς, σε σχέση με τον εαυτό του, τον κόσμο, το μέλλον και τις μεταξύ τους σχέσεις.
2. Ο θεραπευτής περιγράφει το «χάρτη» του ασθενή, υποβάλλει προσεχτικές «ερωτήσεις» που επισημαίνουν τις «ασυνέπειες» του ασθενούς.

3. Παρ' ότι ο ασθενής «υπερασπίζεται» τις πεποιθήσεις του, ο θεραπευτής «εξακολουθεί» να τον ρωτά, μέχρι ο ασθενής να «αμφιβάλει» για τη νοητική σύλληψη μιας κατάστασης.
4. Ο θεραπευτής συνεχίζει την προσπάθεια, μέχρις ότου ο ασθενής να «ανασυνθέσει» ή αναθεωρήσει τις αρχικές του πεποιθήσεις /γνωσίες (Παπακώστας Ι., 1994).

• ΠΑΙΞΙΜΟ ΡΟΛΩΝ (Role Plays)

Το παίξιμο ρόλων είναι μια συμπεριφορική τεχνική που χρησιμοποιείται για την επίτευξη πολλών, διαφορετικών στόχων.

Θεραπευτής και ασθενής αφού θέσουν λογικούς στόχους, μπορούν να εισάγουν το παίξιμο ρόλων σε μια προβληματική κατάσταση, η οποία μετά γίνεται πράξη μέσα απ' τους ρόλους. Για παράδειγμα, ένας ασθενής έπαιξε εναλλακτικά τον εαυτό του, τον διευθυντή του, και την περίπτωση της συζύγου, την ίδια και μετά το σύζυγό της, ενώ ο θεραπευτής επίσης παίζει εναλλακτικούς ρόλους. Αυτό επιτρέπει στον ασθενή να βιώσει και τους δύο ρόλους έτσι ώστε μπορεί να δοκιμάσει τι μπορεί να πει στην προβληματική κατάσταση και να καταλάβει πως ίσως το άλλο άτομο αισθάνεται και γιατί αντιδρά έτσι. Το ακόλουθο παράδειγμα δείχνει πολύ παραστατικά το γεγονός αυτό:

Μία 18χρονη κοπέλα ήταν σε συνεχή κατάσταση θυμού προς τον πατέρα της, τον οποίο θεωρούσε ως «επικριτικό και παρεμβατικό». Ισχυρίστηκε ότι «προσπαθεί να διευθύνει τη ζωή μου και απορρίπτει οτιδήποτε κάνω». Αρχικά, έπειτα από κατάλληλη εισαγωγή, ο θεραπευτής έπαιξε το ρόλο του πατέρα σε ένα πρόσφατο «σενάριο» στο οποίο ο πατέρας την είχε ρωτήσει αν παίρνει ναρκωτικά και αυτή είχε

γίνει έξαλλη. Κατά τη διάρκεια του role-play, είχε σκέψεις όπως: «Δεν με αγαπάς! Προσπαθείς να μου επιβληθείς! Δεν έχεις το δικαίωμα αυτό!». Στη συνέχεια αντάλλαξαν ρόλους. Η ασθενής κατέβαλλε πολύ προσπάθεια να παίζει καλά το ρόλο της – να δει την κατάσταση μέσα απ' τα μάτια του πατέρα της. Ξέσπασε σε κλάματα κατά τη διάρκεια του role-play και εξήγησε «Μπορώ να καταλάβω τώρα ότι νοιάζεται πραγματικά για εμένα και ανησυχεί γνήσια για μένα». Η ασθενής είχε «κλειδωθεί» τόσο στη δική της άποψη που δεν ήταν ικανή να το κατανοήσει αυτό.

Εκτός όμως απ' την συναισθηματική κατανόηση, η τεχνική του role-play χρησιμοποιείται και για πρόσβαση στις βαθύτερες σκέψεις ή πεποιθήσεις. Για παράδειγμα, μία ασθενής παραπονέθηκε ότι όποτε μιλούσε στην θετή της κόρη που μεγάλωνε, ένιωθε φοβισμένη. Αυτό συνέβαινε όποτε μιλούσε μαζί της είτε στο τηλέφωνο είτε αυτοπροσώπως για οποιοδήποτε θέμα. Δεν ήταν ικανή να καταλάβει γιατί ένιωθε φοβισμένη, ειδικότερα καθώς η θετή κόρη θεωρούνταν από όλους και απ' την ίδια την ασθενή ως ευγενική και υποβοηθητική. Ο θεραπευτής αποφάσισε να παίζει το ρόλο της θετής κόρης σ' ένα πρόσφατο παράδειγμα. Αυτό περιελάμβανε μια τηλεφωνική συζήτηση σχετικά με τις προετοιμασίες για τα Χριστούγεννα.

Θ.: (στο ρόλο της θετής κόρης) Για σου Μαίρη τι κάνεις;

Α.: (παίζοντας τον εαυτό σου) Όχι τόσο άσχημα. Εσύ;

Θ.: Είμαι πολύ καλά και απασχολημένη κάνοντας προετοιμασίες για τα Χριστούγεννα. Για το γεύμα, σκέφτομαι να μαγειρέψω τη γαλοπούλα κι εσύ ίσως να προετοιμάζεις τα ορεκτικά...

Σ' αυτό το σημείο, η ασθενής φαινόταν δυσαρεστημένη. Ο θεραπευτής τότε ρώτησε: «Τι περνά απ' το μυαλό σου αυτή τη στιγμή;».

- A.:** Πάντα με κάνει να νιώθω τόσο ανίκανη. Έχω αισθήματα ζήλιας.
Πώς μπορεί αυτή να είναι ευτυχισμένη και ικανή ενώ εγώ όχι;
- Θ.:** Είναι αυτό τρομαχτικό;
- A.:** Ναι κάθε φορά που μιλάμε φοβάμαι τα αισθήματά μου ζήλιας.
Δεν μ' αρέσει να νιώθω ζήλια. Η ζήλια είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα.

Επομένως, το παίξιμο ρόλων βοήθησε τον θεραπευτή και τον ασθενή να εντοπίσουν γρήγορα τις βαθύτερες σκέψεις που συνόδευαν την απροσδόκητη συναισθηματική αντίδραση.

Ένας τρίτος τρόπος που χρησιμοποιείται το παίξιμο ρόλων είναι η εξάσκηση των μεθόδων για συλλογή στοιχείων ή για εξακρίβωση των προβλέψεων, που ασθενής και θεραπευτής έχουν σχεδιάσει. Για παράδειγμα μπορεί να περιλαμβάνει ερωτήσεις εκφράζοντας θυμό ή λέγοντας όχι σ' ακατάλληλες παρακλήσεις. Τότε το role-play χρησιμοποιείται για σκοπούς αφομοίωσης και μάθησης. Αυξάνει το αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας του πελάτη και παρέχει ανταποδείξεις για τις αρνητικές προβλέψεις.

Τέλος, ένας τέταρτος τρόπος χρησιμοποίησης του role-play είναι για την επαναβίωση παιδικών ή παρελθοντικών εμπειριών και αναγνώριση των πυρηνικών πεποιθήσεων που έχουν παραχθεί. Μέσω του role-play, ένα πρόσωπο του παρελθόντος που οι ασθενείς ίσως βλέπουν ως «κακό γονιό ή σύντροφο», ίσως φανεί διαφορετικά μέσω της συναισθηματικής κατανόησης, αλλά και θα βελτιώσουν ίσως οι ασθενείς τη δική τους συμπεριφορά προς εκείνους. Οι πυρηνικές πεποιθήσεις καθώς έρχονται στην επιφάνεια μπορούν να τροποποιηθούν καθώς ο ασθενής επαναβιώνει το επεισόδιο (Beck A., Freeman & Associates, 1990).

• Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΠΙΤΑΣ

Είναι χρήσιμο για τους ασθενείς να δουν τις ιδέες τους με τη μορφή γραφήματος. Έτσι ένα γράφημα «πίτας» μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τον ασθενή να βάλει στόχους όταν δυσκολεύεται να προσδιορίσει τα προβλήματά του και τις αλλαγές που θα ήθελε να κάνει στη ζωή του ή όταν δεν έχει επίγνωση για το πόσο μη ισορροπημένη είναι η ζωή του. Ωφελείται από τη γραφική απεικόνιση του ιδανικού έναντι του πραγματικού τρόπου με τον οποίο διαθέτει το χρόνο του. Ή για να προσδιορίσει τη σχετική ευθύνη σε ένα δεδομένο αποτέλεσμα (εξετάζοντας τη συμβολή διαφόρων παραγόντων σ' ένα αρνητικό αποτέλεσμα), όπου επιτρέπει στον ασθενή, να δει γραφικά τις πιθανές αιτίες ενός δεδομένου αποτελέσματος (Beck J., 1995).

• ΕΥΦΥΟΛΟΓΗΜΑΤΑ (ΧΙΟΥΜΟΡ)

Είναι μια πολύ χρήσιμη μέθοδος σύμφωνα με τον Παπακώστα (1994), καθότι μπορεί να χαλαρώσει τον ασθενή και να βοηθήσει στην δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης. Το χιούμορ στοχεύει:

- Στην «ξεκάθαρη» δυσπροσαρμοστική ιδέα του ασθενούς.
- Στο να δει ο ασθενής αντικειμενικά τις σκέψεις του (αποστασιοποίηση).
- Στην πρόκληση γνωσιακής ασυμφωνίας ώστε να βρει ο ασθενής εναλλακτικές και τη γνωσιακή αναδόμηση.

- **ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΑΡΑΔΟΞΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ**
του Frankl (1960)

Ο ασθενής ενθαρρύνεται να ευχηθεί ή να επιδιώξει για λίγο το κακό που φοβάται ότι θα του συμβεί (Παπακώστας Ι., 1994).

- **ΧΑΛΑΡΩΣΗ**

Πολλοί ασθενείς ωφελούνται μαθαίνοντας τεχνικές χαλάρωσης εφόσον με τις ασκήσεις αυτές που διδάσκονται και εφαρμόζονται, μπορούν να αντιμετωπιστούν προβλήματα και ν' αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Ο θεραπευτής προτείνει στον ασθενή να δοκιμάσει τη χαλάρωση σαν πείραμα εφόσον κάποιοι από αυτούς την βιώνουν σαν μια παράδοξη διέγερση, που τους οδηγεί σε περισσότερη τάση και άγχος.

Η χαλάρωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για τη μυϊκή όσο και για τη νοητική ένταση. Η συστηματική χαλάρωση διδάσκεται με προσεχτικές οδηγίες σχετικά με το πώς να χαλαρώνεις και να μειώνεις την ένταση στους διάφορους μυς. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να εξασκεί τις ασκήσεις χαλάρωσης (για μυς χεριών, ώμων, αυχένα, μέσης, προσώπου, στομαχιού, ποδιών και λήψη βαθιών αναπνοών) καθημερινά ή δύο φορές την ημέρα αν είναι δυνατόν, έως το σημείο όπου η χαλάρωση θα έχει γίνει μια νέα δεξιότητα που μπορεί να χρησιμοποιείται σε κάθε κατάσταση χωρίς οδηγίες, είτε οδηγεί είτε βρίσκεται μ' άλλους ανθρώπους, ή στη δουλειά (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

• ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΔΟΜΗΣΗΣ (Reattribution Techniques)

Η Γνωσιακή θεραπεία στοχεύει στην αναδόμηση (μετατροπή, αλλαγή) των πιστεύω σε επίπεδο αυτόματων αρνητικών σκέψεων και σχημάτων. Η διάρκεια αυτής της αλλαγής εξαρτάται απ' τον τρόπο που ορίζεται και αλλάζει το πλήθος των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τη διατήρηση των αρνητικών σκέψεων και των σχημάτων. Γι' αυτό το σκοπό, χρησιμοποιούνται μια σειρά από στρατηγικές ανάλογα με τη φύση του προβλήματος του κάθε πελάτη:

- Καταγραφή δυσλειτουργικών γνωσιών, όπου ο θεραπευτής εντοπίζει και καταγράφει τις δυσπροσαρμοστικές γνωσίες, την πίστη του ασθενή στις γνωσίες και τις συνέπειες από τις γνωσίες αυτές.
- Ανασκόπηση των αιτιών που οδήγησαν στο αρνητικό γεγονός. Περιγραφή και χωροχρονική αναπαραγωγή των γεγονότων.
- Εντοπισμός των παραγόντων που παίζουν ρόλο στην αρνητική έκβαση.
- Επιμερισμός των παραγόντων που παίζουν ρόλο στην αρνητική έκβαση.
- Επιμερισμός ευθυνών. Θεραπευόμενος και θεραπευτής διερευνούν την ύπαρξη και την ευθύνη των παραγόντων για το αρνητικό γεγονός.
- Επανακτίμηση της αρχικής γνωσίας. Ζητείται από τον ασθενή να προσδιορίσει το βαθμό πίστης του στην αρχική γνωσία μαζί με τις συνέπειες από την υιοθέτηση μιας νέας λιγότερο δυσπροσαρμοστικής γνωσίας.
- Εκπαίδευση για την απόκτηση ικανοποιητικής αιτιο-προσδιοριστικής ικανότητας. Η εκπαίδευση για την τροποποίηση αιτιοπροσδιοριστικού «χάρτη» του ασθενή περιλαμβάνει:

1. Αξιολόγηση του χάρτη του ασθενούς.
2. Εξοικείωση του ασθενή με τις αιτιοπροσδιοριστικές γνωσίες.
3. Εξάσκηση του ασθενή για την τροποποίηση του αιτιοπροσδιοριστικού του χάρτη (Καλάκογλου Θ., 1999).

• ΕΜΠΕΙΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (Reality Testing)

Οι γνωσίες του ατόμου είναι υποθέσεις που μπορούν να ελεγχθούν. Τα μέρη ενός πειράματος, που θα χρησιμοποιηθεί για τον «έλεγχο» των υποθέσεων είναι τα εξής:

- Ο βαθμός βεβαιότητας του ασθενούς στο κατά πόσο η γνωσία ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.
- Οι συνέπειες της γνωσίας – πίστης που πρέπει να αντιλαμβάνεται ο ασθενής.
- Το πείραμα, το οποίο στοχεύει στο να καταλάβει ο ασθενής ότι τίποτα δεν είναι αυτονόητο και ο τρόπος που βλέπει τα πράγματα μπορεί να μην έχει σχέση με την πραγματικότητα.
- Η επαναξιολόγηση βαθμού της πίστης του ασθενούς για την αρχική γνωσία και
- Οι συνέπειες τροποποίησης μιας δυσπροσαρμοστικής γνωσίας.

Π.χ. ο ασθενής που πάντα κάνει ό,τι του ζητούν από φόβο μην απορριφθεί μπορεί να εξασκηθεί λέγοντας «Όχι» σε μερικές περιπτώσεις και να εξακριβώσει την επίδραση στους φίλους του.

Ο τελειομανής που συνήθως περνά ώρες σ' ένα καθήκον, προσπαθώντας να το τελειοποιήσει, μπορεί να εξασκηθεί στο να δαπανά τις μισές ώρες για το ίδιο καθήκον. Ο εμπειρικός έλεγχος είναι μια

τεχνική που είναι εξαιρετικά χρήσιμη για αγχώδεις ασθενείς αλλά και για άλλους (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

• **ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Τα συστατικά για μια καλή επικοινωνία είναι η καλή ακρόαση (καλός δέκτης) και η καλή έκφραση (καλός πομπός). Στην κακή επικοινωνία δυσλειτουργούν ένα ή και τα δύο αυτά συστατικά. *Οι τεχνικές, λοιπόν, που χρησιμοποιούνται υποδιαιρούνται σε:*

1. Τεχνικές βελτίωσης ακροαστικής ικανότητας:

Αφοπλιστική τεχνική

Χρησιμοποιείται όταν το άτομο κατηγορείται και προσπαθεί έτσι να ξεφύγει από την «αλήθεια» καταφεύγοντας στον σαρκασμό ή στην ειρωνεία και συμφωνώντας «μερικώς» με τον «κατήγορο».

Συναισθηματική κατανόηση

Όπως έχει αναφερθεί και στη χρήση του role-play, το άτομο προσπαθεί να δει τον κόσμο με τα μάτια των άλλων χωρίς να ταυτίζεται με τα άλλα άτομα. Επομένως η βελτίωση της ικανότητας για συναισθηματική κατανόηση έχει τη νοηματική όψη, όπου το άτομο συνειδητοποιεί τα βιώματα του άλλου ατόμου και τη συναισθηματική όψη όπου το άτομο προσπαθεί να αισθανθεί την ψυχική κατάσταση του άλλου.

Διερευνητική ικανότητα

Περιλαμβάνει την καταλληλότητα, ποιότητα και λεπτότητα των ερωτήσεων και τον κατάλληλο «τόνο» της φωνής που θα επιτρέψουν στην βελτίωση μιας διαπροσωπικής επικοινωνίας.

2. Τεχνικές βελτίωσης εκφραστικής ικανότητας

Έκφραση προσωπικών συναισθημάτων.

Όταν απειλείται η επικοινωνία με διακοπή, δηλώσεις όπως «εγώ νιώθω» είναι αποτελεσματικές και βοηθούν στην επανόρθωση του καλού κλίματος επικοινωνίας.

Κατευνασμός

Το άτομο αποφεύγει να χαρακτηρίσει αρνητικά τον συνομιλητή του, ενώ προσπαθεί να βρει θετικά στοιχεία στον «χαρακτήρα» και την «προσωπικότητά» του (Παλακώστας Ι., 1994).

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράψαμε τεχνικές που χρησιμοποιούνται κατά τη θεραπεία. Όπως μπορεί όμως να εκτιμηθεί υπάρχει ένα πλήθος τεχνικών που χρησιμοποιούνται ανάλογα με τη φύση του προβλήματος, την προσωπικότητα του ασθενή και άλλων παραγόντων. Αυτό κάνει τον θεραπευτή να είναι «εκλεκτικό» (Leahy R., 1997).

Κάποιες τεχνικές θα περιγραφούν και σε επόμενο κεφάλαιο που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση διάφορων προβλημάτων ή εμποδίων στη θεραπεία. Επίσης η αποτελεσματικότητα ή η αποτυχία των τεχνικών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό απ' τη θεραπευτική σχέση κάτι που θα αναλυθεί παρακάτω.

3.5. ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σύμφωνα με την Beck J. (1995), στόχος της γνωστικής θεραπείας είναι να διευκολύνει την ύφεση της διαταραχής του ασθενούς και να του διδάξει να είναι ο θεραπευτής του εαυτού του. Κι αυτό γιατί, ο θεραπευτής, στη γνωστική θεραπεία, δε θα λύσει όλα τα προβλήματα του ασθενούς γιατί έτσι θα εξαρτιόταν πλήρως ο ασθενής, αποφεύγοντας, με αυτόν τον τρόπο, την ενίσχυση ή τη δοκιμασία των ικανοτήτων του.

Αρχικά, οι συνεδρίες προγραμματίζονται για μια φορά την εβδομάδα. Όταν, όμως, ο ασθενής μάθει τα βασικά εργαλεία της γνωστικής θεραπείας και αισθανθεί ύφεση των συμπτωμάτων, τότε η συχνότητα της θεραπείας μειώνεται και μπορεί σταδιακά να καταλήξει σε μια συνεδρία κάθε τέσσερις εβδομάδες. Παρ' όλα αυτά, ενθαρρύνονται οι ασθενείς ώστε, μετά τον τερματισμό της θεραπείας, να προγραμματίσουν «ενισχυτικές» συνεδρίες, έως και ένα χρόνο μετά τη λήξη της.

Σε αυτό, λοιπόν, το κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τα βήματα από την αρχή της θεραπείας έως την τελική συνεδρία, που προετοιμάζουν τον ασθενή για τον τερματισμό της θεραπείας, καθώς και για την πιθανή υποτροπή.

3.5.1. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Ακόμη και από την πρώτη συνεδρία, ο θεραπευτής αρχίζει να προετοιμάζει τον ασθενή για τον τερματισμό της θεραπείας και την υποτροπή. Είναι χρήσιμο να αναγνωρίζονται οι προσδοκίες του ασθενούς για βελτίωση, δηλαδή πως περιμένει να γίνει καλύτερα, πόσο

καιρό πιστεύει ότι θα χρειαστεί, αν πιστεύει ότι θα κάνει μια σταθερή πρόοδο κάθε εβδομάδα χωρίς πισωγυρίσματα. Επίσης, είναι πολύ ωφέλιμο για τους ασθενείς ένα οπτικό σχεδιάγραμμα της πορείας της προόδου, η οποία να αποτελείται από περιόδους βελτίωσης, στασιμότητας, διακυμάνσεις ή πισωγυρίσματα.

Επομένως, είναι λιγότερο πιθανό ο ασθενής να υποτροπιάσει, εάν από την αρχή, ο θεραπευτής τον προετοιμάσει για αυτά τα αναμενόμενα πισωγυρίσματα και τις διακυμάνσεις. Ο ασθενής θα είναι ικανός να χειριστεί από μόνος του δυσκολίες που ενδεχομένως προκύψουν στη ζωή του, μετά τη θεραπεία (Beck J., 1995).

3.5.2. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η απόδοση της προόδου στον ασθενή

Ο θεραπευτής βρίσκεται σε ετοιμότητα, ώστε να εκμεταλλευτεί κάθε ευκαιρία για να ενισχύσει τον ασθενή για την πρόοδό του. Επομένως, όταν βελτιώνεται η διάθεση του ασθενούς, ο θεραπευτής ενισχύει την άποψη ότι ο ίδιος ο ασθενής άλλαξε τον τρόπο σκέψης του, τη διάθεση ή/και τη συμπεριφορά του μέσα από τις προσπάθειές του, και την αλλαγή του τρόπου σκέψης του (Beck J., 1995).

Η εκπαίδευση και η χρήση των τεχνικών που διδάχτηκαν στη θεραπεία

Σύμφωνα με την Beck J. (1995), ο θεραπευτής διδάσκει στον ασθενή τα θεραπευτικά εργαλεία και τις τεχνικές, ώστε ο ίδιος να τις χρησιμοποιεί στις καταστάσεις που θα βιώνει στο μέλλον, όταν,

δηλαδή, νιώθει πως η αντίδρασή του, σε αυτές, είναι δυσλειτουργική ή υπερβολικά συναισθηματική.

Οι πιο συνηθισμένες από αυτές τις τεχνικές είναι οι εξής:

- Η διαίρεση των μεγάλων προβλημάτων σε επιμέρους διαχειρίσιμα και αντιμετωπίσιμα μέρη.
- Η παραγωγή εναλλακτικών απαντήσεων στα προβλήματα.
- Η αναγνώριση, ο έλεγχος και η απάντηση σε αυτόματες σκέψεις και πεποιθήσεις (ο εσωτερικός αντίλογος).
- Η χρησιμοποίηση του Ημερολογίου Δυσλειτουργικών Σκέψεων.
- Η καταγραφή και ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων.
- Οι ασκήσεις χαλάρωσης.
- Η χρήση τεχνικών διάσπασης της προσοχής και επανεστιασμού.
- Η ιεράρχηση των δυσκολιών και η ιεραρχική αντιμετώπισή τους.
- Το ημερολόγιο θετικών σκέψεων.
- Η διερεύνηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων όταν παίρνει μια απόφαση.

Ο ασθενής βοηθάται από τον θεραπευτή ώστε να δει πως μπορεί να χρησιμοποιήσει και σε άλλες καταστάσεις, αυτές τις τεχνικές.

Η προετοιμασία για πισωγυρίσματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας

Ο θεραπευτής ζητάει από τον ασθενή να φανταστεί τι μπορεί να περάσει από το μυαλό του αν αρχίσει να νιώθει χειρότερα, προετοιμάζοντάς τον, έτσι, για την πιθανότητα ενός πισωγυρίσματος, ενώ πήγαινε καλύτερα. Σε αυτή την περίπτωση, λοιπόν, ο ασθενής αρχίζει να κάνει διάφορες αρνητικές σκέψεις του τύπου «Δε θα 'πρεπε να νιώθω έτσι», «Ποτέ δε θα γίνω καλά», «Ο θεραπευτής μου θα απογοητευθεί», «Η γνωστική θεραπεία δεν κάνει για μένα», «Ήταν

Επομένως, είναι σημαντικό να εξωτερικευτούν οι αυτόματες σκέψεις του ασθενούς για τον τερματισμό, εφόσον έχουν προχωρήσει στο στάδιο της λήψης της θεραπείας. Έτσι, οι ασθενείς μπορεί να είναι αισιόδοξοι και ενθουσιασμένοι, ενώ, άλλοι θυμωμένοι και φοβισμένοι, οι οποίοι παρότι χαίρονται για την πρόοδό τους, ανησυχούν για την υποτροπή και λυπούνται για τον τερματισμό της σχέσης με το θεραπευτή τους συχνά.

Είναι, επίσης, σημαντικό, ο θεραπευτής να αποδεχτεί τα συναισθήματα του ασθενούς και να τον βοηθήσει να απαντήσει λογικά σε κάθε διαστρέβλωση. Είναι χρήσιμο και για τον θεραπευτή να εκφράσει κι εκείνος τα αληθινά του συναισθήματα, που μπορεί να είναι λύπη για τον τερματισμό της σχέσης, ή υπερηφάνεια για τα κατορθώματα του ασθενούς, ακόμη και αισιοδοξία για την ετοιμότητα του ασθενούς να τα καταφέρει μόνος του. Και σε αυτή την περίπτωση, μπορεί να γίνει η εξέταση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων καταγράφοντας τις αυτόματες σκέψεις του τερματισμού.

Η ανασκόπηση όσων έμαθε ο ασθενής κατά τη θεραπεία

Για να μπορεί ο ασθενής να χρησιμοποιεί εύκολα τις τεχνικές που έμαθε κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο θεραπευτής τον ενθαρρύνει ώστε να ξαναδιαβάσει και να οργανώσει όλες τις σημειώσεις του. Ο ασθενής θα μπορούσε, σαν δουλειά για το σπίτι, να γράψει τα σημαντικότερα σημεία περιληπτικά, τις δεξιότητες που απέκτησε και τέλος να κάνει, μαζί με το θεραπευτή, ανασκόπηση του κειμένου (Beck J., 1995).

Συνεδρίες αυτοθεραπείας

Καθώς οι θεραπευτικές συνεδρίες αραιώνουν, ο ασθενής θα μπορούσε να δοκιμάσει τις συνεδρίες αυτό-θεραπείας, με τις οποίες θα μπορούσε να συμβουλευτεί το θεραπευτή για σκέψεις και προβλήματα που θα συναντούσε με την αυτο-θεραπεία. Επίσης, ο θεραπευτής υπενθυμίζει στον ασθενή τα πλεονεκτήματα των συνεδριών αυτό-θεραπείας, που είναι το γεγονός ότι ο ασθενής συνεχίζει τη θεραπεία, διατηρεί τα καινούργια του εργαλεία προς χρήση όποτε χρειαστεί, αντιμετωπίζει τις δυσκολίες προτού γίνουν μείζονα προβλήματα, μειώνει την πιθανότητα υποτροπής και χρησιμοποιεί τις δεξιότητες του όπου κρίνει ότι είναι απαραίτητο. Αξίζει να τονιστεί πως πολλοί είναι οι ασθενείς, οι οποίοι δεν ακολουθούν τις τυπικές συνεδρίες αυτο-θεραπείας (Beck J., 1995).

Προετοιμασία για πισωγυρίσματα μετά τον τερματισμό της θεραπείας

Από την αρχή της θεραπείας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο θεραπευτής προετοιμάζει τον ασθενή για πισωγυρίσματα. Έτσι, αφού πλησιάζει ο τερματισμός, ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να συμπληρώσει μια κάρτα αντιμετώπισης, η οποία θα συζητηθεί στη συνεδρία και ο ασθενής μπορεί να την κάνει σαν δουλειά για το σπίτι ή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, όπου θα καθορίσει λεπτομερώς τι να κάνει εάν εμφανιστεί ένα πισωγύρισμα, αφού έχει λήξει η θεραπεία.

Σύμφωνα με την Beck J. (1995), είναι επιθυμητό ο ασθενής, προτού τηλεφωνήσει στο θεραπευτή, να προσπαθήσει να αντιμετωπίσει μόνος του τις δυσκολίες του, γιατί είναι πολύ πιθανό να είναι ικανός από μόνος του να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα προκύψει. Κι αν αυτή του η προσπάθεια είναι ανεπιτυχής, σημασία είχε ότι του δόθηκε η ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητές του. Και αν

καταλήξει ότι χρειάζεται τελικώς ένα ραντεβού, τότε ο θεραπευτής θα βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει τι τον εμπόδισε για την αντιμετώπιση του πισωγυρίσματος και στη συνέχεια θα σχεδιάσουν τι διαφορετικό θα μπορούσε να κάνει ο ασθενής στο μέλλον.

Ενισχυτικές συνεδρίες

Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να προγραμματίσει ενισχυτικές συνεδρίες, όπου θα μπορούν θεραπευτής και ασθενής, εάν έχουν προκύψει δυσκολίες, να δουν τον τρόπο που τις αντιμετώπισε, καθώς και τι άλλο που θα μπορούσε να γίνει. Επίσης, μαζί μπορούν να προβλέψουν μελλοντικές δυσκολίες που ενδεχομένως προκύψουν, και εν συνεχεία να καταστρώσουν ένα σχέδιο για την αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών. Γνωρίζοντας ο ασθενής ότι ο θεραπευτής θα τον ρωτήσει για την πρόοδό του στην αυτο-θεραπεία, κινητοποιείται εξασκώντας τις δεξιότητές του και κάνοντας τη γνωσιακή δουλειά για το σπίτι. Επιπλέον, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να προσδιορίσει κατά πόσο έχουν ενεργοποιηθεί δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και αν ισχύει τούτο να κάνουν γνωσιακή αναδόμηση μέσα στη συνεδρία και να σχεδιάσουν τη συνέχιση της δουλειάς πάνω στις πεποιθήσεις σαν δουλειά για το σπίτι.

Επίσης, οι ενισχυτικές συνεδρίες δίνουν την ευκαιρία στον ασθενή να ελέγξει την επανεμφάνιση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να αναφέρει νέους ή ανεκπλήρωτους στόχους και να φτιάξει ένα σχέδιο δουλειάς για την επίτευξή τους. Θεραπευτής και ασθενής αξιολογούν το πρόγραμμα αυτο-θεραπείας και το τροποποιούν εάν το κρίνουν αναγκαίο. Οπότε, το γεγονός ότι ο ασθενής ξέρει ότι έχει προγραμματισμένες ενισχυτικές συνεδρίες μετά τον τερματισμό της θεραπείας, μειώνει το άγχος του για το ότι πρέπει να διατηρήσει μόνος του την πρόοδό του (Beck J., 1995).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

**ΕΠΙΔΡΩΝΤΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κάθε είδους προβλήματα παρουσιάζονται σχεδόν με κάθε ασθενή στη γνωσιακή θεραπεία. Ακόμη και έμπειροι θεραπευτές που έχουν καλή γνώση των τεχνικών, κάποιες φορές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εγκαθίδρυση μιας θεραπευτικής σχέσης – όπως περιγράφηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο – στη σωστή αντίληψη των δυσκολιών ενός ασθενή και στο να δουλεύουν προς την επίτευξη των κοινών στόχων με συνέπεια. Επομένως ένας στόχος για τον θεραπευτή δεν είναι ν' αποφεύγει τελείως τα προβλήματα, αλλά ν' ανακαλύπτει και να προσδιορίζει τα προβλήματα, ν' αντιλαμβάνεται πώς προέκυψαν αυτά και να σχεδιάζει πώς να τα διορθώσει (Beck J., 1995).

Είναι χρήσιμο να δει ο θεραπευτής τα αδιέξοδα ή τα προβλήματα στη θεραπεία ως ευκαιρίες για την τελειοποίηση της αντίληψής του για τον ασθενή. Τα προβλήματα στη θεραπεία, συχνά, βοηθούν το θεραπευτή να δει και να καταλάβει τα προβλήματα που βιώνει ο ασθενής έξω από το γραφείο του θεραπευτή. Συνεπώς οι δυσκολίες με κάποιον ασθενή δίνουν την ευκαιρία στο θεραπευτή να προβεί στην τελειοποίηση των δεξιοτήτων του, της ευελιξίας του και της δημιουργικότητάς του, καθώς και στην απόκτηση εμπειριών ώστε να βοηθήσει άλλους ασθενείς, καθ' ότι είναι πιθανό τα προβλήματα που θα

προκύψουν να είναι και εξαιτίας της αδυναμίας του θεραπευτή (Beck J. 1995).

4.1.1. ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Ο θεραπευτής αποκαλύπτει την ύπαρξη ενός προβλήματος με τους εξής τρόπους:

- Ακούγοντας την αυθόρμητη επανατροφοδότηση του ασθενούς.
- Ζητώντας άμεσα την επανατροφοδότηση του ασθενούς, ανεξάρτητα από το αν του έδωσε λεκτικά ή μη λεκτικά μηνύματα για την ύπαρξη ενός προβλήματος.
- Επανεξετάζοντας τη διαδικασία των θεραπευτικών συνεδριών μόνος, μ' ένα συνάδελφο ή κάποιον επιβλέποντα.
- Παρακολουθώντας την πρόοδο με βάση την υποκειμενική αναφορά του ασθενούς σε σχέση με την ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Ο ευκολότερος τρόπος για ν' αναγνωρίσει ο θεραπευτής ένα πρόβλημα στη θεραπεία είναι όταν ο ασθενής το δηλώσει άμεσα ή ακόμη και όταν κάποιοι ασθενείς υπαινίσσονται το πρόβλημα έμμεσα. Σ' αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής μαθαίνει περισσότερα, ώστε να εξακριβώσει εάν όντως υφίσταται το πρόβλημα και να προσδιορίσει τις διαστάσεις του (Beck J. 1995).

Συμβαίνει πολλές φορές ο ασθενής να μην αναφέρεται σε κάποιο πρόβλημα με τη θεραπεία, ούτε άμεσα αλλά ούτε και έμμεσα. Έτσι ο θεραπευτής ανακαλύπτει προβλήματα εμμένοντας στη συγκεκριμένη δομή της συνεδρίας, ελέγχει το τι κατανοεί ο ασθενής κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, καθώς και εκμαιεύει τις αυτόματες σκέψεις του ασθενούς

κάθε φορά που ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται μια αλλαγή στο συναίσθημα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

4.1.2. Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Αφού ο θεραπευτής έχει αναγνωρίσει την ύπαρξη του προβλήματος κατανοεί το επίπεδο στο οποίο προέκυψε το πρόβλημα και το οποίο αφορά μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες κατηγορίες:

- Τη διάγνωση, κατανόηση και το θεραπευτικό σχεδιασμό.
- Τη θεραπευτική σχέση.
- Τη δομή ή/και το ρυθμό της συνεδρίας.
- Την εξοικείωση του ασθενούς.
- Την αντιμετώπιση των αυτόματων σκέψεων.
- Την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων μιας συνεδρίας ή μιας σειράς συνεδριών.
- Τον τρόπο που ο ασθενής επεξεργάζεται το περιεχόμενο της συνεδρίας (Beck J. 1995).

4.1.3. ΑΔΙΕΞΟΔΑ

Ένας ασθενής κάποιες φορές, αισθάνεται καλύτερα στις επιμέρους συνεδρίες, αλλά να μη φαίνεται ότι προοδεύει κατά την πορεία πολλών συνεδριών. Έτσι, ο έμπειρος θεραπευτής πρώτα επιβεβαιώνει ή αποκλείει πιθανά προβλήματα και στη συνέχεια αφού διαπιστώσει ότι έχει μια σωστή διάγνωση, κατανόηση και ένα θεραπευτικό σχεδιασμό προσαρμοσμένο στη διαταραχή του ασθενούς, αξιολογεί μόνος του ή με κάποιον επιβλέποντα τις πιθανές περιοχές όπου μπορεί να έχει προκύψει το πρόβλημα του ασθενούς.

4.1.4. Η ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανάλογα με το πρόβλημα που αναγνωρίστηκε, ο θεραπευτής μπορεί να αποφασίσει τη σκοπιμότητα ενός ή περισσότερων απ' τα παρακάτω βήματα:

- Να κάνει μια πιο προσεχτική διαγνωστική εκτίμηση.
- Να παραπέμψει τον ασθενή για μια παθολογική ή νευρολογική εξέταση.
- Να τελειοποιήσει και να διατυπώσει γραπτά την αντίληψη /κατανόησή του για τον ασθενή και τα προβλήματά του και να την ελέγξει μαζί του.
- Να μελετήσει περισσότερο για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής του ασθενούς.
- Να ζητήσει συγκεκριμένη ανατροφοδότηση απ' τον ασθενή για την εμπειρία του απ' τη θεραπεία και το θεραπευτή.
- Να επαναβεβαιώσει τους στόχους του ασθενούς απ' τη θεραπεία.
- Ν' αναγνωρίσει και ν' απαντήσει στις δικές του αυτόματες σκέψεις τις σχετικές με τον ασθενή και τις δεξιότητές του ως θεραπευτή.
- Ν' ανακεφαλαιώσει το γνωσιακό μοντέλο με τον ασθενή και να εκμαιεύσει πιθανές αμφιβολίες ή παρανοήσεις που ίσως έχει γι' αυτό ο ασθενής.
- Ν' ανακεφαλαιώσει το θεραπευτικό σχεδιασμό μαζί με τον ασθενή.
- Ν' ανακεφαλαιώσει τις ευθύνες του ασθενούς απέναντι στη θεραπεία.
- Να δώσει έμφαση στον ορισμό και την ανασκόπηση της δουλειάς για το σπίτι μέσα στη συνεδρία και στην ολοκλήρωση αυτής της δουλειάς στην πορεία ολόκληρης της εβδομάδας.

- Να δουλέψει συστηματικά και από συνεδρία σε συνεδρία πάνω σε σημαντικές αυτόματες σκέψεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές.
- Να ελέγξει την κατανόηση από την πλευρά του ασθενούς του περιεχόμενου της συνεδρίας και να του ζητήσει να καταγράψει τα πιο σημαντικά σημεία.
- Με βάση τις ανάγκες του ασθενούς και τις προτιμήσεις του, να αλλάξει το ρυθμό και τη δομή της συνεδρίας, τον όγκο ή τη δυσκολία του υλικού κάθε συνεδρίας, το βαθμό έκφρασης της εμπραθτικής του κατανόησης, το βαθμό στον οποίο είναι διδακτικός ή πειστικός ή/και το σχετικό βαθμό εστιασμού στην επίλυση προβλημάτων (Beck J. 1995).

Ο θεραπευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τις σκέψεις και το συναίσθημα του, όταν προσπαθεί να κατανοήσει και να θεραπεύσει τα προβλήματα στη θεραπεία, επειδή οι γνώσεις του μπορεί να παρεμβαίνουν στην επίλυση προβλημάτων. Είναι πολύ πιθανό, οι θεραπευτές να έχουν αρνητικές σκέψεις για τους ασθενείς, τη θεραπεία ή/και για τους ίδιους τους εαυτούς τους ως θεραπευτές.

Συμπερασματικά, ο θεραπευτής που συναντά ένα πρόβλημα στη θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιήσει το πρόβλημα σαν μια ευκαιρία για την τελειοποίηση των δεξιοτήτων του στην κατανόηση και το θεραπευτικό σχεδιασμό, για την βελτίωση της τεχνικής του και την ικανότητά του να τροποποιεί τη θεραπεία σύμφωνα με τις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε ασθενή (Beck J. 1995).

Στη συνέχεια θα επικεντρωθούμε στα προβλήματα που προκύπτουν στη δομή της θεραπευτικής συνεδρίας και στην αντιμετώπισή τους.

4.1.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Κατά τη δόμηση μιας συνεδρίας προκύπτουν συνεχώς προβλήματα. Όταν ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται ένα πρόβλημα, αρχικά το προσδιορίζει, ύστερα προσπαθεί να κατανοήσει γιατί προέκυψε και στο τέλος επινοεί μια λύση όπου δε διαταράσσει τη θεραπευτική συμμαχία.

Η πιο συνηθισμένη δυσκολία στη διατήρηση της προκαθορισμένης δομής είναι η αποτυχία του θεραπευτή να εξοικειώσει τον ασθενή με την έννοια και την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης δομής. Σ' αυτή την περίπτωση, ίσως χρειαστεί ο θεραπευτής να βελτιώσει τις ικανότητες του σε αυτή την εξοικείωση ή να εξετάσει και να εκτιμήσει τις αυτόματες σκέψεις του σχετικά με τη δόμηση της συνεδρίας.

Για έναν ασθενή, ο οποίος δεν έχει ξαναδουλέψει στο πλαίσιο της γνωσιακής θεραπείας, είναι σημαντικό ο θεραπευτής να του μάθει όχι μόνο κάποιες δεξιότητες, αλλά και ένα τρόπο σχέσης με ένα θεραπευτή, ή ένα τρόπο ν' αναφέρεται στις δυσκολίες του, ώστε να υιοθετήσει έναν πιο αντικειμενικό και εστιασμένο στη λύση προβλημάτων προσανατολισμό.

Μια αναποτελεσματική συνεδρία και η παροχή λιγότερο χρήσιμων πληροφοριών απ' τον ασθενή θα ήταν ως αποτέλεσμα εάν ο θεραπευτής δεν περιέγραφε επανειλημμένα, δεν παρείχε μια λογική εξήγηση και δεν παρακολουθούσε με μια προσεκτική και διορθωτική ανατροφοδότηση κάθε στοιχείο της συνεδρίας (Beck J. 1995).

Μια άλλη συνηθισμένη δυσκολία είναι η απροθυμία του ασθενή να συμμορφωθεί στην καθορισμένη δόμηση, λόγω του τρόπου που

αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, το θεραπευτή ή/και τη θεραπεία, αλλά και των δυσλειτουργικών του πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον ίδιο, το θεραπευτή ή/και τη θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή, ο θεραπευτής κατανοεί γιατί προέκυψε το πρόβλημα και προτείνει μια λύση. Έτσι, ο θεραπευτής, συνήθως, διαπραγματεύεται με τον ασθενή ένα συμβιβασμό που ικανοποιεί και τους δύο και στη συνέχεια προσπαθεί να μετακινήσει τον ασθενή προς την τυπική δόμηση.

Εάν ο θεραπευτής αντιληφθεί ότι ο ασθενής δυσκολεύεται να ακολουθήσει τη δομή της θεραπείας εξαιτίας της ανεπαρκούς εισαγωγής του στο γνωσιακό μοντέλο ή στην απροθυμία του για συμμόρφωση, παρέχει μεγαλύτερη ενημέρωση στον ασθενή σχετικά με το μοντέλο της γνωσιακής θεραπείας και συγχρόνως παρακολουθεί τις λεκτικές και μη αντιδράσεις του ασθενούς.

Τέλος, μια άλλη συνηθισμένη δυσκολία της διατήρησης της δόμησης της συνεδρίας, έγκειται στο γεγονός ότι ο θεραπευτής έχει επιβάλλει τη δόμηση με έναν τρόπο απαιτητικό ή ελεγκτικό (Beck J. 1995).

Εν συνεχεία παρουσιάζονται τα τυπικά προβλήματα και οι δυσκολίες που αφορούν το κάθε στάδιο της θεραπευτικής συνεδρίας και στρατηγικές για την αντιμετώπισή τους:

4.1.6. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ

- **ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Η πιο συνηθισμένη δυσκολία στο στάδιο αυτό, είναι η ανεστίαστη φλυαρία σχετικά με την εβδομάδα του ασθενούς ή ένας πολύ λεπτομερής απολογισμός εκ μέρους του ασθενούς κατά το ξεκίνημα της συνεδρίας. Έτσι, στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο θεραπευτής με ευγενικό τρόπο διακόπτει, αναφερόμενος στη σημασία της επικέντρωσης σε συγκεκριμένα προβλήματα στη θεραπεία.

- **ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ**

Εδώ συνήθως παρουσιάζονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη δυσκολία του ασθενούς να θυμηθεί το περιεχόμενο της συνεδρίας ή την απροθυμία να εκφράσει αρνητική ανατροφοδότηση στο θεραπευτή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι συχνά η δυσκολία να αναφερθούν τα σημαντικά σημεία της προηγούμενης συνεδρίας οφείλεται στην παράλειψη του θεραπευτή να ενθαρρύνει τον ασθενή να καταγράψει τα σημεία αυτά. Κατά την διάρκεια της ίδιας της συνεδρίας ή της αποτυχίας του ασθενούς να διαβάσει τις σημειώσεις του σαν δουλειά για το σπίτι.

Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί πρόσθετη ενθάρρυνση αν υποπτευθεί ότι ο ασθενής είχε μια αρνητική ανατροφοδότηση, βοηθώντας τον με αυτό τον τρόπο, να ξεπεράσει τη δυσκολία που έχει να εκφράσει με ειλικρίνεια την αντίδρασή του στην προηγούμενη συνεδρία (Beck J. 1995).

- **ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΤΖΕΝΤΑΣ (AGENDA)**

Ο καθορισμός της ατζέντας για μια θεραπευτική συνεδρία ίσως ακούγεται απλός: Ο θεραπευτής και ο ασθενής συμφωνούν στο ποια προβλήματα θα δουλευτούν στην συνεδρία, στη σειρά προτεραιότητας των προβλημάτων και ίσως στο χρόνο που θ' αφιερωθεί σε κάθε τι. Αυτό το απλό έργο όμως, είναι πολύ δυσκολότερο απ' ότι ακούγεται. Κάποιοι ασθενείς έχουν εξαιρετική δυσκολία στο να προτείνουν μέρη για την ατζέντα. Άλλοι έχουν δυσκολία στο να φτάσουν σε μια συνεργαστική συμφωνία με τον θεραπευτή τους σχετικά με τα μέρη που θ' ανήκουν στην ατζέντα, και άλλοι αποφεύγουν ή προσπαθούν να παραμερίσουν την ατζέντα γενικά.

Κάποιες φορές οι ασθενείς έχουν δυσκολία στο να προτείνουν μέρη για την ατζέντα επειδή έχουν παρελθοντικές εμπειρίες με ψυχοθεραπεία στην οποία ήταν οι παθητικοί δέκτες της θεραπείας. Τέτοιοι ασθενείς ίσως αναμένουν απ' τους θεραπευτές να «αποφασίσουν» γι' αυτούς, ενώ οι γνωσιακοί θεραπευτές αναμένουν απ' τους ασθενείς τους να είναι ισότιμοι συνεργάτες στην ανάπτυξη ρεαλιστικών λύσεων για τα προβλήματά τους (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Η εξατομικευμένη διατύπωση του ασθενή μπορεί ν' αποδώσει υποθέσεις σχετικά με την καταγωγή των δυσκολιών για τον καθορισμό της ατζέντα. Για παράδειγμα, η Mary, που είχε κατάθλιψη, πίστευε ότι «Εάν γνωστοποιήσω τα προβλήματά μου, θα με κριτικάρουν και θα μου επιτεθούν». Αυτή επίμονα απέφευγε τον καθορισμό της ατζέντας, φοβούμενη ότι γνωστοποιώντας κάποιο πρόβλημά της, ο θεραπευτής θα τον κριτίκαρε και θα της επιτεθόταν. Ξεγλιστρούσε απ' την απαίτηση του θεραπευτή για την ατζέντα, με το να διαφωνεί για τα μέρη που είχαν

προταθεί απ' τον θεραπευτή, ή απλά με το να βυθίζεται σε συναισθηματική περιγραφή κάποιου πρόσφατου προβλήματος. Όταν ο θεραπευτής παρατήρησε αυτή τη συμπεριφορά, τη ρώτησε σχετικά μ' αυτό. Τότε δαπάνησαν μια ωφέλιμη συνεδρία καταγράφοντας τις αυτόματες σκέψεις της Magy και αναπτύσσοντας ανταπαντήσεις γι' αυτές σχετικά με την πρόταση μερών για την ατζέντα της συνεδρίας. Ως homework, φυσικά, είχε το να φέρει δύο θέματα για την ατζέντα στην επόμενη συνεδρία.

Ένα άλλο παράδειγμα είναι της Vera, η οποία δεν πρόσφερε μέρη για την ατζέντα στις συνεδρίες και απέρριπτε οποιαδήποτε πρόταση της έκανε η θεραπεύτριά της. Η θεραπεύτρια της Vera, επανεξέτασε τη διατύπωση της Vera και σημείωσε ότι ήτα το μοναδικό παιδί από γονείς που ήταν απόντες για μεγάλο χρονικό διάστημα. Είχε την πεποίθηση ότι «*οι άλλοι δεν ενδιαφέρονται για μένα*», την οποία η θεραπεύτρια υπέθεσε ότι συνέβαλε στην τωρινή ανάγκη της Vera να περιγράψει με μεγάλο μήκος την ιστορία της και τα προσόντα της, απ' το να δουλεύει πάνω σ' ένα ξεκάθαρο πρόβλημα. Έχοντας στο μυαλό την διατύπωση της Vera, η θεραπεύτρια της πρότεινε να παραμερίσουν λίγο τις επόμενες λίγες συνεδρίες ώστε να τη γνωρίσει πραγματικά. Μετά απ' αυτό το ενδιαφέρον που έδειξε η θεραπεύτρια μ' αυτό τον τρόπο, η Vera ήταν πιο ανοιχτή στον καθορισμό της ατζέντας (Persons J., Davidson J., Tomkins M., 2002).

Ένα συχνό πρόβλημα στον καθορισμό της ατζέντας, είναι ότι ο έλεγχος των τμημάτων της συνεδρίας χάνεται καθώς δεν τίθεται μια ξεκάθαρη ατζέντα. Κάποιες φορές αυτό το πρόβλημα προέρχεται από τις υποθέσεις του θεραπευτή, ότι π.χ. εάν κάποιος μιλά πολύ σε μια συνεδρία για το πρόβλημα που έχει με το αφεντικό του και αφιερώνει όλο το χρόνο σ' αυτό το ζήτημα, ότι το πρόβλημα με το αφεντικό είναι

προφανώς το κύριο θέμα που ο ασθενής θέλει να ασχοληθεί σ' εκείνη τη συνεδρία. Όμως αυτό δεν είναι απαραίτητα σωστό. Οποιοσδήποτε έμπειρος θεραπευτής μπορεί να δώσει περισσότερα από έναν παραδείγματα για την πλάνη αυτού του σκεπτικού. Στην περίπτωση που μόλις περιγράφηκε, ο ασθενής μιλούσε συνεχώς σχετικά με το αφεντικό του, και 5 λεπτά πριν το τέλος της συνεδρίας αναφώνησε: «Δεν θέλω ν' αφιερώσω τη συνεδρία στο αφεντικό μου. Πραγματικά χρειάζομαι να μιλήσω σχετικά με το γεγονός ότι είπα στη γυναίκα μου ότι θα εκραγώ αν αφήσει τους γονείς της να μας επισκεφθούν αυτό το Σαββατοκύριακο!».

Μερικές φορές ο έλεγχος σε κάποιο μέρος της συνεδρίας αλλοιώνεται στη θεραπευτική συνεδρία επειδή ο θεραπευτής ή ο ασθενής (ή και οι δύο) έχουν φτωχές ικανότητες διαχείρισης του χρόνου. Σ' αυτή την περίπτωση, το πρόβλημα της διαχείρισης του χρόνου στη συνεδρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ωφέλιμο εκπαιδευτικό έδαφος για την εκμάθηση ικανοτήτων διαχείρισης χρόνου, συμπεριλαμβάνοντας πώς μπαίνουν σε προτεραιότητα τα προβλήματα, πώς προγραμματίζεται και προστατεύεται ο χρόνος, πώς να θέτονται ρεαλιστικοί στόχοι, πώς να διαχειριστούν οι διακοπές, και πώς τέτοια τεχνάσματα διαχείρισης του χρόνου να χρησιμοποιούνται ως ρολόγια και ημερολόγια. Σιγά-σιγά και οι ασθενείς μαθαίνουν πώς να ελέγχουν τον εαυτό τους και να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους.

Μερικές φορές, ο θεραπευτής αποφεύγει τον καθορισμό της ατζέντας για τους δικούς του λόγους. Ίσως αισθάνεται κουρασμένος. Ο καθορισμός μιας δομημένης ατζέντας ίσως προκαλέσει στο θεραπευτή να αισθάνεται ότι είναι στο στόχαστρο. Εάν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα αντιμετωπίζεται, ο θεραπευτής ίσως νιώθει ανήσυχος με την πιθανότητα αποτυχίας να λυθεί. Μία μη δομημένη συνεδρία δεν ενεργοποιεί αυτή την εκδήλωση ανησυχίας. Για να διευθετήσει αυτά τα

που μερικοί ασθενείς χρησιμοποιούν για ν' αποφύγουν την ενεργοποίηση ενός αρνητικού σχήματος. Παραδείγματος χάριν, ασθενείς που έχουν ευαισθησία στην απόρριψη, ίσως έχουν μάθει ότι ασαφής και καθοδήγηση κουβεντούλα είναι η καλύτερη άμυνα όταν διαντιδρούν με άλλους. Παρά τις καλύτερες προσπάθειες του θεραπευτή, αυτοί οι ασθενείς παρασέρνονται εύκολα και έχουν δυσκολία στην διατήρηση μιας στάσης επίλυσης προβλημάτων στη θεραπεία. Ασθενείς με τελειομανείς ή έμμονες τάσεις ίσως επιμένουν στο να παρέχουν υπερβολικές λεπτομέρειες από φόβο μη παραληφθεί ένα ζωτικό κομμάτι πληροφοριών που ο θεραπευτής *«πρέπει να έχει»* για να μπορεί να βοηθήσει (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Οι θεραπευτές που δουλεύουν με τέτοιους ασθενείς ποτέ δεν φαίνονται να προχωρούν σε έλεγχο (ή απ' το πρώτο μέρος της ατζέντας) και να κάνουν κάτι χρήσιμο. Συνιστάται ότι αυτού του είδους η συμπεριφορά που αναμειγνύεται στη θεραπεία είναι πρωτεύων προτεραιότητα που αν δεν αντιμετωπιστεί, δεν θα μπορέσει να συνεχίσει η θεραπεία. Αν και είναι δύσκολο, είναι ιδανικό εάν ο θεραπευτής μπορεί να βάλει αυτή την έλλειψη επικέντρωσης στη θεραπεία σαν μέρος της ατζέντας ή ακόμη να προτείνει ότι αυτό το πρόβλημα θα μπει στην λίστα προβλημάτων του ασθενή (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Οι περιλήψεις (που συζητήθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο) μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή και τον θεραπευτή να εμμείνουν στην ατζέντα της θεραπευτικής συνεδρίας. Μία περίληψη μπορεί να είναι ένας τρόπος που δείχνει σεβασμό για να επανεστιάσει την προσοχή του ασθενή: *«Μου λες για το πόσο εκνευρισμένος ήσουν στη δουλειά χτες. Έχουμε συμφωνήσει να δουλέψουμε τη σχέση σου με το αφεντικό*

σου. Θα μπορούσαμε να πάμε λίγο πίσω να δούμε τρόπους που μπορείς να τα πηγαίνεις καλύτερα μαζί του;».

Μερικές φορές προκύπτει μια παρέκκλιση απ' τα συμφωνηθέντα μέρη της ατζέντας. Όπως ο ασθενής ξεκινά να μιλά για ένα πρόβλημα, ένα άλλο προκύπτει και η συνεδρία αφιερώνεται στην επικέντρωση στο νέο πρόβλημα. Όταν αυτό συμβαίνει, συνιστάται να χρησιμοποιήσει ο θεραπευτής μια περίληψη για να ρωτήσει τον ασθενή τα ακόλουθα:

«Ξεκινήσαμε να μιλάμε για το πρόβλημα με το αφεντικό σου. Τώρα έχουμε μεταφερθεί σε μια συζήτηση για την διένεξη σου με τη γυναίκα σου. Θα ήθελες να πάμε πίσω στο πρόβλημα με το αφεντικό σου ή θα ήθελες να το αφήσουμε και να μιλήσουμε για το θέμα με τη γυναίκα σου;» (Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Δεν είναι πάντα, παρ' όλα αυτά, ο ασθενής που έχει πρόβλημα στην επικέντρωση της ατζέντας της συνεδρίας. Μερικοί θεραπευτές έχουν δυσκολία στο να διαχειρίζονται το χρόνο αποτελεσματικά επειδή δεν έχουν αρκετές τέτοιες ικανότητες ή είναι ευαίσθητοι στην απόρριψη ή τελειομανείς οι ίδιοι. Αυτοί οι θεραπευτές έχουν δυσκολία στην καθοδήγηση του ασθενή στο στόχο επειδή φοβούνται ότι ο ασθενής θα νιώσει ότι τον κριτικάρουν ή πληγωθεί ή ότι ο ασθενής θα τον θεωρήσει αναίσθητο. Θεραπευτές με αμφιβολίες για τις ικανότητές τους θα μπορούσαν να μαγνητοφωνήσουν και ν' ακούσουν τις συνεδρίες και να ζητήσουν ανατροφοδότηση απ' τον ασθενή.

Ένα άλλο πρόβλημα ιδιαίτερα για τους αρχάριους θεραπευτές είναι η υπερεκτίμηση του αριθμού των θεμάτων που μπορούν να συζητηθούν κατά τη θεραπευτική συνεδρία. Έτσι είναι καλύτερο να μπαίνουν προτεραιότητες και μετά να επιλέγονται ένα η δύο θέματα για

συζήτηση. Οπότε θεραπευτής και ασθενής παρακολουθούν το χρόνο και αποφασίζουν μαζί τι θα κάνουν αν τελειώσει (beck J., 1995).

- **ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (HOMEWORK)**

Η αποτυχία ολοκλήρωσης του homework είναι ένα σημαντικό πρόβλημα. Αν και δεν μπορεί ν' αναλυθεί λεπτομερώς εδώ, παρέχονται μερικές προτάσεις για ν' αντιμετωπιστεί και να προληφθεί ίσως. Η εξατομικευμένη περίπτωση του ασθενή μπορεί να αποδώσει χρήσιμες υποθέσεις σχετικά με τις αιτίες της αποτυχίας, και μία υπόθεση. Φυσικά, μπορεί να οδηγήσει τον θεραπευτή ν' αναπτύξει στρατηγικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Χρησιμοποιώντας τη διατύπωση για να κατανοήσει τη συμπεριφορά του ασθενή, μπορεί να βοηθήσει επίσης τον θεραπευτή να νιώσει λιγότερο ενοχλημένος απ' την αποτυχία ολοκλήρωσης του homework γιατί απ' αυτή την άποψη, η αποτυχία αντανακλά το κεντρικό σχήμα του ασθενή και δυσλειτουργικές συμπεριφορές, όχι απλά μια αντίσταση για πρόοδο ή απειλή στο θεραπευτή. Σύμφωνα με την Persons J. (2002), έχουν αναγνωριστεί τρεις κοινοί τύποι ασθενών που έχουν πρόβλημα με το homework: ασθενείς που είναι τελειομανείς, αυτοί που υποφέρουν από φόβο αποτυχίας και εκείνοι που έχουν υπερβολικές ανάγκες να ευχαριστούν άλλους (και τον θεραπευτή) (Beck J., 1995).

Οι τελειομανείς ασθενείς ίσως έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με το πώς ένα συγκεκριμένο homework έρχεται εις πέρας, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση της δουλειάς, στο να

προσπαθήσει και να βιώσει το αποτέλεσμα ως αποτυχία, ή το να αποφύγει την ανάθεση γενικά.

Με ασθενείς που αποφεύγουν το homework επειδή φοβούνται ότι θα αποτύχουν, είναι καλό ο θεραπευτής να προετοιμάσει τους ασθενείς με το να προβλέψουν ότι αυτή η σκέψη ίσως προκύψει όταν αρχίσουν να δουλεύουν το homework και να τους βοηθήσει ν' αναπτύξουν ανταπαιτήσεις για τις προβληματικές τους αυτόματες σκέψεις, όπως «Δεν χρειάζεται να είμαι τελείως επιτυχής σε αυτό. Απλά πρέπει να προσπαθήσω». Οι θεραπευτές μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους ασθενείς ν' αναπτύξουν ένα σχέδιο για αντιμετώπιση ενός homework που δεν πηγαίνει καλά, που μπορεί να περιλαμβάνει ένα τηλέφωνο στο θεραπευτή για έλεγχο, ζήτηση βοήθειας απ' την οικογένεια και φίλους, ή διαμορφώνοντας το homework σε κάτι που νιώθουν περισσότερο αυτοπεποίθηση για να ολοκληρώσουν επιτυχώς. Προσεκτική δομή του homework μπορεί να είναι υποβοηθητική για έναν ασθενή που φοβάται την αποτυχία.

Ασθενείς που έχουν την ανάγκη να ευχαριστούν άλλους ίσως συμφωνήσουν σε homework που θεωρούν μη ρεαλιστικό ή μη σχετικό, επειδή δεν θέλουν να απογοητεύσουν ή να δυσαρεστήσουν τα το θεραπευτή με το να εκφράσουν την αληθινή τους άποψη σχετικά με' αυτό. Αυτοί οι ασθενείς κουνούν καταφατικά το κεφάλι και προχωρούν. Οι θεραπευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη διατύπωση για ν' αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα, ρωτώντας τον ασθενή από πριν σχετικά με οποιεσδήποτε σκέψεις μπορεί να έχει για ένα προτεινόμενο homework. Φυσικά, εάν ο θεραπευτής ρωτά τον ασθενή εάν το homework φαίνεται χρήσιμο, ο ασθενής θα ισχυριστεί ότι είναι. Μία χρήσιμη ερώτηση είναι η ακόλουθη:

«Εάν το *homework* αυτό δεν σου φαινόταν χρήσιμο, θα μου το έλεγες;» Ίσως είναι χρήσιμο επίσης όταν δουλεύει κάποιος με τέτοιους ασθενείς να προβλέψει ότι ίσως συμφωνήσουν στη συνεδρία για κάτι που θα έχουν αμφιβολίες αργότερα, και ν' αναπτύξει – πριν προκύψει – στρατηγικές για να διαχειριστεί αυτή την κατάσταση. Ο θεραπευτής και ο ασθενής μπορούν να συμφωνήσουν πως όταν αυτό συμβαίνει, ο ασθενής μπορεί ν' αλλάξει το *homework* σε κάτι που είναι χρησιμότερο και να το ανακοινώσει στην επόμενη θεραπευτική συνεδρία (Beck J., 1995).

Προσοχή στη λίστα προβλημάτων του ασθενή, μπορεί να αποδώσει επίσης πληροφορίες χρήσιμες για την αντιμετώπιση της αποτυχίας ολοκλήρωσης του *homework*. Όταν η λίστα προβλημάτων περιλαμβάνει είδη όπως «*αναβλητικότητα*» ή φτωχή παρουσίαση δουλειάς επειδή ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να συμμορφωθεί με τις προθεσμίες, ο θεραπευτής μπορεί να περιμένει την αποτυχία ολοκλήρωσης του *homework* ως πρόβλημα. Ένας ασθενής που έχει ιστορικό αποτυχίας εκπλήρωσης καθηκόντων για το νοικοκυριό στη γυναίκα του, ίσως επίσης να έχει πρόβλημα και με την ανάθεση του *homework*. Οι θεραπευτές μπορούν να ρωτήσουν τους ασθενείς εάν έχουν ιστορικό μη εκπλήρωσης καθηκόντων, εάν είχαν δυσκολία στο να ολοκληρώσουν ένα καθήκον ή εάν είναι γνωστοί για την αλλαγή γνώμης το τελευταίο λεπτό.

Η ανεπιτυχής ολοκλήρωση του *homework* μπορεί να συμβεί αποτέλεσμα όταν ο ασθενής και ο θεραπευτής δεν προβλέπουν εμπόδια για το *homework*. Μερικές φορές ο ασθενής και ο θεραπευτής αναπτύσσουν ένα ουσιώδες *homework* μόνο για ν' ανακαλύψουν ότι ο ασθενής μειονεκτεί σε ικανότητες αναγκαίες για την αποτελεσματική ολοκλήρωση της ανάθεσης. Ένα *homework* που απαιτεί απ' τον ασθενή

να διεξάγει μία συζήτηση για 5 λεπτά σ' ένα πάρτι, θ' αποτύχει εάν ο ασθενής δεν ξέρει πώς να κάνει μικρούς διαλόγους. Παρόμοια, ένα homework σχεδιασμένο ν' αυξήσει το επίπεδο του ασθενή για ευχάριστες δραστηριότητες, ίσως αποτύχει εάν δεν ξέρει πώς να ζητά απ' τον σύντροφο του χρόνο για να μοιραστούν μαζί.

Οι θεραπευτές μπορούν να εκτιμήσουν το επίπεδο της ικανότητάς του ασθενή με διάφορους τρόπους:

- Προτείνει μια δουλειά, η οποία είναι άσχετη με τα προβλήματα του ασθενούς ή δύσκολη.
- Δεν παρέχει ένα ικανοποιητικό σκεπτικό.
- Ξεχνά να εξετάσει τις δουλειές που ανατέθηκαν σε προηγούμενες συνεδρίες.
- Δεν τονίζει τη σημασία της καθημερινής δουλειάς γενικά αλλά και ειδικά της επιμέρους δουλειάς.
- Δεν διδάσκει με λεπτομέρεια και σαφήνεια στον ασθενή πώς να κάνει τη συγκεκριμένη δουλειά.
- Δεν κάνει πρόβα ή τις τυπικές ερωτήσεις για τα πιθανά εμπόδια που μπορεί να εμφανιστούν και δεν αρχίζει τη δουλειά μέσα στη συνεδρία.
- Δε ζητά απ' τον ασθενή να γράψει τη δουλειά που έχει να κάνει.
- Ορίζει μια δουλειά, χωρίς συνεργασία, έτσι ο ασθενής δε θέλει να την κάνει (Beck J., 1995).

• ΤΕΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο θεραπευτής συνοψίζει κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, για να βεβαιωθεί ότι καταλαβαίνει αυτό που εκφράζει ο ασθενής. Εάν ο

ασθενής αποτυγχάνει να κρατήσει σημειώσεις που του έχει ζητήσει ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, έχει ως αποτέλεσμα να οδηγείται σε μεγαλύτερη δυσκολία στη σύνοψη της συνεδρίας, αλλά και στο να μπορέσει να θυμηθεί τη συνεδρία την επόμενη εβδομάδα.

- **ΕΠΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ**

Σ' αυτό το στάδιο εμφανίζονται προβλήματα όταν, στο τέλος της συνεδρίας ο ασθενής έχει μια δυσφορία και δεν υπάρχει χρόνος για να υποχωρήσει αυτή η δυσφορία ή όταν ο ασθενής αποτυγχάνει να εκφράσει την αρνητική του αντίδραση. Ο θεραπευτής μπορεί να ορίσει καινούργια δουλειά για το σπίτι πιο αποτελεσματικά, ν' ανακεφαλαιώσει τη συνεδρία, να εκμαιεύσει και να ανταποκριθεί στην επανατροφοδότηση, εάν αρχίσει το κλείσιμο της συνεδρίας δέκα λεπτά πριν το τέλος, ώστε να αποφευχθεί και η πίεση των τελευταίων λεπτών.

- **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΓΝΩΣΙΕΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ**

Πολλές σκέψεις και πεποιθήσεις των θεραπευτών μπορούν να παρέμβουν στην εφαρμογή της τυπικής δομής της γνωσιακής θεραπείας. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια των συνεδριών αλλά και στο ενδιάμεσό τους, ν' αναγνωρίζει τις αυτόματες σκέψεις του και να παρακολουθεί το επίπεδο δυσφορίας του. Έτσι θα μπορεί ν' αναγνωρίσει ένα πρόβλημα, ν' αξιολογήσει και ν' απαντήσει στις σκέψεις του και να λύσει το πρόβλημα, ώστε να του είναι

ευκολότερο να πειραματιστεί με την εφαρμογή της τυπικής δομής στην επόμενη συνεδρία. (Beck J., 1995)

Στη συνέχεια παραθέτονται συμβουλές για μια επιτυχημένη συνεδρία:

Καθορισμός της ατζέντας

- Συνεργασία
- Προτεραιότητα στα μέρη της ατζέντας
- Ανασκόπηση πάντα του homework (Αυτό είναι ένα εξαιρετο πρώτο μέρος της ατζέντας)
- Ρεαλιστικότητα για το τι μπορεί να δουλευτεί
- Θεραπευτικοί στόχοι κατά νου στον καθορισμό

Homework

- Συνεργασία
- Συγκεκριμένο και δομημένο πλάνο
- Θεραπευτικοί στόχοι
- Υπερπήδηση εμποδίων

(Persons J., Davidson J., Tompkins M., 2002).

Συνοψίζοντας, το κεφάλαιο αυτό περιέγραψε τα προβλήματα που δημιουργούνται στη θεραπεία αλλά έγινε και προσπάθεια για ανεύρεση λύσεων και στρατηγικών που οδηγούν σε υπερπήδηση των εμποδίων και πρόοδο στη θεραπεία.

Το επόμενο μέρος αφορά ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο και ευάλωτο κομμάτι της θεραπείας – τον τερματισμό της θεραπευτικής παρέμβασης.

4.2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Η δημιουργία κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης στη γνωσιακή θεραπεία θεωρείται απαραίτητη για την επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης. Τα διάφορα ενδοσυνεδριακά συμβάντα λαμβάνουν χώρα μέσα σε μια ατμόσφαιρα ζεστασίας, χαλάρωσης και άνεσης, χωρίς ανεξέλεγκτη και υπερβολική εγκαρδιότητα από τη μια μεριά, ή αδιαφορία και ψυχρότητα από την άλλη. Η θεραπευτική, λοιπόν, σχέση, η οποία περιλαμβάνει θεραπευτή και ασθενή, βασίζεται στην εμπιστοσύνη, στην αρμονική σχέση, τον συνεργατικό εμπειρισμό και την ενσυναίσθηση (Beck A., Rush A., Show B., Emery G., 1979).

Εμπιστοσύνη

Προσπαθώντας ν' αναπτύξει εμπιστοσύνη στη σχέση, ο γνωσιακός θεραπευτής προσεχτικά ισορροπεί την σημαντικότητα της αυτονομίας (αφήνοντας τον ασθενή να μιλά, να σχεδιάζει κ.λπ.) με την ανάγκη για δομή, την ανεξαρτησία και την ανταπόκριση με την αξία της οριοθέτησης, και να είναι ένα «αληθινό άτομο» (με φιλικά στοιχεία) με την αντικειμενικότητα (Beck A., 1979).

Γενικά στα αρχικά στάδια της θεραπείας, ο θεραπευτής τείνει να παρέχει δομή και να είναι περισσότερο αναμειγμένος με τα προβλήματα του ασθενή. Στο τελευταίο μισό της θεραπείας, ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να αναλάβει π.χ. τη σχεδίαση της ατζέντας ή του homework. Αναμένει απ' τον ασθενή να κάνει περισσότερα για τον εαυτό του και ο θεραπευτής κάνει λιγότερα απ' ότι στην αρχή της θεραπείας (Rush A., 1979).

Η σημαντικότητα της αρμονικής σχέσης

Η αρμονική σχέση είναι ιδιαίτερα σημαντική στη θεραπεία με καταθλιπτικούς ασθενείς. Ο όρος «αρμονική σχέση» στη θεραπευτική σχέση, αποτελείται από ένα συνδυασμό συναισθηματικών και πνευματικών στοιχείων. Όταν καθιερώνεται ένα τέτοιο είδος θεραπευτικής σχέσης, ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον θεραπευτή ως κάποιον

- Που έχει εναρμονιστεί με τα αισθήματά του και τις συμπεριφορές του.
- Που δείχνει συμπόνια, ενσυναίσθηση και κατανόηση.
- Που τον αποδέχεται με όλα τα «λάθη» του.
- Με τον οποίο μπορεί να επικοινωνήσει χωρίς ν' αναλύσει λεπτομερώς τα συναισθήματά του και τις συμπεριφορές του ή τι λέει.

Όταν η αρμονική σχέση υπάρχει, ασθενής και θεραπευτής νιώθουν ασφάλεια και άνεση μεταξύ τους.

Με τον όρο «αποδοχή» δεν εννοούμε ότι ο θεραπευτής εγκρίνει ή συμφωνεί με οτιδήποτε λέει ο ασθενής, αλλά ότι δεν είναι επικριτικός. Αυτό δίνει την ικανότητα στον ασθενή να πετάξει την κοινωνική του μάσκα και τις προσποιήσεις του και να θέσει τη βάση για μια πιο γνήσια σχέση με το θεραπευτή (Shaw B., 1979).

Ο θεραπευτής που βιώνει μια αρμονική σχέση νιώθει σιγουριά και ενδιαφέρεται για τον ασθενή. Όπως ο ασθενής, νιώθει μια σίγουρη ελευθερία στην επικοινωνία. Νιώνει την ενσυναίσθηση και νιώθει ότι επικοινωνούν στο ίδιο μήκος κύματος, αισθανόμενος έτσι σιγουριά όταν μιλά χωρίς να γίνονται παρεξηγήσεις ή παρερμηνείες.

Η ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων απ' τον ασθενή, φυσικά οδηγεί τον θεραπευτή να βιώσει την αρμονική σχέση αλλά και την ενσυναίσθηση. Είναι ευκολότερο να κατανοήσει συναισθηματικά τον ασθενή όταν αυτός εκφράζει τα συναισθήματά του με διαύγεια παρά όταν πιέζει για την έκφραση των συναισθημάτων αυτών.

Πέρα από τα αισθήματα της εκτίμησης, της ζεστασιάς, της ενθάρρυνσης, ο θεραπευτής επίσης μπορεί να γνωστοποιήσει μερικά από τα «αρνητικά» του συναισθήματα όπως απογοήτευση, αναστάτωση ή ενόχληση. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να δείξει προσοχή πόσα απ' τα συναισθήματα θα εκφράσει στον καταθλιπτικό ασθενή. Πρέπει να καταλάβει ότι μια γνήσια έκφραση ίσως παρερμηνευθεί απ' τον ασθενή (Emery G., 1979).

Δεν υπάρχουν σπάντα συμπεριφορές που θα εισάγουν μία αίσθηση αρμονικής σχέσης με τον ασθενή. Ένα στιλ μπορεί να είναι ωφέλιμο για κάποιον ασθενή ενώ για άλλους όχι.

Σύμφωνα με τους Beck και Συνεργάτες (1979), η αρμονική σχέση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ενδυναμώσει συγκεκριμένες συμπεριφορές του ασθενή, ή την ανάληψη κάποιων διαδικασιών (όπως homework). Επίσης, αν έχει αρνητικές ιδέες ή αισθήματα – και θέλει ν' αφήσει τη θεραπεία – μπορεί να εκφραστεί στο πλαίσιο μιας αρνητικής σχέσης.

Πώς μπορεί ο ασθενής να εδραιώσει ή ν' αναπτύξει μια αρμονική σχέση; Μερικές σχετικές συμπεριφορές «έρχονται φυσικά» σε μερικούς θεραπευτές. Μερικές συγκεκριμένες τεχνικές είναι χρήσιμες να χρησιμοποιηθούν. Μια καλή βάση για το χτίσιμο μιας αρμονικής σχέσης περιλαμβάνει απλά πράγματα, όπως το να μην κάνουμε τον ασθενή να περιμένει, να θυμόμαστε σημαντικά γεγονότα γι' αυτόν, και τέλος δίνοντάς του ένα ειλικρινή και ζεστό χαιρετισμό. Η οπτική

επαφή, η παρακολούθηση του ειρμού του ασθενή και τα διπλωματικά σχόλια βοηθούν την εδραίωση αρμονικής σχέσης.

Άλλοι παράγοντες που επιδρούν, περιλαμβάνουν την εμφάνιση του θεραπευτή και του επαγγελματικού του. Ο θεραπευτής πρέπει να προσέχει πότε θα μιλήσει και πότε θ' ακούσει. Εάν διακόπτει τόσο συχνά ή είναι αδιάκριτος, δεν θα υπάρξει αρμονική σχέση. Απ' την άλλη εάν αφήνει μεγάλα διαστήματα σιωπής ή αφήνει τον ασθενή χωρίς στόχους ή σκοπό, θα μειωθεί η αρμονική σχέση. Επίσης ο τόνος της φωνής του θεραπευτή μπορεί να βοηθήσει καθώς και η επιλογή των λέξεων (π.χ. «μη παραγωγικές ιδέες» είναι προτιμότερη απ' το «νευρωτικό», «άρρωστο», ή «ενοχλητικό» σκεπτικό).

Αρχικά, η αρμονική σχέση τίθεται με την αποκάλυψη των προσδοκιών του ασθενή για τη θεραπεία και με την πληροφόρησή του για το τι να περιμένει κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας (Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G., 1979).

Συνεργατικός εμπειρισμός (Collaborative Empiricism)

Πρόκειται για τη συνειδητή και επίμονη προσπάθεια του θεραπευτή να αποσπάσει την κατανόηση και τη συνεργασία του ασθενούς σ' όλες τις φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας. Θεωρώντας τον σύμμαχο και συνεργάτη, ο θεραπευτής εξασφαλίζει πολύτιμη βοήθεια, εδραιώνοντας στον ασθενή την πεποίθηση ότι οι ρόλοι τους δεν συγκρούονται αλλά είναι συμπληρωματικοί και αμοιβαίοι. Θεραπευτής και ασθενής συνεργάζονται στην καταγραφή εκείνων των νοητικών κατασκευών που δεσπόζουν πάνω σε μια προβληματική περιοχή της ζωής του ασθενούς και, ως μέλη μιας

ερευνητικής ομάδας, επινοούν τρόπους για να ελέγξουν συστηματικά αυτές τις «σκέψεις – υποθέσεις». Προκειμένου να τις επιβεβαιώσουν ή να τις ακυρώσουν. Συνεπώς, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος συνεργάζονται στον πειραματικό έλεγχο των «νοητικών αναπαραστάσεων – χαρτογραφήσεων» του ασθενούς που είναι υπεύθυνες για το προς θεραπεία «δυσλειτουργικό» του πρόβλημα μέσα σε μια σχέση συμμαχίας και κατανόησης (Χριστοδούλου Γ. και Συνεργάτες, 2000).

Η μοναδική συνεισφορά του ασθενή σ' αυτή τη συνεργατική προσπάθεια είναι να παρέχει τα ακατέργαστα δεδομένα – σκέψεις, αισθήματα και ευχές. Η ειδική συνεισφορά του θεραπευτή είναι να οδηγήσει τον ασθενή σχετικά με τη λήψη των δεδομένων και πώς να χρησιμοποιηθούν θεραπευτικά.

Κάθε βήμα στη διαδικασία της θεραπείας χρησιμοποιείται για ν' αναπτύξει και να εμβαθύνει τις συνεργαστικές πτυχές της σχέσης. Αρχικά με την καθοδήγηση και την ενθάρρυνση του θεραπευτή, ο ασθενής μαθαίνει ν' αναγνωρίζει και να καταγράφει τις αυτόματες του αρνητικές σκέψεις. Τότε μαζί με τον θεραπευτή σαν μια ομάδα ξεκινά ν' αναλύει αυτά τα δεδομένα και να ψάχνει εναλλακτικές.

Ο τρόπος με τον οποίο εκμαιεύονται οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις του ασθενή και εκτιμούνται ή αντικρούονται, είναι κρίσιμος παράγοντας για τη δημιουργία αρμονικής σχέσης και συνεργασίας (Rush A., 1979).

Η εκτίμηση της γνησιότητας των ενδόμυχων δεδομένων

Σύμφωνα με τους Beck και Συνεργάτες (1979), ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή ν' αναγνωρίσει, παρατηρήσει και να

εκτιμήσει τις σκέψεις του μ' έναν αντικειμενικό τρόπο. Ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται για να καθορίσουν τον βαθμό που οι ερμηνείες και τα συμπεράσματα ανταποκρίνονται στις παρατηρήσεις και τα συμπεράσματα άλλων αντικειμενικών ανθρώπων.

Μερικές απ' τις γνωστές περιλαμβάνουν θέματα όπως «*Είμαι ανίκανος*» ή «*Τίποτα δεν πάει καλά*». Καθώς ο θεραπευτής αναγνωρίζει τέτοια θέματα, με διακριτικό τρόπο τα φέρνει στην προσοχή του ασθενή.

Η εξέταση των βαθύτερων υποθέσεων

Η εξέταση αυτή απαιτεί προσπάθεια, καθώς εξετάζεται κάθε υπόθεση για την εγκυρότητά της, εφόσον είναι σημαντικό – στη συζήτηση – ο θεραπευτής να μην βάζει ετικέτες ή να απορρίπτει με άσχημο τρόπο πεποιθήσεις ως «φανερά παράλογες» ή «γελοίες». Αντίθετα, είναι αξιοσημείωτος ένας διακριτικός, ευγενικός, κατανοητικός ακόμα και αντικειμενικός τρόπος (Beck A., Rush A., Shaw, Emery G., 1979).

Η ανάθεση δουλειάς για το σπίτι (homework)

Είναι μια έμπρακτη απόδειξη του συνεργατικού εμπειρισμού και βασίζεται στην πεποίθηση του γνωσιακού θεραπευτή ότι η προσπάθεια για εμπέδωση και γενίκευση των θεραπευτικών ωφελημάτων δεν εξαντλείται μέσα στη θεραπευτική συνεδρία, αλλά θα πρέπει να συνεχίζεται τόσο στα μεσοδιαστήματα, όσο και μετά τη

λήξη της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνεπώς, για το homework, είναι σημαντικό ο θεραπευτής να εξηγεί το στόχο και τους λόγους που ανατίθεται και έτσι αυξάνεται και η συνεργασία του με τον πελάτη. Υπάρχει περίπτωση να θεωρήσουν το homework ως ένα τεστ αξιολόγησης της προσωπικής αξίας ή δεξιοτήτων δημιουργώντας έτσι ανάλογα αισθήματα. Τέτοιες σκέψεις και αισθήματα δουλεύονται μέσα στη θεραπευτική «ομάδα» και διορθώνονται (Χριστοδούλου Γ. και Συνεργάτες, 2000).

Ενσυναίσθηση (Empathy)

Η συναισθηματική κατανόηση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να οικοδομηθεί η θεραπευτική σχέση. Είναι, επομένως, η δυνατότητα που πρέπει να έχει ο θεραπευτής βάση της οποίας μπορεί να καταφέρνει να βιώνει νοητικά και συναισθηματικά τον κόσμο μέσα από τον «χάρτη» του θεραπευόμενου χωρίς παράλληλα να χάνει την αίσθηση της πραγματικότητας. Δηλαδή, σ' αυτή τη διαδικασία βίωσης του ιδιαίτερου κόσμου του ασθενούς, ο θεραπευτής καθοδηγείται από την αίσθηση του *«σαν να ήμουν εγώ στη θέση του ασθενούς... αλλά δεν είμαι»* (Παπακώστας Ι., 1994).

Συμπερασματικά, ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής προχωρά σε κάθε βήμα της θεραπείας θα καθορίσει σημαντικά αν η συνεργασία ή η αρμονική σχέση θ' αυξηθεί ή θα μειωθεί. Μετέπειτα, ο βαθμός συνεργασίας και αρμονικής σχέσης θα επηρεάσει το πόσο συμμετέχει ο ασθενής σε κάθε βήμα ή καθήκοντα του θεραπευτικού προγράμματος (Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G., 1979).

4.2.1. ΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Σύμφωνα με τον Beck και Συνεργάτες (1979), τα γενικά χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ο θεραπευτής περιλαμβάνουν ζεστασιά, ακριβής ενσυναίσθηση και γνησιότητα. Αυτά τα χαρακτηριστικά επιδρούν στην συμπεριφορά του θεραπευτή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Εάν στα χαρακτηριστικά αυτά δοθεί υπερβολική έμφαση ή δεν χρησιμοποιούνται σωστά, θα γίνουν εμπόδιο για τη θεραπευτική σχέση. Απ' την άλλη μεριά, ένας θεραπευτής με αυτές τις ικανότητες που τις χρησιμοποιεί προσεκτικά, αυξάνει την αποτελεσματικότητά του.

Πιστεύουμε ότι αυτά τα χαρακτηριστικά από μόνα τους είναι απαραίτητα αλλά όχι επαρκή να δημιουργήσουν ένα αισιόδοξο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Παρ' όλα αυτά, στο βαθμό που ο θεραπευτής είναι ικανός να χειριστεί αυτές τις ικανότητες, βοηθά ν' αναπτυχθεί μια σχέση που οι γνωσιακές τεχνικές μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά.

Χρειάζεται όμως προσοχή. Ίσως οι τεχνικές σ' έναν καινούργιο θεραπευτή φαίνονται απλές, αγνοώντας τις ανθρώπινες πτυχές στην διεργασία μεταξύ θεραπευτή – ασθενή. Ίσως αντικρίζει τον ασθενή ως ένα κομπιούτερ παρά ως άτομο. Μερικοί νέοι θεραπευτές που είναι περισσότερο ικανοί στην εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών έχουν θεωρηθεί απ' τους ασθενείς τους ως μηχανικοί, απρόσωποι, που ενδιαφέρονται περισσότερο για τις τεχνικές παρά για τους ασθενείς. Είναι σημαντικό να έχετε στο νου ότι οι τεχνικές που έχουν περιγραφεί έχουν σκοπό να εφαρμοστούν με διακριτικό, ανθρώπινο τρόπο από ένα προσεγγίσιμο άτομο – τον θεραπευτή (Beck A. και Συνεργάτες, 1979).

A. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑΣ (ΖΕΣΤΑΣΙΑ)

Μια ατμόσφαιρα, δηλαδή, όπου κυριαρχεί η ζεστασιά, η χαλάρωση και η άνεση. Έτσι, μια ζεστή συμπεριφορά, το ενδιαφέρον για τον ασθενή μπορεί να αντικρούσει τη γνώμη του ασθενή ότι ο θεραπευτής είναι απόμακρος ή αντιπαθητικός. Επομένως, η ζεστασιά του θεραπευτή μπορεί να βοηθήσει στη διόρθωση συγκεκριμένων αρνητικών γνωσιακών σκέψεων που το καταθλιπτικό άτομο μεταφέρει στη θεραπευτική σχέση αλλά και σε άλλες επίσης (Παπακόστας Ι., 1994).

Είναι σημαντικό να έχετε στο νου, ότι ο καθοριστικός παράγοντας στην ανταπόκριση του ασθενή είναι η δική του άποψη για τη ζεστασιά, παρά ο πραγματικός βαθμός ζεστασιάς που εκφράζεται από τον θεραπευτή. Από την άλλη πλευρά, ο θεραπευτής συμβουλεύεται να ασκεί προσοχή στην απόδοση ζεστής συμπεριφοράς.

Αν ο θεραπευτής είναι τόσο ενεργητικός, δείχνοντας μια ζεστή και γεμάτη ενδιαφέρον συμπεριφορά (ή πιο σημαντικό αν ο θεραπευτής πιστεύει ότι δείχνει έντονη ζεστασιά), ο ασθενής ίσως αντιδράσει αρνητικά. Π.χ. ο ασθενής ίσως σκεφτεί: «Δεν αξίζω τέτοιο ενδιαφέρον» ή «εξάπατώ τον θεραπευτή, επειδή φαίνεται ότι με συμπαθεί και ξέρω ότι δεν το αξίζω». Επίσης, ίσως σκεφτεί, ότι ο θεραπευτής δεν είναι ειλικρινής, αφού συμπαθεί ένα τέτοιο ανάξιο άτομο. Περιστασιακά, ο ασθενής ίσως ερμηνεύσει εκφράσεις ζεστασιάς, ως σημάδια βαθιάς επίδρασης ή αγάπης και ίσως ξετρελαθεί (ερωτικά) με τον θεραπευτή. Επομένως, ο θεραπευτής συμβουλεύεται να έχει μια ανοιχτή και γεμάτη ενδιαφέρον συμπεριφορά, ενώ αποφεύγει να γίνεται υπερβολικά διαχυτικός, κρατώντας έτσι μια ισορροπία. Μια ασφαλής θεωρία είναι η

απ' ευθείας ερώτηση του ασθενή πως αντιλαμβάνεται τον θεραπευτή. Π.χ. απόμακρο, ανειλικρινή, διαχυτικό ή υπερβολικά συναισθηματικά αναμειγνυόμενο. Συχνά, οι αποκρίσεις του ασθενή μπορεί να προσφέρουν χρήσιμες οδηγίες για τον καλύτερο τρόπο συμπεριφοράς του θεραπευτή. Γενικά, ο θεραπευτής μετουσιώνει την αποδοχή του και τη ζεστασιά του στον τρόπο του, στον τόνο της φωνής του και στις λέξεις που χρησιμοποιεί. Αυτές οι ικανότητες μαθαίνονται καλύτερα με την παρατήρηση έμπειρων κλινικών. Συχνά, ο έμπειρος θεραπευτής ποικίλλει τον βαθμό με τον οποίο δείχνει ζεστασιά ανάλογα με τη φάση της θεραπείας. Δηλαδή στην αρχή της θεραπείας, ίσως ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο ενεργητικές εκφράσεις ζεστασιάς. Αργότερα, στην θεραπεία ίσως, ο ασθενής να χρειάζεται λιγότερες εκφράσεις ζεστασιάς (Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G., 1979).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον Παπακώστα Ι. (1994), μια αδιάφορη, απομακρυσμένη και ψυχρή στάση του θεραπευτή, αλλά και μια διάχυτη και υπερβολική εγκαρδιότητα μπορούν να οδηγήσουν σε δυσχέρειες, όπως η «αντίσταση» αλλά και σε ανεξέλεγκτα προβλήματα μεταβίβασης, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επομένως, ο θεραπευτής αναζητά συνεχώς σημεία και ενδείξεις για το πώς αντιλαμβάνεται ο θεραπευόμενος την ατμόσφαιρα της θεραπείας, εφ' όσον σημασία έχει ο τρόπος που ο ασθενής την βιώνει.

B. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ («empathy»)

Η ακριβής ενσυναίσθηση αναφέρεται στο πόσο καλά ο θεραπευτής μπορεί να μπει στον κόσμο του ασθενή και να δει και να

βιώσει τη ζωή με τον τρόπο που ο ασθενής την βιώνει. Στην πραγματικότητα, ο θεραπευτής θα βιώσει κατά ένα βαθμό τα συναισθήματα του πελάτη. Στο βαθμό που η ενσυναίσθηση του είναι ακριβής, ο θεραπευτής θα είναι ικανός να κατανοήσει πώς ο ασθενής δομεί και ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένα γεγονότα. Επιπλέον ο θεραπευτής μπορεί να μοιραστεί λίγο απ' το στρες του ασθενή. Αυτή η έκφραση βοηθά τον ασθενή να θεωρήσει τον θεραπευτή ότι δείχνει κατανόηση και έτσι αποκαλύπτει περισσότερα αισθήματα και γνώσεις. Έτσι η ακριβής ενσυναίσθηση εγκαθιστά την θεραπευτική συνεργασία (Beck A. και Συνεργάτες, 1979).

Επίσης, άλλα οφέλη προέρχονται από τέτοια ενσυναίσθηση. Εάν ο θεραπευτής μπορεί να αντιληφθεί και να μοιραστεί τις προσδοκίες του ασθενή, είναι περισσότερο πιθανό να κατανοήσει τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές του ασθενή και να είναι λιγότερο επικριτικός για αυτές. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής μπορεί να καταλάβει ότι ένας «επίμονος» ή «αρνητικός» ασθενής είναι στην πραγματικότητα ένα άτομο που θεωρεί τον εαυτό του τόσο μη ανταγωνιστικό και δίχως ελπίδα που δεν πιστεύει ότι μπορεί ν' απαντήσει σε ερωτήσεις ή ν' ακολουθήσει τις εργασίες του homework αρκετά καλά ακόμα και να προσπαθήσει. Ο ενσυναισθηματικός θεραπευτής ίσως είναι ικανός να κατανοήσει τον «κυνικό» ασθενή ότι είναι ένα άτομο που έχει νιώσει την απόρριψη τόσο συχνά στο παρελθόν που ανησυχεί και θυμώνει με την προοπτική περαιτέρω απόρριψης (Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G., 1979).

Σύμφωνα με τον Beck και Συνεργάτες (1979), προσπαθώντας πάνω στις αρνητικές συμπεριφορές και γνώσεις του ασθενή, ο ενσυναισθηματικός θεραπευτής μπορεί τότε να αρχίσει ν' αναπτύξει αντίδοτα ή αντιρρήσεις για αυτές τις αρνητικές ιδέες. Καθώς ξεκινά να «εισχωρεί» στον κόσμο του ασθενή, ο θεραπευτής μπορεί να τσεκάρει

πόσο ακριβώς συμμερίζεται την άποψη του ασθενή με το να ελέγχει που συμπίπτουν τα συναισθήματά του με αυτά του ασθενή.

Ο θεραπευτής πρέπει να είναι προσεχτικός να μην προβάλλει τις προσδοκίες του πάνω στον ασθενή και να τον επηρεάζει. Π.χ. ένας καταθλιπτικός ασθενής του οποίου η μητέρα μόλις έχει πεθάνει, ίσως δεν αισθάνεται απαραίτητα λυπημένος ή αναστατωμένος. Μερικοί ασθενείς θεωρούν έναν θάνατο θετικό – σαν μια απόδραση από ένα σκληρό και άδικο κόσμο. Ο θεραπευτής πρέπει να 'ναι προσεχτικός για το πώς αντιδρά ο ασθενής σε τέτοια γεγονότα.

Απ' την άλλη μεριά, εάν ο ασθενής δεν ψάχνει επιμελώς για άλλα δεδομένα ίσως αρχίσει να πιστεύει ότι οι απόψεις του ασθενή είναι μια ακριβώς παρουσίαση της πραγματικής του ζωής και του εαυτού του. Επομένως θα πρέπει να ισορροπήσει την ενσυναισθηματική του κατανόηση μέσω αντικειμενικού ελέγχου των πληροφοριών του ασθενή με άλλες πηγές πληροφοριών και βγάζοντας συμπεράσματα ((Beck A. και Συνεργάτες, 1979).

Είναι σημαντικό να διατηρήσει την απόσταση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας. Η συμπάθεια αναφέρεται περισσότερο σε ένα αίσθημα συμπόνιας ή ένα ενεργό μοίρασμα του πόνου του ασθενή. Η ενσυναίσθηση απ' την άλλη μεριά, περιλαμβάνει ένα συναισθηματικό στοιχείο κατανόησης της γνωσιακής βάσης για τα αισθήματα του ασθενή. Περιλαμβάνει επίσης την ικανότητα ν' αποσπάσει αισθήματα του ασθενή (θυμό, ανησυχία, λύπη) για να διατηρήσει την αντικειμενικότητα προς τα προβλήματά του.

Αν και ο ενσυναισθηματικός θεραπευτής ίσως καταλάβει πως το σκεπτικό του ασθενή οδηγεί σ' ένα συγκεκριμένο συναίσθημα, δεν χρειάζεται να συμφωνήσει με ένα τέτοιο σκεπτικό αν είναι λανθασμένο ή παράλογο και δεν βοηθά στην επίλυση προβλημάτων. Δεν πρέπει

όμως και να τα αγνοήσει ή να πει στον ασθενή να μην σκέφτεται ή να μην αισθάνεται (Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G., 1979).

Συνεπώς, σύμφωνα με τον Παπακώστα Ι. (1994), η σημασία της συναισθηματικής κατανόησης είναι πολύ σημαντική, εφόσον η διπλή ικανότητα που έχει ο θεραπευτής να αντιλαμβάνεται και να νιώθει τον ιδιαίτερο κόσμο του θεραπευόμενου, χωρίς να χάνει και την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας, θεωρείται «εκ των ων ουκ άνευ» για τη δημιουργία ικανοποιητικής θεραπευτικής σχέσης.

Γ. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΛΕΠΤΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ (ΓΝΗΣΙΟΤΗΤΑ)

Σύμφωνα με τον Beck A. (1979), είναι ένα σημαντικό συστατικό σ' όλους τους τύπους ψυχοθεραπείας. Ένας γνήσιος θεραπευτής είναι ειλικρινής τόσο με το εαυτό του όσο και με τον ασθενή. Παρ' όλα αυτά δεν πρέπει να είναι κατηγορηματικός ή ενοχλητικός με την ευθύτητά του. Χρειάζεται να αναμειξεί την διπλωματία με την ειλικρίνεια. Ο ασθενής ίσως παρερμηνεύσει την ευθύτητα σαν επίκριση ή απόρριψη. Επιπλέον μία ισχυρά θετική δήλωση – ακόμα και αν είναι γνήσια – ίσως επιφέρει αντιθεραπευτικές αντιδράσεις.

Δεν είναι επαρκές για τον θεραπευτή να είναι γνήσιος. Πρέπει να έχει την ικανότητα να μεταβιβάσει αυτή την γνησιότητα στον ασθενή. Ένας άπειρος θεραπευτής π.χ. ίσως υποσχεθεί στον ασθενή ότι θα επανέλθει. Τέτοια υπόσχεση γενικά κάνει τον απαισιόδοξο ασθενή να θεωρήσει τον θεραπευτή ως ανειλικρινή, χωρίς κατανόηση ή όχι έξυπνο. (Η πιο αποτελεσματική εισήγηση είναι το να καταλάβει ο ασθενής ότι τα επώδυνα συμπτώματά του θα αντιμετωπιστούν με τη διόρθωση των μη

πραγματικών του ιδεών και με συμπεριφορά αυτο-άμυνας) (Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G., 1979).

Έτσι, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι διακριτικός, να χαρακτηρίζεται από επεμβατική ευχέρεια. Δηλαδή, χωρίς να είναι απότομος, ωμός και σαρκαστικός, να διαθέτει αμεσότητα και ειλικρίνεια, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο, την παθητικο-επιθετικότητα με λόγια θετικής συμπεριφοράς (Παπακώστας Ι., 1994).

4.2.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

A. ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ

Για να πραγματοποιήσει τη Γνωσιακή Θεραπεία αποτελεσματικά, ο θεραπευτής πρέπει να έχει μια λεπτομερειακή γνώση των διαταραχών. Δεν θα πρέπει να είναι μόνο ικανός ν' αναγνωρίσει και να διαγνώσει τις διαταραχές αλλά χρειάζεται μία – σε βάθος – κατανόηση της φαινομενολογίας τους. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να κάνει σωστή διάγνωση χρησιμοποιώντας τα διαγνωστικά κριτήρια και επίσης να καταγράψει το ιστορικό και να μπορεί να αξιολογεί τη σοβαρότητα της ασθένειας. Πρέπει να έχει μια γενικότερη μόρφωση σε κλινικά θέματα που αφορούν ψυχιατρικές διαταραχές, ώστε να είναι ικανός να αναγνωρίσει το γεγονός όταν τα συμπτώματα δεν ταιριάζουν σ' ένα

σύνδρομο το οποίο ίσως ανταποκρίνεται στη Γνωσιακή Θεραπεία και έτσι απαιτεί ένα διαφορετικό τύπο θεραπείας: π.χ. όταν παρανοϊκές ιδέες γίνονται φανερές σε ασθενείς των οποίων η διάγνωση ήταν «κοινωνική φοβία». Επιπρόσθετα, με τις διαγνωστικές ικανότητες, ο κλινικός χρειάζεται να έχει την κλινική εμπειρία που θα του επιτρέψει να θέσει προτεραιότητες ώστε τα συμπτώματα ή τα προβλήματα ν' αντιμετωπιστούν πρώτα (Ασημάκης Π. 1999).

B. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Δεξιότητες για την κλινική συνέντευξη είναι απαραίτητες, έτσι ώστε να συγκροτείται μια σωστή αξιολόγηση σημαντικών ενδείξεων και συμπτωμάτων του πελάτη. Στην κατάθλιψη συγκεκριμένα, ο θεραπευτής πρέπει να είναι ικανός να υπολογίσει την παρουσία αυτοκτονικών επιθυμών ή/και συμπεριφοράς. Είναι προτιμότερο να γίνονται ευθείς και λεπτομερείς ερωτήσεις καθώς ο ασθενής ίσως ντρέπεται ή είναι σε δύσκολη θέση να γνωστοποιήσει αυτά τα συμπτώματα ή εξαιτίας της αναξιότητας, ίσως σκέφτεται ότι δεν αξίζει να δώσει αυτές τις πληροφορίες. Επομένως, εάν ο συνεντευκτής δεν παραθέσει μια σειρά ερωτήσεων που σχετίζονται με αυτοκτονικές σκέψεις ή συμπεριφορά, με έναν ευθύ αλλά φιλικό τρόπο, ίσως χάσει σημαντικές πληροφορίες και να επικεντρωθεί σε λιγότερο σημαντικά ζητήματα της ασθένειας. Έτσι, ο θεραπευτής χρειάζεται να γίνει επιδέξιος στην εξακρίβωση της παρουσίας ψυχωτικών συμπτωμάτων, τα οποία πάλι είναι δύσκολο να γνωστοποιηθούν και μερικές φορές αποκρύπτονται απ' τον θεραπευτή (Καλπάκογλου Θ., 1999).

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

• ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΓΝΩΣΙΑΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Σύμφωνα με Blackburn I-M. και Davidson K. (1990), επιπλέον με τα γενικά χαρακτηριστικά που έχουν περιγραφεί παραπάνω, ο μελλοντικός γνωσιακός θεραπευτής δεν θα ήταν ικανός χωρίς να έχει γνώση και κατανόηση του γνωσιακού μοντέλου όπως έχει περιγραφεί σε προηγούμενο κεφάλαιο. Κάποια οικειότητα επίσης με την ερευνητική λογοτεχνία σ' αυτό το αντικείμενο θα ήταν πολύ υποβοηθητική. Έχει διαπιστωθεί στη θεραπεία ότι είναι συχνά χρήσιμο το να μπορείς να εξηγήσεις μερικά γεγονότα που περιγράφει ο ασθενής με καλά καθιερωμένα ερευνητικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής επιμένει ότι όταν ανατρέχει στο παρελθόν μπορεί να δει μόνο αποτυχίες και δυσάρεστα γεγονότα, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να επαναποδώσει αυτό το γεγονός στην κατάθλιψη παρά σε πραγματική, προσωπική ιστορία, καθώς έχουν δείξει έρευνες για τη μνήμη ότι στην κατάθλιψη, άσχημες αναμνήσεις δεν είναι μόνο πιο συχνές αλλά και πιο εύκολες για να ανακληθούν. Τέτοια αποτελέσματα οδηγούν τον θεραπευτή να επιλέξει τις κατάλληλες τεχνικές αλλά και τους ασθενείς να θεωρήσουν το πρόβλημα ως περιεχόμενο της ασθένειάς τους παρά ως μόνιμο χαρακτηριστικό.

Εκτός όμως απ' την θεραπευτική προσέγγιση και ως τεχνικές της Γνωσιακής Θεραπείας – που έχουν αναλυθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο – και ο θεραπευτής θα πρέπει να εξοικειωθεί, υπάρχει ένα στιλ θεραπείας όπου τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι:

- **Συνεργασία**

Απ' τις αρχές της θεραπείας, ο θεραπευτής αναπτύσσει μια σχέση συνεργασίας με τον πελάτη. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από ειλικρίνεια για την πορεία της θεραπείας και τον κοινό προγραμματισμό των θεραπευτικών συνεδριών, ενώ ο θεραπευτής παραμένει ανοιχτός και ξεκάθαρος. Το μοντέλο που θέλει να περάσει ο θεραπευτής στον πελάτη είναι πως δουλεύουν δύο ειδικοί /επιστήμονες για τον ορισμό του προβλήματος, τον εντοπισμό των πιθανών λύσεων, τη δρομολόγηση και εξέταση αυτών των λύσεων (Ασημάκης Π., 1999).

- **Ευγένεια**

Αφού το εργαλείο «κλειδί» είναι οι ερωτήσεις, ο γνωσιακός θεραπευτής πρέπει να είναι προσεκτικός, ζεστός, ευγενικός και γεμάτος ενσυναίσθηση ο τρόπος με τον οποίο κάνει ερωτήσεις ή συνομιλεί με τον πελάτη, έτσι ώστε ν' αποφεύγει να γίνεται αντιμέτωπος ή διωκόμενος ή επικριτικός (Καλπάκογλου Θ., 1999).

- **Ικανότητα να ακούει**

Ο θεραπευτής ακούει προσεκτικά αυτά που λέει ο πελάτης, όχι μόνο στο ξεκάθαρο περιεχόμενο των απαντήσεων του αλλά και στα υπονοούμενα και στα μη ξεκάθαρα αιτήματα που αντανακλούνται μέσα από συγκεκριμένες λέξεις που χρησιμοποιεί, τα συναισθήματα από τα οποία διακατέχεται, τους δισταγμούς, τις καθυστερήσεις και τις σιωπές. Ο Γνωσιακός θεραπευτής είναι άγρυπνος όχι μόνο για το περιεχόμενο των λόγων του ασθενή αλλά και για τα χαρακτηριστικά της σκέψης του

που εκφράζονται. Τέτοια επαγρύπνηση κατευθύνει τις ερωτήσεις του θεραπευτή για να εκμαιεύσει περισσότερες πληροφορίες και για θεραπευτικές παρεμβάσεις (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

- **Επαγγελματική συμπεριφορά**

Αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να κρατά μια επαγγελματική στάση. Αυτό σημαίνει ότι εστιάζει στο πρόβλημα του πελάτη, απεικονίζει την κατανόηση του απ' την επικοινωνία με τον ασθενή δίνοντας ακριβή ανατροφοδότηση, διατηρεί τη θεραπεία στη σωστή πορεία και είναι υπεύθυνος για την χρησιμοποίηση του χρόνου του ασθενή για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Καλπάκογλου Θ., 1999).

- **Ελαστικότητα – Ευελιξία**

Μία πρόκληση που αντιμετωπίζει ο γνωσιακός θεραπευτής είναι η ικανότητα του να είναι σε θέση να κάνει καλή επιλογή και χρήση εκείνων των γνωσιακών τεχνικών που θα απαντήσουν στα ιδιαίτερα προβλήματα του κάθε πελάτη. Είναι αναγκαίο μερικές φορές να προχωρήσει πέρα απ' τις καλά δοκιμασμένες τεχνικές οι οποίες έχουν περιγραφεί και να διαλέξει αντί αυτού μία στρατηγική ή τεχνική που είναι κατάλληλη σ' ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή σε μια συγκεκριμένη υπόθεση /κατανόηση που μπορεί να έχει ο θεραπευτής απ' την τωρινή κατανόηση της περίπτωσης. Η ευελιξία χρειάζεται επίσης στη δομή στις συνεδρίες και στη θεραπεία παρόλο που περιγράφουμε τη γενική φόρμα της θεραπείας, καθώς οι στόχοι ίσως διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή (Ασημάκης Π., 1999).

- **Χιούμορ**

Τελευταίο, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, είναι η συνετή (διακριτική) χρήση του χιούμορ που έχει παρατηρηθεί ότι είναι χρήσιμη, αποτελεσματική και ωφέλιμη για πολλούς λόγους. Με καταθλιπτικούς ασθενείς ιδιαίτερα, μπορεί να φέρει μια ξαφνική αλλαγή στην άποψή τους για την κατάσταση. Είναι καθησυχαστικό στους ασθενείς ότι έχουν κρατήσει κάποια ικανότητα για διασκέδαση. Υποβοηθά βαθμιαία τη χαμηλή διάθεση και πολλές φορές καταφέρνει να δημιουργήσει μια γέφυρα κατανόησης ανάμεσα στον πελάτη και τον θεραπευτή (Blackburn I-M., Davidson K., 1990).

4.2.3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Κατά τη θεραπευτική σχέση δημιουργούνται προβλήματα και εμπλοκές. Μερικές τέτοιες περιγραφές που σημειώνονται στη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι η μεταβίβαση, αντιμεταβίβαση, αντίσταση, απροθυμία, δυσκολίες στη συνεργασία και οδηγούν σε μη πρόοδο της θεραπείας, αργή εξέλιξη ή πρόωμο τερματισμό της θεραπείας (Beck A., Freeman A. & Associates, 1990).

ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ

Με τον όρο μεταβίβαση εννοούμε όλες εκείνες τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που κάνει ο θεραπευόμενος για τον θεραπευτή. Ή αν θέλουμε να το προσεγγίσουμε από τη γνωσιακή

σκοπιά, μεταβίβαση είναι ο «γνωσιακός χάρτης» του θεραπευόμενου για τον θεραπευτή του.

Ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τη θεραπευτική σχέση, διερευνώντας τον «χάρτη» της μεταβίβασης. Συνεπώς, θα πρέπει να επιτρέψει τις αρνητικές επιδράσεις προς αυτόν να εμφανιστούν χωρίς να το επιδιώκει κιόλας. Πρέπει να είναι άγρυπνος για σημάδια θυμού απογοήτευσης, και ενόχλησης που βιώνει ο ασθενής στη θεραπευτική σχέση (Παπακώστας Ι., 1994).

Αυτές οι αντιδράσεις στον θεραπευτή ανοίγουν παράθυρα στον ιδιωτικό κόσμο του ασθενή. Εάν δεν ερμηνευθούν σωστά και έγκαιρα παρερμηνεύσεις θα επιμείνουν και θα υποσκάψουν την συνεργασία. Εάν έρθουν στο φως συχνά παρέχουν πλούσιο υλικό για κατανόηση των ερμηνειών και πεποιθήσεων πίσω από την ιδιοσυγκρασία του ασθενή ή των επαναλαμβανόμενων αντιδράσεων.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να προσέξει για «παραπλανητικά» σημάδια μιας μεταβιβαστικής γνωσίας. Αυτά είναι τα ίδια σημάδια που παρατείνουν την παρουσία αυτόματων σκέψεων κατά τη συνεδρία. Π.χ. μπορεί να υπάρξει μια ξαφνική αλλαγή στη συνολική συμπεριφορά του ατόμου – παύσεις στη μέση προτάσεων ή δηλώσεων, ξαφνική αλλαγή στην έκφραση, σφιγμένες γροθιές, κλπ. Ή ο ασθενής μπορεί να αλλάξει θέμα και να συνεχίσει. Ένα απ' τα πιο αποκαλυπτικά σημάδια είναι μια μετατόπιση της ματιάς του ασθενή ιδιαίτερα όταν έχει μια σκέψη που δεν θέλει ν' αποκαλύψει. Όταν ρωτηθεί, ο ασθενής ίσως πει «Δεν είναι σημαντικό... Τίποτα.... Τίποτα...». Ο θεραπευτής θα πρέπει να πείσει τον ασθενή ότι μπορεί να είναι σημαντικό. Μερικοί ασθενείς ίσως έχουν αυτόματες σκέψεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και είναι πρακτικά χρήσιμο να αναφερθούν λίγες. Παρ' όλα αυτά πρέπει να δοθεί προσοχή και να καταγραφούν. Είναι σημαντικό να δείχνει συμπάθεια ο

θεραπευτής προς τον ασθενή. Προσπαθώντας να βάλει τον εαυτό του στη θέση του ασθενή – ίσως φανταζόμενος τον εαυτό του με τις ίδιες ευαισθησίες, αίσθηση μειονεξίας – ο θεραπευτής μπορεί να καταλάβει καλύτερα τον ασθενή, χωρίς να χάνεται η αντικειμενικότητα (Beck A., Freeman A. & Associates, 1990).

ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ

Αντίστοιχα, με τον όρο αντιμεταβίβαση εννοούμε τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που κάνει ο θεραπευτής για τον θεραπευόμενό του. Έτσι, η προσέγγιση από την γνωσιακή σκοπιά θα μας έδινε τον γνωσιακό χάρτη του θεραπευτή για τον θεραπευόμενό του. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου ο θεραπευτής χρησιμοποιεί αυτά τα αισθήματά του ως προς τον θεραπευόμενο, για να ικανοποιήσει τις δικές του ανάγκες, που πολλές φορές μπορεί να επιθυμεί να συγκινήσει, να ελέγξει και να εντυπωσιάσει, και όχι για να προάγει τη θεραπευτική διαδικασία. Τέτοια συμπεριφορά του θεραπευτή, καλείται ως ανεξέλεγκτη και αντι-δημιουργική αντιμεταβίβαση (Παπακώστας Ι., 1994).

Πολλοί θεραπευτές για να αποφύγουν την εξάρτησή τους από τους ασθενείς τους, καταφεύγουν οι ίδιοι σε θεραπεία. Συνέπεια όμως αυτού, είναι το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές γίνονται πιο αδιάλλακτοι και δογματικοί. Στη γνωσιακή θεραπεία, είναι προτιμότερο ο θεραπευτής να δουλεύει τις σκέψεις του αυτές, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του μέσα στα πλαίσια της εποπτείας. Συνεπώς, με τη βοήθεια του επόπτη του ή/και μόνος του, ο θεραπευτής εντοπίζει τις

δυσπροσαρμοστικές αυτόματες γνωσίες του, τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα, καθώς και τα γνωσιακά λάθη.

Στη συνέχεια προσπαθεί να τα τροποποιήσει, ώστε να γίνει περισσότερο αποτελεσματικός ως θεραπευτής, αναλύοντας, έτσι, γνωσιακά την αντιμεταβίβαση (Παπακώστας Ι., 1994).

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗΣ

Σύμφωνα με τους Beck και Συνεργάτες (1979), πολύ συχνά οι θεραπευτές βλέπουν τους καταθλιπτικούς ασθενείς ως παθητικούς, αναποφάσιστους. Ο θεραπευτής νιώθει ενοχλημένος και ο ασθενής ότι κριτικάρεται. Η υπόθεσή του ίσως χειροτερεύσει ή τον κάνει να εγκαταλείψει τη θεραπεία. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις περιγράφονται στο περιεχόμενο των λέξεων «μεταβίβαση» και «αντιμεταβίβαση». Το είδος θεραπευτικής συνεργασίας που μόλις περιγράφηκε, τείνει να μειώσει τέτοιου είδους προβλήματα και ενοχλήσεις.

Ο θεραπευτής θα πρέπει ν' αντιμετωπίσει αυτές τις αρνητικές επιδράσεις κατευθείαν. Προσπαθώντας ν' αναγνωρίσει και να διορθώσει τις γνωσίες εκείνες που συμβάλλουν στην παθητικότητα, έλλειψη και πρωτοβουλία. Ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται στην προσπάθεια επίλυσης αυτών των προβλημάτων.

Στην πραγματικότητα, το μη λειτουργικό σκεπτικό που οδηγεί στην παθητικότητα, στην έλλειψη κινήτρων κ.λπ. γίνεται συγκεκριμένος στόχος της θεραπείας. Ο θεραπευτής εφαρμόζει λογικές και εμπειρικές μεθόδους για την διόρθωση λαθών τέτοιου σκεπτικού (Beck A. & Associates, 1979).

Οι θετικές μεταβιβάσεις επίσης μπορούν να εμποδίσουν τη θεραπεία. Ο ασθενής ίσως θεωρεί τον θεραπευτή ως Σωτήρα και να υπερβάλει στις θετικές εκτιμήσεις του. Τέτοια υπερβολική εκτίμηση και προσδοκίες πρέπει να συζητηθούν και να μειωθούν. Ο θεραπευτής πρέπει να δώσει έμφαση στο να δουλεύουν μαζί ως μέσο για την επίλυση των προβλημάτων και όχι ως ένα αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με τον Beck A. (1979), υπάρχουν μερικές ενέργειες κατά τη θεραπεία που προάγουν αρνητικές μεταβιβάσεις. Τεχνικές που έχουν περιγραφεί, ίσως θεωρηθούν δύσκολες και επιφέρουν συμπεριφορές όπως απαιτήση, απειλή, διαφωνία, κατηγορία. Εάν ο θεραπευτής χωρίς εξήγηση αλλάζει τη συζήτηση από θέματα που ο ασθενής θέλει ν' αναπτύξει, ή χρησιμοποιεί χιούμορ ακατάλληλα, ο ασθενής θα νιώσει ότι τον χρησιμοποιούν ή τον υποτιμούν.

Ένας αριθμός άλλων δυσκολιών ίσως εξασθενήσει τη συνεργατική φύση της σχέσης, όπου δύο απ' αυτές είναι ειδικά κοινές με τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Πρώτον, ο θεραπευτής ίσως αρχίσει να πιστεύει την επίμονη αρνητική άποψη του ασθενή για τον εαυτό του και τη ζωή του. Φεύγοντας απ' τον ρόλο του επιστημονικού παρατηρητή, ο θεραπευτής ίσως μπει στη λανθασμένη δομή της πραγματικότητας. Αυτό να θεωρεί τις αρνητικές ερμηνείες του ασθενή ως υποθέσεις που χρειάζονται εμπειρικό έλεγχο, ο θεραπευτής ίσως ξεκινήσει να υποθέτει ότι αυτές οι αρνητικές γνώσεις είναι ακριβώς δηλώσεις της πραγματικότητας και μπορούν να εκτιμηθούν. Όταν αυτό το πρόβλημα προκύπτει, ο θεραπευτής ίσως ξεκινήσει να θεωρεί τον ασθενή ως έναν «γεννημένο άτυχο» παρά να διαπιστώσει ότι ο ασθενής ίσως είναι τόσο κατακλυσμένος από την απαισιόδοξη στάση του και τις λανθασμένες γενικεύσεις του. Προκειμένου να διατηρηθεί μια αντικειμενική αλλά ενσυναίσθηματική άποψη, ο θεραπευτής θα πρέπει να υπενθυμίσει στον

εαυτό του ότι οι αρνητικές απόψεις του ασθενή, είναι μόνο γνωσίες και πεποιθήσεις, που θα πρέπει να εξετασθούν και να τροποποιηθούν.

Μια πηγή δυσκολίας στην θεραπευτική συνεργασία ίσως προκύψει στα μετέπειτα στάδια της θεραπείας εάν ο ασθενής εγκαταλείψει την αντικειμενικότητα του προς τις αρνητικές γνωσίες. Π.χ. ο ασθενής ίσως βιώσει νέες απογοητεύσεις ή δυσκολίες εξαιτίας τραυματικών, περιβαλλοντικών γεγονότων. Εάν κάτι τέτοιο προκύψει, ίσως κατακλυσθεί από ένα κύμα αρνητικών γνωσιών που αυτόματα θεωρεί ως αληθινές χωρίς να τις βλέπει αντικειμενικά με περαιτέρω σκέψη. Συνεπώς είναι πιθανό να βιώσει αυξημένη απαισιοδοξία ή κατάθλιψη. Αυτά τα συμπτώματα, ίσως τον οδηγήσουν να θεωρήσει την γνωσιακή ψυχοθεραπεία ως αναποτελεσματική και αναξιόπιστη.

Ίσως νιώθει και εξαπατημένος απ' τον θεραπευτή.

Οποιοσδήποτε από αυτές τις σκέψεις ίσως οδηγήσουν τον ασθενή να σταματήσει τη συνεργασία του με τον θεραπευτή, ν' αντιστέκεται στο να κάνει εργασίες, να χάνει συναντήσεις και να εγκαταλείπει την συνεργασία του. Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να δέχεται χωρίς ερωτήσεις τις αντιδράσεις του ασθενή. Εάν ο ασθενής αρχίζει να χάνει συναντήσεις, ο θεραπευτής πρέπει να επικοινωνήσει με τον ασθενή και να ξεκαθαρίσει τις αιτίες που παρεκώλησαν τη θεραπευτική συνεργασία.

Στην πράξη, έχει βρεθεί ότι τέτοια συμπτώματα είναι κοινά. Ο θεραπευτής θα πρέπει να πληροφορεί τον ασθενή έγκαιρα κατά τη θεραπεία να περιμένει τέτοια αρνητικά συμπτώματα. Έτσι θα παρέχεται στον ασθενή η ικανότητα να εφαρμόσει τις τεχνικές που έχει μάθει έως τώρα. Επιπλέον, «τον κρατούν σε φόρμα» για ν' αντιμετωπίσει προβλήματα που αναπόφευκτα προκύπτουν μετά τη λήξη της θεραπευτικής παρέμβασης (Beck A., Rsh A., Shaw B., Emery G., 1979).

ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ

Με τον όρο αντίσταση εννοούμε την άρνηση του θεραπευόμενου να αφομοιώσει την θεραπευτική εμπειρία (μέσα στα δικά του παλιά πλαίσια), και να αναδιοργανώσει το γνωσιακό του χάρτη. Η αντίσταση, στη γνωσιακή προσέγγιση, μπορεί να παρουσιαστεί και σαν μια διαδικασία αυτοπροστασία του ατόμου και των συμφερόντων του. Στα «συμφέροντα» αυτά μπορεί να περιλαμβάνονται τα εξής:

- α) Διαφύλαξη ταυτότητας, όπου εννοείται πως ο ασθενής από την αντίσταση που προβάλλει μπροστά σε μια απειλή, μπορεί να χάσει από τωρινή του ταυτότητα και τα συμπτώματά της.
- β) Διαφύλαξη σθένους, όπου νοείται όλες εκείνες οι προσπάθειες που κάνει ο ασθενής ώστε να αποφύγει τις δυσάρεστες και αρνητικές του καταστάσεις.
- γ) Διαφύλαξη ισχύος, όπου περιγράφεται η επιθυμία ή η ανάγκη που έχει το άτομο για να ελέγξει το περιβάλλον του ή για να αυξήσει τις ικανότητές του.
- δ) Διαφύλαξη ελέγχου πραγματικότητας, όπου εννοείται η επιθυμία ή η ανάγκη που έχει το άτομο ώστε να αποκτήσει αντικειμενικότερη και καλύτερη αναπαράσταση του εξωτερικού του κόσμου.

Μια τελευταία προσέγγιση της αντίστασης είναι η αντίσταση σαν ένα κλινικό ψυχοθεραπευτικό πρόβλημα. Δηλαδή, τις αντιλήψεις του θεραπευόμενου για τη παραπομπή του για ψυχοθεραπεία, καθώς και τις επιρροές στα διάφορα στάδια της γνωσιακής παρέμβασης. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που επηρεάζουν τον θεραπευόμενο, όσον αφορά το πώς εκείνος χαρτογραφεί το πρόβλημά του, τα αίτια και τη θεραπεία του, και άρα στην αντίστασή του είναι οι ακόλουθοι:

- **Φάση εγκατάστασης θεραπευτικής συμμαχίας.** Η συγκεκριμένη φάση αναφέρεται στη στιγμή της πρώτης επαφής του θεραπευτή με το θεραπευόμενο. Ο θεραπευτής προχωρεί στην καταγραφή γνωσιών, καθώς και στις δυσλειτουργικές αντιλήψεις, όπου αναγνωρίζοντάς τες, προβαίνει σε ανάλογη αντιμετώπιση.
- **Φάση πρώιμων γνωσιακών επεμβάσεων.** Στη φάση αυτή περιγράφεται η ανησυχία, η αμφιβολία και η αίσθηση απειλής στον ασθενή εκ μέρους της γνωσιακής επέμβασης. Ο ασθενής πέρα από τα προαναφερόμενα, μπορεί να νιώσει και πως η συλλογή πληροφοριών όπως και οι επεμβάσεις του θεραπευτή είναι άσκοπες και τυχαίες.
- **Φάση όψιμων γνωσιακών επεμβάσεων.** Εδώ ο θεραπευτής για να πετύχει μια αποτελεσματική θεραπεία, καθώς επίσης και μία μόνιμη αλλαγή στη συμπεριφορά του θεραπευόμενου, επιδιώκει:
 - *Να πραγματοποιήσει ο θεραπευόμενος μικρές επιτυχίες που θα τον κάνουν να βλέπει φασματικά.*
 - *Να μάθει ο θεραπευόμενος πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων.*
 - *Να προετοιμάζεται ο θεραπευόμενος για υφέσεις και εξάρσεις της κατάστασής του (Παπακώστας Ι., 1994).*

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Η μη συνεργασία του πελάτη έχει οριστεί από τους ειδικούς ως «αντίσταση» με την έννοια ότι ο ασθενής είτε για συνειδητούς ή ασυνειδητούς λόγους κρατά αυτή τη στάση. Ο Jones (1948/1967)

θεώρησε την αντίσταση ως φαινόμενο αναμενόμενο στη θεραπεία (Beck A., Freeman A. & Associates, 1990).

Όπως έχει αναφερθεί τα σχήματα που χρειάζονται αλλαγή, π.χ. η άποψη του εαυτού και των άλλων, μπορούν να δημιουργήσουν δυσκολίες σε μεγάλο βαθμό, και αυτό να γίνει φανερό με διάφορους τρόπους. Είτε ξεκάθαρα με απουσίες στα ραντεβού είτε κεκαλυμμένα μέσα στις συνεδρίες με το υλικό που αναφέρει ο ασθενής. Τα πιο κοινά προβλήματα περιλαμβάνουν μη εμπιστοσύνη, προσωπική ντροπή, επιθετικότητα προς τους άλλους, φόβο απόρριψης, κ.ά. Υπάρχουν παρ' όλα αυτά, πολλοί λόγοι για όλα αυτά και όχι απλά το ότι ο ασθενής δεν θέλει ν' αλλάξει, αλλά περισσότερο οι επιδράσεις των «μαχών» που γίνονται στις ενδοψυχικές συγκρούσεις. Μπορούν να εμφανιστούν με οποιοδήποτε συνδυασμό και η δύναμη αυτής της αντίδρασης μπορεί ν' αλλάξει με την πρόοδο στη θεραπεία, με τις αλλαγές της θεραπευτικής σχέσης, με την ικανότητα του θεραπευτή στην επίλυση τέτοιων δυσκολιών κ.ά. (Beck A., Freeman A. & Associates, 1990).

Αφού αναλύσαμε σε αυτό το κεφάλαιο την θεραπευτική σχέση, εξετάζοντας τα ιδιαίτερα στοιχεία που την αποτελούν, καθώς και τα επιθυμητά χαρακτηριστικά, τις βασικές (γενικές και ειδικές) δεξιότητες που απαιτούνται για τη γνωσιακή θεραπεία να έχει ο θεραπευτής, περιγράψαμε τα πιθανά προβλήματα που προκύπτουν στη θεραπευτική σχέση κατά τη γνωσιακή θεραπεία. Προχωρώντας, λοιπόν, στην ανάλυση της γνωσιακής προσέγγισης θα συνεχίσουμε στο επόμενο κεφάλαιο με τα προβλήματα που παρουσιάζονται γενικά στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και ειδικά στη δομή αλλά και σε άλλες φάσεις της θεραπευτικής παρέμβασης.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ως τελευταίο μέρος αυτής της βιβλιογραφικής μελέτης, επιλέξαμε να περιγραφεί σύντομα το εύρος χρησιμοποίησης της Γνωσιακής στις διάφορες μορφές ψυχικών δυσλειτουργιών, αλλά και η αποτελεσματικότητά της σε αυτές.

Όπως έχει αναφερθεί, η Γνωσιακή προσέγγιση αναπτύχθηκε αρχικά για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, όμως σήμερα χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση πολλών ψυχικών παθήσεων και συνεχώς ευρύνεται το πεδίο εφαρμογής της.

Ας δούμε όμως αναλυτικότερα τα πεδία εφαρμογής της Γνωσιακής, και παράλληλα την αποτελεσματικότητα που έχει σε σύγκριση με τη φαρμακοθεραπεία ή άλλες ψυχοθεραπείες. Αξίζει ν' αναφερθεί εδώ, ότι ενώ υπάρχει μια πληθώρα ερευνών απ' το 1970 περίπου, επιλέξαμε τις πιο πρόσφατες έρευνες σύμφωνα με τα στοιχεία της Academy of Cognitive Therapy.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι περισσότερες έρευνες έως τώρα, έχουν γίνει όσον αφορά για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής στην κατάθλιψη, γι' αυτό και τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών πια, είναι πλήρως αποδεκτά και καθιερωμένα.

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα των Bockting C., Schene A., Spinhoven P., Koeter M., Winters L., Hunser J. και Kamphuis J., που δημοσιοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2005, και διεξάχθηκε απ' το Ακαδημαϊκό Ψυχιατρικό Κέντρο του Άμστερνταμ για δύο χρόνια, η αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της μείζονος, μονοπολικής, διπολικής και μη ψυχωσικής κατάθλιψης είναι συγκρίσιμη και ουσιαστικά εφάμιλλη ή και ανώτερη της φαρμακοθεραπείας. Επίσης σε συνδυασμό ή όχι με φάρμακα, είναι ισότιμη ή ανώτερη με άλλες ψυχοθεραπείες.

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα αλλά και μία παρόμοια απ' τους DeRubies και Συνεργάτες στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια που διεξάχθηκε για τρία χρόνια και δημοσιοποιήθηκε το 2004, το ποσοστό υποτροπής ή επανεμφάνισης του ίδιου επεισοδίου μετά τον τερματισμό της παρέμβασης για τουλάχιστον έναν χρόνο, ήταν μικρότερο (29,5%) σε σύγκριση με εκείνο από ασθενείς που έπαιρναν αντικαταθλιπτικά (60%). Επίσης σε σύγκριση με άλλες συστηματικές ψυχοθεραπείες όπως η συμπεριφορική και η ψυχοδυναμική, η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία απεδείχθη αρκετά ανώτερη στα ποσοστά πρόληψης υποτροπής των ασθενών.

Συμπερασματικά, λοιπόν, η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία ανήκει στις πλέον κατάλληλες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και είναι μια αποτελεσματική ψυχοθεραπεία (www.academyofct.org, 2005).

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξάχθηκε για δύο χρόνια και δημοσιοποιήθηκε το 2004, απ' το Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια, απ' τους Beck A., Brown F., Have T., Hentigues G., Xie S., και Hollander

J., οι ασθενείς που είχαν παρακολουθήσει τη Γνωσιακή, είχαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό επανάληψης μιας νέας απόπειρας σε σύγκριση μ' εκείνους που τους παρήχθη η συνηθισμένη συμβουλευτική διαδικασία.

Αυτό το αποτέλεσμα είναι πολύ σημαντικό, καθώς ανατρέπει πολλά στο χώρο της ψυχοθεραπείας και δείχνει άλλη μια φορά πόσο αποτελεσματική είναι η Γνωσιακή ως ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (www.beckinstitute.org, 2005).

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Επίσης αρκετές μελέτες έχουν γίνει για τις αγχώσεις διαταραχές που δείχνουν την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα των Beck J και Butler A., απ' το Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια που δημοσιοποιήθηκε στις αρχές του 2005, η Γνωσιακή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική γι' αυτού του είδους διαταραχές. Σε σύγκριση με άλλες ψυχοθεραπείες, όταν ιδιαίτερα συνδυάζεται και με τη Συμπεριφορική, είναι ανώτερη, με περισσότερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (www.academyofct.org, 2005).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Η αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής, έχει αποδειχθεί και κατοχυρωθεί ιδιαίτερα για την Βουλιμική διαταραχή παρά για τη Ψυχογενή Ανορεξία.

Σύμφωνα με την έρευνα που δημοσιοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2005 απ' τους Devlin M., Goldfein J., Perkova E., Jiang H., Raizman P., Wolk S., Mayer L., Carino J., Bellacee D., Kamenetz C., Dobrow I., και

Walsh B., απ' το Ψυχιατρικό Ινστιτούτο της Νέας Υόρκης, η Γνωσιακή σε σύγκριση με άλλες ψυχοθεραπείες είναι το ίδιο αποτελεσματική και συνδυάζεται κάποιες φορές με φάρμακα. Σε σύγκριση όμως με τη Συμπεριφορική, είναι ανώτερη, καθώς η Συμπεριφορική εμφανίζεται να έχει μόνο βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα.

Παρ' όλα αυτά, όσον αφορά την Ψυχογενή Ανορεξία, μολονότι υπάρχουν ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής που είναι ενθαρρυντικές, σύμφωνα και με μία έρευνα που διεξάχθηκε στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια απ' τον Beck A., και τους συνεργάτες του, συστηματικές και συγκριτικές μελέτες απουσιάζουν (www.academyofct.org, 2005).

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Αποτελεί έναν τομέα της ψυχοπαθολογίας που τις πρόσφατες δεκαετίες έχει τραβήξει το ενδιαφέρον των γνωσιακών ψυχοθεραπευτών. Οι έρευνες που έχουν γίνει έως τώρα είναι σε πρώιμο στάδιο και γι' αυτό τα αποτελέσματα είναι προτεινόμενα κι ενδεικτικά.

Σύμφωνα με την έρευνα των Morrison A., Renton J., Williams S., Dunn H., Knight A., Kreutz S., Patel U., και Dunn G., στο Πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ που δημοσιοποιήθηκε το 2004, η Γνωσιακή εμφανίζεται να έχει θετικές επιδράσεις για την αντιμετώπιση ιδιαίτερα των συμπτωμάτων της ψύχωσης, όπως των καταθλιπτικών ή αγχωτικών συμπτωμάτων. Επίσης, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, η βελτίωση των συμπτωμάτων συνέχισε να υπάρχει. Το πιο απρόσμενο όμως και ενδιαφέρον αποτέλεσμα που βγήκε απ' την ίδια έρευνα, είναι ότι η Γνωσιακή μπορεί να προλάβει ή και ν' αποτρέψει κάποιες φορές την εμφάνιση της Ψύχωσης σε άτομα που

είναι υψηλού κινδύνου για να παρουσιάσουν αυτή τη διαταραχή. Σε σύγκριση με άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν σ' άλλα άτομα, από τα άτομα που είχαν λάβει γνωσιακή ψυχοθεραπεία, μόνο το 13% εμφάνισαν τελικά συμπτώματα ψύχωσης, ενώ το 35% των ατόμων που προσεγγίστηκαν μ' άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους κατά τη διάρκεια της μελέτης αυτής, έγιναν ψυχωτικοί.

Αυτό είναι ένα επανασταστικό αποτέλεσμα και αναμένονται κι άλλες έρευνες που θα ρίξουν μεγαλύτερο φως στη ν εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής γι' αυτούς τους ασθενείς (www.academyofct.org, 2005).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Είναι επίσης ένας τομέας της ψυχοπαθολογίας που εγείρει το ενδιαφέρον των γνωσιακών θεραπευτών, και οι έρευνες που έχουν γίνει είναι σε πρώιμο επίπεδο.

Λόγω των χρόνιων προβλημάτων που συνδέονται με τις Διαταραχές Προσωπικότητας, δίνεται έμφαση –στη Γνωσιακή επέμβαση– στη μετατροπή των πρώιμων δυσπροσαρμοστικών σχημάτων και έχουν αναπτυχθεί συγκεκριμένες μέθοδοι θεραπείας.

Σύμφωνα με την έρευνα των Vogel P., Stiles T., και Gotestam K., από το Πανεπιστήμιο του Trondheim στη Νορβηγία το 2004, η Γνωσιακή επέφερε θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση διάφορων καταθλιπτικών ή αγχωτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς.

Παρ' όλα αυτά, αναμένονται περαιτέρω έρευνες για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής σε άτομα με Διαταραχές Προσωπικότητας σύντομα (www.academyofct.org, 2005).

ΑΛΛΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η Γνωσιακή προσέγγιση είναι πολλά υποσχόμενη και σ' άλλες ψυχολογικές παθήσεις όπως είναι οι Σωματόμορφες Διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών και οι Σωματικές Διαταραχές όπου ο ψυχολογικός παράγοντας είναι σημαντικός, όπως υπέρταση, καρκίνος, AIDS, καρδιοπάθεια, σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.ά.

Ακόμα, τα πρόσφατα χρόνια έχει αναπτυχθεί με μεγάλη αποτελεσματικότητα το Γνωσιακό μοντέλο σε παιδιά και εφήβους με επιθετικότητα, ή που πάσχουν από διάφορες ψυχικές παθήσεις, ενώ οι έρευνες συνεχίζονται.

Η Γνωσιακή επίσης εφαρμόζεται ως συμβουλευτική για προβλήματα ζεύγους και οικογένειας με μεγαλύτερο ποσοστό αποτελεσματικότητας από άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, σύμφωνα με δύο έρευνες που έγιναν στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια από τον Beck A., και συνεργάτες (www.academuofct.org, 2005).

Από τις πιο πρόσφατες έρευνες είναι αυτές για την σχιζοφρένεια. Ιδιαίτερα στην Μεγάλη Βρετανία έχουν δείξει έως τώρα, αν και δεν έχουν ακόμα ολοκληρωθεί, ότι η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με τα φάρμακα είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

Τα τελικά αποτελέσματα όμως αναμένονται όπως και της έρευνας του Beck A., και των συνεργατών του που βρίσκεται σε εξέλιξη, στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια, για την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής με σχιζοφρενείς ασθενείς (www.med.yale.edu, 2005).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί η έρευνα που διεξάγει τα τελευταία χρόνια στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια ο Beck A., με την επιστημονική του ομάδα, εφαρμόζοντας τη Γνωσιακή Θεωρία για την ανάλυση του σκεπτικού των τρομοκρατών. Στο βιβλίο του

«Φυλακισμένοι του μίσους: Η Γνωσιακή βάση του θυμού, της εχθρότητας και της βίας» (1999), αναφέρει ότι η δομή της σκέψης του τρομοκράτη, είναι τόσο δυσλειτουργική, όσο και του νευρωτικού ασθενή. Περιγράφει τον τρόπο που οι τρομοκράτες κάνουν γενικεύσεις για τους εχθρούς τους. Αυτό, με τη σειρά του, κάνει εύκολο το να τους εξαγριώσει, έτσι ώστε η χρήση της τρομοκρατίας γίνεται στο μυαλό τους ισότιμη με την επιβίωση. Αν και δεν έχει ολοκληρωθεί αυτή η έρευνα, ήδη το Εθνικό Κέντρο Συμφιλίωσης στη Νότια Ιρλανδία, χρησιμοποιεί αυτή τη θεωρία για ν' αντιμετωπίσει τις εντάσεις που δημιουργούνται εκεί (www.med.yale.edu, 2005).

Συνοψίζοντας, σ' αυτό το κεφάλαιο έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης των πεδίων εφαρμογής της Γνωσιακής αλλά και της αποτελεσματικότητας της. Οι έρευνες μέχρι τώρα αναδεικνύουν τη Γνωσιακή προσέγγιση ως μία από τις αποτελεσματικότερες ψυχοθεραπείες για την αντιμετώπιση πολλών ασθενειών και οι νέες έρευνες που προκύπτουν συνεχώς δίνουν αισιόδοξα αποτελέσματα.

Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματα δεν μπορούν να θεωρηθούν μόνιμα και αναμφισβήτητα για πάντα, καθώς ολοένα και περισσότερες δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις ξεπηδούν με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ψυχικές παθήσεις που χρειάζονται ειδικά προσαρμοσμένες τεχνικές και θεωρίες για την αντιμετώπισή τους.

Αυτή είναι και η πρόκληση κάθε ψυχοθεραπείας, όπως αυτής της Γνωσιακής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ασημάκης Π., «Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα», Από την θεωρία στην εφαρμογή, Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης, Αθήνα 1999, University of Indianapolis Athens Press.
2. Βοσνιάδου Στ., «Εισαγωγή στην Ψυχολογία», Κοινωνική Ψυχολογία, Κλινική Ψυχολογία, Β' Τόμος, Αθήνα 2003, Gutenberg.
3. Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., «Δραματοθεραπεία, Μουσικοθεραπεία», Η επέμβαση της τέχνης στην Ψυχοθεραπεία, Θεωρία, Ασκήσεις, Εφαρμογές, Γ' Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
4. Ζαφειροπούλου Μ., «Η γνωστική – εξελικτική θεραπεία στα παιδιά», Εφαρμοσμένη Ψυχολογία, Β' Επιστημονική Θεώρηση, Β' Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, Tammie Ronnen.
5. Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., «Ψυχιατρική», Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988.
6. Καλαντζή – Αζίζι Α., «Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του», Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση, Ψυχολογική βοήθεια και αυτοεκπαίδευση, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Επιμέλεια Ζαφειροπούλου Μ., Β' Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, CORDULA NEUHAUS.
7. Καλαντζή – Αζίζι Α., Αναγνωστόπουλος Φ., «Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία», Βασικά Εγχειρίδια Ψυχολογικής Γνώσης, Ελληνικά Γράμματα 1989, Lynda A. Heiden – Michel Hersen.
8. Καλπάκογλου Θ., «Άγχος και Πανικός», Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.

9. Καλπάκογλου Θ., «Άγχος και Πανικός», Γνωστική θεωρία και θεραπεία, Β΄ Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
10. Κατσαφούρος Κ., Ψυχίατρος – Διευθυντής Δρομοκαΐτειου Ψ.Ν.Α., «Ψυχιατρική», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του ΨΝΑ, ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος, 2004.
11. Μάνος Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής», Αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997, University Studio Press.
12. Μπουλουγούρης Γ., «Θέματα Γνωστικής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας», Ελληνική Εταιρεία Έρευνας Συμπεριφοράς – Ε.Ε.Ε.Σ., Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς – Ι.Ε.Θ.Σ., Β΄ Τόμος, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
13. Μπρούμα Βασ., «Γνωστική θεραπεία με σχιζοφρενικούς ασθενείς», Ηλεκτρονικές τέχνες, Carlo Peggis, 1992.
14. Μπρούμας Β., Βαλαβάνης Π., «Η Θεωρία της Γνωστικής Ψυχοθεραπείας της Κατάθλιψης», Τετράδια Ψυχιατρικής, 1993.
15. Παπακώστας Γ. Ι., «Γνωστική Θεραπεία», Θεωρία και Πράξη, Αθήνα, Απρίλιος 1994.
16. Στεφάνης Κ.Ν., Ραμπαβίλας Α.Δ., Μαΐλλης Α.Γ., «Εισαγωγή στις επιστήμες της συμπεριφοράς», Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1996.
17. Χαρίλα Ν., «Γνωστική Θεραπεία της Συμπεριφοράς», Θέματα γνωστικής και συμπεριφοριστικής θεραπείας, Επιμέλεια Έκδοσης Μπουλουγούρης Γ., Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
18. Χιουτάκος Θ., Βαλαβάνης Π., «Ψυχοθεραπεία», Τετράδια Ψυχιατρικής, ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, Τριμηνιαία περιοδική έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Ψ.Ν.Α., Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 2004.

19. Χριστοδούλου Γ.Ν., «Κατάθλιψη», Εκδόσεις Βήτα, 1998.
20. Χριστοδούλου Γ.Ν. και Συνεργάτες, «Ψυχιατρική», Β' Τόμος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Beck T. A., Freeman A. and Associates (WM 425 BEC), «*Cognitive therapy of Personality Disorders*», The Guilford Press, 1990.
2. Beck S. J., «*Εισαγωγή στη Γνωστική Θεραπεία*», Βιβλιοθήκη της Ψυχοθεραπείας, Εκδόσεις Πατάκη, The Guilford Press, 1995, Μετάφραση Δαλαγδή Κ., Δερμεντζόγλου Μ., Καβάση Ε., Κακαβέλας Ν., Κούρη Α., Τσιμιτσέλης Γ., Φέντος Κ., Φωτιάδης Π., Επιστημονική Επιμέλεια Δρ. Σίμος Γ., 2000.
3. Blackburn I.-M., Davidson M. K., «*Cognitive Therapy for Depression and Anxiety*», A practitioner's guide, Blackwell Science Ltd, 1990.
4. Blackburn I.-M., Twaddle V., «*Cognitive therapy in action*», A practitioner's casebook, Suvenir Press Ltd, 1999.
5. Clark M. D. and Fairburn G. C., «*Science and Practice Cognitive Behaviour Therapy*», Oxford University Press, 1997.
6. Craighead W. L., Craighead W. E., Kadzin E. A., Mahoney J. M., «*Cognitive and Behavioral Interventions*», An empirical approach to mental health problems, A derision of Paranoint Publishing, 1994.
7. Curwen B., Palner S., Ruddell P., «*Brief Cofnitive Behaviour Therapy*», Sage Publications, 2000.

8. Friedberg D. R., McClure M. J., «*Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents*», The nuts and Bolts, The Guilford Press, 2002.
9. Gabbard O. G., M.D., «*Treatments of Psychiatric Disorders*», Second Edition (Volume 1), American Psychiatric Press, Inc. 1995.
10. Hawton K., Salkouskis M. P., Kirk J., Clark M. D., «*Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*», A practical Guide, Oxford University Press, 1988.
11. Knell M. S., «*Cognitive behavioral play therapy*», Jason Aronson Inc., 1993.
12. Leahy R., «*Practicing Cognitive Therapy*», A guide to Interventions, Jason Aronson Inc., 1997.
13. Leahy L. R., «*Cognitive Therapy Techniques*». A practitioner's guide, The Guilford Press, 2003.
14. Persons B. J, Davidson J., Tompkins A. M., «*Essential Therapy for Dépression*». American Psychological Association, 2002.
15. Stein J. D., Young E. J., «*Cognitive science and Clinical Disorders*», Academic Press, Inc., 1992.
16. Wills F. and Sanders D., «*Cognitive Therapy*», Transforming the Image, Sage Publications, 1997.

ΛΕΞΙΚΑ

1. Παπαδόπουλος Γ. Ν., «*Λεξικό της Ψυχολογίας*», Αθήνα 1994.
2. Χουντουμαδή Α., Πατεράκη Λ., «*Σύντομο ερμηνευτικό λεξικό Ψυχολογικών όρων*», Εκδόσεις Δωδώνη, 1997.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. www.kluweronline.com, 2005
2. www.academyofct.org, 2005
3. www.beckinstitute.org, 2005

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

1. Παγωνδιώτης Κ., *«Το πρόβλημα των νοητικών αναπαραστάσεων στη γνωσιακή επιστήμη»*. Προς μία μη αναπαραστατική περιγραφή των νοητικών φαινομένων, Αθήνα 2001.

