

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΒΟΥΡΑ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΑΙΓΙΟ, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο. Η καθοδήγηση του ήταν καταλυτική και οι συμβουλές του ήταν πολύτιμος οδηγός για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου και στους φίλους μου οι οποίοι μου στάθηκαν στην προσπάθειά μου κατά τη διάρκεια της φοιτητικής μου ζωής.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές μου, του ΤΕΙ του τμήματος Φυσικοθεραπείας , που μου δίδαξαν να σκέφτομαι, να εργάζομαι και να αναζητώ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το (ψυχικό) τραύμα είναι ένα διαβρωτικό γεγονός της σύγχρονης ζωής. Οι περισσότεροι από εμάς έχουν τραυματιστεί - και όχι μόνο οι στρατιώτες ή όσοι υπήρξαν θύματα εκμετάλλευσης ή επίθεσης.¹

Το 1980, η Αμερικανική Εταιρία Ψυχιατρικής, περιέλαβε στο επίσημο εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών μια νέα κατηγορία, την «διαταραχή μετατραυματικού στρες».²

Αυτό αποδεικνύει την συνειδητοποίηση της σοβαρότητας του θέματος από την επιστημονική κοινότητα στην εποχή μας.

Στο χώρο της φυσικοθεραπείας έχει αναφερθεί συχνά ότι προκαλεί προβλήματα στην συνεργασία με τον Φ/Θ. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η συσχέτιση της επίδρασης του ψυχικού τραύματος με την αποκατάσταση και τη τελική της εξέλιξη. Η υψηλή συσχέτιση που παρουσιάζεται με το εκτιμώμενο ποσοστό ολοκλήρωσης της αποκατάστασης αναδεικνύει την ανάγκη ο Φυσικοθεραπευτής να λαμβάνει υπόψιν του την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς έτσι ώστε με κατάλληλες παρεμβάσεις εάν διαθέτει τις γνώσεις ή με την βοήθεια ειδικού να μπορεί να ολοκληρώνει την αποκατάσταση του πρώην τραυματία στο επιθυμητό επίπεδο.

Τέλος καθίσταται αναγκαία η απόκτηση γνώσεων ψυχολογικής εκτίμησης και διαπίστωσης της ανάγκης ειδικής παρέμβασης από ψυχοθεραπευτές από τους Φυσικοθεραπευτές και γενικά από όλους του επαγγελματίες υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

ΑΜΥΝΑΣ

Α)ΟΡΙΣΜΟΙ.....	9
1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ (ΠΡΩΤΟΓΟΝΕΣ) ΑΜΥΝΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ...11	
1.2 ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ.....12	
1.3 ΑΡΝΗΣΗ.....13	
1.4 ΠΑΝΤΟΔΥΝΑΜΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....15	
1.5 ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΞΙΔΑΝΙΚΕΥΣΗ (ΚΑΙ ΥΠΟΤΙΜΗΣΗ).....17	
1.6 ΠΡΟΒΟΛΗ, ΕΝΔΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΟΛΙΚΗ ΤΑΥΤΙΣΗ.....19	
1.7 ΔΙΧΟΤΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΓΩ.....23	
1.8 ΔΙΑΣΧΙΣΗ.....24	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ (ΥΨΗΛΟΤΕΡΗΣ ΤΑΞΗΣ)

ΑΜΥΝΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

2.1 ΑΠΩΘΗΣΗ.....	26
2.2 ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ.....	27
2.3 ΜΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ.....	29
2.4 ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	30
2.5 ΕΚΛΟΓΙΚΕΥΣΗ.....	31
2.6 ΗΘΙΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	31
2.7 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΠΟΣΠΑΣΗ.....	33
2.8 ΑΚΥΡΩΣΗ.....	34
2.9 ΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ..	35
2.10 ΜΕΤΑΘΕΣΗ.....	36
2.11 ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	38
2.12 ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΗ.....	39

2.13 ΤΑΥΤΙΣΗ.....	40
2.14 ΕΚΔΡΑΜΑΤΙΣΗ.....	42
2.15 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΕΝΔΥΣΗ(ΕΝΣΤΙΚΤΟΠΟΙΗΣΗ).....	43
2.16 ΜΕΤΟΥΣΙΩΣΗ.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΠΤΩΣΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Η ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ.....	49
3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ(ΕΥΕΒ).....	52
3.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	53
3.4 ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ.....	55
3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	60
3.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	63
3.7 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	64
3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	66
3.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	70
3.10 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	71
3.11 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ(PTSD)ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

4.1 ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ.....	94
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

A) ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	96
B) ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	96

Γ) ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	96
Δ) ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	97
Ε) ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...	97
ΣΤ) ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ.....	97
Ζ) ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	97
Η) ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ.....	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....112

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	114

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το (ψυχικό) τραύμα είναι ένα διαβρωτικό γεγονός της σύγχρονης ζωής. Οι περισσότεροι από εμάς έχουν τραυματιστεί - και όχι μόνο οι στρατιώτες ή όσοι υπήρξαν θύματα εκμετάλλευσης ή επίθεσης.¹

Το 1980, η Αμερικανική Εταιρία Ψυχιατρικής, περιέλαβε στο επίσημο εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών μια νέα κατηγορία, την «διαταραχή μετατραυματικού στρες».²

Αυτό αποδεικνύει την συνειδητοποίηση της σοβαρότητας του θέματος από την επιστημονική κοινότητα στην εποχή μας.

Στο χώρο της φυσικοθεραπείας έχει αναφερθεί συχνά ότι προκαλεί προβλήματα στην συνεργασία με τον Φ/Θ. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η συσχέτιση της επίδρασης του ψυχικού τραύματος με την αποκατάσταση και τη τελική της εξέλιξη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το δρόμο του κανονικού ανθρώπου δε λείπουν οι δοκιμασίες: σκοντάφτει στις πέτρες, γρατζουνιέται από τους βάλτους, ταλαντεύεται στα επικίνδυνα περάσματα και τελικά πορεύεται μολαταύτα. Ο δρόμος του ψυχικά τραυματισμένου, αντιθέτως, είναι κομμένος. Υπάρχει ένα χάσμα, μια καθίζηση που οδηγεί στον γκρεμό. Όταν ο τραυματισμένος σταματάει και γυρίζει πίσω, γίνεται αιχμάλωτος του παρελθόντος του, οπαδός του όλα ή τίποτα, εκδικητικός ή σαηνευμένος από την εγγύτητα του που ανακάμπτει, αφού έχει σταματήσει, παίρνει ένα παράπλευρο μονοπάτι. Πρέπει να ανοίξει ένα νέο πέρασμα, έχοντας στο νου του το χείλος του γκρεμού. Ο κανονικός περιπατητής μπορεί να γίνει δημιουργικός, ενώ εκείνος που ανακάμπτει είναι υποχρεωμένος να γίνει δημιουργικός.³

Σκοπός και σκεπτικό της παρούσας εργασίας, είναι να γνωρίσουμε στο πρώτο μέρος της εργασίας, τι είναι το ψυχικό τραύμα και ποιες είναι οι μετατραυματικές διαταραχές, την επίπτωση και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά γενικότερα, καθώς επίσης και ειδικότερα την επίπτωση του στρές στους Επαγγελματίες Υγείας Επείγουσας Βοήθειας, την αιτιολογία και τους παθογενετικούς μηχανισμούς, την διάγνωση και την διαφορική διάγνωση, την συμπτωματολογία, την θεραπεία, καθώς και την πρόγνωση του ψυχικού τραύματος και των μετατραυματικών διαταραχών. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, θα ασχοληθούμε με τις νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές στο θέμα, με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην πρόληψη (σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή επίπεδο) στην αντιμετώπιση, καθώς και στην αποκατάσταση του ψυχικού τραύματος και των μετατραυματικών διαταραχών.

Σήμερα, φαίνεται ότι η μελέτη του ψυχικού τραύματος έχει πλέον θεσμοθετηθεί ως πεδίο έρευνας. Πριν είκοσι - τριάντα χρόνια, η βιβλιογραφία ήταν μόνο λίγοι τόμοι έρευνας που μούγλιαζαν στις βιβλιοθήκες. Τώρα, κάθε μήνα, εκδίδονται νέα βιβλία, νέες ανακαλύψεις από έρευνες, γίνονται συζητήσεις στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ



Α)Ορισμοί :

1. **Trauma psychic - τραύμα ψυχικό:** Στην ψυχιατρική, μία σημαντική εμπειρία που προκαλεί αναστάτωση ή ένα γεγονός που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει μία ψυχική διαταραχή.⁵

Ψυχικό τραύμα είναι το γεγονός της ζωής που η έντασή του δεν επιτρέπει στο άτομο να απαντήσει με τρόπο ικανοποιητικό, με αποτέλεσμα την πρόκληση μίας σοβαρής διαταραχής με μακροχρόνιες παθογόνες επιπτώσεις για την ψυχική του οργάνωση.

Ο ψυχικός τραυματισμός χαρακτηρίζεται από μία σειρά υπερβολικών ερεθισμάτων στον ψυχισμό του ατόμου, που ξεπερνούν τη δυνατότητά του να τα ελέγξει και να τα επεξεργαστεί.⁴

2. **Post-traumatic stress disorder - διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό stress:** Αγχώδης διαταραχή που συμβαίνει μετά και σαν αποτέλεσμα από ένα γεγονός που ταραξεί τη ζωή του αρρώστου (π.χ. στη μάχη). Η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία, χρόνια ή καθυστερημένη και συνίσταται σε επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος.⁵

3. **Μηχανισμός άμυνας:** Είναι η ασυνείδητη ενδοψυχική διεργασία που δρα για να ανακουφίσει τη σύγκρουση και το άγχος που προέρχονται από τις ενορμήσεις και τα ένστικτα ενός ατόμου.

Η εξοικείωση με την έννοια της άμυνας και την ποικιλία των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι έχει ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση της ψυχαναλυτικής διάγνωσης του χαρακτήρα. Οι βασικές διαγνωστικές κατηγορίες που χρησιμοποιούνται από τους ψυχαναλυτές για τον προσδιορισμό των τύπων προσωπικότητας αναφέρονται σε μια ιδιαίτερη άμυνα ή σε ένα σύνολο αμυνών που επιστρατεύονται κατ'εξακολούθηση από το άτομο. Έτσι, ο διαγνωστικός όρος στον οποίο καταλήγουν οι ψυχαναλυτές αποτελεί ένα είδος στενογραφημένης περιγραφής, με την οποία περιγράφεται ο συνήθης τρόπος άμυνας ενός ατόμου.

Οι άμυνες έχουν πολλές λειτουργίες που είναι ευεργετικές. Στην αρχή αποτελούν υγιείς και δημιουργικούς τρόπους προσαρμογής του βρέφους στο περιβάλλον του και συνεχίζουν να λειτουργούν προσαρμοστικά σε όλη την διάρκεια της ζωής. Όταν επιστρατεύονται για να υπερασπίσουν το άτομο από κάποια απειλή, ονομάζονται άμυνες. Ένα άτομο με αμυντική συμπεριφορά προσπαθεί, σε γενικές γραμμές, να επιτύχει έναν ή και τους δύο από τους ακόλουθους σκοπούς:

Την αποφυγή ή τη διαχείριση κάποιου ισχυρού και απειλητικού συναισθήματος, συνήθως του άγχους, ενίοτε όμως και της υπερβολικής θλίψης ή και άλλων αποδιοργανωτικών συναισθηματικών εμπειριών, και τη διατήρηση της αυτοεκτίμησής του.

Οι υποστηρικτές της ψυχολογίας του Εγώ έδωσαν έμφαση στον τρόπο λειτουργίας των αμυνών για την αντιμετώπιση του άγχους. Οι υποστηρικτές της θεωρίας των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, που δίνουν ιδιαίτερη σημασία στα θέματα της προσκόλλησης και του αποχωρισμού, ήταν οι πρώτοι που επισήμαναν ότι οι άμυνες μπορούν να επιστρατευθούν και για την αντιμετώπιση της θλίψης. Τέλος, οι υποστηρικτές της ψυχολογίας του Εαυτού τόνισαν το ρόλο των αμυνών στην προσπάθεια που καταβάλλει κάθε άτομο για τη διατήρηση μιας ισχυρής, σταθερής και θετικής αίσθησης του εαυτού του.

Κάθε άτομο εκφράζει μια ιδιαίτερη προτίμηση σε συγκεκριμένες άμυνες οι οποίες έχουν ενσωματωθεί στον τρόπο με τον οποίο αυτό αντιμετωπίζει την πραγματικότητα.

Η προτίμηση και η αυτόματη χρήση μιας μεμονωμένης άμυνας ή μιας ομάδας αμυνών είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ τεσσάρων, τουλάχιστον, παραγόντων:

α) της ιδιοσυγκρασίας ενός ατόμου

β) της φύσης των αρνητικών ψυχοπιεστικών παραγόντων που επηρέασαν ένα άτομο στη διάρκεια της πρώιμης παιδικής του ηλικίας

γ) των αμυνών που λειτούργησαν ως πρότυπα ή που διδάχτηκαν από γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα

δ) των συνεπειών που βίωσε ένα άτομο μετά την επιστράτευση συγκεκριμένων άμυνών (σύμφωνα με την ορολογία της θεωρίας της μάθησης ονομάζεται «αποτέλεσμα της ενίσχυσης»).

Οι άμυνες που χαρακτηρίζονται ως πρωτογενείς ή ανώριμες ή πρωτόγονες ή «χαμηλότερης τάξης» είναι όσες αφορούν την οριοθέτηση ανάμεσα στον εαυτό και στον εξωτερικό κόσμο. Αντίθετα, οι άμυνες που χαρακτηρίζονται ως δευτερογενείς ή πιο ώριμες ή ανώτερες ή «υψηλότερης τάξης» σχετίζονται με την εσωτερική οριοθέτηση του ψυχικού οργάνου, όπως τα όρια ανάμεσα στο Εγώ ή στο Υπερεγώ και το Εκείνο, ή ανάμεσα στο τμήμα του Εγώ που παρατηρεί και στο τμήμα του Εγώ που βιώνει την υποκειμενική εμπειρία.

1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ (ΠΡΩΤΟΓΟΝΕΣ) ΑΜΥΝΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Οι πρωτόγονες άμυνες λειτουργούν με έναν καθολικό και αδιαφοροποίητο τρόπο σε όλα τα επίπεδα, συγχωνεύοντας το αισθητηριακό, το συναισθηματικό, το γνωστικό και το συμπεριφορικό επίπεδο, ενώ οι πιο εξελιγμένες άμυνες δημιουργούν ιδιαίτερους μετασχηματισμούς σκέψης, συναισθήματος, αισθήσεων, συμπεριφοράς ή κάποιο συνδυασμό τους.

«**Πρωτόγονες**» θεωρούνται οι εξής άμυνες: απόσυρση, άρνηση, παντοδύναμος έλεγχος, πρωτόγονη εξιδανίκευση και υποτίμηση, προβολική και ενδοβλητική ταύτιση, διχοτόμηση του Εγώ και διάσχιση.

Για να χαρακτηριστεί μια άμυνα ως πρωτογενής, θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε δύο κριτήρια που συνδέονται με την προγλωσσική φάση της ανάπτυξης:

(α) τη μη κατάκτηση της αρχής της πραγματικότητας και

(β) την ανικανότητα διάκρισης της ξεχωριστής ύπαρξης και της σταθερότητας σε οτιδήποτε βρίσκεται έξω από τον εαυτό.

Μερικές άμυντικές διεργασίες λαμβάνουν τόσο αρχαϊκές όσο και πιο ώριμες μορφές. Για παράδειγμα, η «εξιδανίκευση» μπορεί να δηλώνει την αναντίρρητη και γεμάτη

λατρεία βεβαιότητα ενός ατόμου ότι ένα άλλο πρόσωπο είναι τέλειο, ή μπορεί να αναφέρεται σε μια ήπια και διανοητικά επεξεργασμένη αίσθηση ότι ένα πρόσωπο είναι ξεχωριστό ή ανώτερο, ακόμη και αν τα όρια και οι περιορισμοί του αναγνωρίζονται πλήρως. Η «απόσυρση» μπορεί να αναφέρεται στην πλήρη άρνηση της πραγματικότητας υπέρ μιας ψυχωτικής κατάστασης, ή μπορεί να σχετίζεται με μια ήπια τάση αντιμετώπισης της ψυχικής πίεσης με ονειροπόληση.

Οι προγλωσσικές διεργασίες που κυριαρχούν πριν από την κατάκτηση της αρχής της πραγματικότητας και πριν την κατάκτηση της σταθερότητας των αντικειμένων από το βρέφος αποτελούν τα θεμέλια πάνω στα οποία δομείται η ψυχολογία του κάθε ατόμου. Γίνονται πρόβλημα μόνο εάν το άτομο στερείται ωριμότερων δεξιοτήτων αντιμετώπισης της πραγματικότητας, ή μόνο όταν αυτές οι άμυνες χρησιμοποιούνται κατ'εξακολούθηση και εφόσον έχουν εξαιρεθεί κάποιες άλλες. Όλοι μας χρησιμοποιούμε την άρνηση, τη διχοτόμηση και τον παντοδύναμο έλεγχο. Οι περισσότεροι, όμως, συμπληρώνουμε αυτές τις αντιδράσεις με πιο σύνθετους τρόπους χειρισμού του άγχους και αφομοίωσης μιας πολύπλοκης και δυσάρεστης για μας πραγματικότητας. Αυτό που χαρακτηρίζει τη μεταιχμιακή ή την ψυχωτική δομή της προσωπικότητας δεν είναι η παρουσία των πρωτόγονων αμυνών, αλλά η απουσία των ώριμων.

1.2 ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ

Όταν ένα βρέφος νιώθει υπερβολική διέγερση ή υπερβολικό στρες, συνήθως καταφεύγει στον ύπνο.

Οι ενήλικες εκδοχές αυτής της διεργασίας παρατηρούνται σε άτομα που αποχωρούν από κοινωνικές ή διαπροσωπικές περιστάσεις και υποκαθιστούν τις στρεσογόνες γι'αυτά διεγέρσεις της συναναστροφής τους με τους άλλους με τον εσωτερικό φαντασιωσικό τους κόσμο. Η τάση ορισμένων ατόμων να κάνουν χρήση χημικών ουσιών για την αλλαγή της συνειδησιακής τους κατάστασης μπορεί επίσης να εκληφθεί ως απόσυρση.

Βρεφικές εμπειρίες συγκινησιακής αναστάτωσης ή εισβολής από τα άτομα που φροντίζουν τα βρέφη, καθώς και από άλλα αντικείμενα της πρώιμης περιόδου της ζωής, ενισχύουν την απόσυρση. Όταν ένα άτομο αντιδρά συνήθως με απόσυρση, αποκλείοντας άλλους τρόπους αντίδρασης στο άγχος, τότε οι ψυχαναλυτές το ονομάζουν «σχιζοειδές».

Το προφανές μειονέκτημα της απόσυρσης είναι ότι απομακρύνει το άτομο από την ενεργητική συμμετοχή του στην επίλυση των διαπροσωπικών του προβλημάτων. Τα άτομα με σχιζοειδείς συντρόφους συχνά δεν γνωρίζουν πώς να τους κάνουν να δείξουν κάποιο είδος συναισθηματικής ανταπόκρισης. Ένα συνηθισμένο παράπονο για το σύντροφό τους είναι ότι «παίζει με το χειριστήριο της τηλεόρασης και αρνείται να μου απαντήσει». Τα άτομα που σε μόνιμη βάση απομονώνουν τον εαυτό τους θέτουν σε δοκιμασία την υπομονή εκείνων που τους αγαπούν, προβάλλοντας αντίσταση στη συναισθηματική διαντίδραση μαζί τους.

Το βασικότερο πλεονέκτημα της απόσυρσης ως αμυντικής στρατηγικής είναι ότι, ενώ πρόκειται για μια διεργασία ψυχολογικής απόδρασης από την πραγματικότητα, απαιτεί σχετικά μικρή παραποίηση αυτής της πραγματικότητας. Οι άνθρωποι που επιστρατεύουν πολύ συχνά την απόσυρση ανακουφίζουν τον εαυτό τους όχι μέσω της διαστρέβλωσης της πραγματικότητας, αλλά μέσω της φυγής τους από αυτή. Κατά συνέπεια, μπορεί να είναι ασυνήθιστα ευαίσθητοι, συχνά προς μεγάλη έκπληξη αυτών που τους απορρίπτουν επειδή τους θεωρούν αδιάφορους.

Επίσης, παρόλο που από τη φύση τους τα άτομα αυτά δύσκολα εκφράζουν τα συναισθήματά τους, μπορεί να είναι ιδιαίτερα ικανά να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματα των άλλων. Στο πιο υγιές επίπεδο της σχιζοειδούς κατάστασης συναντά κανείς άτομα που διακρίνονται για τη δημιουργικότητά τους: καλλιτέχνες, συγγραφείς, θεωρητικούς επιστήμονες, φιλόσοφους, μυστικιστές και άλλους ιδιαίτερα ταλαντούχους θεατές του κόσμου, η ικανότητα των οποίων να αποτραβιούνται από τη συμβατικότητα της καθημερινής ζωής τους επιτρέπει να ερμηνεύουν την πραγματικότητα με ιδιαίτερη πρωτοτυπία.

1.3 ΑΡΝΗΣΗ

Ένας άλλος τρόπος τον οποίο χρησιμοποιεί το βρέφος για να χειρίζεται δυσάρεστες εμπειρίες είναι το να αρνείται ότι αυτές όντως συμβαίνουν.

Όλοι οι άνθρωποι που πληροφορούνται για το θάνατο κάποιου σημαντικού τους προσώπου αντιδρούν λέγοντας: «Ω, όχι!». Αυτή η αντίδραση είναι η σκιά μιας αρχαϊκής διεργασίας που έχει τις ρίζες της στον εγωκεντρισμό του παιδιού, όπου η εμπειρία κυριαρχείται από την προλογική πεποίθηση: «αν αυτό δεν το παραδεχτώ, τότε δεν συμβαίνει».

Εμπειρίες έκστασης και υπερβολικής χαράς, ιδιαίτερα σε συνθήκες τις οποίες οι περισσότεροι άνθρωποι θα αντιλαμβάνονταν ως αρνητικές, θεωρείται ότι αντικατοπτρίζουν τη λειτουργία της άρνησης.

Οι περισσότεροι από εμάς χρησιμοποιούμε την άρνηση έως ένα βαθμό για να κάνουμε τη ζωή μας λιγότερο δυσάρεστη. Πολλοί άνθρωποι μάλιστα τη χρησιμοποιούν κατά κόρον σε συγκεκριμένες πτυχές της ζωής τους. Όταν κάποιος πληγώνεται σε μια περίπτωση στην οποία θεωρείται ότι δεν είναι πρόπον να κλάψει, τότε είναι πιθανότερο να αρνηθεί τα πραγματικά του συναισθήματα και να αναστείλει σε συνειδητό επίπεδο την αντίδραση του κλάματος. Σε καταστάσεις κρίσης ή άμεσης ανάγκης η ικανότητα του ατόμου να αρνείται συναισθηματικά ότι η επιβίωσή του κινδυνεύει μπορεί ακόμη και να του σώσει τη ζωή. Αυτό συμβαίνει διότι το άτομο, επιστρατεύοντας την άρνηση, μπορεί να ενεργήσει με έναν τρόπο που αντικειμενικά είναι ο πιο αποτελεσματικός και ηρωικός. Σε κάθε πόλεμο παρουσιάζονται ιστορίες ατόμων που διατήρησαν την ψυχραιμία τους σε απειλητικές και τρομακτικές καταστάσεις και κατάφεραν να σώσουν τον εαυτό τους και τους συντρόφους τους.

Βεβαίως, η άρνηση μπορεί να έχει και το αντίθετο αποτέλεσμα. Σύζυγοι που υφίστανται κακοποίηση από τους συντρόφους τους και αρνούνται την επικινδυνότητα τους, αλκοολικοί που επιμένουν ότι δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το ποτό, μητέρες που αγνοούν τα αποδεικτικά στοιχεία ότι οι κόρες τους έχουν παρενοχληθεί σεξουαλικά, ηλικιωμένα άτομα που δεν σκέφτονται να σταματήσουν να οδηγούν παρά την προφανή αδυναμία τους, όλα αυτά είναι μερικά παραδείγματα άρνησης στη χειρότερη μορφή της.

Ένα συστατικό της άρνησης μπορεί να ανευρεθεί στη λειτουργία των περισσότερων ώριμων αμυνών. Ας πάρουμε, για παράδειγμα, την ανακουφιστική πεποίθηση ότι το άτομο που σας απέρριψε στην πραγματικότητα σας επιθυμούσε, αλλά δεν ήταν έτοιμο για πλήρη δέσμευση όχι μόνο μαζί σας, αλλά ούτε και με οποιοδήποτε άλλο άτομο. Ένα τέτοιο συμπέρασμα περιλαμβάνει την άρνηση ότι το άτομο δέχτηκε απόρριψη, καθώς και μια πιο εκλεπτυσμένη ενέργεια αιτιολόγησης που ονομάζεται εκλογίκευση. Ομοίως, η άμυνα του αντιδραστικού σχηματισμού, στην οποία ένα συναίσθημα μετατρέπεται στο αντίθετό του (για παράδειγμα, το μίσος σε αγάπη) αποτελεί ένα συγκεκριμένο και πιο πολύπλοκο τύπο άρνησης του συναισθήματος, ενάντια στο οποίο ένα άτομο αμύνεται, και όχι μια απλή άρνηση να αισθανθεί κάποιος αυτό το συναίσθημα.

Το πιο προφανές παράδειγμα ψυχοπαθολογίας που χαρακτηρίζεται από την επιστράτευση της άρνησης είναι η μανία. Στη μανιακή κατάσταση τα άτομα μπορεί να φτάσουν σε σημείο να αρνηθούν, σε εκπληκτικό βαθμό, τα σωματικά τους όρια, την ανάγκη τους για ύπνο, την κρισιμότητα της οικονομικής τους κατάστασης, τις προσωπικές τους αδυναμίες, ακόμη και τη θνητότητα της φύσης τους.

Τα άτομα που χρησιμοποιούν την άρνηση ως τη βασική τους άμυνα είναι μανιακά σε ό,τι αφορά την οργάνωση του χαρακτήρα τους και ονομάζονται υπομανιακά. Ωστόσο, η κρυφή καταθλιπτική πλευρά τέτοιων ατόμων είναι συνήθως ορατή στους στενούς τους φίλους και, συχνά, δεν είναι δύσκολο να δει κανείς το ψυχολογικό τίμημα που πληρώνουν για τη μανιακή τους γοητεία.

1.4 ΠΑΝΤΟΔΥΝΑΜΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Το νεογέννητο αντιλαμβάνεται ως εσωτερική, τρόπον τινά, την πηγή όλων των γεγονότων που του συμβαίνουν. Αυτό σημαίνει, για παράδειγμα, ότι αν ένα βρέφος κρυσώνει και το άτομο που το φροντίζει το αντιληφθεί και του προσφέρει ζεστασιά, τότε το βρέφος θα βιώσει μια προγλωσσική εμπειρία, στην οποία δίνει την ερμηνεία ότι με κάποιο μαγικό τρόπο έχει εξασφαλίσει ζεστασιά.

Η αίσθηση ενός ατόμου ότι έχει την ικανότητα να επηρεάσει τον κόσμο, ότι έχει δύναμη επιρροής, αποτελεί φυσικά μια κρίσιμη διάσταση της αυτοεκτίμησής του, η ύπαρξη της οποίας έχει τις ρίζες της στις βρεφικές και εξωπραγματικές αλλά φυσιολογικές για εκείνη την περίοδο φαντασιώσεις παντοδυναμίας.

Καθώς το παιδί ωριμάζει, αυτή η φαντασίωση δίνει τη θέση της σε μια φάση δευτερογενούς παντοδυναμίας, στην οποία ένα ή περισσότερα πρόσωπα που φροντίζουν το παιδί θεωρούνται από το ίδιο παντοδύναμα. Τελικά, καθώς το παιδί ωριμάζει περισσότερο, έρχεται αντιμέτωπο με το δυσάρεστο γεγονός ότι κανένα άτομο δεν έχει απεριόριστες δυνάμεις.

Κάθε υγιής ενήλικος που αναγνωρίζει ότι η δύναμη των ανθρώπων δεν είναι απεριόριστη θα πρέπει να έχει βιώσει με ασφάλεια την πρώιμη περίοδο της ζωής του, κατά την οποία απολάμβανε ελεύθερα τις φυσιολογικές, για το εξελικτικό του στάδιο, αυταπάτες αναφορικά τόσο με την παντοδυναμία του εαυτού του όσο και με την παντοδυναμία των ατόμων από τα οποία εξαρτιόταν άμεσα.

Ο καθένας από εμάς που «διστάθηκα» ότι κάτι καλό θα συμβεί σε κάποιο τυχερό παιχνίδι και στη συνέχεια κέρδισε, γνωρίζει πόσο θελκτική είναι η αίσθηση του παντοδύναμου ελέγχου.

Εάν η προσωπικότητα ενός ατόμου είναι οργανωμένη γύρω από την αναζήτηση και την απόλαυση της αίσθησης ότι ασκεί αποτελεσματικά την παντοδυναμία του, και ότι όλα τα άλλα πρακτικά και ηθικά ζητήματα έχουν μόνο δευτερεύουσα σημασία, τότε εύλογα αυτή η προσωπικότητα μπορεί να θεωρηθεί ψυχοπαθητική.

Είναι συνηθισμένη η άποψη ότι οι περισσότεροι εγκληματίες είναι ψυχοπαθείς και το αντίστροφο. Παρ'όλα αυτά, θα πρέπει να τονίσουμε ότι υπάρχουν πολλά άτομα που, αν και σπάνια παραβιάζουν το νόμο, έχουν προσωπικότητα που καθοδηγείται από την άμυνα του παντοδύναμου ελέγχου. Η μελέτη του Bursten αναφέρει ότι αυτά τα άτομα προβαίνουν στο συνειδητό χειρισμό των άλλων προκειμένου να αποφύγουν το άγχος και να διατηρήσουν την αυτοεκτίμησή τους.

Μια βασική ενασχόληση αλλά και ευχαρίστηση των ατόμων με προσωπικότητα που κυριαρχείται από παντοδύναμο έλεγχο είναι «να τη φέρνουν» στους άλλους. Τέτοια

άτομα συναντά κανείς σε επιχειρήσεις που απαιτούν δόλο, προσωπική κυριαρχία σε βάρος οποιουδήποτε άλλου ενδιαφέροντος και ανάληψη ριψοκίνδυνων εγχειρημάτων. Τα άτομα αυτά απαντώνται σε ηγετικούς ρόλους σε επιχειρήσεις και σε άλλους χώρους τέτοιου τύπου, καθώς και σε επαγγέλματα που έχουν σχέση με πωλήσεις, στους ηγέτες αιρέσεων και στις βιομηχανίες της διαφήμισης και της ψυχαγωγίας και οπουδήποτε αλλού υπάρχει μεγάλη πιθανότητα άσκησης ανελέητης εξουσίας.

1.5 ΠΡΩΤΟΓΟΝΗ ΕΞΙΔΑΝΙΚΕΥΣΗ (ΚΑΙ ΥΠΟΤΙΜΗΣΗ)

Η επιθυμία των μικρών παιδιών, να πιστεύουν ότι τα άτομα που κυβερνούν τον κόσμο είναι από τη φύση τους πιο σοφά και πιο ισχυρά από τους συνηθισμένους ανθρώπους που πέφτουν σε σφάλματα, επιβιώνει στους περισσότερους από εμάς και σε μεγαλύτερη ηλικία.

Όλοι μας εξιδανικεύουμε. Κουβαλούμε υπολείμματα της ανάγκης μας να αποδώσουμε ιδιαίτερη αξία και δύναμη σε άτομα από τα οποία εξαρτιόμαστε συναισθηματικά. Η φυσιολογική εξιδανίκευση είναι ένα ουσιαστικό μέρος της ώριμης αγάπης. Επιπλέον, η τάση μας, που αναπτύσσεται στην πορεία του χρόνου, για απόρριψη ή υποτίμηση των ανθρώπων με τους οποίους είχαμε συναισθηματική σχέση ως παιδιά φαίνεται ότι αποτελεί ένα φυσιολογικό και σημαντικό βήμα της διεργασίας αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Κανένας δεκαοκτάχρονος που εγκαταλείπει με τη θέλησή του το σπίτι του δεν αισθάνεται ότι το μέρος που αφήνει είναι καλύτερο από το μέρος στο οποίο σκοπεύει να πάει.

Σε μερικά άτομα όμως η ανάγκη της εξιδανίκευσης φαίνεται ότι δεν διαφοροποιείται και πολύ από τη μορφή που είχε στη βρεφική τους ηλικία. Μέσω της ψυχολογικής συγχώνευσης με αυτό το υπέροχο Άλλο θα είναι ασφαλείς. Επιπλέον, ελπίζουν να απαλλαγούν από τη ντροπή. Απόρροια της εξιδανίκευσης και της πεποιθήσεως για την τελειότητα του άλλου είναι ότι το άτομο δεν ανέχεται τις δικές του ατέλειες.

Η λαχτάρα του βρέφους για την παντοδύναμη τροφό του συνήθως εμφανίζεται και στις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ανθρώπων. Με πιο προβληματικό τρόπο

συναντάται στην επιμονή ενός ατόμου ότι ο ερωτικός του σύντροφος είναι τέλειος, ή στην πεποίθησή του ότι ο προσωπικός του γκουρού είναι αλάθητος, ότι το σχολείο του είναι το καλύτερο, ότι το γούστο του είναι ακαταμάχητο, ότι η κυβέρνηση της χώρας του δεν είναι δυνατόν να κάνει σφάλματα, καθώς και σε άλλες συναφείς αυταπάτες.

Σε γενικές γραμμές, όσο πιο εξαρτημένο είναι ή αισθάνεται ότι είναι ένα άτομο, τόσο πιο ισχυρός είναι ο πειρασμός της εξιδανίκευσης των άλλων.

Όταν ένα άτομο φαίνεται να ζει τη ζωή του κατατάσσοντας τις πτυχές κάθε βιώματός του σύμφωνα το πόσο πολύ αξίζουν σε σύγκριση με άλλες, και δείχνει να κινητοποιείται από την αναζήτηση της τελειότητας μέσω της συγχώνευσης με εξιδανικευμένα αντικείμενα και προσπαθειών τελειοποίησης του εαυτού του, τότε το άτομο αυτό θεωρείται ναρκισσιστικό.

Η ανάγκη των ατόμων αυτών για σταθερή επιβεβαίωση της ελκυστικότητάς τους, της ισχύος, της φήμης και της σημασίας που έχουν για τους άλλους (δηλαδή της τελειότητάς τους) προκύπτει από την κατάσταση της εξάρτησής τους από αυτή την άμυνα, αφού οι προσπάθειές τους για απόκτηση αυτοεκτίμησης επηρεάζονται από την ιδέα ότι για να αγαπήσει κάποιος τον εαυτό του θα πρέπει να τον τελειοποιήσει και όχι να τον αποδεχτεί όπως είναι.

Όσο περισσότερο εξιδανικεύεται ένα άτομο / αντικείμενο, τόσο πιο ραγδαία θα είναι η υποτίμηση η οποία τελικά θα του συμβεί.

Στις θεραπευτικές σχέσεις με τους ναρκισσιστικούς ασθενείς εμφανίζεται ξαφνικά ρήξη όταν ο ασθενής αποδεσμεύεται από τη γοητεία που ασκεί ο θεραπευτής του.

Στην καθημερινή ζωή διαπιστώνουμε τέτοιες αναλογίες στο μίσος και στην οργή που στρέφονται ενάντια σε όσους φαίνονται να υπόσχονται πολλά και στη συνέχεια απέτυχαν να εκπληρώσουν τις προσδοκίες των γύρω τους. Ο άνδρας που πιστεύει ότι ο ογκολόγος της συζύγου του ήταν ο μόνος ειδικός που μπορούσε να τη θεραπεύσει είναι πολύ πιθανό σε περίπτωση θανάτου της να μηνύσει το γιατρό, επειδή από την εξιδανίκευση οδηγείται στο άλλο άκρο, την υποτίμηση. Μερικοί άνθρωποι ζουν όλη τη ζωή τους δημιουργώντας συναισθηματικές σχέσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από

επαναλαμβανόμενους κύκλους εξιδανίκευσης και απογοήτευσης. Αυτοί οι άνθρωποι λοιπόν εγκαταλείπουν το σύντροφό τους για έναν άλλο κάθε φορά που αποδεικνύεται ότι ο προηγούμενος είναι ένα συνηθισμένο ανθρώπινο πλάσμα. Η τροποποίηση της πρωτόγονης εξιδανίκευσης είναι ένας προφανής στόχος της μακροχρόνιας ψυχαναλυτικής θεραπείας για όλους τους τύπους ασθενών, το συγκεκριμένο εγχείρημα όμως έχει ιδιαίτερη σημασία στην εργασία με ναρκισσιστικούς ασθενείς, λόγω του βαθμού της δυστυχίας που αισθάνονται οι ίδιοι και όσοι προσπαθούν να τους αγαπήσουν.

1.6 ΠΡΟΒΟΛΗ, ΕΝΔΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΟΛΙΚΗ ΤΑΥΤΙΣΗ

Τόσο στην προβολή όσο και στην ενδοβολή δεν υπάρχει ψυχολογικό όριο ανάμεσα στον εαυτό του ατόμου και στον κόσμο που το περιβάλλει.

Ένα βρέφος που υποφέρει από κολικούς, είναι πιθανό να έχει την υποκειμενική εμπειρία του «τραύματος» και όχι την εμπειρία ότι «κάτι μέσα μου πονάει». Δεν μπορεί ακόμη να ξεχωρίσει έναν ενδογενή πόνο, όπως ο κολικός, από μια εξωγενώς προκαλούμενη δυσφορία, όπως είναι η πίεση από τις πολύ σφικτές πάνες.

Από την περίοδο της μη διαφοροποίησης προέρχονται οι διεργασίες οι οποίες αργότερα, στην αμυντική τους λειτουργία, είναι γνωστές ως προβολή και ενδοβολή.

Όταν αυτές οι διεργασίες λειτουργούν ταυτόχρονα, αποτελούν μια άμυνα που ονομάζεται προβολική ταύτιση (ή προβλητική ταύτιση).

Η προβολή είναι η διεργασία κατά την οποία ένα φαινόμενο με ενδογενή προέλευση παρερμηνεύεται από το άτομο και γίνεται αντιληπτό ως εξωγενές. Στις ήπιες και ώριμες μορφές της η προβολή αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Δεδομένου ότι κανένας δεν θα μπορέσει ποτέ να μπει μέσα στο νου ενός άλλου ατόμου, είναι απαραίτητο να καταφύγουμε στην ικανότητά μας να προβάσουμε την εμπειρία μας προκειμένου να κατανοήσουμε τον υποκειμενικό

κόσμο του άλλου. Είναι γνωστό ότι οι ερωτευμένοι διαβάζουν ο ένας τη σκέψη του άλλου με τρόπους που ούτε οι ίδιοι είναι σε θέση να εξηγήσουν λογικά.

Στις κακοήθεις μορφές της η προβολή επιφέρει επικίνδυνες παρανοήσεις και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις. Όταν οι προβαλλόμενες στάσεις διαστρεβλώνουν σε μεγάλο βαθμό το αντικείμενο πάνω στο οποίο προβάλλονται, ή όταν αυτό που προβάλλεται απαρτίζεται από αποκηρυγμένα και πολύ αρνητικά τμήματα του ατόμου, τότε τα πράγματα είναι δύσκολα. Οι άλλοι δυσανασχετούν με τις διαστρεβλώσεις που υφίσταται η εικόνα τους, και είναι πιθανό να αντιδράσουν έντονα επειδή θεωρούνται, για παράδειγμα, ότι επικρίνουν, ζηλεύουν ή καταδιώκουν το άτομο που πραγματοποιεί την προβολή.

Τέτοιου τύπου προβολές γίνονται συνήθως από άτομα που έχουν την τάση να αγνοούν την ύπαρξη αυτών των στοιχείων στον εαυτό τους και τα αποδίδουν σε άλλους. Όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί την προβολή ως βασικό τρόπο κατανόησης του κόσμου και αντιμετώπισης της ζωής, τότε λέγεται ότι έχει παρανοϊκό χαρακτήρα.

Η ενδοβολή είναι η διεργασία κατά την οποία ένα εξωγενές φαινόμενο παρερμηνεύεται από το άτομο ως φαινόμενο με ενδογενή προέλευση. Στις ήπιες μορφές της η ενδοβολή ισοδυναμεί με μια πρωτόγονη ταύτιση του ατόμου με τα σημαντικά πρόσωπα που το περιβάλλουν. Τα μικρά παιδιά εσωτερικεύουν όλα τα είδη των στάσεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών των σημαντικών ανθρώπων της ζωής τους. Η διεργασία αυτή είναι τόσο ανεπαίσθητη ώστε μοιάζει σχεδόν μυστηριώδης. Πολύ προτού το παιδί είναι σε θέση να πάρει μια εκούσια απόφαση να φέρεται σαν τη μαμά ή τον μπαμπά, φαίνεται ότι έχει «καταπιεί» αυτά τα πρόσωπα με έναν πρωτόγονο τρόπο.

Το παιδί των τριών ετών που επιθυμεί να είναι «σαν τη μαμάκα» του ταυτίζεται μαζί της με έναν τρόπο που είναι πολύ λιγότερο πρωτόγονος σε σύγκριση με τον τρόπο που ακολουθεί το παιδί των δύο ετών, το οποίο απλώς προσλαμβάνει μέσα του τα χαρακτηριστικά της μαμάς του.

Τα πιο γνωστά και εντυπωσιακά παραδείγματα παθολογικής ενδοβολής εμπλέκουν μια διεργασία που ονομάζεται «ταύτιση με τον επιτιθέμενο». Τα συγκεκριμένα άτομα είναι σαν να λένε «Δεν είμαι το αβοήθητο θύμα. Είμαι ο ισχυρός επιβολέας».

Σε συνθήκες φόβου ή κακοποίησης οι άνθρωποι θα προσπαθήσουν να κυριαρχήσουν στο φόβο τους ταυτιζόμενοι με χαρακτηριστικά των κακοποιών τους. Συναντάται σε όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες, αλλά είναι ιδιαίτερα εμφανής στη χαρακτηριστική προδιάθεση προς το σαδισμό, την εκρηκτικότητα και προς αυτό που συχνά ονομάζεται λανθασμένα παρορμητικότητα.

Ένας διαφορετικός τρόπος με τον οποίο η ενδοβολή μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας έχει σχέση με το πένθος και την κατάθλιψη που απορρέει από αυτό. Εάν εξαιτίας ενός θανάτου, ενός αποχωρισμού ή μιας απόρριψης χάσουμε κάποιο από τα άτομα των οποίων την εικόνα είχαμε εσωτερικεύσει, δεν αισθανόμαστε μόνο ότι το περιβάλλον είναι φτωχότερο, λόγω της απουσίας τους από τη ζωή μας, αλλά και ότι ένα κομμάτι του εαυτού μας έχει πεθάνει.

Όταν αποφεύγεται η βίωση του πένθους, αρχίζει η ασυνείδητη αυτοκριτική. Εάν στόχος μας είναι να ξαναβρούμε τα χαμένα πρόσωπα και όχι να παραιτηθούμε από αυτά, τότε συχνά αναπτύσσουμε την έμμονη ιδέα να ανακαλύψουμε το λάθος που κάναμε και σπρώξαμε τους άλλους μακριά μας.

Επίσης, όταν ένα άτομο αδυνατεί με το πέρασμα του χρόνου να αποχωριστεί εσωτερικά από ένα αγαπημένο πρόσωπο, του οποίου την εικόνα έχει ενδοβάλει, και ως εκ τούτου αποτυγχάνει να επενδύσει συναισθηματικά σε άλλους ανθρώπους, τότε εξακολουθεί να αισθάνεται συρρικνωμένο, ανάξιο, εξαντλημένο και στερημένο.

Εάν ένα άτομο χρησιμοποιεί συνήθως την ενδοβολή για να μειώσει το άγχος του και να έχει την αίσθηση κάποιας συνέχειας στον εαυτό του, διατηρώντας ψυχολογικούς δεσμούς με αντικείμενα της πρώιμης ζωής του τα οποία τον απορρίπτουν, τότε σε χαρακτηριστικό επίπεδο θεωρείται ότι είναι καταθλιπτικό.

Στην προβολική ταύτιση δε βλέπει μόνο ο ασθενής το θεραπευτή με παραποιημένο τρόπο, ο οποίος καθορίζεται από τις αντικειμενοτρόπες σχέσεις του ασθενή κατά το παρελθόν, αλλά, επιπρόσθετα, ο θεραπευτής πιέζεται να βιώσει τον εαυτό του με έναν τρόπο που βρίσκεται σε συμφωνία με την ασυνείδητη φαντασίωση του ασθενή.

Με άλλα λόγια, στην προβολική ταύτιση ο ασθενής αφενός προβάλλει εσωτερικά αντικείμενα σε ένα άλλο πρόσωπο, και αφετέρου πιστεύει ότι το πρόσωπο αυτό συμπεριφέρεται όπως εκείνα τα αντικείμενα, σαν να είχε κάνει τις ίδιες ενδοβολές.

Η προβολή και η ενδοβολή περιλαμβάνουν, η καθεμία τους, ένα συνεχές μορφών από το πιο πρωτόγονο μέχρι το πιο πολύπλοκο, και στο πρωτόγονο άκρο τους οι διεργασίες συγχωνεύονται μεταξύ τους, λόγω της παρόμοιας σύγχυσης που τις χαρακτηρίζει σχετικά με το τι βρίσκεται έξω από τον εαυτό και τι ανήκει σε αυτόν. Αυτή η συγχώνευση ονομάζεται προβολική ταύτιση.

Παράδειγμα με δύο διαφορετικούς ασθενείς:

Ασθενής Α: «Ξέρω ότι δεν έχω λόγο να πιστεύω ότι δεν είστε επικριτικός απέναντί μου, αλλά δεν μπορώ να μη σκέφτομαι ότι είστε.»

Ασθενής Β: «Όλοι εσείς οι τρελόγιατροι κάθεστε αμίλητοι και κρίνετε τους άλλους, και δεν πιστεύω τίποτα από αυτά που λέτε.»

Ο ασθενής Β βιώνει αυτό που προβάλλεται ως μια πιστή απεικόνιση αυτού που σκέφτεται ο θεραπευτής. Η προβολή του είναι επομένως συντονική προς το Εγώ.

Είναι πεπεισμένος ότι ο ισχυρισμός του είναι τόσο αληθινός ώστε εκτοξεύει μια αντεπίθεση στην επίθεση που κατά την άποψή του είναι βέβαιο πως σχεδιάζει να εξαπολύσει ο θεραπευτής εναντίον του. Η συγχώνευση της γνωστικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής διάστασης της εμπειρίας είναι εμφανής σε αυτό το σημείο, και είναι τυπική των πρωτόγονων διεργασιών.

Την επικριτική στάση αφενός την προβάλλει στο θεραπευτή και αφετέρου τη διατηρεί. Αποδίδει μια επικριτική στάση στο άλλο πρόσωπο, αλλά αυτό δεν τον ανακουφίζει και δεν τον βοηθά να αποφύγει τη βίωση του εαυτού του με επικριτικό τρόπο. Γι'αυτή την πλευρά της προβολικής ταύτισης ο Kernberg αναφέρει ότι «διατηρεί την ενσυναίσθηση» με αυτό που έχει προβληθεί.

Διαφορές μεταξύ Α και Β ασθενή:

Ο Α έχει στην κατοχή του ένα τμήμα εαυτού που μπορεί να αντιλαμβάνεται ότι η φαντασίωσή του δεν είναι απαραίτητα εναρμονισμένη με την πραγματικότητα.

Ο Α μέσα από την προβολή αντιμετωπίζει το δυσάρεστο συναίσθημα και ανακουφίζεται.

Με τον Α μπορεί κανείς εύκολα να νιώσει συμπάθεια, ενώ με τον Β θα αρχίσει να νιώθει όπως ακριβώς το πρόσωπο που ο Β ήδη πιστεύει ότι είναι: αδιάφορος, άστοργος, επικριτικός κλπ.

Υπάρχουν και ήπιες μορφές προβολικής ταύτισης. Όταν αυτό που προβάλλεται και με το οποίο ταυτίζεται ένα άτομο σχετίζεται με συναισθήματα χαράς και αγάπης, τότε αυτό που μπορεί να συμβεί σε μια ομάδα για παράδειγμα είναι η μετάδοση θετικών συναισθημάτων.

1.7 ΔΙΧΟΤΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΓΩ

Πρόκειται για μια αμυντική διεργασία ενός ατόμου του οποίου το Εγώ έχει αναπτύξει μια αίσθηση ολότητας και στη συνέχεια διχοτομείται υπό ψυχοπνευματικές συνθήκες.

Εύκολα συναντά κανείς σε δίχρονα παιδιά την ανάγκη να οργανώνουν τις αντιλήψεις τους αποδίδοντας καλές και κακές ιδιότητες σε οτιδήποτε γύρω τους. Αυτή η τάση, μαζί με την αίσθηση της διαφοράς που υπάρχει ανάμεσα στο μεγάλο και στο μικρό (ενήλικος και παιδί), είναι ένας από τους πρωτόγονους τρόπους με τους οποίους τα μικρά παιδιά οργανώνουν την εμπειρία τους.

Το βρέφος έχει την εμπειρία είτε μιας θετικής είτε μιας αρνητικής κατάστασης του Εγώ προς ένα αντικείμενο που υπάρχει στον κόσμο του πριν ακόμα αναπτυχθεί η αμφιθυμία του.

Σε κλινικό επίπεδο η διχοτόμηση συντελείται όταν ένας ασθενής εκφράζει μια μη αμφιθυμική στάση και θεωρεί ότι η αντίθετή της, με την οποία οι περισσότεροι

άνθρωποι θα βίωναν μια κατάσταση αμφιθυμίας, δεν συνδέεται κατά κανέναν τρόπο με την πρώτη.

Για παράδειγμα, μια γυναίκα με μεταχειμιακή οργάνωση της προσωπικότητας βιώνει το θεραπευτή της ως απόλυτα καλό, ενώ αντίθετα η γνώμη της για όλους τους άλλους επαγγελματίες του κλάδου είναι ότι πρόκειται για αδιάφορους, εχθρικούς και ηλίθιους γραφειοκράτες.

Εάν το άτομο που χρησιμοποιεί τη διχοτόμηση έρθει αντιμέτωπο με την ασυνέπεια των ισχυρισμών του, δεν πρόκειται να του φανεί εντυπωσιακό ή αξιοσημείωτο ότι κάποιος, που έδειχνε να είναι τόσο καλός, έχει γίνει ξαφνικά τόσο κακός.

1.8 ΔΙΑΣΧΙΣΗ

Η διάσχιση είναι μια «φυσιολογική» αντίδραση στο τραύμα, για το οποίο δεν είναι δυνατόν να ισχυριστεί κανείς ότι είναι φυσιολογικό σε εξελικτικό επίπεδο. Ο καθένας μας, βιώνοντας μια καταστροφή η οποία συνθλίβει την ικανότητά του να αντιμετωπίσει μια κατάσταση, ιδιαίτερα εάν η κατάσταση αυτή συνεπάγεται αφόρητο πόνο ή τρόμο, είναι δυνατόν να αντιδράσει με διάσχιση.

Οι εξωσωματικές εμπειρίες που έχουν αναφερθεί στη διάρκεια πολέμων, θεομηγιών και σοβαρών εγχειρήσεων είναι τόσο συχνές ώστε μόνο κάποιος που είναι υπέρμετρα σκεπτικιστής θα μπορούσε να αμφισβητήσει τις μαρτυρίες για τα διασχιστικά φαινόμενα. Άτομα κάθε ηλικίας που υφίστανται αβάστακτες συμφορές είναι δυνατόν να αντιδράσουν με διάσχιση. Όσοι κατά την παιδική τους ηλικία δέχονταν κατ'εξακολούθηση αποτρόπαιη κακοποίηση μπορεί να μάθουν να αντιδρούν στο στρες κυρίως με διάσχιση. Όταν διαπιστώνεται κάτι τέτοιο σε ένα ενήλικο άτομο, η διάγνωση που δίδεται είναι διασχιστική διαταραχή του χαρακτήρα ή πολλαπλή προσωπικότητα.

Το άτομο που χρησιμοποιεί τη διάσχιση αποσυνδέεται από τον πόνο, τον τρόμο, τη φρίκη αλλά και από το φόβο ότι θα πεθάνει. Όσοι είχαμε κάποτε μια εξωσωματική

εμπειρία όταν διατρέχαμε τον κίνδυνο θανάτου, αλλά ακόμη και όσοι από εμάς δεν έχουμε μια τόσο δραματική βάση για ενσυναίσθηση, μπορούμε να καταλάβουμε γιατί προτιμούμε να παραμένουμε έξω και όχι μέσα στο σώμα μας τη στιγμή που αντιμετωπίζουμε μια επικείμενη καταστροφή. Η περιστασιακή ή ήπια διάσχιση μπορεί να διευκολύνει την πραγματοποίηση ενεργειών που χρειάζονται ψυχικό σθένος.

Τα άτομα του περιβάλλοντός τους, εξαιρουμένων εκείνων που έχουν και τα ίδια ένα τραυματικό παρελθόν, ποτέ δεν υποπτεύονται τη διάσχιση όταν δουν τον ασθενή να έχει ξαφνικά ξεχάσει ένα πολύ σημαντικό γεγονός ή να εμφανίζεται ανεξήγητα αλλαγμένος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ (ΥΨΗΛΟΤΕΡΗΣ ΤΑΞΗΣ) ΑΜΥΝΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

2.1 ΑΠΩΘΗΣΗ

Η **απόθηση** είναι η πιο βασική άμυνα υψηλότερης τάξης.

Όταν μια εσωτερική προδιάθεση ή μια εξωτερική κατάσταση προκαλεί στο άτομο μεγάλη αναστάτωση ή σύγχυση, είναι πιθανό να παραπεμφθεί σκόπιμα στο ασυνείδητο. Αυτή η διεργασία μπορεί να συμπεριλάβει όλες τις πτυχές μιας εμπειρίας, το συναίσθημα που συνδέεται με την εμπειρία ή τις φαντασιώσεις και τις επιθυμίες του ατόμου σχετικά με αυτήν.

Η συγκεκριμένη άμυνα ενεργοποιείται μόνο όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι το άτομο δεν έχει συνειδητή πρόσβαση σε μια ιδέα ή σε ένα συναίσθημα ή σε μια αντίληψη, και τούτο εξαιτίας της δύναμής του να του προκαλούν αναστάτωση.

Ορισμένοι σύγχρονοι αναλυτές υποθέτουν ότι ένα άτομο θα πρέπει αρχικά να έχει κατακτήσει μια αίσθηση ολότητας και συνέχειας του εαυτού του, προτού είναι πραγματικά σε θέση να χειριστεί κάποιες έντονες παρορμήσεις μέσω της απόθησης. Άτομα τα οποία λόγω των πρώιμων εμπειριών της ζωής τους δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν μια σταθερή ταυτότητα έχουν την τάση να επιστρατεύουν πιο πρωτόγονες άμυνες, όπως είναι η άρνηση, η προβολή και η διχοτόμηση, για να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα που τους προκαλούν αναστάτωση.

Η απόθηση γίνεται προβληματική στις εξής περιπτώσεις: (1) όταν αποτυγχάνει στην εκπλήρωση του σκοπού της, να συγκρατεί δηλαδή τις ενοχλητικές ιδέες έξω από τη συνείδηση ώστε το άτομο να συνεχίσει να ζει τη ζωή του και να προσαρμόζεται στην πραγματικότητα. (2) όταν προκαλεί εμπόδια και δυσκολίες σε ορισμένες θετικές πλευρές της ζωής. (3) όταν αποκλείει άλλους πιο επιτυχημένους τρόπους αντιμετώπισης της πραγματικότητας.

Η υπερβολική επιστράτευση της απώθησης, σε συνδυασμό με κάποιες άλλες συγκεκριμένες άμυνες οι οποίες συχνά συνυπάρχουν με αυτήν, θεωρείται γενικά ότι συγκροτούν το σήμα κατατεθέν της υστερικής προσωπικότητας.

Είναι γεγονός ότι ένα στοιχείο απώθησης ενυπάρχει στη λειτουργία των περισσότερων δευτερογενών αμυνών, μολονότι υποστηρίζεται ότι δεν είναι η απώθηση, αλλά η άρνηση που εκδηλώνεται σε περιπτώσεις κατά τις οποίες επικρατεί ασάφεια για το αν το άτομο αρχικά συνειδητοποίησε κάτι προτού στη συνέχεια χάσει τη γνώση αυτή.

Για παράδειγμα, στον αντιδραστικό σχηματισμό, δηλαδή στη μετατροπή μιας στάσης στην αντίθετή της, όπως του μίσους σε αγάπη ή της εξιδανίκευσης σε περιφρόνηση, το αρχικό συναίσθημα μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει απωθηθεί ή ότι έχει γίνει αντικείμενο άρνησης, ανάλογα με το αν το άτομο το είχε κάποτε βιώσει συνειδητά.

2.2 ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ

Η παλινδρόμηση είναι ένας σχετικά απλός μηχανισμός άμυνας, οικείος σε κάθε γονέα που έχει παρατηρήσει ότι το παιδί του υιοθετεί συνήθειες από ένα προηγούμενο στάδιο ωρίμανσης όταν νιώθει κουρασμένο ή πεινασμένο.

Σχεδόν κάθε άνθρωπος, όταν είναι αρκετά κουρασμένος, αρχίζει να γκρινιάζει. Η «φάση της επαναπροσέγγισης», που αποτελεί τμήμα της ευρύτερης διεργασίας του αποχωρισμού-εξατομίκευσης και που κατά τη Mahler είναι ένα πανανθρώπινο γνώρισμα της τελευταίας περιόδου του δεύτερου χρόνου της ζωής (όταν το νήπιο που, μόλις έχει εκδηλώσει την ανεξαρτησία από τη μητέρα, τρέχει ξανά πίσω και κρύβεται κάτω από τη φούστα της), συνιστά ένα μόνο παράδειγμα της τάσης των ανθρώπων να «γαντζώνονται» σε αυτό που τους είναι οικείο, αμέσως μετά την επίτευξη ενός νέου επιπέδου ικανότητας.

Ο ασθενής που τελικά καταφέρνει να συγκεντρώσει όλο του το θάρρος για τη δοκιμή ενός νέου τρόπου συμπεριφοράς, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μια νέα συμπεριφορά μέσα στη θεραπεία (για παράδειγμα, η έκφραση κριτικής ή θυμού προς το θεραπευτή, η εκμυστήρευση των φαντασιώσεων αυνανισμού, το αίτημά του να αναβάλει για

κάποιο χρονικό διάστημα την πληρωμή των θεραπευτικών συνεδριών ή να αλλάξει τις ώρες των συναντήσεων, δείχνοντας περισσότερη διεκδικητικότητα από αυτήν που του επιτρεπόταν στην παιδική ηλικία), θα είναι ο ίδιος ασθενής ο οποίος στις επόμενες συνεδρίες θα επανέλθει σε προηγούμενες γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές του συνήθειες.

Δεν μιλούμε για παλινδρόμηση όταν έχουμε να κάνουμε με ένα άτομο το οποίο έχει επίγνωση της ανάγκης του για περισσότερη ζεστασιά και αναζητά στήριξη ή επιβεβαίωση ή όταν κάποιος αναζητά σκόπιμα έναν τρόπο για να απελευθερώσει τις πρωτόγονες ενορμήσεις του, λόγου χάρη, μέσω ανταγωνιστικών αθλημάτων. Για να χαρακτηριστεί ως μηχανισμός άμυνας, η διεργασία θα πρέπει να είναι ασυνείδητη.

Κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν την άμυνα της παλινδρόμησης πολύ πιο συχνά απ'ό,τι άλλοι. Για παράδειγμα, μερικοί αντιδρούν στο στρες της ανάπτυξης και της αλλαγής, εκδηλώνοντας κάποιες ασθένειες. Πολλοί άλλοι, αν και δεν εμφανίζουν μια συγκεκριμένη αρρώστια, μπορεί να αισθάνονται μεγάλη σωματική κατάπτωση και να παραμένουν κλινήρεις. Αυτή η διεργασία σε καμιά περίπτωση δεν είναι συνειδητή (εάν είναι, τότε ορθώς ονομάζεται «προσπονητή ασθένεια») και μπορεί να προκαλέσει ψυχική οδύνη τόσο στο άτομο που παλινδρομεί όσο και στους γύρω του. Αυτό το είδος παλινδρόμησης, που ονομάζεται σωματοποίηση, αντιστέκεται συνήθως στην αλλαγή και η θεραπευτική της αντιμετώπιση αποτελεί μεγάλη πρόκληση.

Δεν πρέπει να εξάγεται βιαστικά ή απερίσκεπτα το συμπέρασμα ότι ένα άτομο που βιώνει σωματικό πόνο ή εξάντληση χρησιμοποιεί την άμυνα της παλινδρόμησης ως βασική αντίδραση στο συναισθηματικό στρες, αφού το στρες της ίδιας της ασθένειας θα προκαλέσει στον πάσχοντα μια αντίδραση παλινδρόμησης. Οι άνθρωποι είναι δυνατόν να αρρωστήσουν επειδή ασυνείδητα υποφέρουν από κατάθλιψη. Μπορεί όμως και να πέσουν σε κατάθλιψη επειδή είναι άρρωστοι. Έχει παρατηρηθεί σε μεγάλο βαθμό ότι η σωματοποίηση και η υποχονδρίαση, καθώς και άλλα είδη παλινδρόμησης σε σχετικά άχρηστους και παιδιάστους τρόπους αντιμετώπισης της ζωής είναι δυνατόν να αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο του χαρακτήρα ενός ατόμου.

Όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί την παλινδρόμηση ως την κύρια στρατηγική για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της ζωής του, τότε ο όρος με τον οποίο το χαρακτηρίζουμε είναι νηπιακή προσωπικότητα.

2.3 ΜΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Μια από τις στρατηγικές που έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για την αντιμετώπιση των αγχογόνων και άλλων οδυνηρών καταστάσεων, είναι η μόνωση του συναισθήματος από το γνωστικό περιεχόμενο μιας κατάστασης.

Η μόνωση του συναισθήματος ως άμυνα έχει μεγάλη αξία: οι χειρουργοί δεν θα ήταν σε θέση να εργάζονται αποδοτικά εάν διαρκώς τους απασχολούσε η αγωνία των ασθενών τους, η προσωπική τους αποστροφή, η δυσφορία ή ο σαδισμός τους την ώρα που χειρουργούν κάποιον ασθενή. Ούτε οι στρατηγοί θα ήταν σε θέση να σχεδιάζουν μια μάχη εάν τους απασχολούσε διαρκώς η φρίκη του πολέμου. Ούτε όμως και οι αστυνομικοί θα μπορούσαν να διερευνήσουν βίαια εγκλήματα χωρίς να καταρρακώνονται ψυχικά.

Οι θεραπευτές που εργάστηκαν με επιζήσαντες του Ολοκαυτώματος αναφέρουν ότι έμειναν άναυδοι από τον ξύλινο λόγο που χρησιμοποιούσαν αυτοί οι άνθρωποι όταν περιέγραφαν τις φρικαλεότητες που είχαν υποστεί και οι οποίες ξεπερνούσαν κάθε φαντασία.

Η άμυνα αυτή βρίσκεται ένα βαθμό πιο πάνω από τη διάσχιση: η οδυνηρή εμπειρία δεν εξαλείφεται εξ ολοκλήρου από τη συνείδηση, αποκόπτεται όμως το συναισθηματικό της νόημα.

Η μόνωση μπορεί επίσης να γίνει μια κεντρική άμυνα του ατόμου ακόμη και χωρίς προηγούμενα τραυματικά γεγονότα, μέσω κάποιας συγκεκριμένης ανατροφής που δέχεται το παιδί σε συνδυασμό με την ιδιοσυγκρασία του. Αυτοί οι άνθρωποι μερικές φορές θεωρούν την κατάστασή τους πλεονέκτημα και εξιδανικεύουν την αποκλειστική έκφραση λογικών σκέψεων από μέρους τους.

Η μόνωση είναι η πιο πρωτόγονη «διανοητική» άμυνα και το βασικό στοιχείο της ψυχολογικής λειτουργίας μηχανισμών όπως η διανοητικοποίηση, η εκλογίκευση και η ηθικοποίηση.

Όταν η βασική άμυνα ενός ατόμου είναι η μόνωση και το πρότυπο ζωής του αντανακλά την υπερεκτίμηση της σκέψης και την υποτίμηση του συναισθήματος, τότε ο χαρακτήρας του αποκαλείται ψυχαναγκαστικός.

2.4 ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Διανοητικοποίηση είναι ο όρος που χαρακτηρίζει μια πιο εξελιγμένη παραλλαγή της μόνωσης του συναισθήματος από τη νόηση. Η τυπική δήλωση ενός ατόμου που χρησιμοποιεί τη μόνωση είναι ότι δεν έχει συναισθήματα, ενώ το άτομο που χρησιμοποιεί τη διανοητικοποίηση κάνει μεν λόγο για συναισθήματα αλλά με έναν τρόπο ο οποίος μοιάζει να στερείται συναισθήματος. Για παράδειγμα, το σχόλιο «Όπως είναι φυσικό, λοιπόν, έχω θυμώσει γι' αυτό», ειπωμένο με έναν ανέμελο, αποστασιοποιημένο τόνο, αποκαλύπτει ουσιαστικά ότι, παρόλο που η ιδέα της βίωσης του συναισθήματος του θυμού γίνεται θεωρητικά αποδεκτή από το άτομο, η πραγματική έκφραση αυτού του συναισθήματος συνεχίζει να εμποδίζεται.

Η διανοητικόποίηση χειρίζεται τη συνηθισμένη συναισθηματική υπερφόρτωση με τον ίδιο τρόπο που η μόνωση χειρίζεται την τραυματική υπερδιέγερση. Η ικανότητα ενός ατόμου να μπορεί να σκέπτεται λογικά σε μια συναισθηματικά φορτισμένη κατάσταση είναι ενδεικτική της ύπαρξης ενός ισχυρού Εγώ.

Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται ότι έχουν κάνει ένα άλμα στην ωρίμανση της προσωπικότητάς τους όταν βλέπουν ότι κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες είναι ικανοί να αντιδρούν με διανοητικοποίηση και όχι με μια παρορμητική, αντανακλαστική αντίδραση. Όταν όμως ένα άτομο φαίνεται ότι δεν έχει την ικανότητα να απομακρυνθεί από μια αμυντική, χωρίς συναίσθημα θέση, τότε οι άλλοι διαισθάνονται ότι δεν είναι ειλικρινές. Το σεξ, το αστείο, η καλλιτεχνική έκφραση και άλλες ευχάριστες μορφές παιχνιδιού των ενήλικων μπορεί να απουσιάζουν χωρίς λόγο σε ένα άτομο που έχει μάθει να εξαρτάται από τη διανοητικοποίηση για να αντιμετωπίζει τη ζωή.

2.5 ΕΚΛΟΓΙΚΕΥΣΗ

Επιστρατεύουμε την εκλογίκευση είτε όταν δεν καταφέρνουμε να αποκτήσουμε κάτι που επιθυμούσαμε και αποφασίζουμε αναδρομικά ότι τελικά δεν το επιθυμούσαμε και τόσο πολύ (μερικές φορές αυτή η διεργασία ονομάζεται «εκλογίκευση των ξινών σταφυλιών», σύμφωνα με το μύθο του Αισώπου για την αλεπού και τα σταφύλια), είτε όταν κάτι κακό έχει ήδη συμβεί και εκ των υστέρων αποφασίζουμε ότι τελικά αυτό δεν ήταν και τόσο κακό («η εκλογίκευση του γλυκού λεμονιού»).

Ένα παράδειγμα του πρώτου τύπου εκλογίκευσης είναι το συμπέρασμα ότι μια συγκεκριμένη κατοικία, το οικονομικό κόστος της οποίας είναι πολύ υψηλό, ούτως ή άλλως είναι πολύ μεγάλη για μας. Ένα παράδειγμα του δεύτερου τύπου αποτελεί η πανανθρώπινα γνωστή εκλογίκευση εκείνων που δίνουν έμφαση στη μάθηση από ένα «πάθημα»: «Τουλάχιστον μάθαμε κάτι από αυτό».

Οι άνθρωποι σπανίως παραδέχονται ότι προβαίνουν σε μια συγκεκριμένη πράξη μόνο και μόνο επειδή τους κάνει να αισθάνονται καλά. Συνήθως, προτιμούν να επινοούν καλές δικαιολογίες για αυτές τις πράξεις. Έτσι, για παράδειγμα, ο γονιός που χτυπά το παιδί του εκλογικεύει την επιθετικότητά του προφασιζόμενος ότι το κάνει «για το καλό του». Ο θεραπευτής που αυξάνει συνεχώς το ύψος της αμοιβής του εκλογικεύει την απόφασή του λέγοντας ότι η αύξηση της πληρωμής θα κάνει καλό στην αυτοεκτίμηση του πελάτη του. Το άτομο που βρίσκεται διαρκώς σε δίαιτα εκλογικεύει τη ματαιοδοξία του χρησιμοποιώντας ως πρόφαση την υγεία του.

2.6 ΗΘΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η ηθικοποίηση συνδέεται στενά με την εκλογίκευση. Στην εκλογίκευση το άτομο αναζητά σε ασυνείδητο επίπεδο λογικές αιτίες για τις πράξεις του. Στην ηθικοποίηση αναζητά τρόπους προκειμένου να αισθανθεί ότι έχει καθήκον να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη πορεία. Η εκλογίκευση προσφέρει λογικές αιτίες σε αυτό που το άτομο ήδη επιθυμεί. Η ηθικοποίηση τοποθετεί την επιθυμία στη σφαίρα της ηθικής υποχρέωσης. Στην εκλογίκευση το άτομο θα μιλήσει για τη «μαθησιακή εμπειρία»

την οποία αποκόμισε από κάποια απογοήτευση που βίωσε, ενώ στην ηθικοποίηση θα επιμείνει ότι η απογοήτευση «χαλύβδωσε το χαρακτήρα» του.

Μέσω της ηθικοποίησης το άτομο φτάνει στην αυτοδικαίωση σε συγκεκριμένες πολιτικές και κοινωνικές περιστάσεις οι ηγέτες που εκμεταλλεύονται την επιθυμία των ψηφοφόρων τους να αισθάνονται ηθικά ανώτεροι μπορούν να επιφέρουν μαζική ηθικοποίηση, και μάλιστα τόσο εύκολα ώστε το κοινό τους ούτε καν να το αντιληφθεί. Η πεποίθηση των αποικιοκρατών ότι μετέδιδαν έναν ανώτερο πολιτισμό στους ανθρώπους που λεηλατούσαν αποτελεί ένα καλό παράδειγμα ηθικοποίησης. Ο Χίτλερ μπορούσε να ικανοποιεί τις δολοφονικές φαντασιώσεις του πείθοντας έναν εκπληκτικό αριθμό οπαδών του ότι η εξάλειψη των Εβραίων, των ομοφυλόφιλων και των Τσιγγάνων ήταν απαραίτητη για την ηθική και πνευματική βελτίωση της ανθρώπινης φυλής. Η ισπανική Ιερά Εξέταση ήταν άλλη μία κοινωνική οργάνωση που χρησιμοποίησε την ηθικοποίηση της επιθετικότητας, της απληστίας και της επιθυμίας για παντοδυναμία.

Σε καθημερινό επίπεδο, οι περισσότεροι από εμάς έχουμε συναντήσει κάποιον που βασίζει τη σκληρή κριτική προς έναν υφιστάμενό του στην άποψη ότι είναι καθήκον τού επόπτη να είναι ειλικρινής με τα παραπτώματα του εργαζόμενου.

Η ηθικοποίηση μπορεί να γίνει αντιληπτή και ως μια εξελικτικά προηγμένη εκδοχή της διχοτόμησης. Να είναι ένα φυσιολογικό μεταγενέστερο στάδιο της πρωτόγονης διάκρισης καλού-κακού. Ενώ η διχοτόμηση συντελείται φυσιολογικά σε ένα παιδί προτού επιτευχθεί η δημιουργία ενός σύνθετου εαυτού που έχει την ικανότητα να βιώνει αμφιθυμία, η ηθικοποίηση αντιμετωπίζει τα ανάμικτα συναισθήματα καταφεύγοντας σε κάποια ηθική αρχή. Από την ηθικοποίηση μπορεί κανείς να συμπεράνει τη λειτουργία ενός Υπερεγώ το οποίο είναι συνήθως αυστηρό και τιμωρικό.

Η ηθικοποίηση συνιστά μια κεντρικής σημασίας άμυνα σε άτομα με οργάνωση του χαρακτήρα που οι αναλυτές αποκαλούν ηθικό μαζοχισμό. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι και ορισμένοι ιδεοψυχαναγκαστικοί ασθενείς καταφεύγουν σε αυτή την άμυνα.

Ο θεραπευτής μπορεί να διαπιστώσει ότι όποτε προχωρά σε κατά πρόσωπο αντιμετώπιση των αυτοϋποτιμητικών στάσεων ή συμπεριφορών αυτών των ασθενών, θεωρείται ανήθικος, επειδή οι αξίες του δεν συμφωνούν με τις δικές τους.

Η ηθικοποίηση επομένως ως αμυντική διεργασία φανερώνει ότι, ακόμα και αν μια δεδομένη άμυνα μπορεί να θεωρηθεί ένας «ώριμος» μηχανισμός, είναι δυνατόν να αποδεχτεί εκνευριστικά απροσπέλαστη στη θεραπευτική επίδραση. Η εργασία με κάποιον ασθενή που βρίσκεται στο νευρωτικό φάσμα, του οποίου ο χαρακτήρας καθορίζεται από τη χρόνια, ανελαστική χρήση μιας συγκεκριμένης αμυντικής στρατηγικής, μπορεί να είναι τόσο κοπιώδης όσο και η εργασία με ολοφάνερα ψυχωτικούς ασθενείς.

2.7 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΠΟΣΠΑΣΗ

Η γνωστική απόσπαση είναι άλλη μια διανοητική άμυνα, η οποία σχετίζεται στενότερα με τις διεργασίες διάσχισης παρά με την εκλογίκευση και την ηθικοποίηση, παρόλο που η εκλογίκευση επιστρατεύεται συχνά για να τη στηρίξει.

Η λειτουργία της επιτρέπει την ύπαρξη δύο συγκρουόμενων καταστάσεων χωρίς αυτό να συνεπάγεται συνειδητή σύγχυση, ενοχή, ντροπή ή άγχος. Ενώ η μόνωση αναφέρεται σε μια ρήξη ανάμεσα στο γνωστικό και στο συναισθηματικό παράγοντα, η γνωστική απόσπαση αναφέρεται στη ρήξη ανάμεσα σε ασύμβατα γνωστικά συστήματα. Το ότι ένα άτομο χρησιμοποιεί τη γνωστική απόσπαση σημαίνει, ότι διατηρεί δύο ή περισσότερες ιδέες, στάσεις ή συμπεριφορές που από τη φύση τους και εξ ορισμού έρχονται σε σύγκρουση, χωρίς το άτομο να είναι σε θέση να αντιληφθεί αυτή την ασυμβατότητα.

Για παράδειγμα, μια δηλωμένη πεποίθηση του ατόμου στο Χρυσό Κανόνα και παράλληλα στην αρχή της Πρωτιάς. Η διακήρυξη της σπουδαιότητας της ανοικτής επικοινωνίας την ίδια στιγμή που εκφράζουμε την ισχυρή πεποίθησή μας να μη μιλάμε σε ένα συγκεκριμένο άτομο. Ή μια δηλωμένη στάση εναντίον των εθνικιστικών προκαταλήψεων, ενώ γελάμε με τα εθνικιστικά αστεία.

Στο πιο παθολογικό άκρο του συνεχούς της γνωστικής απόσπασης συναντούμε άτομα που εμφανίζονται ως μεγάλοι ανθρωπιστές στο δημόσιο χώρο, αλλά ωστόσο υπεραμύνονται της κακοποίησης των δικών τους παιδιών στον ιδιωτικό χώρο του σπιτιού τους. Το φαινόμενο του ιερωμένου που καταφέρεται ενάντια στην αμαρτία, ενώ παράλληλα ο ίδιος αμαρτάνει με ενθουσιασμό. Έχει αποκαλυφθεί ότι αρκετοί σταυροφόροι εναντίον της πορνογραφίας διατηρούν οι ίδιοι μια εκτεταμένη συλλογή από ερωτικά αντικείμενα.

Ένα παράπτωμα που διαπράττεται από το άτομο με συνειδητό αίσθημα ενοχής ή σε μια κατάσταση διάσχισης δεν θεωρείται ότι είναι ενδεικτικό της άμυνας της γνωστικής απόσπασης. Ο όρος ταιριάζει μόνο αν οι ασύμφωνες δραστηριότητες ή ιδέες είναι παρούσες στη συνείδηση του ατόμου. Όταν ο θεραπευτής φέρει το άτομο που χρησιμοποιεί γνωστική απόσπαση αντιμέτωπο με την ασυμβατότητα των απόψεών του, εκείνο θα εκλογικεύει διαρκώς τις αντιθέσεις.

2.8 ΑΚΥΡΩΣΗ

Η ακύρωση μπορεί να θεωρηθεί ο φυσικός διάδοχος του παντοδύναμου ελέγχου. Είναι ένας όρος που υποδηλώνει ακριβώς αυτό που θα σκεφτόταν κάποιος: την ασυνείδητη προσπάθεια αντιστάθμισης κάποιας επίδρασης-συνήθως της ενοχής ή της ντροπής- με μια στάση ή συμπεριφορά η οποία με κάποιο μαγικό τρόπο θα την εξαλείψει. Ένα καθημερινό παράδειγμα ακύρωσης μπορεί να είναι η επιστροφή του συζύγου στο σπίτι με ένα δώρο για τη σύζυγό του, επειδή ο ίδιος θέλει να εξιλεωθεί για το ξέσπασμα επιθετικότητας που είχε εναντίον της το προηγούμενο βράδυ. Στην περίπτωση βέβαια που το κίνητρο αυτό είναι συνειδητό, δεν μπορούμε να μιλούμε για ακύρωση.

Πολλές θρησκευτικές τελετές διατηρούν σε κάποιες διαστάσεις τους ένα χαρακτήρα ακύρωσης. Η προσπάθεια εξιλέωσης των αμαρτιών, ακόμη και αν αυτές διαπράχθηκαν μόνο στη σκέψη, ίσως είναι μια πανανθρώπινη παρόρμηση.

Όταν τα παιδιά είναι σε ηλικία κατά την οποία μπορούν να κατανοήσουν το γεγονός του θανάτου, επιτελούν ένα πλήθος μαγικών τελετουργιών, οι οποίες διατηρούν ένα συστατικό ακύρωσης αυτής της αλήθειας. Το παιδικό παιχνίδι «αποφυγής των αρμών στις πλάκες του πεζοδρομίου για να μην πεθάνει η μαμά» εξηγείται ψυχαναλυτικά ως ακύρωση των ασυνείδητων επιθυμιών θανάτου της μητέρας, οι οποίες δημιουργούν περισσότερο φόβο από ό,τι πριν αποκτήσει πιο ώριμο χαρακτήρα η έννοια του θανάτου. Οι φαντασιώσεις παντοδυναμίας είναι ορατές στην απόλυτη πεποίθηση αυτής της συμπεριφοράς ότι τα επιθετικά συναισθήματα του παιδιού είναι επικίνδυνα: η σκέψη είναι ισοδύναμη με την πράξη.

Οι άνθρωποι που νιώθουν σε μεγάλο βαθμό τύψεις για τις αμαρτίες, τα λάθη και τις αποτυχίες που έχουν διαπράξει στο παρελθόν, ασχέτως εάν όλα αυτά ήταν πραγματικά, υπερμεγεθυμένα ή είχαν διαπραχθεί μόνο στη σκέψη τους, είναι πιθανό να κατασκευάσουν ένα τέτοιο πρότυπο ακύρωσης εφ'όρου ζωής. Ο Adlai Stevenson , για παράδειγμα, ο οποίος όταν ήταν παιδί, σκότωσε το μικρό του ξάδελφο σε κάποιο ατύχημα, αφιέρωσε την υπόλοιπη ζωή του στη δημόσια προσφορά. Μια εβδομηνταεπενιάχρονη μεσοαστή από τον Καύκασο, η οποία συμμετείχε σε έρευνα σχετικά με τους ανθρώπους που είναι αλτρουιστές, είχε αφιερώσει επί δεκαετίες τη ζωή της στην κατάκτηση ίσων δικαιωμάτων για τους ανθρώπους που ανήκουν σε άλλες φυλές εκτός της λευκής. Η ίδια στα εννιά της χρόνια είχε προσβάλει από απροσεξία μια μαύρη γυναίκα την οποία αγαπούσε πολύ.

Όταν η ακύρωση συνιστά μια κεντρική άμυνα στο ρεπερτόριο αμυνών του ατόμου, και στις περιπτώσεις που διάφορες ενέργειες οι οποίες έχουν την ασυνείδητη σημασία της εξιλέωσης για αρνητικές πράξεις του παρελθόντος αναλαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό να στηρίξουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου, τότε θεωρούμε την προσωπικότητα αυτού που χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη άμυνα ψυχαναγκαστική.

Η έννοια της ψυχαναγκαστικότητας είναι ουδέτερη ως προς το ηθικό της περιεχόμενο. Ένα άτομο μπορεί να είναι ψυχαναγκαστικός πότης, και ένα άλλο άτομο μπορεί να είναι ψυχαναγκαστικός ανθρωπιστής.

2.9 ΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ

Η έννοια υποδηλώνει την αλλαγή της κατεύθυνσης ενός αρνητικού συναισθήματος ή στάσης από ένα εξωτερικό αντικείμενο προς τον εαυτό. Όταν ένα άτομο έχει επικριτική στάση απέναντι σε ένα πρόσωπο εξουσίας, από την καλή θέληση του οποίου εξαρτάται η ασφάλειά του, και θεωρήσει ότι αυτό το πρόσωπο δεν μπορεί να αντέξει την κριτική, τότε το επικριτικό άτομο θα νιώσει μεγαλύτερη ασφάλεια εάν στρέψει την κριτική του προς τον εαυτό του.

Παράδειγμα τα παιδιά που «επιλέγουν» να γίνουν καλύτερα για να κερδίσουν την αγάπη και στοργή των γονιών τους όταν τη στερούνται ή για να μην τη χάσουν όταν απειλούνται με το χωρισμό των γονιών τους. (Η επιθετικότητα προς τους γονείς στρέφεται στον εαυτό τους.)

Η στροφή της επιθετικότητας ενάντια στον εαυτό είναι μια γνωστή άμυνα που χαρακτηρίζει υγιέστερους ψυχικά ανθρώπους, οι οποίοι αναγνωρίζουν και αντιστέκονται στον πειρασμό να χρησιμοποιήσουν το μηχανισμό της άρνησης ή της προβολής σε δυσάρεστες καταστάσεις. Προτιμούν να πλανώνται πιστεύοντας ότι το πρόβλημα έχει δημιουργηθεί από δικό τους φταίξιμο και όχι εξαιτίας κάποιου άλλου ατόμου. Η αυτόματη και ψυχαναγκαστική χρήση αυτής της άμυνας είναι διαδεδομένη σε άτομα με καταθλιπτική προσωπικότητα και σε μερικούς τύπους χαρακτηρολογικού μαζοχισμού.

2.10 ΜΕΤΑΘΕΣΗ

Ο όρος μετάθεση αναφέρεται στην αλλαγή της κατεύθυνσης μιας ορμής, ενός συναισθήματος, μιας έγνοιας ή μιας συμπεριφοράς από το αρχικό ή φυσικό της αντικείμενο σε κάποιο άλλο, επειδή η αρχική κατεύθυνση προκαλεί για κάποιο λόγο άγχος.

Η κλασική γελοιογραφία του ανθρώπου που επιπλήττεται από το αφεντικό του, στη συνέχεια πάει σπίτι του και τα βάζει με τη γυναίκα του, έπειτα, για να ξεσπάσει,

κατσαδιάζει τα παιδιά του και μετά κλοτσάει το σκύλο, είναι μια μελέτη πάνω στη μετάθεση. Η «τριγωνοποίηση», ένας όρος που αποτελεί το θεμέλιο λίθο της οικογενειακής θεραπείας, είναι ένα φαινόμενο μετάθεσης. Όταν ο ένας σύντροφος δεν είναι πιστός ο άλλος μεταθέτει το μεγαλύτερο μέρος του μίσους του όχι στον άπιστο, αλλά στο τρίτο «πρόσωπο», άνδρα ή γυναίκα.

Και ο σεξουαλικός πόθος μπορεί επίσης να μετατεθεί. Με αυτό τον τρόπο τα σεξουαλικά φετίχ μπορούν να γίνουν κατανοητά ως επαναπροσανατολισμός του ερωτικού ενδιαφέροντος από τα ανθρώπινα γεννητικά όργανα σε κάποια σχετική σε ασυνείδητο επίπεδο περιοχή, όπως είναι τα πόδια ή τα παπούτσια. Εάν οι περιστάσεις της ζωής ενός άνδρα τον οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναικείος κόλπος είναι μια επικίνδυνη περιοχή, κάποιο άλλο αντικείμενο το οποίο σχετίζεται με τη γυναίκα μπορεί να υποκαταστήσει το πρώτο.

Ακόμη και το άγχος μπορεί να μετατεθεί. Κάποιος διάσημος ασθενής του Freud , είχε υποβληθεί σε θεραπεία για να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει την παθολογική ενασχόληση με τη μύτη του, ενασχόληση η οποία αργότερα έγινε κατανοητή ως μετάθεση των φοβικών φαντασιώσεων ακρωτηριασμού του πέους του.

Όταν ένα άτομο μεταθέτει το άγχος του από μια περιοχή σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο το οποίο συμβολίζει το τρομακτικό φαινόμενο (για παράδειγμα, ο φόβος για τις αράχνες, η ασυνείδητη σημασία του οποίου είναι ο φόβος εγκόλπωσης από τη μητέρα, ή ο τρόμος για τα μαχαίρια, που σε ασυνείδητο επίπεδο ισοδυναμεί με τη φαλλική διείδυση), τότε θεωρείται ότι έχει φοβία. Το άτομο που κάνει τέτοιου είδους μεταθέσεις σε πολλούς τομείς της ζωής του μπορεί να χαρακτηριστεί φοβικό.

Ορισμένες κοινωνικές τάσεις, όπως ο ρατσισμός, ο σεξισμός, ο ετεροσεξισμός και η γενική απόδοση των κοινωνικών προβλημάτων σε μικρές ομάδες μειονοτήτων, που έχουν μικρή δύναμη αντίστασης, εμπεριέχουν σε μεγάλο βαθμό το στοιχείο της μετάθεσης. Το ίδιο συμβαίνει και με την τάση ανεύρεσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου, την οποία συναντάμε στις περισσότερες κοινωνικές ομάδες.

Ήπιες μορφές μετάθεσης περιλαμβάνουν τη μετατροπή της επιθετικής ενέργειας σε δημιουργική (πολλές οικιακές εργασίες γίνονται όταν οι άνθρωποι είναι θυμωμένοι για κάτι) και την αλλαγή της κατεύθυνσης των ερωτικών παρορμήσεων από

αντικείμενα που είναι αδύνατον να αποκτηθούν ή είναι απαγορευμένα προς έναν κατάλληλο σύντροφο.

2.11 ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ

Η άμυνα του αντιδραστικού σχηματισμού είναι ένα παράξενο φαινόμενο. Όπως φαίνεται, ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την ικανότητα να μεταστρέφει κάτι στο εκ διαμέτρου αντίθετό του με σκοπό να το καταστήσει λιγότερο απειλητικό.

Ο παραδοσιακός ορισμός του αντιδραστικού σχηματισμού αναφέρεται σε αυτή τη μετατροπή ενός αρνητικού σε θετικό συναίσθημα και το αντίστροφο. Πολλές καθημερινές συνδιαλλαγές δείχνουν ότι το μίσος μπορεί να μετασχηματιστεί σε αγάπη, η λαχτάρα σε περιφρόνηση και ο φθόνος σε έλξη.

Ένα χαρακτηριστικό του αντιδραστικού σχηματισμού είναι ότι ένα μέρος από το αποκηρυγμένο συναίσθημα «διαρρέει μέσω» αυτής της άμυνας, και έτσι οι παρατηρητές μπορούν να εντοπίσουν ότι υπάρχει κάτι υπερβολικό ή ψεύτικο στη συνειδητή συναισθηματική προδιάθεση του ατόμου. Σε ένα μεγαλύτερο παιδί, λόγω χάρη προσχολικής ηλικίας, το οποίο έχει παραγκωνιστεί από ένα νεογέννητο, μπορεί να είναι ορατή μια διάθεση «αγάπης για το μωρό μέχρι θανάτου»: είναι πιθανό να το αγκαλιάζει πολύ σφιχτά, να του τραγουδάει πολύ δυνατά, να το σηκώνει ψηλά στον αέρα πολύ επιθετικά και ούτω καθεξής.

Ένας ακριβέστερος τρόπος σκιαγράφησης του αντιδραστικού σχηματισμού, πέρα από τη θεώρησή του ως μιας μεταστροφής ενός συναισθήματος στο αντίθετό του, θα μπορούσε να είναι η παρατήρηση ότι εξυπηρετεί στην άρνηση της αμφιθυμίας.

Μια βασική ψυχαναλυτική υπόθεση είναι το ότι καμιά προδιάθεση δεν είναι αμιγής. Έτσι, είναι δυνατόν να μισούμε το πρόσωπο που αγαπάμε ή να νιώθουμε μνησικακία για το πρόσωπο για το οποίο αισθανόμαστε ευγνωμοσύνη. Η συναισθηματική μας κατάσταση δεν ανάγεται στη μια ή στην άλλη θέση. Μια πολύ συνηθισμένη παρανόηση γίνεται στην ψυχαναλυτική ερμηνεία σύμφωνα με την οποία ο αναλυτής

αναφέρει στον ασθενή ότι, ενώ φαίνεται να βιώνει ένα συναίσθημα «χ», στην πραγματικότητα βιώνει ένα συναίσθημα «ψ». Ουσιαστικά, η ορθή ψυχαναλυτική ερμηνεία είναι ότι, αν και κάποιος είναι πιθανό να βιώνει ένα συναίσθημα «χ», βιώνει επίσης (ίσως ασυνείδητα) ένα συναίσθημα «ψ». Στον αντιδραστικό σχηματισμό το άτομο πείθει τον εαυτό του ότι το μόνο που βιώνει είναι ο ένας πόλος μιας πολύπλοκης συναισθηματικής αντίδρασης.

Καταστάσεις στις οποίες η άμυνα αυτή λειτουργεί ιδιαίτερα εποικοδομητικά έχουν σχέση με συνθήκες στις οποίες ανταγωνιστικά συναισθήματα, στα οποία περιλαμβάνονται το μίσος και ο θαυμασμός, ωθούν ένα παιδί στην άμιλλα με έναν φίλο του και όχι στην απόρριψή του.

Ο αντιδραστικός σχηματισμός είναι μια άμυνα που προτιμούν τα άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από ένα συγκεκριμένο είδος ψυχοπαθολογίας, σύμφωνα με την οποία τα εχθρικά συναισθήματα και οι επιθετικές επιθυμίες απασχολούν το άτομο σε μεγάλο βαθμό, ενώ παράλληλα νιώθει ότι κινδυνεύει να χάσει τον έλεγχό τους.

Για παράδειγμα, οι παρανοϊκοί συχνά αισθάνονται μόνο μίσος και καχυποψία, ενώ ένας εξωτερικός παρατηρητής μπορεί να υποψιαστεί ότι πέρα από αυτά νιώθουν επίσης λαχτάρα για επαφή και εξάρτηση. Οι ιδεοψυχαναγκαστικοί συχνά πιστεύουν ότι απέναντι στα πρόσωπα εξουσίας τρέφουν μόνο σεβασμό και εκτίμηση, ενώ ένας εξωτερικός παρατηρητής υποπτεύεται ότι στην πραγματικότητα νιώθουν μνησικακία.

2.12 ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΗ

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει κάποια συναισθήματα που αντιπροσωπεύουν μια ψυχολογική απειλή για τον εαυτό τους είναι η κατασκευή ενός σεναρίου που αλλάζει τη θέση του ατόμου από υποκείμενο σε αντικείμενο ή αντίστροφα. Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο νιώθει ότι η λαχτάρα που έχει να δεχτεί τη φροντίδα κάποιου άλλου είναι κατακριτέα ή επικίνδυνη, είναι πιθανό να ικανοποιήσει τις ανάγκες του για εξάρτηση φροντίζοντας ένα άλλο άτομο και ασυνείδητα να ταυτιστεί με την ευγνωμοσύνη του αποδέκτη της προσφερόμενης

φροντίδας. Αυτή η ιδιαίτερη εκδοχή της αντιστροφής συνηθίζεται από θεραπευτές οι οποίοι νιώθουν άβολα με τη δική τους τάση εξάρτησης, αλλά είναι ευτυχείς όταν οι άλλοι εξαρτώνται από τους ίδιους.

Όταν τα παιδιά μεγαλώνουν αρκετά ώστε να είναι σε θέση να παίζουν με κούκλες ή με «παιχνιδομορφές», τότε είναι δυνατόν να χρησιμοποιούν την αντιστροφή.

Οι οπαδοί της θεωρίας του ελέγχου-κυριαρχίας ονομάζουν αυτό το φαινόμενο «μετασχηματισμό από το παθητικό στο ενεργητικό». Η άμυνα λειτουργεί επικοδομητικά όταν το σενάριο που αντιστρέφεται είναι καλό (υποθέσεις), ενώ λειτουργεί με επιζήμιο τρόπο όταν η κατάσταση που αντιστρέφεται είναι ουσιαστικά αρνητική (καψόνια). (Αβοήθητο παιδί - βοηθός παιδιών ως ενήλικος).

2.13 ΤΑΥΤΙΣΗ

Όπως και άλλες ώριμες αμυντικές διεργασίες, η ταύτιση είναι μια φυσιολογική διάσταση της ψυχικής εξέλιξης και καθίσταται προβληματική μόνο κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες.

Ο Freud υπέθεσε ότι πολλές ενέργειες ταύτισης περιέχουν στοιχεία άμεσης πρόσληψης αυτού για το οποίο το άτομο τρέφει συναισθήματα αγάπης, καθώς και ένα αμυντικό στοιχείο σύμφωνα με το οποίο το άτομο γίνεται αυτό που φοβάται.

Οι ψυχαναλυτές χρησιμοποιούν τον όρο «ταύτιση» για να δηλώσουν ένα ώριμο επίπεδο εμπρόθετης, αν και εν μέρει ασυνείδητης, τάσης του ατόμου να γίνει ένα άλλο πρόσωπο. Αυτή η ικανότητα εξελίσσεται - από τις πρώιμες βρεφικές μορφές της ενδοβολής και της καταβρόχθισης του άλλου προσώπου - σε πιο λεπτές, διαφοροποιημένες και εκούσιες διεργασίες επιλεκτικής πρόσληψης των χαρακτηριστικών του αντικειμένου της ταύτισης. Έχει εκφραστεί η άποψη ότι οι δυνατότητες για ταύτιση εξελίσσονται και τροποποιούνται σε όλη τη διάρκεια της ζωής και αποτελούν τη συναισθηματική βάση της ψυχολογικής ανάπτυξης και αλλαγής.

Στην πραγματικότητα, η ευκαιρία που παρέχουν οι στενές συναισθηματικές σχέσεις για αμοιβαίες εποικοδομητικές ταυτίσεις είναι και ο λόγος που οι αναλυτές τις θεωρούν σημαντικές. Όπως η πρωτόγονη προβολή μετασχηματίζεται - κατά τη διάρκεια της ζωής ενός συναισθηματικά υγιούς ατόμου - σε μια σταδιακά μεγαλύτερη ικανότητα ενσυναίσθησης, έτσι και οι αρχαϊκές μορφές της ταύτισης σταδιακά μεταλλάσσονται σε πιο εκλεπτυσμένους τρόπους εμπλουτισμού του εαυτού με την αφομοίωση των χαρακτηριστικών των άλλων που συνιστούν αντικείμενο θαυμασμού. (οιδιπόδειο - αμυντική ταύτιση)

Η ταύτιση είναι από τη φύση της μια ουδέτερη διεργασία που μπορεί να έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα ανάλογα με το αντικείμενο της. Βασική θέση στη διαδικασία της ψυχοθεραπείας κατέχει η αναθεώρηση των προβληματικών ταυτίσεων που έγιναν αυτόματα, και που την περίοδο κατά την οποία δημιουργήθηκαν έλυσαν ένα ζωτικό πρόβλημα του παιδιού, αλλά που όταν εμφανίστηκαν στο παρόν προκαλούν συγκρούσεις στο ενήλικο άτομο.

Επειδή η ταύτιση μπορεί να αποτελέσει πανάκεια για όλα τα σύνθετα προβλήματα της ζωής, είναι δυνατόν να χρησιμοποιείται συχνότερα ως άμυνα όταν υπάρχει συναισθηματική πίεση, και ιδιαίτερα όταν αυτή τραυματίζει την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Ο θάνατος ή η απώλεια μπορούν να υποκινήσουν στο άτομο τη διεργασία της ταύτισης με το απόν αντικείμενο αγάπης και, αργότερα, με εκείνους που το αντικαθιστούν στο συναισθηματικό του κόσμο. Η λαχτάρα των εφήβων να βρουν ήρωες, τους οποίους θα έχουν πρότυπα στην προσπάθειά τους να επιλύσουν τις πολύπλοκες απαιτήσεις της ενήλικης ζωής, είναι γνωστή εδώ και αιώνες.

Τα άτομα που υποφέρουν από σύγχυση ταυτότητας είναι σαφές ότι διατρέχουν κίνδυνο, όπως μπορεί να επιβεβαιώσει οποιοσδήποτε έχει μελετήσει τη λατρευτική συμπεριφορά που επιδεικνύουν τα μέλη των αιρέσεων. Η εμπειρία του προσηλυτισμού ενέχει σε μεγάλο βαθμό το στοιχείο της αμυντικής ταύτισης.

Αλλά ακόμα και αρκετά υγιή άτομα που παρουσιάζουν μερική διαταραχή της ταυτότητας, όπως μια υστερικά οργανωμένη γυναίκα που βιώνει ασυνείδητα συναισθήματα ότι το φύλο της έχει πρόβλημα, μπορεί να ταυτιστούν με κάποιον στο περιβάλλον τους για τον οποίο έχουν σχηματίσει την εντύπωση ότι μπορεί να χειρίζεται καλύτερα τις δυσκολίες της ζωής.

Η ικανότητα των ανθρώπων να ταυτίζονται με νέα αντικείμενα αγάπης είναι ίσως ο κύριος μοχλός με τη βοήθεια του οποίου αναρρώνουν από την ψυχική οδύνη, αλλά και το κύριο μέσο με το οποίο η ψυχοθεραπεία κάθε τύπου επιτυγχάνει την αλλαγή.

Η έρευνα γύρω από τη θεραπευτική διαδικασία έχει κατ'επανάληψη επιβεβαιώσει ότι η συναισθηματική ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με το ψυχοθεραπευτικό αποτέλεσμα από ό,τι άλλοι συναφείς παράγοντες.

2.14 ΕΚΔΡΑΜΑΤΙΣΗ

Με την εκδραμάτιση το ασυνείδητα αγχωμένο άτομο μετατρέπει την παθητική συμπεριφορά σε ενεργητική, μετασηματίζοντας την αίσθηση της ανημπόριας και ευαλωτότητας σε μια εμπειρία δύναμης και ισχύος, ανεξάρτητα από το πόσο αρνητικό είναι το δράμα που παίζεται.

Η ουσία της εκδραμάτισης δεν είναι η καλή ή η κακή φύση των πράξεων του ατόμου, αλλά η ασυνείδητη και τρομακτική φύση των παρορμήσεων που προτρέπουν το άτομο σε δράση, καθώς και ο αυτόματος ψυχαναγκαστικός τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η εκδραματιζόμενη συμπεριφορά.

Υπάρχουν αρκετές υποκατηγορίες, με ασυνείδητα συνήθως κίνητρα, οι οποίες εμπίπτουν στη γενική κατηγορία της εκδραμάτισης. Αυτές περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την επιδειξιομανία, την ηδονοβλεψία, το σαδισμό, το μαζοχισμό, τη διαστροφή και όλους τους όρους που έχουν ως πρώτο συνθετικό το «αντί», όπως: αντιφοβία, αντιεξάρτηση, αντιεχθρική και ούτω καθεξής. Δεν θεωρείται ότι όλες αυτές οι διεργασίες είναι εγγενώς αρνητικές ή αμυντικές. Οι άνθρωποι υποτίθεται ότι έχουν φυσιολογικές, για παράδειγμα, ηδονοβλεπτικές και επιδεικτικές ανάγκες, τις οποίες εκτονώνουν συνήθως με το να κοιτάζουν και να γίνονται αντικείμενο θέασης, τρόποι οι οποίοι θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτοί. Οι μαζοχιστικές και οι σαδιστικές επιθυμίες γίνονται επίσης αντιληπτές ως φυσιολογικές πτυχές της ανθρώπινης

εμπειρίας, οι οποίες βρίσκουν θετική έκφραση σε δραστηριότητες προσωπικής θυσίας ή κυριαρχίας, αντίστοιχα.

Τα άτομα που στηρίζονται στην εκδραμάτιση για να αντιμετωπίσουν τα ψυχολογικά τους διλήμματα εμπίπτουν στην κατηγορία της παρορμητικής προσωπικότητας. Η ψυχοθεραπευτική εμπειρία έχει δείξει ότι αυτό που μπορεί να φαίνεται ως τυχαία, απλή παρορμητικότητα, είναι συχνά μια συμπεριφορά που κατευθύνεται από ασυνείδητα και πολύπλοκα κίνητρα, μια συμπεριφορά που κάθε άλλο παρά αθώα και τυχαία εκφράζεται.

Τα άτομα με υστερική οργάνωση της προσωπικότητας είναι γνωστά για την εκδραμάτιση ασυνείδητων σεξουαλικών σεναρίων. Τα εξαρτημένα άτομα κάθε είδους εκδραματίζουν κατ'επανάληψη τη σχέση με την υποκατάστατη ουσία που προτιμούν (σε αυτές τις περιπτώσεις, φυσικά, η χημική εξάρτηση μπορεί να περιπλέξει αυτό που ήταν ήδη ψυχολογική εξάρτηση). Οι ψυχαναγκαστικοί εξορισμού εκδραματίζουν όταν υποκύπτουν στην εσωτερική πίεση να προβούν στις ιδιαίτερες ψυχαναγκαστικές πράξεις τους. Οι κοινωνιοπαθείς, τέλος, μπορεί να εκδραματίζουν ένα πολύπλοκο πρότυπο χειρισμού άλλων ατόμων. Συνεπώς, η εκδραμάτιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες και διαφορετικές κλινικές περιπτώσεις.

2.15 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΕΝΔΥΣΗ (ΕΝΣΤΙΚΤΟΠΟΙΗΣΗ)

Προφανώς, η σεξουαλικότητα είναι ένα ισχυρό δυναμικό στοιχείο στην ανθρώπινη φύση, και μεγάλο μέρος της σεξουαλικής συμπεριφοράς των ανθρώπων αναλώνεται στην άμεση έκφραση της ανάγκης για αναπαραγωγή του είδους.

Η κλινική εμπειρία και τα ερευνητικά ευρήματα στις δεκαετίες που ακολούθησαν μετά την εργασία του Freud , έχουν δείξει σε ποια έκταση η σεξουαλική δραστηριότητα και οι φαντασιώσεις χρησιμοποιούνται με αμυντικό τρόπο για την καθυπόταξη του άγχους, τη διασφάλιση της αυτοεκτίμησης, την αντιστάθμιση της

ντροπής ή την απόσπαση της προσοχής του ατόμου από μια αίσθηση εσωτερικής απονέκρωσης.

Η σεξουαλική διέγερση είναι ένα αξιόπιστο μέσο για να αισθάνεται κανείς ζωντανός. Ένα παιδί μπορεί να κυριαρχήσει στο φόβο του για το θάνατο - λόγω εγκατάλειψης, κακοποίησης ή κάποιας άλλης φοβερής καταστροφής - μετατρέποντας μια τραυματική κατάσταση σε μια άλλη που επιβεβαιώνει τη ζωή.

Η εργασία του Stoller (1975) με μαζοχιστές (άτομα που αναφέρουν την ανάγκη να βιώνουν πόνο προκειμένου να ικανοποιηθούν ερωτικά) αποκάλυψε ότι ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς είχαν υποστεί επώδυνες ιατρικές επεμβάσεις στην παιδική τους ηλικία.

Οι περισσότεροι από εμάς χρησιμοποιούμε τη σεξουαλική επένδυση, έως ένα βαθμό, για να αντιμετωπίσουμε και να ωραιοποιήσουμε προβληματικές πτυχές της ζωής μας.

Υπάρχουν αρκετές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούν τη σεξουαλική επένδυση τα δύο φύλα. Για παράδειγμα, οι γυναίκες τείνουν να επενδύουν σεξουαλικά την εξάρτηση, ενώ οι άνδρες την επιθετικότητα. Μερικοί άνθρωποι επενδύουν σεξουαλικά τα χρήματα, κάποιοι τη βρομιά, άλλοι την ισχύ και ούτω καθεξής.

Η τάση των ανθρώπων να ερωτικοποιούν την αντίδρασή τους σε οποιονδήποτε κατέχει ανώτερη δύναμη μπορεί να εξηγήσει γιατί οι πολιτικοί και άλλοι διάσημοι συνήθως κατακλύζονται με σεξουαλικά διαθέσιμους θαυμαστές.

Τα άτομα τα οποία δεν κατέχουν ισχυρές θέσεις συχνά μετατρέπουν το φθόνο, την εχθρότητα και το φόβο της κακομεταχείρισης σε ένα σεξουαλικό σενάριο όπου αντισταθμίζουν την έλλειψη κοινωνικής δύναμης με μια έντονη προσωπική ερωτική δύναμη.

Η σεξουαλική επένδυση δεν είναι εγγενώς προβληματική ή καταστροφική. Οι προσωπικές σεξουαλικές φαντασιώσεις των ανθρώπων, τα πρότυπα αντίδρασης και οι πρακτικές είναι κατά πάσα πιθανότητα περισσότερο ιδιοσυγκρασιακές από ό,τι όλες σχεδόν οι άλλες πλευρές της ζωής τους. Αυτό που διεγείρει ερωτικά ένα άτομο μπορεί να αφήνει εντελώς αδιάφορο κάποιο άλλο. Εάν επενδύσω σεξουαλικά την

εμπειρία τού να μου φτιάχνει κάποιος τα μαλλιά (ακόμη και αν η γένεση αυτής της συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία ήταν μια αμυντική σεξουαλική επένδυση του απότομου τραβήγματος των μαλλιών μου από τη μητέρα μου) και ο ερωτικός μου σύντροφος αρέσκεται να μου χαϊδεύει τα μαλλιά, δεν χρειάζεται να κάνω ψυχοθεραπεία γι'αυτό. Αν όμως επενδύσω σεξουαλικά την εμπειρία του εκφοβισμού μου από άνδρες που κακοποιούν και έχω βιώσει κατ'επανάληψη σχέσεις με άνδρες που με δέρνουν, σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να αναζητήσω βοήθεια.

2.16 ΜΕΤΟΥΣΙΩΣΗ

Μετουσίωση ονόμασε αρχικά ο Freud την έκφραση των παρορμήσεων βιολογικής προέλευσης (οι οποίες, σύμφωνα με αυτόν, περιλάμβαναν τις ορμές του ατόμου να θηλάζει, να δαγκώνει, να λερώνει, να μάχεται, να συνουσιάζεται, να κοιτάζει τους άλλους και να θεάται από αυτούς, να επιφέρει τραυματισμούς, να προκαλεί πόνο, να προστατεύει τα μικρά του κλπ.) με έναν τρόπο που ήταν κοινωνικά αποδεκτός. Για παράδειγμα, ο Freud θα έλεγε ότι ένας οδοντίατρος μετουσιώνει το σαδισμό του, ένας καλλιτέχνης που δίνει παράσταση μετουσιώνει την επιδειξιμανία του, ένας δικηγόρος μετουσιώνει την επιθυμία του να δολοφονήσει τους εχθρούς του. Οι ενστικτώδεις τάσεις μας, σύμφωνα με τον Freud, επηρεάζονται από τα γεγονότα της παιδικής μας ηλικίας. Συγκεκριμένες ορμές και συγκρούσεις προσλαμβάνουν μια ιδιαίτερη σημασία και είναι δυνατόν να κατευθύνονται δημιουργικά προς άλλες χρήσιμες δραστηριότητες.

Ως άμυνα η μετουσίωση θεωρήθηκε ο υγιέστερος τρόπος επίλυσης των ψυχολογικών δυσχερειών, και αυτό για δύο λόγους: πρώτον, ενθάρρυνε μια συμπεριφορά που ήταν ευεργετική για το ανθρώπινο είδος και, δεύτερον, εκτόνωνε τη σχετική παρόρμηση, αντί να σπαταλά μεγάλο μέρος συναισθηματικής ενέργειας είτε για να μετασχηματίσει την παρόρμηση σε κάτι διαφορετικό (όπως, για παράδειγμα, συμβαίνει στην άρνηση και την απώθηση). Μια τέτοια εκτόνωση ενέργειας θεωρήθηκε εγγενώς εποικοδομητική, εφόσον διατηρούσε τον ανθρώπινο οργανισμό σε ομοιοστατική ισορροπία.

Σήμερα, η μετουσίωση παραμένει μια έννοια την οποία συναντάμε στις περιπτώσεις όπου ένας συγγραφέας αναφέρεται στην ανακάλυψη ενός δημιουργικού τρόπου έκφρασης δυσάρεστων παρορμήσεων και συγκρούσεων. Σε αντίθεση με τη συνήθη παρανόηση ότι ο στόχος της ψυχοθεραπείας είναι να απαλλάξει το άτομο από τις βρεφικές τάσεις του, η ψυχαναλυτική θέση για την υγεία και την ανάπτυξη περιλαμβάνει την υπόθεση ότι τα βρεφικά τμήματα της φύσης μας παραμένουν ζωντανά καθ'όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Δεν έχουμε την επιλογή να απαλλαγούμε από αυτά. Το μόνο που είμαστε σε θέση να κάνουμε είναι να τα χειριζόμαστε με καλύτερους ή χειρότερους τρόπους.

Οι στόχοι της αναλυτικής θεραπείας περιλαμβάνουν την κατανόηση όλων των πτυχών του εαυτού, ακόμη και των πλέον πρωτόγονων και ενοχλητικών, την ανάπτυξη της συμπάθειας για τον εαυτό μας (και τους άλλους, καθώς προοδευτικά μειώνεται η ανάγκη να προβάλλουμε και να μεταθέτουμε στους άλλους τα δικά μας αρνητικά και αποκηρυγμένα προσωπικά χαρακτηριστικά) και τη διεύρυνση της ελευθερίας μας για την επίλυση παλαιών συγκρούσεων με νέους τρόπους.

Το πώς υποφέρει ένα άτομο αντικατοπτρίζει την οργάνωση της προσωπικότητάς του. Επίσης, το πώς ένας θεραπευτής θα μπορέσει να συμβάλει στην ανακούφιση από τον ψυχικό πόνο προϋποθέτει ευαισθησία για τις ατομικές διαφορές. Τόσο ο κάκτος όσο και ο κισσός θα μεγαλώσουν όταν τους παρέχουμε νερό και φως, αλλά ο κηπουρός που δεν εκτιμά τις διαφορές των δύο φυτών δεν θα τα βοηθήσει να φτάσουν σε πλήρη άνθηση.

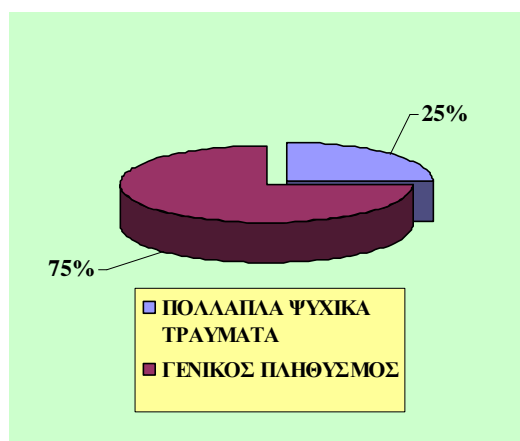
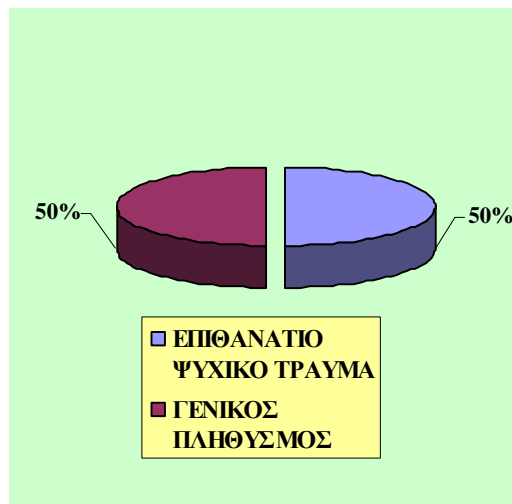
Η αναγνώριση της ποικιλομορφίας του βασικού χαρακτήρα των ανθρώπων είναι ένα θεμελιώδες στοιχείο για τη διεξαγωγή αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας, είτε το πρόβλημα έχει τις ρίζες του στο χαρακτήρα είτε όχι.

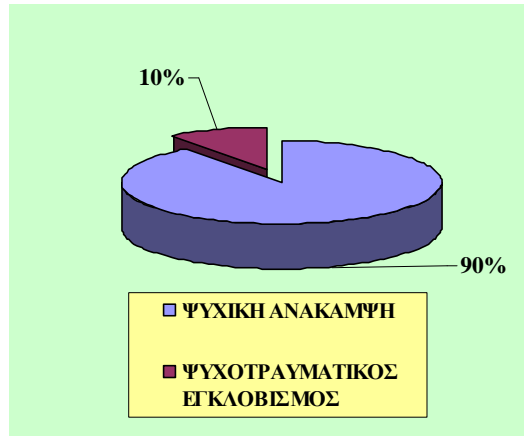
Όλοι διακατεχόμαστε από ισχυρούς παιδικούς φόβους και ανεκπλήρωτες επιθυμίες, τα οποία χειριζόμαστε με τις καλύτερες στρατηγικές άμυνας που έχουμε κάθε φορά στη διάθεσή μας. Αυτές τις μεθόδους αντιμετώπισης τις διατηρούμε, καθώς, με το πέρασμα του χρόνου, νέες απαιτήσεις αντικαθιστούν τα σενάρια της ζωής μας. Το αντικείμενο μιας ευαίσθητης ψυχολογικής διάγνωσης δεν είναι η αξιολόγηση του πόσο «άρρωστος» είναι κάποιος, ούτε ο καθορισμός του είδους των ανθρώπων που υπερβαίνουν το όριο αυτού που ορίζεται κοινωνικά ως φυσιολογικό. Είναι η

κατανόηση της ιδιαιτερότητας του ψυχικού πόνου και των χαρισμάτων κάθε ατόμου, ώστε ο θεραπευτής να είναι σε θέση να ανακουφίσει τον πόνο και να ενισχύσει το άτομο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΠΤΩΣΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Όταν φτάσει στο τέλος της ζωής του, ένα άτομο στα δύο (από τον γενικό πληθυσμό), έχει υποστεί ένα γεγονός που μπορεί να χαρακτηριστεί (ψυχικός) τραυματισμός, ένα πλήγμα που το έφερε κοντά στο θάνατο. Ένα άτομο στα τέσσερα έχει αντιμετωπίσει πολλά (ψυχικά) τραυματικά γεγονότα. Ένα άτομο στα δέκα δεν έχει καταφέρει να απαλλαγεί από τον ψυχοτραυματισμό του (έχουν υποστεί εγκλοβισμό). Πράγμα που σημαίνει ότι τα άλλα, παλεύοντας και εντασσόμενα στην κοινωνία, έχουν καταφέρει να ξαναράψουν τη διαρρηγμένη προσωπικότητα τους και να ξαναπάρουν τη θέση τους στην ανθρώπινη περιπέτεια (ψυχική ανάκαμψη).³





Σχήμα 1. Επιθανάτιο ψυχικό τραύμα,
2. Πολλαπλά ψυχικά τραύμα, 3. Ψυχική ανάκαμψη.

3.1 Η σοβαρότητα

Η σοβαρότητα ενός τραυματικού γεγονότος δεν μπορεί να μετρηθεί μόνο ποσοτικά, διότι αυτό οδηγεί σε λάθος σύγκριση μεταξύ των διαφόρων εμπειριών τρόμου. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το άτομο έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστεί βλάβη. Είναι οι περιπτώσεις όπου υφίσταται ξαφνική επίθεση, παγιδεύεται ή βρίσκεται εκτεθειμένο μέχρις εξαντλήσεως. Επίσης, μεγαλύτερο κίνδυνο βλάβης υπάρχει όταν το τραυματικό γεγονός περιλαμβάνει σωματική παραβίαση ή βλάβη, υπερβολική βία, ή όταν το άτομο υποχρεώνεται να παρακολουθήσει ένα βίαιο θάνατο. Σε κάθε μία από αυτές τις περιπτώσεις, κύριο χαρακτηριστικό του τραυματικού γεγονότος είναι ότι προκαλεί αδυναμία και τρόμο.²

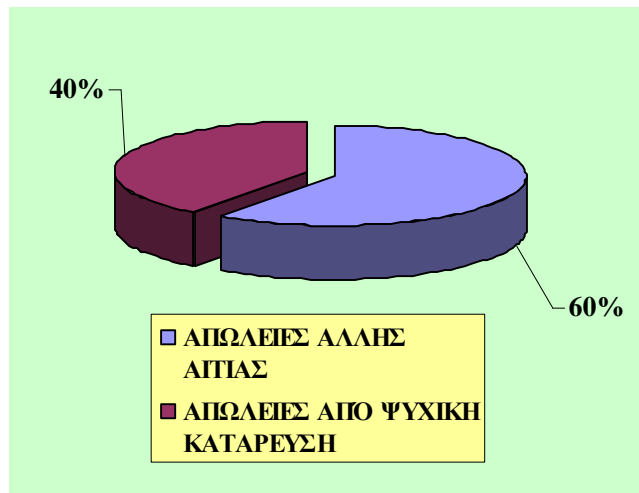
Κατά τη διάρκεια μίας μαζικής καταστροφής συναντάμε παράλληλα με τα σωματικά και τα ψυχολογικά τραύματα. Οι συνέπειες ενός ψυχολογικού τραύματος είναι τόσο σημαντικές που μακροπρόθεσμα μπορούν ακόμη και να ξεπεράσουν σε θνησιμότητα αυτές των σωματικών τραυμάτων για τα θύματα και τους διασώστες.

Πριν από την καταστροφή το κύριο συναίσθημα που διακατέχει τον πληθυσμό είναι η ανασφάλεια. Η κατάσταση γίνεται τραγικότερη στον πόλεμο. Κάθε σκέψη για πολεμική σύρραξη μεταμορφώνεται σε ένα ολοκαύτωμα με χιλιάδες νεκρούς και τραυματίες. Η ψυχοθεραπεία από τον επικείμενο πόλεμο αυξάνεται, επειδή ο ανθρώπινος νους δεν μπορεί να δικαιολογήσει αυτή την ξαφνική και μαζική απώλεια συνανθρώπων.

Στις φυσικές καταστροφές τα πράγματα είναι πιο εύκολα, γιατί ο άνθρωπος «δικαιολογεί» την καταστροφή σαν μία πράξη της μοίρας ή σαν αποτέλεσμα απλής τύχης. Σε άλλη περίπτωση, όταν αυτή η φυσική καταστροφή είναι επαναλαμβανόμενη, ο πληθυσμός προσαρμόζεται κοινωνικά. Και εκεί όμως δεν

λείπουν οι αντιδράσεις. Επειδή τα σημάδια της καταστροφής προϋπάρχουν (π.χ. τυφώνας), εντείνεται η ανησυχία και το άγχος και τα άτομα αντιδρούν ποικιλοτρόπως. Πολλοί αντιδρούν σαν να έγινε κιόλας η καταστροφή. Άλλοι γίνονται πιο δραστήριοι, ενώ μερικοί στη σκέψη της καταστροφής, χάνουν την αυτοπροστασία τους και οδηγούνται σε καταστολή. Όσο πλησιάζει η ώρα, τόσο η αντίδραση εντείνεται. Η μαζική υστερία που μπορεί να επακολουθήσει λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις και χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα της ειδικά σε περιπτώσεις που το αίτιο της μαζικής καταστροφής, όπως σε ένα περιστατικό με ραδιοβιολογικές-χημικές ουσίες (PBX) είναι άγνωστο τις (πρώτες ώρες), προκαλούν μεγάλες περιόδους αβεβαιότητας και κοινωνικού αναβρασμού, ακόμη και αν δεν υπάρχει σαφής κλινική, εργαστηριακή ή άλλου είδους επιβεβαίωση.⁶

Με τις καταστροφές του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η κοινή γνώμη αναγκάστηκε να επανέλθει στην πραγματικότητα του ψυχικού τραύματος.² Μαζί με τις άλλες καταστροφές που έφερε ο πόλεμος, διέλυσε και την ψευδαίσθηση της ανδρικής τιμής και δόξας από την συμμετοχή στον πόλεμο. Μεγάλος αριθμός ανδρών οι οποίοι ήταν συνεχώς εκτεθειμένοι στη φρίκη του πολέμου μέσα στα χαρακώματα, άρχισαν να καταρρέουν. Περιορισμένοι στα χαρακώματα, ανήμποροι, με τη συνεχή απειλή του θανάτου, υποχρεωμένοι να βλέπουν τον ακρωτηριασμό και το θάνατο των συντρόφων τους, χωρίς ελπίδα ανάπαυλας, πολλοί στρατιώτες άρχισαν να συμπεριφέροντε σαν υστερικές γυναίκες. Ούρλιαζαν και έκλαιγαν ανεξέλεγκτα. Πάγωναν και δεν μπορούσαν να κουνηθούν. Έχαναν τη φωνή τους, δεν αντιδρούσαν. Έχαναν τη μνήμη τους και τη δυνατότητα να αισθάνονται. Σύμφωνα με ένα υπολογισμό, οι απώλειες των Βρετανών στον πόλεμο οφείλονταν κατά 40% σε ψυχική κατάρρευση. Οι στρατιωτικές αρχές προσπάθησαν να αποκρύψουν τα ψυχιατρικά περιστατικά διότι αυτά επηρέαζαν τον πληθυσμό.²

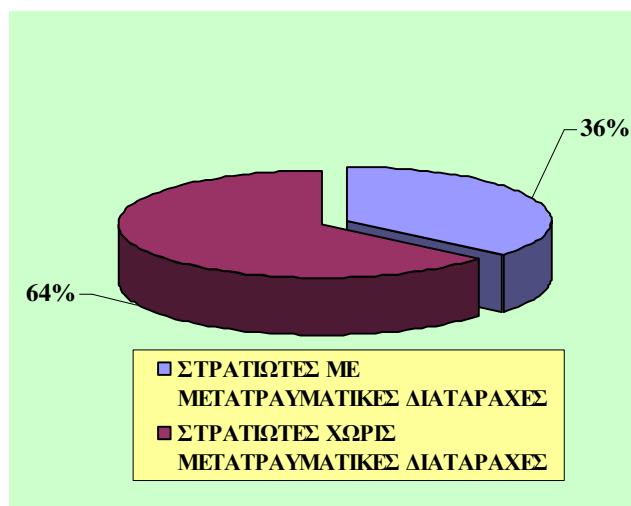


Σχήμα 4. Απώλειες Βρετανών στρατιωτών από ψυχική κατάρρευση.

Σύμφωνα με μία έκθεση, 80% των Αμερικανών πολεμιστών που υπέστησαν οξύ στρες κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, επέστρεψαν σε κάποια υπηρεσία, συνήθως μετά από μία εβδομάδα. Τελικά 30% επέστρεψαν σε μονάδες μάχης. Οι αρχές δεν έδωσαν μεγάλη προσοχή στην τύχη αυτών των ανθρώπων αφού επέστρεψαν στα σπίτια τους μετά τον πόλεμο. Εφόσον μπορούσαν να λειτουργούν έστω σε κάποιο ικανοποιητικό βαθμό, θεωρήθηκε ότι είχαν θεραπευτεί.²

Μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ, η Διοίκηση των Βετεράνων έδωσε εντολή για ολοκληρωμένες έρευνες σχετικά με τις επιπτώσεις που είχαν οι εμπειρίες του πολέμου πάνω στη ζωή των βετεράνων. Μία πεντάτομη μελέτη για την κληρονομιά του Βιετνάμ όριζε το σύνδρομο της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες και αποδείκνυε πέρα από κάθε αμφισβήτηση την άμεση σχέση του με την ενεργό συμμετοχή των ασθενών σε μάχες.²

Σε μία έρευνα σε εθνική κλίμακα (στην Αμερική) για την επανένταξη των βετεράνων του Βιετνάμ, έγινε σύγκριση στρατιωτών που πολέμησαν στο Βιετνάμ με στρατιώτες που δεν είχαν σταλεί στο πεδίο της μάχης, καθώς και με αντίστοιχο δείγμα πολιτών. Δεκαπέντε χρόνια μετά τον τερματισμό του πολέμου, πάνω από ένα τρίτο (36 %) των βετεράνων οι οποίοι είχαν συμμετάσχει σε σκληρές μάχες, εξακολουθούσαν να πάσχουν από διαταραχή μετα-τραυματικού στρες.²



Σχήμα 4. Βετεράνοι στρατιώτες μετά το τέλος του πολέμου.

3.2 Επίπτωση σε Επαγγελματίες Υγείας Επείγουσας Βοήθειας (EYEB)

Επαγγελματικό άγχος θεωρείται οποιαδήποτε κατάσταση κατά την οποία ένας ή περισσότεροι παράγοντες από τον χώρο της εργασίας διαταράσσουν την ψυχολογική ή σωματική ισορροπία του εργαζομένου. Το επαγγελματικό άγχος επηρεάζει την παραγωγή και την οικονομία, καθώς προκαλεί απουσίες, λάθη, οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα (αλκοολισμός, καρδιοπάθειες ή ψυχικές ασθένειες).⁷

Οι (EYEB) είναι ευάλωτοι από το stress της επαγγελματικής τους ζωής. Γι' αυτό πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του stress, ώστε τόσο η εργασία τους όσο και η ιδιωτική τους ζωή, να μην επηρεάζονται από αυτό. Τα σημεία και τα συμπτώματα του χρόνιου stress πιθανόν να μην είναι φανερά από την αρχή, γιατί τότε δεν είναι συνεχή ούτε έντονα. Η ύπαρξη μεγάλου stress φαίνεται από τα παρακάτω:

Ψυχοτραυματικά συμπτώματα σε (EYEB) :

1. Οξυθυμία.
2. Έλλειψη ενθουσιασμού (απάθεια).
3. Χρόνια κόπωση.

4. Αίσθημα ότι δεν γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους.
5. Αϋπνίες.
6. Υπερβολική κατανάλωση ποτών.
7. Λήψη ναρκωτικών.
8. Μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα.
9. Αλλαγή στην όρεξη.
10. Επιθυμία για παραίτηση από την εργασία.
11. Σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές).
12. Άκαμptos τρόπος σκέψης.

Οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να υποδηλώνει χρόνιο stress. Οι (EYEB) θα πρέπει να τα αναγνωρίσουν και να φροντίσουν να αντιμετωπίσουν την αιτία τους. Θα πρέπει να συζητήσουν με συναδέλφους τους, πολλοί από τους οποίους θα έχουν παρόμοιες εμπειρίες. Τέτοιες συζητήσεις ίσως είναι αρκετές για την επίλυση του προβλήματος, αφού ο (EYEB) θα καταλάβει πόσο κοινά είναι αυτά τα συμπτώματα. Εάν επιμένουν να γίνονται πιο έντονα, τότε ο (EYEB) θα ζητήσει επαγγελματική καθοδήγηση από ειδικό σύμβουλο ή από γιατρό. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του χρόνιου stress είναι πολύ σπουδαία, διότι η επίλυση τους είναι ευκολότερη. Παραμελημένα συμπτώματα stress θα συντελέσουν ώστε η επίλυσή να είναι πάρα πολύ δύσκολη.⁸

3.3. Αιτιολογία

Το τραυματικό σοκ εμφανίζεται όταν βιώνουμε απειλητικά για τη ζωή μας γεγονότα, που καταστέλλουν την ικανότητά μας να ανταποκριθούμε αποτελεσματικά.¹

Όταν έρθουμε αντιμέτωποι με μία εξαιρετικά στρεσογόνο εμπειρία όπως είναι μία φυσική καταστροφή, ή ένα σοβαρό ατύχημα, κινητοποιούνται όλες μας οι δυνάμεις για να την ξεπεράσουμε. Ως τραυματική μπορεί όμως να βιωθεί ακόμα και μία εμπειρία όπως μία δύσκολη γέννα, ή η απώλεια εργασίας. Αλλά και γενικότερα, ένα περιβάλλον από το οποίο η αγάπη απουσιάζει ή η απόρριψη κυριαρχεί είναι

πιθανό μακροπρόθεσμα να λειτουργήσει τραυματικά. Αν οι προσπάθειές μας να ξεπεράσουμε τα βιώματα αυτά δεν επαρκούν, τότε δημιουργούνται εσωτερικά «ρήγματα». Οι εμπειρίες εγγράφονται ανεξίτηλα στη μνήμη μας και προκαλούν «ψυχικά τραύματα».⁹

Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. (Στα παιδιά, ακόμα και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει τον σοβαρό τραυματισμό ή τον θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλος νεκρού ατόμου.¹⁰

Το να είναι κανείς μάρτυρας ενός ανθρώπινου μακελειού, ιδιαίτερα όταν αυτό συμβαίνει σε μόνιμη βάση, έχει το δικό του τίμημα και είναι συχνά το ίδιο τραυματικό όσο να το βιώνεις ο ίδιος.¹

Το γεγονός ότι η παραμονή στο νοσοκομείο και οι ιατρικές επεμβάσεις έχουν συνήθως τραυματικά αποτελέσματα προκαλεί έκπληξη σε πολλούς ανθρώπους. Οι τραυματικές συνέπειες από την παρατεταμένη παραμονή σε νοσοκομείο και ιδιαίτερα οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι συχνά μακρόχρονες και σοβαρές. Ακόμη και όταν το άτομο μπορεί να κατανοήσει ότι μία επέμβαση είναι απαραίτητη και παρόλο που βρίσκεται υπό αναισθησία καθώς ο χειρουργός κόβει σάρκα, μυς και οστά, όλα αυτά εγγράφονται στο σώμα του ως απειλητικό για τη ζωή του συμβάν. Στο «μοριακό επίπεδο» το σώμα αντιλαμβάνεται ότι υπέστη ένα πλήγμα αρκετά σοβαρό που το έθεσε σε θανάσιμο κίνδυνο. Νοητικά μπορεί μεν να πιστεύουμε στην επέμβαση, αλλά σε ένα αρχέγονο επίπεδο το σώμα μας δεν το πιστεύει. Σε ότι αφορά το τραύμα, η άποψη του ενστικτώδους νευρικού συστήματος έχει μεγαλύτερη βαρύτητα - πολύ μεγαλύτερη. Αυτό το βιολογικό δεδομένο εξηγεί σε μεγάλο βαθμό γιατί το χειρουργείο προκαλεί συχνά μία μετατραυματική αντίδραση.¹

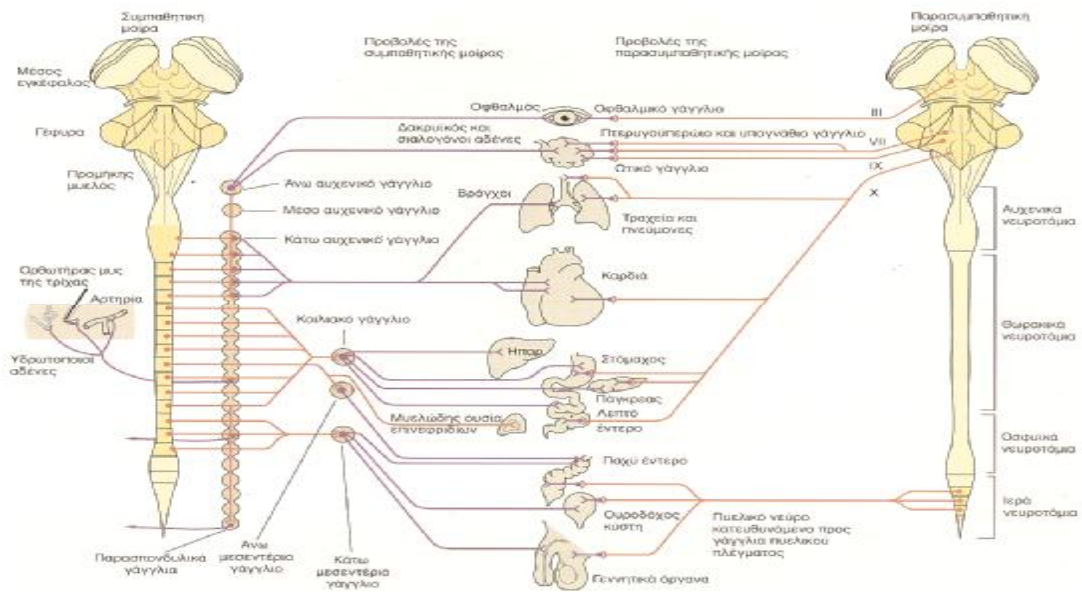
Οποσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ), είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς όμως, δεν παθαίνουν (ΔΜΨΣ) όλα τα άτομα που βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβάλουν και άλλοι παράγοντες. Ως τέτοιοι θεωρούνται η ηλικία του

ατόμου (τα παιδιά π.χ. είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό (θετικό για ΔΜΨΣ), εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι, τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΨΣ). Έτσι, (ΔΜΨΣ) μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο προδιαθεσικό γνώρισμα, εφόσον το στρεσογόνο γεγονός είναι ακραίου βαθμού.¹⁰

Καθοριστικός παράγοντας για την ψυχική βλάβη είναι η μορφή του ίδιου του τραυματικού γεγονότος. Μπροστά σε τραυματικά γεγονότα δεν παίζουν ρόλο τα ξεχωριστά χαρακτηριστικά της κάθε προσωπικότητας. Όσο πιο μεγαλύτερη διάρκεια έχει το τραυματικό γεγονός, τόσο μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού εκδηλώνει συμπτώματα διαταραχής μετα-τραυματικού στρες.²

3.4 Παθογενετικοί Μηχανισμοί :

Η σαφής γνώση της λειτουργίας του νευρικού συστήματος, μας βοηθά να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά του ατόμου, αφού η καλή ή η κακή λειτουργία των μερών από τα οποία αυτό αποτελείται μας καθορίζουν στην ουσία, τις οργανικές - αντανακλαστικές, αλλά και ψυχικές, ανώτερες δημιουργικές αντιδράσεις μας.¹¹



Εικόνα :1. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα.¹²

Οι φυσιολογικές μεταβολές οι οποίες συνοδεύουν τις συναισθηματικές καταστάσεις, εκδηλώνονται συνήθως με εφίδρωση, ξηρότητα του στόματος, σύσπαση του στομάχου, ταχεία αναπνοή, ταχύ καρδιακό ρυθμό και τάση των μυών. Οι περισσότερες από τις μεταβολές αυτές προκαλούνται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι κυρίως εκτελεστικό σύστημα. Με βάση τις λειτουργίες του - έλεγχος των λείων μυών, του καρδιακού μυός και των εξωκρινών αδένων - διαφέρει από το σωματοκινητικό σύστημα, το οποίο ελέγχει τους σκελετικούς μυς. Οι αρχές οι οποίες διέπουν την ανατομική οργάνωση τόσο του σωματικού όσο και του αυτόνομου κινητικού συστήματος, είναι όμοιες και τα δύο συστήματα λειτουργούν παράλληλα για να προσαρμόσουν το σώμα στις περιβαλλοντικές αλλαγές.

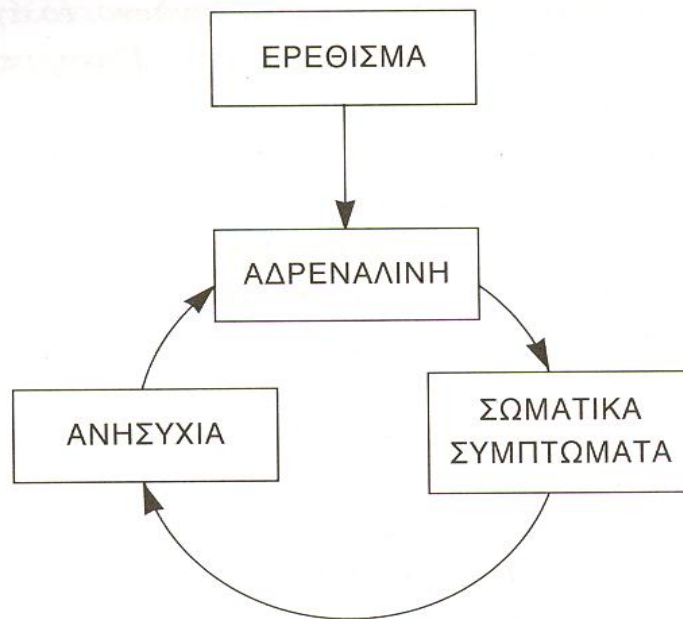
Παρ' όλα αυτά, τα δύο συστήματα διαφέρουν σε ένα σημαντικό σημείο: Οι περισσότερες κινήσεις που προκαλούνται από το σωματοκινητικό σύστημα, υπόκεινται στον έλεγχο της βούλησης, ενώ οι περισσότερες αυτόνομες προσαρμογές είναι αντανακλαστικές. Πράγματι, ο όρος αυτόνομος σημαίνει αυτορρυθμιζόμενος.

Επί πλέον, οι αυτόνομες προσαρμογές δεν είναι συνήθως συνειδητές. Για τον λόγο αυτόν, το αυτόνομο νευρικό σύστημα ονομάζεται συχνά ακούσιο κινητικό σύστημα, σε αντίθεση με το εκούσιο (σωματικό) κινητικό σύστημα. Εν τούτοις, οι διαφορές στον εκούσιο έλεγχο μεταξύ των δύο συστημάτων είναι σχετικές και όχι απόλυτες.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα διαιρείται σε τρεις κύριες μοίρες: στη συμπαθητική, στην παρασυμπαθητική και στην εντερική. Εδώ, το ενδιαφέρον μας εστιάζεται μόνο στις δύο πρώτες μοίρες (Εικόνα 1). Η συμπαθητική μοίρα ελέγχει την αντίδραση μάχης ή φυγής, ενώ η παρασυμπαθητική μοίρα εποπτεύει την ανάπαυση και την πέψη. Σε κατάσταση ανάγκης, το σώμα πρέπει να αντιδράσει σε μία αιφνίδια αλλαγή του εξωτερικού ή του εσωτερικού περιβάλλοντος, όπως σε μία μάχη, σε ένα αθλητικό αγώνισμα, σε σοβαρή αλλαγή θερμοκρασίας ή σε απώλεια αίματος. Για να αντιδράσουν με ταχύτητα στο εξωτερικό περιβάλλον, όπως π.χ. στον φόβο κατά την διάρκεια της μάχης, ο υποθάλαμος και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, προκαλούν αύξηση της συμπαθητικής επίδρασης στην καρδιά και στα άλλα σπλάγχνα, στα περιφερικά αγγεία και στους ιδρωτοποιούς αδένες, καθώς και στους ορθωτήρες μυς των τριχών και στους μυς του οφθαλμού. Ο αυξημένος κατά λεπτό όγκος αίματος, η μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος και της στάθμης της γλυκόζης του αίματος, καθώς και η μύση, επιτρέπουν ταχείες αντιδράσεις σε πιθανές ενοχλητικές εξωτερικές συνθήκες. Αντιθέτως, το παρασυμπαθητικό σύστημα διατηρεί τον βασικό καρδιακό ρυθμό, την αναπνοή και τον μεταβολισμό υπό φυσιολογικές συνθήκες.¹²

Πειράματα σε ζώα έδειξαν ότι όταν μέσα στο αίμα υπάρχει μεγάλη ποσότητα αδρεναλίνης και άλλων στρεσογόνων ορμονών τα ίχνη της μνήμης αποτυπώνονται βαθειά.²

Τα αποτελέσματα της έκκρισης αδρεναλίνης μετά από κάποιο ερέθισμα
(συμπτώματα) :



Σχεδιάγραμμα : 1.

1. Περισσότερο αίμα κατευθύνεται προς τον εγκέφαλο ούτως ώστε να αυξηθεί η ποσότητα του οξυγόνου. Αύξηση της πίεσης (πονοκέφαλοι, ημικρανίες, βούισμα στα αφτιά κ.λ.π.).
2. Ο μυϊκός τόνος αυξάνεται (προβλήματα εστίασης των ματιών, τρεμούλες, πιάσιμο του λαιμού και του κεφαλιού, μυϊκοί πόνοι, ρίγη, ανατριχίλες κ.λ.π.).
3. Το πεπτικό σύστημα διαταράσσεται (πεταλούδες του στομάχου, ναυτία, εμετός, στομαχικές κράμπες, στεγνό στόμα, δυσκολία στην κατάποση κ.λ.π.).
4. Διαταράσσεται η λειτουργία των εντέρων (διάρροια).
5. Οι πνεύμονες ανοίγουν για να πάρουν περισσότερο οξυγόνο (αίσθημα ασφυξίας, μείωσης της αναπνοής, καταναγκαστικός αναστεναγμός, τέντωμα του προσώπου, των χεριών ή όλου του σώματος κ.λ.π.).
6. Η καρδιά λειτουργεί γρηγορότερα για να στείλει αίμα και οξυγόνο στους μυς και στον εγκέφαλο (ταχυκαρδία).
7. Αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση, παραισθήσεις (το άτομο μπορεί να πιστέψει ότι σημαντικές αλλαγές πραγματοποιούνται είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά στο περιβάλλον: δεν αισθάνεται αληθινά τα πράγματα γύρω του, αισθήματα αποκοπής, ο κόσμος φαίνεται μακρινός κ.λ.π.).¹³

Το σώμα αντιδρά βαθύτατα στο τραύμα. Τεντώνεται όντας σε ετοιμότητα, σφίγγεται από φόβο, παγώνει και καταρρέει όταν το άτομο στέκεται αβοήθητο μπροστά στον τρόμο. Όταν αυτή η προστατευτική αντίδραση του νου επανέρχεται στο φυσιολογικό επίπεδο και η αντίδραση του σώματος αναμένεται να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας μετά το συμβάν. Όταν όμως αυτή η διαδικασία αποκατάστασης ανατρέπεται, οι συνέπειες του τραύματος παγιώνονται και το άτομο τραυματίζεται.¹

Αντιδρώντας στον κίνδυνο, ο οργανισμός μπορεί να παλέψει, να φύγει ή να παγώσει (ακινητοποιηθεί). Αυτές οι αντιδράσεις αποτελούν τμήμα ενός ενοποιημένου αμυντικού συστήματος. Όταν οι αντιδράσεις πάλης ή φυγής δεν είναι αποτελεσματικές, ο οργανισμός ενστικτωδώς συρρικνώνεται και κινείται προς την τελευταία επιλογή, την αντίδραση του παγώματος. Καθώς συρρικνώνεται, η ενέργεια που θα είχε εκφορτιστεί κατά την εφαρμογή των στρατηγικών της πάλης ή της φυγής, ενισχύεται και δεσμεύεται μέσα στο νευρικό σύστημα. Σε αυτή τη συναισθηματική και αγχώδη κατάσταση, η ματαιωθείσα αντίδραση πάλης μεταβάλλεται σε έκρηξη οργής, η ματαιωθείσα αντίδραση φυγής δίνει τη θέση της στην ανημπόρια.¹

3.5. Διάγνωση

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της (ΔΜΨΣ) είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλουν και ταρασσουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μία αίσθηση απομάκρυνσης/ αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος,

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV^(*) της (ΔΜΨΣ) παρουσιάζονται παρακάτω.

(*DSM-IV είναι οδηγός διαγνωστικής και στατιστικής μέτρησης των ψυχικών διαταραχών, που έχει δημιουργηθεί από την ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ.)

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες.

1. Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:
 - I. Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων.
 - II. Η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθημα ανημπόριας ή τρόμο/φρίκη. **Σημείωση:** Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά.

2. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους:
 - I. Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλουν και προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. **Σημείωση:** Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται επαναλαμβανόμενα παιχνίδια στα οποία εκφράζονται θέματα ή πτυχές που αφορούν το τραύμα.
 - II. Επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. **Σημείωση:** Σε παιδιά μπορεί να υπάρχουν τραυματικά όνειρα χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.
 - III. Το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (περιλαμβάνει αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικά flashback επεισόδια, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν στην αφύπνιση ή όταν το άτομο βρίσκεται σε τοξίκωση). **Σημείωση:** Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται ειδικά σχετιζόμενες με το τραύμα αναπαραστάσεις.
 - IV. Έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
 - V. Φυσιολογική αντιδραστικότητα (διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος) κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
3. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής απαντητικότητας (που δεν είναι παρόντα πριν το τραύμα), όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:
 - I. Προσπάθειες ν' αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα.
 - II. Προσπάθειες ν' αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος.
 - III. Ανικανότητα να θυμηθεί μία σημαντική πλευρά του τραύματος.
 - IV. Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες.

- V. Αίσθημα απομάκρυνσης/ αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους.
 - VI. Περιορισμένο εύρος συναισθήματος (π.χ. ανικανότητα του ατόμου να έχει συναισθήματα αγάπης).
 - VII. Αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος (π.χ. το άτομο δεν περιμένει ότι θα κάνει καριέρα, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μία φυσιολογική διάρκεια ζωής).
4. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας (που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα) όπως φαίνεται από δύο (περισσότερα) από τα παρακάτω:
- I. Δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος(η).
 - II. Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού.
 - III. Δυσκολία στη συγκέντρωση.
 - IV. Υπερεπαγρύπνηση.
 - V. Αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.
5. Η διάρκεια της διαταραχής (συμπτώματα στα Κριτήρια 2, 3 και 4) είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα.
6. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε αν:

Οξεία: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη από 3 μήνες.

Χρόνια: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 3 μήνες ή περισσότερο.

Προσδιορίστε αν:

Με Καθυστερημένη Έναρξη: αν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι τουλάχιστον 6 μήνες μετά το στρεσογόνο γεγονός.¹⁰

3.6. Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της Διαταραχής Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες θα γίνει από:

Διαταραχή της προσαρμογής. Στη διαταραχή αυτή δεν πληρούνται, βέβαια, τα κριτήρια για (ΔΜΨΣ) και επίσης ο τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας δεν είναι ακραίος (π.χ. απώλεια εργασίας, εγκατάλειψη από σύζυγο).

Συμπτώματα αποφυγής, μουδιάσματος και αυξημένης διεγερσιμότητας, που είναι παρόντα πριν την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα. Η διάγνωση δεν μπορεί να είναι (ΔΜΨΣ) και ο κλινικός θα οδηγηθεί στη διάγνωση άλλων διαταραχών π.χ. διαταραχή της διάθεσης ή άλλης αγχώδους διαταραχής όπως γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ή διαταραχή πανικού. Από την άλλη μεριά αν η κλινική απάντηση του ατόμου στον ακραίο στρεσογόνο παράγοντα πληροί τα κριτήρια για **άλλη ψυχική διαταραχή** (π.χ. βραχεία ψυχωτική διαταραχή, διαταραχή μετατροπής, μείζων καταθλιπτική διαταραχή), τότε θα πρέπει να δοθεί η διάγνωση αυτή αντί ή επιπρόσθετα με τη διάγνωση της ΔΜΨΣ.

Διαταραχή από οξύ στρες. Θα δ.δ από τη (ΔΜΨΣ) με βάση το ότι η συμπτωματολογία παρουσιάζεται μέσα σε 4 εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός και υποχωρεί μέσα σε μία περίοδο 4 εβδομάδων. Αν, βέβαια, τα συμπτώματα επιμένουν περισσότερο από 1 μήνα και πληρούν τα κριτήρια για (ΔΜΨΣ), τότε η διάγνωση αλλάζει σε (ΔΜΨΣ).

Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. Σ' αυτή υπάρχουν επαναλαμβανόμενες σκέψεις που εισβάλλουν, όμως βιώνονται ως ακατάλληλες και δεν συνδέονται με κάποιο τραυματικό γεγονός.

Σχιζοφρένεια, άλλες ψυχωτικές διαταραχές, διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία, παραλήρημα, διαταραχές προκαλούμενες από ουσίες, ψυχωτικές διαταραχές οφειλούμενες σε γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. τραύμα κεφαλής). Τα φαινόμενα διαταραχής της αντίληψης στη (ΔΜΨΣ) (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, flashbacks) πρέπει να δ.δ από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις των

διαταραχών αυτών, με βάση , βέβαια, την υπόλοιπη κλινική εικόνα της κάθε διαταραχής.

Υπόκριση. Θα πρέπει να αποκλεισθεί, εφόσον υπάρχουν στο προσκήνιο οικονομικές ή άλλες διεκδικήσεις.¹⁰

3.7. Συμπτωματολογία

Τα πολλά συμπτώματα της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες. Ονομάζονται **υπερδιέγερση (hyperearousal), παρεμβολή (intrusion) και συρρίκνωση (constriction)**. Η υπερδιέγερση υποδηλώνει την συνεχή αναμονή κινδύνου. Η παρεμβολή δείχνει την ανεξίτηλη σφραγίδα του τραυματικού γεγονότος. Η συρρίκνωση δείχνει την αντίδραση μουδιάσματος που σημαίνει ότι το άτομο παραδίδεται, ότι καταθέτει τα όπλα.²

Υπερδιέγερση :

Μετά από ένα τραυματικό γεγονός, το ανθρώπινο σύστημα αυτοάμυνας φαίνεται να βρίσκεται σε συνεχή συναγερμό, σαν να πρόκειται ο κίνδυνος να επανέλθει οποιαδήποτε στιγμή. Η σωματική διέγερση συνεχίζεται αδιάπτωτη. Σ' αυτή την κατάσταση υπερδιέγερσης, που είναι και το πρώτο κύριο σύμπτωμα της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες, το τραυματισμένο άτομο ξαφνιάζεται εύκολα, αντιδρά με εκνευρισμό σε ασήμαντες προκλήσεις, κοιμάται ανήσυχα.²

Άτομα με διαταραχή μετα-τραυματικού στρες δυσκολεύονται να κοιμηθούν, είναι πιο ευαίσθητα στη φασαρία και ξυπνούν συχνότερα κατά τη νύχτα. Πιθανών τα τραυματικά γεγονότα ρυθμίζουν ξανά από την αρχή το ανθρώπινο νευρικό σύστημα.²

Παρεμβολή :

Αφού περάσει ο κίνδυνος, για πολύ καιρό το τραυματισμένο άτομο ξαναζεί το γεγονός σαν να συμβαίνει συνεχώς στο παρόν. Δεν μπορεί να ξαναβρεί το φυσιολογικό ρυθμό της ζωής του, διότι το τραύμα παρεμβαίνει επανειλημμένα. Είναι σαν ο χρόνος να έχει σταματήσει στη στιγμή του τραύματος. Η τραυματική στιγμή καταγράφεται σε μία αφύσικη μορφή μνήμης, η οποία έρχεται αυθόρμητη στη

συνείδηση τόσο σαν στιγμιαία αναδρομή στο παρελθόν (flashback) κατά την εγρήγορση, όσο και σαν τραυματικός εφιάλτης κατά τον ύπνο. Μικρές, φαινομενικά ασήμαντες υπενθυμίσεις μπορούν να ξαναφέρουν αυτές τις αναμνήσεις, οι οποίες συχνά επανέρχονται με όλη τη ζωντάνια και τη συγκινησιακή ένταση του αρχικού γεγονότος.²

Συρρίκνωση :

Όταν ένα άτομο είναι τελείως ανίσχυρο, όταν θεωρεί ότι οποιαδήποτε μορφή αντίστασης είναι άσκοπη, τότε είναι πιθανό να καταθέσει τα όπλα. Το σύστημα αυτοάμυνας διακόπτεται τελείως. Το ανίσχυρο άτομο ξεφεύγει από την κατάσταση όχι ενεργώντας μέσα στην πραγματικότητα, αλλά τροποποιώντας την συνειδησιακή κατάσταση. Ανάλογες καταστάσεις παρατηρούνται σε ζώα που «παγώνουν», όταν υφίστανται επίθεση.²

Αυτές οι τροποποιημένες καταστάσεις βρίσκονται στο κέντρο της συρρίκνωσης ή του μουδιάσματος, που είναι το τρίτο σημαντικό σύμπτωμα της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες. Κάποτε οι καταστάσεις αναπόφευκτου κινδύνου μπορεί να προκαλέσουν όχι μόνο τρόμο και οργή, αλλά παραδόξως, μία κατάσταση αποσυνδεδεμένης γαλήνης, στην οποία ο τρόμος, η οργή και ο πόνος διαλύονται.

Αυτές οι μεταβολές στην αντίληψη συνδυάζονται με ένα αίσθημα αδιαφορίας, με συγκινησιακή αποσύνδεση, με βαθειά παθητικότητα, κατά την οποία το άτομο παραιτείται από κάθε πρωτοβουλία και αγώνα. Αυτή η τροποποιημένη συνειδησιακή κατάσταση ίσως είναι μία μικρή ευεργεσία της φύσης, μία προστασία από αφόρητο πόνο.²

Ψυχοσωματικά συμπτώματα

Τα τραυματικά συμπτώματα δεν επηρεάζουν μόνο τη συναισθηματική και την ψυχική μας κατάσταση, αλλά και τη σωματική μας υγεία. Όταν δεν υπάρχει τίποτε που να εξηγεί μία σωματική ασθένεια, το στρες και το τραύμα είναι οι δύο πιθανές αιτίες. Το τραύμα μπορεί να είναι η αιτία για το ότι ο ασθενής δεν βλέπει, δεν μιλάει ή δεν ακούει. Μπορεί να καταλήξει σε χρόνιους πόνους στον αυχένα και στην πλάτη, να προκαλέσει ένα μόνιμο σύνδρομο κόπωσης, βρογχίτιδα, άσθμα, γαστρεντερικά προβλήματα, σοβαρό σύνδρομο εμμηνόπαυσης, ημικρανίες και ένα πλήθος από τις επονομαζόμενες «ψυχοσωματικές καταστάσεις». Οποιοδήποτε φυσικό σύστημα είναι ικανό να δεσμεύσει τη μη εκφορτισμένη διέγερση που προκλήθηκε από το τραύμα, αποτελεί εύκολο στόχο. Η παγιδευμένη ενέργεια θα χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε πλευρά της φυσιολογίας μας είναι διαθέσιμη.¹

3.8 Θεραπεία

Η λύση του προβλήματος έγκειται στη διερεύνηση της γνώσης μας για το πώς θα θεραπεύσουμε το τραύμα.

Μέχρι να κατανοήσουμε ότι τα τραυματικά συμπτώματα ανήκουν στη σφαίρα της φυσιολογίας και της ψυχολογίας, θα είμαστε αξιοθρήνητα ανεπαρκείς στις προσπάθειές μας να τα θεραπεύσουμε. Η ουσία του ζητήματος είναι η ικανότητά μας να αναγνωρίσουμε ότι το τραύμα αντιπροσωπεύει ζωώδη ένστικτα που ακολουθούν λανθασμένη πορεία. Όταν τιθασευτούν αυτά τα ένστικτα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το συνειδητό νου για να μεταμορφώσουν τα τραυματικά συμπτώματα σε ευ ζην.¹

Είναι απαραίτητο το κάθε άτομο να ανακαλύψει τρόπους αποφυγής ή μείωσης του άγχους, ώστε να μην επηρεάζεται η εργασία και η ζωή του. Η γυμναστική, η σωστή διατροφή, οι μηχανισμοί υποστήριξης, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι και συνάδελφοι, ακόμα και η συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης αντιμετώπισης του στρες (τεχνικές χαλάρωσης και αναπνοές). Είναι μερικοί τρόποι που συνιστώνται για την αντιμετώπισή του.⁷

Η θεραπευτική προσέγγιση στη (ΔΜΨΣ) μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή.

ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ :

Drug therapy–φαρμακοθεραπεία. Η χρήση χημικών ουσιών στη θεραπεία μίας νόσου. Είναι επίσης γνωστή σαν χημειοθεραπεία (**chemotherapy**).⁵

Περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της ΜΑΟ ή νεότερα αντικαταθλιπτικά (π.χ. ΕΑΕΣ). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τα flashbacks, τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες κι έτσι να βελτιώσουν τον ύπνο και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν υπάρχει και κατάθλιψη, μπορούν να βοηθήσουν φυσικά και την κατάθλιψη. Αν υπάρχουν επιπλέον και ψυχωτικά στοιχεία, τότε χορηγούνται και αντιψυχωτικά. Έχει αναφερθεί ότι η προπρανολόλη ή η κλονιδίνη μπορούν να ελαττώσουν τη διεγερσιμότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος.⁹

Τα φάρμακα μπορεί να είναι χρήσιμα για να εξοικονομηθεί χρόνος, έτσι ώστε το τραυματισμένο άτομο να ανακτήσει την ισορροπία του. Αν όμως χρησιμοποιούνται για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα προκειμένου να καταστείλουν την εξισορροπητική αντίδραση του σώματος στο στρες, τότε παρεμποδίζουν τη θεραπεία.¹

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ :

Psychotherapy - ψυχοθεραπεία. Μορφή θεραπείας των ψυχικών νόσων και των συμπεριφορικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μία συμφωνία συνεργασίας με τον άρρωστο και μέσω μίας καθορισμένης θεραπευτικής επικοινωνίας – λεκτικής και μη λεκτικής – επιχειρεί ν' ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, ν' αντιστρέψει ή να μεταβάλει τους δυσπροσαρμοστικούς τύπους συμπεριφοράς και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας.⁵

Είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα συναισθηματικής διάθεσης. Αποσκοπεί στη μείωση ή εξάλειψη των συμπτωμάτων, την τροποποίηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς και

στην προαγωγή της θετικής ανάπτυξης της προσωπικότητας του διαταραγμένου ατόμου. Επιπλέον, επειδή η ψυχοθεραπεία αποβλέπει και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής κάθε ατόμου και όχι μόνο αυτού που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα, η σύγχρονη ψυχοθεραπεία προτείνει ότι ο όρος «ασθενής» πρέπει να εξαλειφθεί από το λεξιλόγιο της και να αντικαταστεί από τους όρους «άτομο», «πελάτης», «θεραπευμένος» κ.λ.π.

Οι σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές τάσεις είναι προϊόν συγκεκριμένων θεωρητικών προσεγγίσεων (σχολές) σχετικά με τη φύση και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Οι σχολές ψυχοθεραπείας αναπτύχθηκαν κυρίως τα τελευταία χρόνια και συμπεριέλαβαν στους κόλπους τους πολλά και διαφορετικά μοντέλα και παραλλαγές.¹⁴

Behavior therapy - θεραπεία συμπεριφοράς. Τύπος ψυχιατρικής θεραπείας που εστιάζεται στη φανερή και αντικειμενικά παρατηρούμενη συμπεριφορά και χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές που προέρχονται από τη θεωρία της μάθησης για να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του ασθενή άμεσα. Η θεραπεία συμπεριφοράς στοχεύει αποκλειστικά στη συμπτωματική βελτίωση χωρίς ν' απευθύνεται στην πιθανή ψυχοδυναμική αιτιολογία.⁵

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην άμεση παρατήρηση των ερεθισμάτων, *stimules*, που προκαλούν και ενισχύουν την αντίδραση, *response* και εξετάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά σαν αντίδραση στα ερεθίσματα (παράγοντες και συνθήκες) που την ελέγχουν και την επηρεάζουν, καταλήγοντας σε νόμους οι οποίοι μπορούν να προκαθορίσουν την αντίδραση ενός ατόμου σε γνωστά ερεθίσματα.¹¹

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με (ΔΜΨΣ) που αποφεύγουν φοβικά ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Έτσι, συστηματικά απευαισθητοποίηση, έκθεση *in vitro* (απότομη ή κλιμακωτή) ή συνδυασμός τους μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Τεχνικές χαλάρωσης ή γνωστικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους.¹⁰

Psychodynamics - ψυχοδυναμική θεραπεία. Η συστηματική γνώση και θεωρία των ψυχικών δυνάμεων και κινήτρων που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και την ψυχική δραστηριότητα. Έμφαση δίνεται στο ρόλο των

ασυνείδητων κινήτρων σαν αιτίου της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς και στη λειτουργική σημασία των συναισθημάτων. Η ψυχοδυναμική θεωρεί ότι η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τα βιώματα του παρελθόντος, τη γενετική ιδιοσυστασία και την τρέχουσα πραγματικότητα.⁵

Η ψυχοδυναμική θεραπεία επίσης μπορεί να βοηθήσει. Κατ' αρχήν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί ίσως και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα. Σε πιο χρόνια (ΔΜΨΣ) αρχικά εφαρμόζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και κατόπιν πιο αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με στόχο να βοηθήσει το άτομο να επανεκτιμήσει το τραυματικό γεγονός και να το αφομοιώσει, αντιμετωπίζοντας τα παθολογικά στοιχεία της αυτοϋποτίμησης, της ανημπόριας ή της ενοχής, της εχθρικότητας του άλλου κόσμου, της έλλειψης νοήματος στη ζωή κτλ. Μερικές φορές μπορεί να βοηθήσει και η ύπνωση ή η συνέντευξη με αμυτάλη (ενδοφλέβια χορήγηση νατριούχου αμοβαρβιτάλης).¹⁰

Psychoanalysis - ψυχανάλυση. Θεωρία της ψυχολογίας της ανθρώπινης συμπεριφοράς, μέθοδος έρευνας και σύστημα ψυχοθεραπείας, που αναπτύχθηκε αρχικά από τον Freud. Με τη χρήση του ελεύθερου συνειρμού και μέσα από την ανάλυση και την ερμηνεία των ονείρων, της αντίστασης και της μεταβίβασης συναισθήματα και συμπεριφορά αποδίδονται στην επίδραση στο ασυνείδητο απωθημένων ενορμήσεων και των αμυντικών μηχανισμών εναντίον τους. Η ψυχαναλυτική θεραπεία προσπαθεί να εξαλείψει ή να μειώσει τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα ασυνείδητων συγκρούσεων καθιστώντας τον ασθενή ενήμερο της ύπαρξης και προέλευσης τους καθώς και της απρόσφορης έκφρασής τους στα τρέχοντα συναισθήματα και συμπεριφορά. Η ψυχανάλυση είναι επίσης γνωστή σαν ανάλυση σε βάθος (**analysis in depth**).⁵

Η ψυχανάλυση είναι μία ιδιαίτερη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που συνδέει την κατανόηση της προσωπικότητας του ατόμου με τα ψυχοπαθολογικά του συμπτώματα και αποσκοπεί στο να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές διαταραχές που εκδηλώνει το άτομο.¹⁴

Group psychotherapy - ομαδική ψυχοθεραπεία. Εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών τεχνικών σε ομάδα ασθενών που χρησιμοποιεί τις διαντιδράσεις

μεταξύ των μελών για να επιφέρει αλλαγές στη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά των διαφόρων μελών.⁵

Η Ομαδική ψυχοθεραπεία προσφέρει μία μοναδική ευκαιρία στους ασθενείς να μοιραστούν τις δυσκολίες τους με τα άλλα μέλη, να αντλήσουν την αναγκαία υποστήριξη και ενθάρρυνση, να εκφράσουν απωθημένα συναισθήματα, να προχωρήσουν σε αναγκαίες αλλαγές του τρόπου ζωής τους, να μάθουν να σχετίζονται δημιουργικά και αποτελεσματικά με το οικογενειακό, επαγγελματικό και φιλικό περιβάλλον και να συνεργάζονται καλύτερα με τους θεράποντες στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα.¹⁵

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες ή παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες (αιχμάλωτοι πολέμου, βετεράνοι, επιζώντες μεγάλων ατυχημάτων ή φυσικών καταστροφών).¹⁰

3.9. Πρόγνωση

Επειδή όλα τα τραύματα εκδηλώνονται μέσα στη ζωή και επειδή η ζωή ανανεώνεται διαρκώς, μέσα σε κάθε τραύμα ενυπάρχει και ο σπόρος της ίασης και της ανανέωσης. Τη στιγμή που το δέρμα μας κόβεται ή τρυπιέται από ένα ξένο αντικείμενο, παρατηρούμε μία μεγαλειώδη και συγκεκριμένη σειρά βιοχημικών γεγονότων την οποία έχει «ενορχηστρώσει» η εξελικτική σοφία. Το σώμα είναι έτσι φτιαγμένο ώστε να ανανεώνεται μέσα από συνεχή αυτοδιόρθωση. Αυτές οι ίδιες αρχές ισχύουν για τη θεραπεία της ψυχής και του πνεύματος.¹

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανόμενης και της παιδικής. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες μετά το τραυματικό γεγονός, αν και μπορεί να υπάρξει και καθυστέρηση μηνών (ή και χρόνων) πριν εμφανισθούν (προσδιοριστής με καθυστερημένη έναρξη = καθυστέρηση τουλάχιστον 6 μηνών). Συχνά, η διαταραχή αρχικά πληροί τα κριτήρια για διαταραχή από οξύ στρες. Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλλει (προσδιοριστές οξεία/χρόνια με διαχωριστικό όριο τους 3 μήνες). Στο μισό περίπου των περιπτώσεων υπάρχει πλήρης ανάρρωση μέσα σε 3 μήνες. Πολλές άλλες, όμως, περιπτώσεις διαρκούν περισσότερο από 12 μήνες κι άλλες για 30 και 40 χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις ιδιαίτερα μετά από στρες. Καλά προγνωστικά σημεία είναι η ταχεία έναρξη των συμπτωμάτων, η καλή

προνοσηρή λειτουργικότητα, τα επαρκή οικογενειακά και κοινωνικά στηρίγματα και η απουσία ψυχιατρικής ή σωματικής παθολογίας.¹⁰

Σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη, το τραύμα μπορεί να θεραπευτεί. Και μάλιστα δεν είναι ότι απλώς μπορεί να θεραπευτεί, αλλά σε πολλές περιπτώσεις αυτό επιτυγχάνεται χωρίς ατελείωτες ώρες θεραπείας, χωρίς την οδυνηρή αναβίωση αναμνήσεων και χωρίς να υπάρχει ανάγκη για συνεχή φαρμακευτική αγωγή. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι δεν είναι ούτε απαραίτητο ούτε δυνατόν να αλλάξουμε τα γεγονότα του παρελθόντος. Τα συμπτώματα ενός παλιού τραύματος είναι δείγματα δεσμευμένης ενέργειας και «χαμένων μαθημάτων». Για το παρελθόν δεν έχει σημασία πότε μαθαίνουμε το πώς να είμαστε παρόντες, κάθε στιγμή είναι νέα και δημιουργική. Πρέπει μόνο να θεραπεύσουμε τα τρέχοντα συμπτώματα και να προχωρήσουμε.¹

3.10 Αποκατάσταση

Τα τραυματικά συμπτώματα δεν οφείλονται σε αυτό καθαυτό το γεγονός που το προκαλεί. Πηγάζουν από το παγωμένο κατάλοιπο της ενέργειας που δεν διαλύθηκε και δεν εκφορτίστηκε, αυτό το κατάλοιπο παραμένει παγιδευμένο στο νευρικό μας σύστημα και μπορεί να καταστρέψει το σώμα και το πνεύμα μας. Τα μακροπρόθεσμα, ανησυχητικά και συχνά παράξενα μετατραυματικά συμπτώματα, αναπτύσσονται όταν δεν μπορούμε να ολοκληρώσουμε τη διαδικασία εισόδου, παραμονής και εξόδου από την κατάσταση της «ακινήσιας» ή του «ξεπαγώματος». Παρ' όλα αυτά, μπορούμε να επιτύχουμε το «ξεπάγωμά» μας, ενεργοποιώντας και ενθαρρύνοντας την έμφυτη παρόρμησή μας να επιστρέψουμε σε μία κατάσταση δυναμικής ισορροπίας.¹

Ένας απειλούμενος άνθρωπος πρέπει να εκφορτίσει όλη την ενέργεια που επιστρατεύτηκε για την αντιμετώπιση αυτής της απειλής, αλλιώς θα γίνει θύμα του τραύματος. Αυτό το κατάλοιπο της ενέργειας δεν φεύγει έτσι απλά. Παραμένει στο σώμα και συχνά καταλήγει στη δημιουργία μίας ευρείας ποικιλίας συμπτωμάτων - για παράδειγμα, άγχος, κατάθλιψη, ψυχοσωματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Αυτά τα συμπτώματα είναι ο τρόπος του οργανισμού να συγκρατεί (ή να περιορίζει) το κατάλοιπο της ενέργειας που δεν έχει εκφορτιστεί.¹

Υποφέρουμε όταν είμαστε ανήμποροι να εκφορτίσουμε την ενέργεια που είναι παγιδευμένη λόγω της αντίδρασης του παγώματος. Ο τραυματισμένος βετεράνος, η γυναίκα που υπέστη βιασμό, το κακοποιημένο παιδί, όλοι έχουν έρθει αντιμέτωποι με συντριπτικές καταστάσεις. Εάν δεν καταφέρουν να προσανατολιστούν και να επιλέξουν ανάμεσα στην πάλη και τη φυγή, θα παγώσουν ή θα καταρρεύσουν. Εκείνοι που έχουν την ικανότητα να αποφορτίσουν αυτή την ενέργεια θα ανακτήσουν την ισορροπία τους.¹

Η ίαση δεν απαιτεί αναγκαστικά περίπλοκα φάρμακα, σύνθετες μεθόδους ή πολλές ώρες θεραπείας. Όταν κατανοήσουμε πως διαμορφώνεται το τραύμα και όταν μάθουμε να αναγνωρίζουμε τους μηχανισμούς που εμποδίζουν την εξάλειψή του, (τότε) θα αρχίσουμε επίσης να αναγνωρίζουμε τους τρόπους με τους οποίους ο οργανισμός μας επιχειρεί να θεραπευτεί.¹

3.11 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Πάβλου Παύλου

Ταγματάρχη Μηχανικού

M.A in Cognitive, Developmental and Educational Psychology

Εισαγωγή

Το μετατραυματικό στρες (posttraumatic stress disorder – PTSD), είναι μια διαταραχή άγχους που μπορεί να παρουσιαστεί σε άτομα που βίωσαν επικίνδυνες τραυματικές εμπειρίες. Περίπου 15-25% των ατόμων αυτών, αναπτύσσουν την εν λόγω διαταραχή, αλλά τα ποσοστά που επικρατούν τελικά, είναι πιθανόν μεγαλύτερα ή μικρότερα, αναλόγως της φύσης και της έντασης του γεγονότος. Οι επιβιώσαντες τέτοιων επικίνδυνων γεγονότων με έντονο ψυχολογικό τραύμα, βρίσκονται σε μεγάλο ρίσκο για ανάπτυξη άλλων ψυχολογικών διαταραχών όπως κατάθλιψη, διαταραχές πανικού, γενική αγχώδες διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, καθώς και μόνιμη ανησυχία και αγωνία που δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια συγκεκριμένων ψυχολογικών διαταραχών. Είναι επίσης σε κίνδυνο για ανάπτυξη σωματικών συμπτωμάτων και φυσικών παθήσεων κυρίως υπερέντασης, άσθματος, χρόνια σύνδρομο πόνου και

ψυχοσωματικές παθήσεις που εμφανίζονται ξεχωριστά ή παράλληλα με την διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ωστόσο, είναι πολύ πιο συνηθισμένο για άτομα που υποβάλλονται σε έκθεση τραυματικού άγχους, να μην αναπτύξουν καμιά ψυχολογική πάθηση μεταξύ των οποίων και διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Είναι πολύ φυσικό για πρόσωπα που εκτίθενται σε κάποιο τραύμα, να αντιμετωπίσουν συμπτώματα όπως κατάθλιψη, άγχος, εφιάλτες ή επανάληψη των φοβερών εικόνων του συμβάντος. Ωστόσο, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αυτά τα συμπτώματα μειώνονται διαχρονικά και η παρουσία τους δεν συνιστά ψυχιατρικές παθήσεις. Εντούτοις, σε μια μειοψηφία ατόμων, τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες που αναπτύσσονται αμέσως μετά από το έντονο τραύμα, δεν μειώνονται. Εάν συμπτώματα αναπτύσσονται για πολλούς μήνες (ή χρόνια), μπορεί να διαγνωσθεί χρόνιο μετατραυματικό στρες. Κάποιοι αναπτύσσουν μετατραυματικό στρες εβδομάδες ή και χρόνια μετά, ακόμα και αν δεν παρουσίασαν συμπτώματα του αμέσως μετά το συμβάν. Για τα πρόσωπα αυτά, το μετατραυματικό στρες μπορεί να είναι μια χρόνια ασθένεια ή απενεργοποίηση που συνεπάγεται σημαντικό οικονομικό κόστος για τα άτομα αυτά αλλά και την κοινωνία. Οι διαχρονικές συνέπειες του μετατραυματικού στρες περιλαμβάνουν απουσίες από τους χώρους εργασίας, μειωμένη παραγωγικότητα, απώλεια της απασχόλησης και αυξημένη χρησιμοποίησης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης λόγω της ψυχικής και σωματικής αναπηρίας. Σε αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση, θα γίνει προσπάθεια για παράθεση πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εξελίχθηκε, τον κλινικό ορισμό – συνοσηρότητα, επιδημιολογία, ανάπτυξη (παράγοντες κινδύνου, προστασίας, ανθεκτικότητα), εξελικτική πορεία, αιτιολογία (γνωστικό – βιολογικό μοντέλο), πρόληψη – παρέμβαση, συμπεράσματα και μελλοντικές μελέτες που αφορούν το μετατραυματικό στρες.

Ιστορικό – Κοινωνικό Πλαίσιο

Παρά το γεγονός ότι η ιδέα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες υιοθετήθηκε επίσημα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 1980, το φαινόμενο αναφέρθηκε σε ιστορικές και λογοτεχνικές αναφορές του 3^{ου} π.Χ. αιώνα (Birmes, Hatten, Brunet, & Schmitt, 2003). Ειδικότερα φαίνεται να γίνεται αναφορά σε παρόμοια συμπτώματα από τον Όμηρο στην «Ιλιάδα» αλλά και μεταγενέστερα από τον Shakespeare's στο βιβλίο του «Henry IV» που πολλοί συγγραφείς σύγκριναν με

τα αντίστοιχα αμερικανών στρατιωτών που πολέμησαν στο Βιετνάμ. Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, το φαινόμενο εντοπίστηκε από την ιατρική κοινότητα μεταξύ εργαζομένων στο ταχυδρομείο και επιβατών τρενών που ήταν μάρτυρες σοβαρών δυστυχημάτων. Το αρχικό σύμπλεγμα των συμπτωμάτων περιλάμβανε διαταραχές ύπνου, εφιάλτες σχετικά με τις συγκρούσεις, μισαλλοδοξία σιδηροδρομικών ταξιδιών, ή χρόνια πόνος και ονομάστηκε “νεύρωση ατυχήματος” (Cohen & Quintner, 1996).

Κοινωνικά οικοδομήθηκε σαν μέσο με το οποίο οι εργαζόμενοι στο ταχυδρομείο, λάμβαναν υπηρεσίες αναπηρίας και έτσι αποτέλεσε παράλληλα πηγή δικαστικής διαμάχης την τότε εποχή. Οι Ιατροί το συνέδεσαν με μια κατάσταση που βίωναν γυναίκες και ονομάστηκε «υστερία». Αργότερα, ο Sigmund Freud (1896), δημοσίευσε την «Αιτιολογία της Υστερίας» με το οποίο επανεξετάζονταν περιπτώσιολογικές μελέτες με σεξουαλικά κακοποιημένες γυναίκες που βίωσαν δευτερεύοντες ψυχικές και σωματικές παθήσεις. Αυτό ήταν η πρώτη δημοσιευμένη αναγνώριση της σύνδεσης μεταξύ των προγενέστερων τραυματικών εμπειριών και της μετέπειτα συμπτωματολογίας. Το 1930, ο Γάλλος Ψυχολόγος Pierre Janet συγκεκριμενοποιεί την έννοια της διάστασης του υποσυνείδητου. Υπέθεσε ότι τα άτομα που δέχτηκαν ψυχολογικά τραύματα δεν ήταν σε θέση να ενσωματώσουν αυτές τις οδυνηρές αναμνήσεις και συναισθήματα στο υποσυνείδητό τους. Απαντώντας σε καταστάσεις παρόμοιες με το αρχικό στρεσογόνο γεγονός, θα αντιδρούσαν με αγανάκτηση, οξυθυμία και θα είχαν χρόνια συμπεριφορική παθητικότητα, ψυχοσωματικές ενοχλήσεις και προβλήματα διαταραχών (Van der Kolk et al., 1996). Τον 19ο αιώνα, έχουμε τις πρώτες περιγραφές της συχνότερης μετατραυματικής διαταραχής από στρατιωτικούς ιατρούς που περιγράφουν αντιδράσεις στρατιωτών που έλαβαν μέρος σε άγριες μάχες. Κατά τη διάρκεια του εμφυλίου πολέμου, χρησιμοποιήθηκαν όροι όπως «Καρδιά του Στρατιώτη», «Σύνδρομο De Costa», και «Σύνδρομο Προσπάθειας» που πρότειναν την βιολογική υπόθεση ότι τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες ήταν τα αποτελέσματα της καρδιαγγειακής δέσμευσης που ακολουθούσε το στρες της μάχης (Birmes et al., 2003). Αυτή ήταν και η πιο βολική εξήγηση της τότε εποχής αφού διατηρούσε την αξιοπρέπεια του στρατιώτη και απάλλαξε τους ιατρούς από την ευθύνη για διάγνωση ψυχολογικών ελλείψεων ή λιποταξίας, ενώ οι στρατιωτικές αρχές δεν έπρεπε να εξηγήσουν τη συναισθηματική κατάρρευση προηγουμένως γενναίων

στρατιωτών ή να ενοχληθούν με τέτοια επίμαχα θέματα όπως η δειλία, η μονάδα χαμηλού ηθικού, η ανεπαρκής ηγεσία ή τα πολιτικά κίνητρα του πολέμου (Van der Kolk και συνεργάτες, 1996; Tick, 2005). Ο Herman (1997) δήλωσε ότι η βιολογική θεωρία βοήθησε επίσης στην εξήγηση γιατί πολλοί από τους στρατιώτες, απαντώντας στις φρικαλεότητες του παρατεταμένου πολέμου μέσα σε ορύγματα, “άρχιζαν να ενεργούν σαν υστερικές γυναίκες, σκληρίζοντας και κλαίγοντας ανεξέλεγκτα μη μπορώντας να μετακινηθούν. Ύστερα έμεναν σιωπηλοί χωρίς καμιά αντίδραση χάνοντας την μνήμη και την ικανότητα να αισθάνονται». Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, οι στρατοί αναγνωρίζοντας το οικονομικό κόστος που προκαλούσαν οι στρατιώτες με νευρώσεις που προκαλούνταν στις μάχες, προσπάθησαν να τους εντοπίσουν με διάφορες μεθόδους. Το 1944, ανατέθηκε στον Αμερικάνο ψυχίατρος Herbert Spiegel να διερευνήσει τα αποτελέσματα της μάχης στους στρατιώτες και να αναπτύξει στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας που θα ελαχιστοποιούσαν τις ψυχιατρικές απώλειες. Συμπέρανε ότι η πιο αποτελεσματική προστασία σε αυτή τη νεύρωση, ήταν ο βαθμός συσχέτισης και εμπιστοσύνης που βίωνε ο στρατιώτης στη Μονάδα του καθώς και η ηγεσία της. Αυτά τα ευρήματα άνοιξαν το δρόμο για τη δημιουργία της θεραπείας γνωστή ως «πρώτης γραμμής» (Van der Kolk και συνεργάτες, 1996) με τη δημιουργία κινητών νοσοκομείων στις προκεχωρημένες γραμμές του μετώπου και την παροχή άμεσης ψυχολογικής στήριξης στους στρατιώτες για γρήγορη αποκατάσταση και επαναφορά στην πολεμική τους θέση.

Αυτή η αναγνώριση των επιπτώσεων του περιβάλλοντος και των διαπροσωπικών σχέσεων με τη διατήρηση της ψυχικής υγείας, αποτέλεσε την απαρχή για μια ριζική στροφή στο εσωτερικό της Ψυχιατρικής Κοινότητας και έθεσε τα θεμέλια για περαιτέρω κατανόηση του άγχους και την επίδρασή του στα άτομα. Από τη δεκαετία του 1940 μέχρι τη δεκαετία του 1980, έχουν γίνει πολλές έρευνες με θύματα βιασμού, επιζώντες ολοκαυτωμάτων, βετεράνων του Βιετνάμ και παιδιών που δέχτηκαν κακομεταχείριση, σχετικά με τις επιπτώσεις της ψυχολογικού τραύματος στο μυαλό και το σώμα τους. Τέλος, το 1980, το PTSD πρωτοεμφανίστηκε στο DSM-III και αποτέλεσε αιτία διαμάχης στους κόλπους της ψυχιατρικής Κοινότητας αφού πολλοί αμφισβήτησαν την εγκυρότητα της διαγνωστικής διατύπωσης.

Κλινικός Ορισμός – Συννοσηρότητα

Αφότου αναγνωρίστηκε ως ψυχιατρική κατάσταση που παρουσιάζεται σαν απάντηση μιας τραυματικής κατάστασης, η PTSD έχει υποστεί αρκετές αναθεωρήσεις και βελτιώσεις βάσει κλινικής πρακτικής, έρευνας και παρατήρησης. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία το μετατραυματικό άγχος ορίζεται ως “μια ψυχολογική αντίδραση που εμφανίζεται ύστερα από βίωση γεγονότων μεγάλου άγχους που συνήθως χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, φοβία, αγωνία, αναδρομές, επαναλαμβανόμενους εφιάλτες και αποφυγή υπενθυμίσεων του συμβάντος” (Hacker, 2007) καθώς και διασπαστικές διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, και κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Υπάρχει λοιπόν σημαντική “συννοσηρότητα” σε ασθενείς που βίωσαν τραύμα με αυτές τις διαγνώσεις. Ο Bremner (2002), ισχυρίστηκε ότι αυτές οι διαταραχές θα πρέπει να θεωρηθούν ως μέρος του τραυματικού φάσματος των ψυχιατρικών διαταραχών, και όλες μοιράζονται κοινά στρεσογόνα στοιχεία έναρξης (ισοτελικότητα – equifinality) προκαλώντας αλλοίωση στα εγκεφαλικά συστήματα. Παρόλο που ο ορισμός αυτός δίνει επαρκείς εξηγήσεις για την PTSD, η κατάθλιψη και το άγχος είναι συνήθως ταυτόχρονες με την PTSD αλλά δεν αντικατοπτρίζουν βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής. Ο ορισμός αυτός, όπως και πολλοί άλλοι παρόμοιοι, δεν περιλαμβάνουν επακριβώς τα τρία καθοριστικά χαρακτηριστικά που αναφέρονται ρητά στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των Mental Disorders-IV (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) που διαχωρίζουν τη διάγνωση του PTSD από άλλες:

1. Συναισθηματική **αποφυγή**, αγωνία και κατάθλιψη.
2. Συμπτώματα **υπερδιέγερσης** όπως οξύθυμία, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερ-αϋπνία και αυξημένη φοβική ανταπόκριση.
3. **Αναβίωση** του τραύματος μέσω διαστάσεων, αναδρομών και εφιαλτών.

Επίσης, το DSM-IV σημειώνει την διάρκεια των συμπτωμάτων και την ένταση του στρεσογόνου παράγοντα για την δημιουργία μετατραυματικού άγχους. Δυναμικά τραυματικά συμβάντα που είναι ικανά να εισάγουν την αίσθηση του “έντονου φόβου, αισθήματος ανικανότητας ή τρόμου” περιλαμβάνονται στο DSM-IV, αλλά δεν περιορίζονται μόνο σε βιασμούς, στρατιωτικές μάχες, βασανιστήρια, σωματική

κακοποίηση, σοβαρά τροχαία ατυχήματα, διάγνωση ανίατης ασθένειας, πράξεις τρομοκρατίας και παιδική κακοποίηση. Ως εκ τούτου, ασθενείς που παρουσιάζουν την τριάδα συμπτωμάτων σε απάντηση ήπιας μορφής άγχους όπως διαζύγιο ή απώλεια εργασίας, έχουν διαγνωσθεί με *διαταραχή προσαρμογής*, ενώ ασθενείς που αναπτύσσουν αυτά τα συμπτώματα απαντώντας σε μία από τις προαναφερόμενες τραυματικές εκδηλώσεις, αλλά έχουν συμπτώματα για λιγότερο από 1 μήνα έχουν διαγνωσθεί με *οξεία αγχώδη διαταραχή*. Επιπλέον, η διάγνωση της PTSD μπορεί να περαιτέρω να ταξινομηθεί ως *οξεία* με συμπτώματα που διαρκούν από 1 έως 6 μήνες, *χρόνια* με συμπτώματα που εμμένουν πέραν των 6 μηνών ή *καθυστερημένη*, με συμπτώματα που αναπτύσσονται τουλάχιστον 6 μήνες μετά από έκθεση σε τραυματική εμπειρία.

Επιδημιολογία

Μελέτες για την ανάπτυξη της PTSD στις ΗΠΑ, έδειξαν ότι περίπου 10% των ανδρών και 18% των γυναικών είχαν αναπτύξει PTSD σε κάποιο στάδιο της ζωής τους κάνοντας την ψυχιατρική αυτή διαταραχή την τέταρτη πιο συνηθισμένη σε όλη τη χώρα. Γεγονότα που ωθούν στην εμφάνιση της PTSD τυπικά εμπλέκουν διαπροσωπική βία (π.χ. βιασμό, επίθεση, βίαια εγκλήματα και βασανισμούς) ή έκθεση σε ατυχήματα ή καταστροφές που απειλούν τη ζωή (π.χ. πυρκαγιές και σεισμοί). Αυτά τα γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν σοβαρούς φυσικούς τραυματισμούς, ωστόσο τα χαρακτηριστικά ενός τραυματικού γεγονότος που περιγράφεται στην PTSD, είναι η δυνατότητά του να προκαλέσει ψυχολογικές αντιδράσεις όπως φοβία, αίσθημα εγκατάλειψης και τρόμο που οφείλεται στην απειλή τραυματισμού ή θανάτου. Η PTSD μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομα που ήταν μάρτυρες ή έμαθαν για κάποιο τραυματικό γεγονός. Αυτή η άποψη του τραυματικού στρες έχει καταστεί ιδιαίτερα σχετική επειδή πολλοί άνθρωποι ανέφεραν ότι απέκτησαν τα συμπτώματα λόγω της κάλυψης των γεγονότων αυτών από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Αυτό ήταν ιδιαίτερα αισθητό ύστερα από την τρομοκρατική επίθεση της 11^{ης} Σεπτεμβρίου.

Ακόμα και αυτοί που δεν έζησαν άμεσα τα γεγονότα της κατάρρευσης των δίδυμων πύργων αλλά το είδαν αργότερα στην τηλεόραση, απέκτησαν νευρικότητα και έγιναν

συμπτωματικοί. Η PTSD είναι πολύ περισσότερο πιθανόν να εμφανιστεί δια της άμεσης έκθεσης στο τραύμα παρά της έμμεσης. Μεταξύ βετεράνων του Βιετνάμ, αναφέρθηκε ποσοστό 14% που ανέπτυξε σοβαρής μορφής PTSD και μεταξύ επιζώντων εργατικού ατυχήματος που έλαβε χώρα το 1988 σε πλατφόρμα άντλησης πετρελαίου στη Βόρεια Θάλασσα και το 75% των ανδρών πέθαναν από την έκρηξη, το υπόλοιπο 25% ανέπτυξε μηδενός εξαιρουμένου, την ψυχιατρική αυτή πάθηση. Διαφορετικοί τύποι τραυματικών εμπειριών συνδέονται με διαφορετικές πιθανότητες για ανάπτυξη PTSD. Γενικά, γεγονότα που περιλαμβάνουν διαπροσωπική βία, δίνουν περισσότερη αφορμή για PTSD. Για παράδειγμα, ο βιασμός σαν ένα από τα επικρατέστερα τραύματα, είναι 0.7% στους άνδρες και 9.2% στις γυναίκες. Αντίστοιχα, επικρατέστερο για PTSD στον βιασμό είναι 65% στους άνδρες και 45.9% στις γυναίκες. Συγκρίνοντας, επικρατέστερο στα δυστυχήματα είναι 35.0% στους άνδρες και 13.8% στις γυναίκες με βαθμό εμφάνισης PTSD σε 3.2% για τους άνδρες και 8.8% για τις γυναίκες. Η βίωση τραυματικών γεγονότων, συνδέεται μερικές φορές με σχετικά χαμηλό ποσοστό ανάπτυξης PTSD. Έτσι, γεγονότα που είναι πιο συνηθισμένα, συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά ανάπτυξης. Σχετικά με τη διαφορά φύλου, αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη PTSD, ή αντικατοπτρίζει τα αυξημένα περιστατικά βίας μεταξύ των γυναικών λόγω μειωμένης φυσικής δύναμης που μπορεί να επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.

Ανάπτυξη (Παράγοντες κινδύνου – προστασίας, ανθεκτικότητα)

Προηγηθέντα μπορούν να θεωρηθούν όλα εκείνα τα γεγονότα ή περιστατικά που πρέπει να συμβούν πριν από την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας (Walker & Avant, 2005). Διασυνδέοντας εννοιολογικά τον ορισμό αυτό με την κλινική πρακτική, στα προηγηθέντα γεγονότα μπορούν να ενταχθούν οι **παράγοντες κινδύνου (risk factors)**, αριθμός των οποίων εντοπίστηκε ότι προδιαθέτουν ένα άτομο για την ανάπτυξη PTSD σε απάντηση ενός τραυματικού συμβάντος. Δεν υπάρχει όμως καμιά οριστική απάντηση ως προς το ποιοι παράγοντες κινδύνου μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, προδιαθέτουν περισσότερο ένα άτομο από κάποιο άλλο.

Το φύλο είναι σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη PTSD. Παρά το γεγονός ότι οι άντρες βιώνουν περισσότερα τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν κλινικά διαγνωσμένη

PTSD (Breslau, 2002). Τα ευρήματα ερευνών μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της τάσης των γυναικών να αναζητήσουν βοήθεια πιο συχνά από ότι οι άνδρες καθώς και αποτέλεσμα των υψηλότερων ποσοστών βιασμού, σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και σεξουαλικής παρενόχλησης των γυναικών. Σύμφωνα με μελέτη των Fontana και Rosenheck (1998), οι γυναίκες που υπηρετούν στο στρατό και εκτέθηκαν σε σεξουαλικό στρες (βιασμό ή σεξουαλική παρενόχληση), είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν PTSD παρά στρες σε σχέση με το επάγγελμά τους. Μια αναδρομική μελέτη στις ΗΠΑ σε δείγμα γυναικών με χρόνια PTSD, έδειξε ότι μια ιστορία σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης οδήγησε σε τέσσερις έως πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιας PTSD έναντι εκείνων που ήταν θύματα μη βίαιων εγκλημάτων (Resnick, Kilpatrick, & Dansky, 1993).

Όσον αφορά τη φυλή και εθνότητα ως παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη PTSD, ανάλυση μελέτης με Αμερικάνους βετεράνους του Βιετνάμ, κατέδειξε μεγαλύτερη προδιάθεση για ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας μεταξύ όσων είχαν ασιατική και ισπανική καταγωγή (Ortega & Rosenheck, 2000). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην παρουσία μεταβλητών που αλλάζουν σημαντικά το αποτέλεσμα όπως το υψηλότερο επίπεδο έκθεσης σε συνθήκες μάχης μεταξύ των μειονοτήτων στο Βιετνάμ και την παρουσία ανεπιθύμητων συμβάντων που σχετίζονται με τη φυλή (Loo, Fairbank, & Chemtob, 2005). Ωστόσο, η φυλή και η εθνότητα δεν προδιέθεταν σημαντικά ανάπτυξη PTSD μεταξύ πολιτών (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να έχουν επίσης σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη PTSD. Σε πολλές μελέτες τεκμηριώνεται η σχέση μεταξύ χαμηλόβαθμων στρατιωτικών, ατόμων με χαμηλότερα επίπεδα εκπαιδευτικών επιτευγμάτων, ατόμων νεαρότερης ηλικίας κατά τη στιγμή της έκθεσης στο τραύμα και αυτών με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με υψηλότερα ποσοστά PTSD (Brewin et al, 2000). Επιπλέον, μελέτες έδειξαν ότι αρνητικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες κατά την παιδική ηλικία όπως η συναισθηματική και σωματική κακοποίηση, ο πρόωρος αποχωρισμός από τους γονείς, οι οικονομικές στερήσεις και το οικογενειακό ιστορικό με ψυχικές παθήσεις, αποτέλεσαν ισχυρούς προγνώστες στην ανάπτυξη της PTSD (Paulson & Krippner, 2007; Brewin και συνεργάτες, 2000).

Ο πολιτισμός και η κουλτούρα, φάνηκε να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν και αντιμετωπίζουν τις τραυματικές τους εμπειρίες. Τα άτομα είναι μέρος ενός ενοποιημένου πολιτισμικού δικτύου που μπορεί να είναι η κυρίαρχη αμερικανική κουλτούρα, μια στρατιωτική κουλτούρα ή μια εθνοτικής ταυτότητας. Για παράδειγμα, η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, η κάλυψη και η υποστήριξη για ένα πόλεμο ή για τους στρατιώτες, είχε ρυθμιστικές επιπτώσεις είτε για ενίσχυση είτε για υπονόμηση της ανθεκτικότητας (resilience) ενός στρατιώτη (Paulson & Krippner, 2007). Παράλληλα, υψηλά επίπεδα συναισθηματικής υποστήριξης από τους φίλους, την οικογένεια και την κοινότητα μπορεί να είναι ένας **προστατευτικός παράγοντας (Protective Factor)** κατά της ανάπτυξης PTSD (Benotsch και συνεργάτες, 2000). Οι Litz, Gray, Bryant, και Adler (2002) προσδιορίζουν σαφώς ότι η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και η συνεχής παραμονή σε στρεσογόνο περιβάλλον, αποτελούν θετικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της PTSD. Επιπλέον, όπως έχει καλά διαπιστωθεί εντός των στρατιωτικών και των δυτικών πολιτισμών ως σύνολο, το στίγμα και οι συναφείς διακρίσεις μεταξύ ατόμων με ψυχικές ασθένειες, αποτελούν σημαντικούς φραγμούς στην αναζήτηση θεραπείας. Για παράδειγμα, η στρατιωτική δομή ενθαρρύνει μια αίσθηση συντροφικότητας και συναδελφικής υποστήριξης για αντιμετώπιση σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων, που με τη σειρά τους δημιουργούν εσωτερικά εμπόδια στην αναζήτηση κατάλληλης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι στρατιώτες περιγράφουν με συναισθήματα απογοήτευσης για τους ίδιους και τις Μονάδες τους την οποιαδήποτε προσπάθειά τους να ζητήσουν εξωτερική βοήθεια. Αυτό γιατί στο παρελθόν, πολλά από τα ανώτερα στελέχη της στρατιωτικής ηγεσίας, αποθάρρυναν την αποτίμηση και αλληλοενημέρωση μεταξύ ομάδων που βίωσαν αγχωτικά συμβάντα (Greenburg και συνεργάτες, 2003).

Ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με το τραύμα, είναι γνωστό ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της PTSD, εισάγοντας έτσι την αρχή της **ισοτελικότητας (equipfinality)**. Είναι προφανές από ανάλυση μελετών ότι δεν υπάρχει μια γραμμική σχέση μεταξύ οξείας αντίδρασης και PTSD. Υπάρχει ανάγκη να αναγνωριστεί ότι υπάρχουν πολλαπλές πορείες προς την ανάπτυξη της PTSD και ως εκ τούτου, θα πρέπει να υπάρχουν διάφοροι δείκτες ατόμων υψηλού κινδύνου που ανταποκρίνονται σε διαφορετικές πορείες που μπορεί να οδηγήσουν σε PTSD μετά την έκθεση στην τραυματική εμπειρία (Bryant A.R., 2003).

Η μεγαλύτερη έκθεση σε εμπόλεμη ζώνη ή ο τύπος του διαπροσωπικού τραύματος που υπέστη κάποιος, όπως βιασμούς, βασανιστήρια, ατυχήματα, έκθεση σε κτηνωδίες ή αιχμάλωτοι πολέμου, σχετίζονταν έντονα με την ανάπτυξη και τη διατήρηση των συμπτωμάτων της PTSD (Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004). Επιπλέον, στρατιώτες που τραυματίστηκαν στη μάχη, είχαν δύο με τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη PTSD (Grieger και συνεργάτες, 2006). Ακόμη και σε μελέτες που διενεργήθηκαν σε δείγμα πολιτών και στρατιωτών που βίωσαν περιορισμένη έκθεση σε μάχη όπως συμμετοχή σε επιχειρήσεις διατήρησης της ειρήνης ή νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί σε στρατιωτικά νοσοκομεία, η παρατήρηση και μόνο περιστατικών που απειλούσαν τη ζωή σχετιζόταν θετικά με την ανάπτυξη συμπτωμάτων της PTSD (Bolton, Gray, & Litz, 2006; Dirkzwager, Bramsen, Van der Ploeg, 2005). Αρκετές μελέτες έδειξαν τη σχέση μεταξύ των βετεράνων πολέμου που ανέπτυξαν PTSD και την παρουσία συνακόλουθης ψυχιατρικής συνοσηρότητας, κυρίως κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και διαταραχή προσωπικότητας (Brewin και συνεργάτες, 2000).

Συμπεριφορικές γενετικές μελέτες απέδειξαν την παρουσία γενετικών γνωρισμάτων που μπορεί να αντιπροσωπεύουν μεταβλητές για το πόσο ευαίσθητα είναι τα άτομα σε τραύμα, αριθμό δυσμενών γεγονότων κατά τη διάρκεια της ζωής και προδιαθέσεις για ψυχικές διαταραχές (McLeod, Koenen, Meyer και συνεργάτες, 2001).

Οι περιορισμένες ικανότητες για συνειδητή προσπάθεια διαχείρισης εσωτερικών και εξωτερικών στρεσογόνων καταστάσεων που το άτομο αντιλαμβάνεται ότι ξεπερνούν τις δυνατότητες του, αυξάνει τον κίνδυνο για μετατραυματική παθολογία (Sharkansky και συνεργάτες, 2000). Στη βιβλιογραφία, υπάρχουν δύο βασικές ταξινομήσεις που χαρακτηρίζουν τις προσπάθειες αντιμετώπισης, ο εστιασμός στο πρόβλημα και ο εστιασμός στο συναίσθημα. Οι προσπάθειες εστιασμού στο πρόβλημα, επιχειρούν να ασχοληθούν άμεσα με τον στρεσογόνο παράγοντα, ενώ οι προσπάθειες εστιασμού στο συναίσθημα επιχειρούν να αποφορτίσουν το συναισθηματικό άγχος που απορρέει από τον στρεσογόνο παράγοντα (Sharkansky και συνεργάτες, 2000). Μια δεύτερη ταξινόμηση της προσπάθειας επίλυσης προβλημάτων, έχει ως βάση της την προσέγγιση ή την αποφυγή. Η προσεγγιστική βασίζεται στην άμεση επίλυση του στρεσογόνου παράγοντα, ενώ η αποφυγή βασίζεται στην προσπάθεια του ατόμου να μην σκέφτεται τον στρεσογόνο παράγοντα ή τα αποτελέσματά του (Moos, 1990).

Μελέτες των Sharkansky και συνεργάτες (2000), έδειξαν ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν περισσότερο την προσεγγιστική μέθοδο για αντιμετώπιση του στρες της μάχης, έδειξαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικών συμπτωμάτων. Παρόμοια, μελέτη των Fauerbach, Richter, and Lawrence (2002), έδειξε ότι εγκαυματίες που νοσηλεύτηκαν και χρησιμοποίησαν εστιασμό στο συναίσθημα ή στρατηγικές αποφυγής, είχαν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων της PTSD.

Τέλος, μεγάλο ρόλο στην προδιάθεση ανάπτυξης PTSD και κατά συνέπεια παράγοντες κινδύνου, φαίνεται να διαδραματίζουν διάφοροι βιολογικοί παράγοντες όπως ο όγκος του ιππόκαμπου (Gilbertson και συνεργάτες, 2002), το πάχος του ενδιάμεσου προμετωπιαίου φλοιού (Milad και συνεργάτες, 2004) και τα ποσοστά έκκρισης κορτιζόλης (Yehuda και LeDoux, 2007), στοιχεία τα οποία θα αναλυθούν περισσότερο στο υποκεφάλαιο της «*αιτιολογίας*».

Συνοψίζοντας, φαίνεται ότι αρκετοί παράγοντες κινδύνου όπως το φύλο, φυλή και εθνότητα, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες, χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το τραύμα, ψυχιατρικές συνοσηρότητες, στρατηγικές αντιμετώπισης και βιολογικοί παράγοντες, επηρεάζουν κατά πόσο ένα άτομο θα αναπτύξει PTSD. Κάθε ένας από τους ανωτέρω παράγοντες κινδύνου, χρησιμεύει ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό, ως σημαντική απαρχή στην ανάπτυξη της διαταραχής.

Εξελικτική Πορεία

Σύμφωνα με τον Frances D. H. (1996), πολλοί αρθρογράφοι, επιδέχονται κριτικής λόγω απουσίας ισχυρής αναπτυξιακής αντίληψης, όσον αφορά στην εμφάνιση PTSD. Όπως πολλοί συγγραφείς – ερευνητές σημειώνουν, υπάρχουν πολύ λίγες μακρόχρονες έρευνες που απαιτούνται γι' αυτό τον σκοπό. Η βιβλιογραφία για την PTSD φαίνεται να έχει ισχυρότερο προσανατολισμό σε ένα συγκεκριμένο γεγονός παρά την προσθετότητα των αποτελεσμάτων της τραυματικής εμπειρίας. Εξαίρεση παρατηρείται σε τραύμα ως αποτέλεσμα παιδικής ψυχικής ή σεξουαλικής βίας.

Παιδική Ηλικία – Εφηβεία: Παρόλο που η πιθανότητα ανάπτυξης PTSD είναι παρόμοια σε παιδιά και ενήλικες ύστερα από έκθεση σε τραυματικό γεγονός (Fletcher, 1996), υπάρχουν πολύ λίγα στοιχεία σχετικά με την πορεία την ψυχιατρικής αυτής πάθησης στα παιδιά. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποτιμήσει τη

σχέση μεταξύ της έντονης αγχώδους διαταραχής και της PTSD στα παιδιά και βρήκαν μόνο μέτρια προγνωστική ικανότητα της πρώτης (Kassam-Adams & Winston, 2004; Meiser-Stedman, Yule, Smith, Glucksman, & Dalgleish, 2005). Υπάρχουν επίσης μικτοί προγνωστικοί παράγοντες για ανάπτυξη παιδικής PTSD, περιλαμβανομένων της βιαιότητας ενός ατυχήματος (Aaron, Zaglul, & Emery, 1999; Stallard, Velleman, & Baldwin, 1998, 2001), του τύπου του ατυχήματος (Mirza, Bdadrinath, Goodyer, & Gilmour, 1998; Stallard και συνεργάτες, 1998) και του θηλυκού φύλου (Aaron και συνεργάτες, 1999; Daviss και συνεργάτες, 2000; De Vries και συνεργάτες, 1999). Τελευταίες μελέτες, έδειξαν μεικτά αποτελέσματα όσον αφορά τη γονεϊκή δυστυχία και στρες σχετικά με την πρόβλεψη PTSD στα παιδιά τους (Bryant, Mayou, Wiggs, Ehlers, & Stores, 2004; Daviss και συνεργάτες, 2000; De Vries και συνεργάτες, 1999; Landolt, Vollrath, Timm, Gnehm, & Sennhauser, 2005).

Παλαιότερες μελέτες, έδειξαν κάτι πολύ ενδιαφέρον σχετικά με το αναπτυξιακό μοντέλο της ψυχιατρικής αυτής πάθησης από την παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία (5 έως 15 ετών) που παρουσίασαν παρόμοια συμπτώματα PTSD (Pynoos, Frederick και συνεργάτες, 1987; Schwarz & Kowalski, 1991a), ενώ άλλες μελέτες προτείνουν αναπτυξιακές διαφορές. Οι Pynoos & Nader (1988), παρατήρησαν ότι τα πολύ μικρά παιδιά που βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση των μητέρων τους, εξέφρασαν περισσότερη σύγχυση για το γεγονός σε σχέση με εφήβους που βίωσαν το ίδιο τραυματικό γεγονός. Επιπλέον, σε μελέτη παιδιών μικρότερα των 5 ετών που έγιναν δέκτες τραυματικού γεγονότος, ο Terr (1998), παρατήρησε ότι η ανάμνηση του γεγονότος αυτού εκφραζόταν συμπεριφορικά παρά λεκτικά.

Μέχρι σήμερα, έχουν γίνει πολύ λίγες μελέτες σχετικά με το γνωστικό μοντέλο, ο τρόπος δηλαδή που γίνεται η αποτίμηση του τραυματικού γεγονότος στα παιδιά και την ανάπτυξη της PTSD (Dalgleish, Meiser-Stedman, & Smith, 2005). Έχει εντοπισθεί ότι η ψυχοπαθολογία αυτή συνδέεται με την αντίληψη της απειλής (Aaron και συνεργάτες, 1999; Di Gallo, Barton, & Pary-Jones, 1997; Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; McDermott & Cvitanovich, 2000; Stallard και συνεργάτες, 1998) και την αυξανόμενη σκέψη για μελλοντικό κακό (Dalgleish και συνεργάτες, 2000; Salmon, Sinclair, & Bryant, 2007). Οι Ehlers και συνεργάτες (2003), βρήκαν ότι το PTSD σε χρονικά διαστήματα 3 και 6 μηνών μετά από τροχαίο ατύχημα σε παιδιά

(Μ.Ο. 12 ετών), συνδέθηκε με την αποτίμηση έντονων αναμνήσεων, αποξένωση από τους άλλους και θυμό που εντοπίστηκε 2 βδομάδες μετά το ατύχημα. Οι Meiser-Stedman και συνεργάτες (2005), βρήκαν ότι οι γνωστικές μεταβλητές (ανασυλλογισμός του τραύματος, καταστολή σκέψης και η αίσθηση της μόνιμης αλλαγής) που αποτιμήθηκαν 2 με 4 βδομάδες μετά από τροχαίο ατύχημα, προέβλεψαν PTSD σε εφήβους (Μ.Ο. 14 ετών).

Ενηλικίωση: Ο γνωστικός – συμπεριφορικός τρόπος που οι ενήλικες μεταφράζουν κάποια τραυματικά συμβάντα, αποτελούν κατά βάση τη διαφορά με τα παιδιά και τους εφήβους. Τα γνωστικά μοντέλα της PTSD προτείνουν ότι η ατομική αποτίμηση του τραυματικού γεγονότος και των επακόλουθών του, είναι κρίσιμης σημασίας για την μετατραυματική προσαρμογή (Ehlers & Clark, 2000). Αυτή η οπτική προτείνει ότι η αρνητική αποτίμηση του εαυτού και του κόσμου, οδηγεί σε μια υπερβολική αντίληψη για μελλοντικό κακό ή την αρνητική άποψη για ένα γεγονός. Αυτή η αρνητική αποτίμηση στην αρχική φάση μετά την έκθεση στο τραύμα θα βοηθήσει την ανάπτυξη PTSD επειδή αυτές οι σκέψεις διατηρούν την αίσθηση της απειλής ή της αρνητικής αυτοεικόνας (Dunmore, Clark, & Ehlers, 1999). Σύμφωνα με την πρόγνωση των γνωστικών μοντέλων, ενήλικες με οξεία αγχώδη διαταραχή (που είναι πολύ πιθανόν να αναπτύξουν PTSD) αυξάνουν την πιθανότητα για εμφάνιση μελλοντικών αρνητικών γεγονότων με τα αρνητικά τους αποτελέσματα (Smith & Bryant, 2000; Warda & Bryant, 1998). Επιπλέον, στοιχεία αποδεικνύουν ότι η αρνητική αποτίμηση του εαυτού και του κόσμου αμέσως μετά το τραύμα, προβλέπει εμφάνιση της PTSD (Dunmore και συνεργάτες, 1999; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; Engelhard, Van den Hout, Arntz, & McNally, 2002).

Αιτιολογία

Γνωστικό Μοντέλο: Το γνωστικό μοντέλο, προτείνει ότι η ανάπτυξη και συντήρηση της οξείας και χρόνιας PTSD είναι έντονα συνυφασμένος με γνωστικές αποκρίσεις στο τραυματικό συμβάν. Οι Ehlers και Clark (2000), πρότειναν ότι η PTSD μπορεί να εξηγηθεί από την άποψη της 1) υπερβολικά αρνητικής εκτίμησης του τραύματος ή τα επακόλουθά του και 2) διαταραχής της αυτοβιογραφικής μνήμης που χαρακτηρίζεται από κακή επεξεργασία και συνάφεια, ισχυρή συσχετιζόμενη μνήμη και ισχυρή

αντιληπτική έναυση. Το μοντέλο αυτό υποδηλώνει ότι η αναγνώριση ατόμων υψηλού κινδύνου για PTSD πρέπει να βελτιωθεί με αναγνώριση του καταστροφικού γνωστικού τους στυλ στην οξεία φάση, κωδικοποίηση των στυλ αυτών που οδηγούν σε διασπαστικές τραυματικές μνήμες και μοτίβα ανάκτησης που περιορίζουν ανάκληση του συγκεκριμένου συμβάντος.

Από την άποψη της καταστροφικής αξιολόγησης, υπάρχει απόδειξη ότι άτομα με οξεία διαταραχή συμπεριφοράς – ASD (που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη PTSD) υπερβάλλουν τόσο για την πιθανότητα μελλοντικής επανάληψης αρνητικών γεγονότων, όσο και των αρνητικών επιπτώσεων από τα γεγονότα αυτά, σε σύγκριση με συμμετέχοντες χωρίς ASD (Warda και Bryant 1998a). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με ASD, εμφάνισαν γνωστικές βαθμονομήσεις για συμβάντα που σχετιζόνταν με εξωτερικές βλάβες, σωματικές αισθήσεις και κοινωνικές ανησυχίες (Smith και Bryant 2000). Αποδεικνύεται επίσης βάσει στοιχείων ότι, άτομα με ASD ανταποκρίνονται σε ένα έργο υπερ-αναπνοής με πιο δυσλειτουργικές ερμηνείες σχετικά με τις σωματικές τους αισθήσεις από άτομα χωρίς ASD. Επίσης, υπάρχουν αρχικά αποδεικτικά στοιχεία ότι η καταστροφική αξιολόγηση σχετικά με τον εαυτό, προβλέπει μετέπειτα PTSD. Σε μελέτη πρόγνωσης, διαπιστώθηκε ότι 3μηνη αρνητική αξιολόγηση μετά το τραύμα, προέβλεψε PTSD 1 χρόνο αργότερα (Ehlers et al 1998). Επίσης, η καταστροφική αξιολόγηση τον πρώτο μήνα, συσχετίζεται με χρόνια PTSD (Engelhard et al 2002). Υπάρχουν ακόμα αποδεικτικά στοιχεία ότι, η απόδοση ή ο τρόπος μετάφρασης που γίνεται από όσους επέζησαν από τραύμα στην οξεία μετατραυματική φάση, επηρεάζει την μετέπειτα PTSD. Μία μελέτη με επιζώντες από τροχαίο ατύχημα, βρήκε ότι εκείνοι που καταλόγιζαν ευθύνες σε άλλα πρόσωπα στην οξεία φάση, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν PTSD 1 χρόνο αργότερα (Delahanty et al 1997). Ενώ φαίνεται ότι η φύση της απόδοσης είναι σημαντική, ωστόσο, σε μελέτη με θύματα εγκληματικών ενεργειών, διαπιστώθηκε ότι η απόδοση ντροπής στον αρχικό μήνα, προέβλεψε επίσης PTSD 6 μήνες αργότερα (Andrews et al 2000). Συνολικά, τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η αποτίμηση ενός τραύματος κατά την περίοδο μετά το συμβάν, είναι ένας σημαντικός δείκτης πρόβλεψης για PTSD.

Η διαχείριση των αυτοβιογραφικών αναμνήσεων σε οξεία φάση, επηρεάζει την προσαρμογή. Σε μελέτη με άτομα που εκτέθηκαν πρόσφατα σε τραύμα με ή χωρίς ASD, ζητήθηκε να δώσουν συγκεκριμένες προσωπικές αναμνήσεις σε απάντηση

θετικών ή αρνητικών λέξεων «κλειδιά» (Harvey et al 1998). Οι συμμετέχοντες με ASD ανέφεραν λιγότερες συγκεκριμένες θετικές αναμνήσεις από αυτούς χωρίς ASD. Συγκεκριμένα, αυτοί με δυσκολία ανάκλησης συγκεκριμένων αναμνήσεων στην οξεία φάση του τραύματος, αντιπροσώπευαν το 25% της διακύμανσης για σοβαρή μετέπειτα ανάπτυξη PTSD. Η παρατηρηθείσα ελλειμματική ικανότητα ανάκτησης θετικών προσωπικών πληροφοριών, σχετίζεται με τα γνωστικά μοντέλα που προτείνουν ότι τα άτομα πρέπει να είναι σε θέση να ανακτήσουν διορθωτικές πληροφορίες για να βοηθήσουν στη διαχείριση αρνητικών αξιολογήσεων των συνεπειών ενός τραύματος (Ehlers και Clark 2000). Τα άτομα με ASD, χαρακτηρίζονται επίσης από ένα γνωστικό στυλ που τους ωθεί σε αποφυγή πληροφοριών που προκαλούν αποστροφή. Σε μελέτη που καταπιάστηκε με κατευθυνόμενο πείραμα που προκαλούσε λήθη και απαιτούσε όπως οι τρεις ομάδες (με ASD, χωρίς ASD και ομάδα ελέγχου χωρίς τραύμα) να διαβάσουν μια σειρά λέξεων που σχετιζόνταν με το τραύμα, άλλες ήταν θετικές και άλλες ουδέτερες. Ύστερα από κάθε παρουσίαση, οι συμμετέχοντες έπρεπε να θυμηθούν ή να ξεχάσουν τη λέξη (Moulds and Bryant 2002). Οι συμμετέχοντες με ASD, επανέφεραν λιγότερες λέξεις που σχετιζόνταν με το τραύμα σε σχέση με αυτούς χωρίς ASD, δείχνοντας μια τάση να ξεχνούν υλικό που αποστρέφονταν. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα άτομα με ASD τείνουν να επιστρατεύουν γνωστικές στρατηγικές αποφυγής για να χειριστούν τις τραυματικές τους εμπειρίες (Guthrie and Bryant 2000; Warda and Bryant 1998b).

Ο ρόλος των γνωστικών αποκρίσεων φαίνεται αιτιώδους σημασίας στην αναζήτηση δεικτών για πρόωρο εντοπισμό των ατόμων που θα αναπτύξουν PTSD. Είναι επίσης πιθανό ότι η αξιολόγηση μπορεί να βοηθήσει στην επεξήγηση πολλών διαφορούμενων συμπερασμάτων σχετικά με την προγνωστική ικανότητα διαφορετικών συμπτωμάτων. Έτσι, ένα άτομο ενδέχεται να αντιμετωπίσει αποπροσωποποίηση και απόδοση αυτού σε φυσιολογική αντίδραση μετά την τραυματική εμπειρία. Κάποιο άλλοι αντιμετωπίζουν αποπροσωποποίηση και καταστροφικά μπορεί να πιστεύουν ότι αυτή η αντίδραση αποτελεί ένδειξη τρέλας. Είναι προφανές ότι η αποτίμηση του συμπτώματος παρά το ίδιο το σύμπτωμα, μπορεί να είναι κρίσιμη για την μελλοντική προσαρμογή.

Βιολογικό Μοντέλο: Παρόλο που πολλοί άνθρωποι εκτίθενται σε δυναμικά τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, οι περισσότεροι από αυτούς αποθεραπεύονται γρήγορα και δεν αναπτύσσουν την PTSD (Kessler και συνεργάτες, 1995). Οι Rothbaum και Davis (2003), σε έρευνά τους, ανέφεραν ότι δύο εβδομάδες μετά την βίωση βιασμού, 92% των θυμάτων έδειξαν συμπτώματα που προσομοίαζαν με αυτά της PTSD. Ωστόσο, σε τριάντα ημέρες, τα συμπτώματα αυτά στα περισσότερα θύματα, αποχώρησαν ή μειώθηκαν αισθητά. Σε έρευνα διδύμων, φάνηκε ότι η συννοσηρότητα και τα κοινά αρχικά συμπτώματα μεταξύ PTSD, διαταραχών πανικού, γενικής αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης, μοιράζονται μερικώς κοινούς γενετικούς παράγοντες (Nugent, Amstadter, και Koenen, 2008). Σαν αποτέλεσμα, αυτοί οι γενετικοί παράγοντες καθιστούν μερικούς ανθρώπους, πιο ευαίσθητους στα αποτελέσματα του στρες.

Μερικές μελέτες έχουν εντοπίσει συγκεκριμένα γονίδια σαν πιθανούς παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη της PTSD. Αυτά τα γονίδια ευθύνονται κυρίως για την παραγωγή των υποδοχέων D2 της ντοπαμίνης και των μεταφορέων ντοπαμίνης και σεροτονίνης (Nugent, Amstadter, και Koenen, 2008). Ειδικά το γονίδιο για παραγωγή μειωμένων μεταφορέων σεροτονίνης, ευθύνεται για αύξηση ευαισθησίας στο στρες, την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. Ο Kilpatrick με τους συνεργάτες του (2007), μελέτησε άτομα που έζησαν στην Φλόριδα των ΗΠΑ κατά τη διάρκεια των τυφώνων του 2004. Βρήκαν ότι τα άτομα με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης PTSD (υψηλή έκθεση σε τυφώνες και χαμηλή κοινωνική στήριξη) και το σχετικό γονίδιο, συνδέθηκε με 450% περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής αυτής.

Εργαστηριακές μελέτες με ζώα που εκτέθηκαν σε παρατεταμένο στρες, έδειξαν εγκεφαλικές δυσλειτουργίες ειδικότερα στις περιοχές του ιππόκαμπου και της αμυγδαλής. Μελέτες με MRI, έδειξαν ζημιές στις περιοχές του ιππόκαμπου σε βετεράνους πολέμου με PTSD (Bremner και συνεργάτες, 1999; Gurvits και συνεργάτες, 1996). Στη δεύτερη μελέτη, ο όγκος του ιππόκαμπου μειώθηκε κατά 20% και αυτό εξαρτιόταν από την ποσότητα έκθεσης (χρόνος και ένταση) στη μάχη. Ο Lindauer και συνεργάτες (2005), βρήκε ότι αξιωματικοί της αστυνομίας είχαν μικρότερο ιππόκαμπο από συναδέλφους τους που εκτέθηκαν επίσης σε τραύμα αλλά δεν ανέπτυξαν PTSD.

Μελέτη του Gilbertson με τους συνεργάτες του (2002), βρήκε ότι τουλάχιστον ένα μέρος της μείωσης του όγκου του ιππόκαμπου, μπορεί να προηγείται της έκθεσης στο στρες. Δηλαδή, ένας μικρότερος ιππόκαμπος μπορεί να είναι παράγοντας προδιάθεσης για απόκτηση PTSD. Σε αυτή τη μελέτη, εξετάστηκαν 40 ζεύγη μονοζυγωτικών διδύμων από τους οποίους μόνο ένας έλαβε μέρος σε μάχες στο Βιετνάμ. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς, ανέπτυξαν PTSD ενώ ο όγκος του ιππόκαμπού τους όπως αναμενόταν, ήταν μικρότερος από αυτών που δεν ανέπτυξαν PTSD. Αυτοί με πιο έντονα συμπτώματα της ψυχιατρικής διαταραχής, έδειξαν ακόμα μικρότερο όγκο, ενώ το παράδοξο ήταν ότι τα δίδυμα αδέρφια τους που δεν εκτέθηκαν ποτέ στο τραύμα, είχαν επίσης μικρότερο όγκο ιππόκαμπου. Το εύρημα αυτό, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν παρόμοια γενετική ταυτότητα και εγκέφαλο, εισηγούνται ότι ένα άτομο με μικρό όγκο ιπποκάμπου, έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει PTSD μετά από έκθεση σε ψυχολογικό τραύμα.

Ποιος όμως είναι ο ρόλος του ιππόκαμπου στην ευαισθησία για ανάπτυξη PTSD; Μια πιθανότητα είναι ότι ο ιππόκαμπος που παίζει ρόλο στην χωρική μάθηση, συμμετέχει στην αναγνώριση του πλαισίου μέσα στο οποίο εμφανίζεται το τραυματικό γεγονός. Ακολούθως, βοηθά στον διαχωρισμό του πλαισίου σε ασφαλές ή επικίνδυνο (Yehuda και LeDoux, 2007). Έτσι, η σύγκριση ενός γεγονότος με κάποιο παρόμοιο πλαίσιο κινδύνου, θα ενεργοποιήσει κάποιους αμυντικούς μηχανισμούς από μέρους της αμυγδαλής, όμως μια σωστή λειτουργία του ιπποκάμπου θα την αναστείλει ύστερα από μια γρήγορη αξιολόγηση και διαχωρισμό του πλαισίου ως ασφαλές.

Όπως προαναφέρθηκε, οι περισσότεροι άνθρωποι που βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός, καταφέρνουν να υπερνικήσουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Ποιοι όμως μηχανισμοί του εγκεφάλου καταστέλλουν τις αντιδράσεις αυτές και βοηθούν το άτομο να ανακάμψει; Ο προμετωπιαίος φλοιός, φαίνεται να ασκεί ανασταλτικό ρόλο στη αμυγδαλή και σταματά τις συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως για παράδειγμα ο ενδιάμεσος προμετωπιαίος φλοιός, ο οποίος εξαλείφει τις συναισθηματικές αντιδράσεις που προέρχονται από κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις. Ως γνωστό, η αμυγδαλή είναι υπεύθυνη για τις συναισθηματικές αντιδράσεις ατόμων με PTSD ενώ ο προμετωπιαίος φλοιός παίζει ρόλο σε αυτές τις αντιδράσεις σε άτομα χωρίς PTSD με καταστολή της δραστηριότητας της αμυγδαλής (Rauch, Shin, and Phelps, 2006). Στο πείραμά του Rauch και των συνεργατών του το οποίο περιλάμβανε αντιδράσεις

ατόμων που έβλεπαν φωτογραφίες ανθρώπων με εκφράσεις τρόμου, διαφάνηκε ότι τα άτομα με PTSD έδειξαν μεγαλύτερη ενεργοποίηση της αμυγδαλής και μικρότερη στον προμετωπιαίο φλοιό σε σχέση με τα άτομα χωρίς PTSD. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα των ατόμων με PTSD, συσχετίζονταν θετικά με την ενεργοποίηση της αμυγδαλής και αρνητικά με την ενεργοποίηση του ενδιάμεσου προμετωπιαίου φλοιού. Επιπλέον, σε μελέτη του Milad και συνεργατών του (2004), βρέθηκε ότι ο ενδιάμεσος προμετωπιαίος φλοιός ήταν λεπτότερος σε άτομα που έδειξαν ταχεία εξάλειψη συναισθηματικών αντιδράσεων συγκεκριμένων καταστάσεων. Βιολογικές μελέτες, έδειξαν επιπλέον ότι τα άτομα που υπέφεραν από PTSD, είχαν εξασθενημένη έκκριση κορτιζόλης σε σχέση με φυσιολογικά άτομα, καθώς επίσης και αυξημένους καρδιακούς παλμούς κατά την πρώτη βδομάδα μετά το τραύμα, προτείνοντας την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης φάνηκε να παραμένουν στο χρόνιο PTSD ακόμα και δεκαετίες μετά από την έκθεση στο τραύμα. Έτσι, τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης μπορεί να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη της ψυχιατρικής αυτής πάθησης παρά συνέπεια της έκθεσης στο τραύμα. Αυτό αποδεικνύεται και από μελέτες που έδειξαν ότι παιδιά με γονείς που υπέφεραν από PTSD, είχαν με τη σειρά τους χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης ενώ αυτό συνδέθηκε με την παιδική συναισθηματική κακοποίηση που αποτελεί από μόνο του παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη PTSD (Yehuda και LeDoux, 2007).

Πρόληψη – Παρέμβαση

Οποιαδήποτε προσπάθεια απομόνωσης του ατόμου από τους παράγοντες κινδύνου που προαναφέρθηκαν, μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και εν μέρει αποτροπή της ανάπτυξης PTSD. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι οι παράγοντες αυτοί είναι είτε βιολογικοί – ατομικοί, είτε περιβαλλοντικοί, το μόνο σίγουρο είναι ότι σημαντικό ρόλο παίζει και η παρέμβαση της PTSD. Η έγκαιρη παρέμβαση, σχεδιάζεται για να προάγει την κανονική αποκατάσταση και ανθεκτικότητα (resilience) καθώς επίσης και την κοινωνική συνάφεια (National Institute of Mental Health, 2002). Το U.S Department of Health and Human Services (2004), προειδοποιεί ότι η επιλογή της αρχικής τεχνικής παρέμβασης καθώς και το πότε αυτή είναι καλύτερα να γίνει, πρέπει να εξαρτάτε από το ατομικό επίπεδο έκθεσης στο τραύμα και την αντίδραση στο

τραυματικό γεγονός. Για παράδειγμα, ο Watson (2004), αναφέρει ότι καμιά παρέμβαση δεν πρέπει να γίνει σε επίπεδο ψυχοεκπαίδευσης ή συναισθηματικής στήριξης μέσα στις πρώτες 7 μέρες από κάποιο μαζικό περιστατικό βίας (π.χ. τρομοκρατικής επίθεσης) γιατί υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης ψυχολογικού τραύματος. Η βιβλιογραφία, επικεντρώνεται σε δύο βασικούς άξονες θεραπείας, την συμβουλευτική και την φαρμακολογία.

Συμβουλευτική (Γνωστική – Συμπεριφοριστική Παρέμβαση): Ένα σημαντικό συστατικό της θεραπείας επιζώντων σε τραύμα είναι η παροχή εκπαίδευσης, ασφάλειας και υποστήριξης, η οποία μπορεί να γίνει ως πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη. Η εκπαίδευση, βοηθά τον επιζώντα να κατανοήσει τη φύση της κατάστασής του και τι εμπλέκεται στη διαδικασία της θεραπείας. Ένα σημαντικό στοιχείο της εκπαίδευσης είναι η επεξήγηση των μετατραυματικών συμπτωμάτων στο πλαίσιο μιας κανονικής βιολογικής αντίδρασης προς το στρες έτσι ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει ότι τέτοιες αντιδράσεις δεν αντιπροσωπεύουν ελαττώματα στο χαρακτήρα ή προσωπική αδυναμία. Είναι απαραίτητο να τον ακούσουμε μη επικριτικά και να του περάσουμε το μήνυμα ότι δεν είναι μόνος. Η παρέμβαση αυτή μπορεί να χρησιμεύσει σαν μέσο εμπλοκής του ίδιου του επιζώντα από το τραύμα τονίζοντας την ανάγκη για θεραπεία. Από τις μελέτες που έχουν γίνει, διαφαίνεται ότι αυτά τα άτομα είναι συνήθως απρόθυμα να αναζητήσουν βοήθεια για αντιμετώπιση των αρνητικών τους συμπτωμάτων, ιδιαίτερα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Μερικές φορές αυτό μπορεί να προκύπτει από την έλλειψη επίγνωσης, ότι τα συμπτώματα τους συνδέονται με ένα τραυματικό γεγονός. Συχνά, ωστόσο, έχουν επίγνωση της σχέσης μεταξύ του τραύματος και των συμπτωμάτων τους αλλά ανησυχούν για το στίγμα που σχετίζεται με την εικόνα τους ως «προβληματικοί» ή «συναισθηματικά ασταθείς». Για πολλούς επιζώντες, μπορεί να υπάρχουν συνέπειες της αποκάλυψης του τραύματος ή της θεραπείας (π.χ., ένας αστυνομικός που μπορεί να χάσει το δικαίωμα να μεταφέρει ένα όπλο και ένας πολιτικός μπορεί να επηρεαστεί από την αποκάλυψη ενός παρελθοντικού τραύματος ή ψυχιατρικής θεραπείας). Υποστηρικτική συμβουλευτική ως πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση πολλών από αυτά τα εμπόδια για φροντίδα και καθησυχασμό των ασθενών για εμπιστευτική μεταχείριση. Ωστόσο, η ελάφρυνση των κύριων συμπτωμάτων της PTSD, μερικές φορές απαιτεί τη χρήση εξειδικευμένης τεχνικής που βοηθά στην αντιμετώπιση των φόβων και των συναισθηματικών

αντιδράσεων στο τραυματικό γεγονός σε μια πιο δομημένη μορφή που επιτρέπει στους ασθενείς να εκφραστούν και να παραμείνουν στη θεραπεία. Η θεραπεία της PTSD εμπλέκει την αρχή της μείωσης της αγωνίας που συνδέεται με τραυματικές μνήμες και μείωση των φυσιολογικών αντιδράσεων. Έρευνα απέδειξε την αποτελεσματικότητα μιας ποικιλίας γνωστικών – συμπεριφορικών τεχνικών. Τέτοιες θεραπείες μπορεί να είναι:

1. Η Θεραπεία Έκθεσης: έκθεση σε παρόμοιο αλλά ασφαλές περιβάλλον. (Jaeger και συνεργάτες, 2009).
2. Η Θεραπεία Γνωστικής Διαδικασίας: Μάθηση σχετικά με τα συμπτώματα της PTSD, απόκτηση επίγνωσης για τις σκέψεις και τα συναισθήματα, ικανότητες μάθησης και κατανόηση αλλαγών και πεποιθήσεων.
3. Η Απευαισθητοποίησης Κινήσεως των Ματιών. Χρησιμοποιεί μια δομημένη προσέγγιση και απευθύνεται σε παρελθοντικές, παρούσες και μελλοντικές πτυχές τραυματικών αναμνήσεων. (Wilson και συνεργάτες, 1997).

Όλες οι θεραπείες, βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει τις οδυνηρές αναμνήσεις και συναισθήματα του τραυματικού γεγονότος. Οι γνωστικές θεραπείες, βοηθούν τον παθόντα να τροποποιήσει τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις του σχετικά με την ασφάλεια μετά από ένα τραυματικό συμβάν, το άγχος, τη διαχείριση προβλημάτων και στις διαπροσωπικές θεραπείες.

Η ομαδική θεραπεία μπορεί επίσης να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Πρόσωπα με ανάλογες εμπειρίες μπορεί συχνά να υποστηρίζονται μεταξύ τους με πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα (Yalom και Leszcz, 2005). Αν και υπάρχουν λιγότερο εμπειρικές μελέτες για την ενίσχυση της θεραπείας με μασάζ, βελονισμό και άλλες εναλλακτικές προσεγγίσεις που εστιάζονται στο σώμα, πολλά άτομα δήλωσαν ότι επωφελήθηκαν από αυτά.

Φαρμακολογία: Οι επιζώντες από τραύμα, εκτός από τις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, μπορούν να επωφεληθούν και με τη χρήση φαρμάκων. Αποτελέσματα τυχαίων κλινικών δοκιμών, απέδειξαν ότι φάρμακα όπως τα SSRIs, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι MAOIs, φαίνεται να μετριάζουν τα συμπτώματα της PTSD

και συσχετίζονται επίσης με βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής. Τα SSRIs (sertraline και paroxetine), θεωρούνται τα ανώτερα φάρμακα πρώτης γραμμής επειδή είναι ασφαλέστερα και έχουν καλύτερη ανεκτικότητα. Το Prazosin (αγωνιστής A1 υποδοχέων), φάνηκε να μειώνει τα συμπτώματα των ασθενών με PTSD και αν η δόση ελέγχεται ορθά, μπορεί να πετύχει πολύ καλά αποτελέσματα, ειδικότερα στη βελτίωση του ύπνου. Οι βενζοδιαζεπίνες θα πρέπει να αποφεύγονται ή να χρησιμοποιούνται πολύ συνετά. Αυτό βασίζεται όχι μόνο στις κλινικές δοκιμές αλλά και σε μια τυχαία, ελεγχόμενη δοκιμή σε σχέση με εικονικό φάρμακο όπου διαφάνηκε αποτυχία βελτίωσης των συμπτωμάτων χρόνιου PTSD με alprazolam ή clonazepam. Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι η φαρμακοθεραπεία, ενδέχεται να μην παρέχει μια πλήρη αποθεραπεία από τα συμπτώματα της PTSD και ότι είναι καλύτερο να δίνονται ως συμπλήρωμα ψυχοθεραπείας. Η μερική απάντηση σε φάρμακα, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι φαρμακολογικοί παράγοντες στοχεύουν σε συγκεκριμένες βιολογικές αλλοιώσεις της PTSD που δεν έχουν αναπτυχθεί. Φαίνεται ότι στην φαρμακοθεραπεία για PTSD, συμμετέχουν διαχειριστικοί παράγοντες με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε άλλες διαταραχές διάθεσης και άγχους. Αντιθέτως, υπήρξε μια εστιασμένη προσπάθεια για ανάπτυξη εξειδικευμένης ψυχολογικής θεραπείας. Υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον σε φάρμακα που ενδέχεται να εμποδίζουν την ανάπτυξη της PTSD αν χορηγούνται αρκετά νωρίς, ύστερα από ένα τραυματικό γεγονός. Σήμερα, διερευνούνται προσεγγίσεις που επικεντρώνονται στη μείωση του άγχους και την εδραίωση των τραυματικών αναμνήσεων. Αυτά περιλαμβάνουν άμεση μείωση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (π.χ. φάρμακα όπως το propranolol) ή έμμεση μείωση της δραστηριότητάς του αυξάνοντας τη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια (π.χ., διαχειριστής της κορτιζόλης). Και οι δύο αυτές θεραπείες, μπορεί να είναι εν μέρει αποτελεσματικές στην πρόληψη δημιουργίας της PTSD ή τραυματικών αναμνήσεων.

Συμπεράσματα – Μελλοντικές Μελέτες

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD), είναι μια σοβαρή ψυχιατρική πάθηση που δημιουργείται από την έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός και παρατηρείται αδυναμία από το άτομο να αποφύγει τις δυσμενείς συνέπειες του άγχους και των συναισθηματικών αντιδράσεων που το ακολουθούν. Τυπικά, εμφανίζεται με

αγχογόνες αναμνήσεις ή εφιάλτες που επαναλαμβάνουν το τραυματικό γεγονός, προσπάθεια αποφυγής ανάκλησης του τραύματος και μια αυξημένη κατάσταση ψυχολογικής υπερδιέγερσης. Η διαταραχή είναι πολύ κοινή και φαίνεται να εμφανίζεται σε ποσοστό 15-25% του γενικού πληθυσμού σε κάποιο σημείο της ζωής τους. Από βιολογικές μελέτες της διαταραχής, φαίνεται να υπάρχουν αλλοιώσεις σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου όπως η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος που συσχετίζονται με τον φόβο και τη μνήμη καθώς και σε ορμονικά, ανοσοποιητικά και νευροχημικά συστήματα που εμπλέκονται στις σωματοστρεπτικές εκδηλώσεις του στρες. Εντυπωσιακά κατά την άποψή μου είναι τρία σημεία: 1. Η κληρονομική προδιάθεση που σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες ασκεί έλεγχο ή εξωθεί το άτομο στην αντιμετώπιση της πάθησης στην οποία είναι ευάλωτο, 2. ο προστατευτικός ρόλος της ορθής αναπτυξιακής πορείας ενός ατόμου μέσα στο περιβάλλον του και 3. ο σημαντικός ρόλος του γνωστικο-συμπεριφορικού μοντέλου που σε αυτή την ψυχιατρική πάθηση, υπερισχύει ακόμα και της φαρμακολογίας τόσο για αποθεραπεία, όσο και για μακρόχρονη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων.

Απαιτείται όπως τα αποτελέσματα των μελετών στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν προκαθορισμένες διαδικασίες και εργαλεία, να γενικευθούν προκειμένου να μπορούν να έχουν εφαρμογή σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Υπάρχει επίσης η ανάγκη κατηγοριοποίησης των παραγόντων κινδύνου που προβλέπουν διαφορετικά τραυματικά γεγονότα, περιλαμβανομένων διαφορετικών δεικτών για πολίτες και στρατιωτικούς. Τέλος, ο εντοπισμός των αρχικών εκείνων συμπτωμάτων μετά το τραυματικό γεγονός, σε συνδυασμό με την ένταση άλλων παραγόντων που προδιαθέτουν την ανάπτυξη της ψυχιατρικής αυτής διαταραχής, θεωρείται πρωτεύουσας σημασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ⁹

Το «ψυχικό τραύμα» ως έννοια που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις ενός ατόμου το ανέλυσε με περισσή επιτυχία στο πρώτο ήμισυ του 20ού αιώνα όχι μόνο για την εποχή του αλλά και διαχρονικά για όλες τις εποχές ο πατέρας της ψυχανάλυσης, Sigmund Freud. Την έννοια του «στρες» ως συνοδευτικού στοιχείου του καταλυτικού και φθοροποιού άγχους, την εισήγαγε στο δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα ο Hans Selye. Στρες και άγχος, αποτέλεσαν τα δύο μαζί ένα φοβερό δίδυμο για την ανθρωπότητα στη δική μας γενιά και, πολύ φοβάμαι, ότι θα συνεχίσουν να ταλανίζουν την ανθρωπότητα και στον 21ο αιώνα.

Στην σημερινή μου blog-άποψη θα προσθέσω στις σκέψεις των δύο γιγάντων του περασμένου αιώνα προσθέτοντας στις έννοιες του «ψυχικού τραύματος» και του «στρες» την πρόσφατα δημιουργηθείσα έννοια της «μετά-τραυματικής στρεσογόνου διαταραχής» από την οποία όπως δείχνουν τα στατιστικά στοιχεία πάσχει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων θυμάτων οδικού ατυχήματος με αυτοκίνητο ή μοτοσικλέτα. Γιατί πέρα από τους σχεδόν δύο χιλιάδες νεκρούς που θρηνούμε από ατυχήματα στους εθνικούς και επαρχιακούς μας δρόμους «επί τόπου» (και σε αυτούς θα έπρεπε να προσθέσουμε σχεδόν άλλους τόσους που αφήνουν την τελευταία τους πνοή σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των ελληνικών νοσοκομείων) κάθε χρόνο ένας τεράστιος αριθμός ανθρώπων εμπλέκονται στα ίδια ατυχήματα ως τραυματίες. Ξεχνάμε, όμως, τους τραυματίες των ατυχημάτων ακριβώς επειδή ΔΕΝ επικεντρώνεται επάνω τους ο φακός της προσοχής των ΜΜΕ. Και, δυστυχώς, όπως αποδεικνύει η καθημερινή εμπειρία όχι μόνο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των ανδρών και γυναικών της Τροχαίας αλλά και των ίδιων και των οικογενειών τους κάποιοι από αυτούς θα μείνουν “σημαδεμένοι” εφόρου ζωής με μια μυοσκελετική πάθηση ή με άλλα σημάδια της κακιάς στιγμής που τους βρήκε. Ένας στους τρεις τραυματίες από οδικά ατυχήματα παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα που ποικίλλουν από την «μετά τραυματική στρεσογόνο διαταραχή» μέχρι την αντιδραστική κατάθλιψη ενώ ένας στους έξι αναπτύσσει φοβική αντίδραση στην οδήγηση ή στη χρήση του ΙΧ, του μοτοσακó ή της μοτοσικλέτας⁹.

Πολλοί τραυματίες αποφεύγουν τον συγκεκριμένο τόπο του ατυχήματος ή δηλώνουν

αδυναμία να οδηγήσουν το αυτοκίνητο ή τη μοτοσικλέτα με καιρικές ή κυκλοφοριακές συνθήκες που τους θυμίζουν το τραγικό γεγονός. Σε ελάχιστες περιπτώσεις, συνήθως όταν έχουμε και τραύματα στην κρανιακή χώρα, οι τραυματίες που επιβιώνουν αναπτύσσουν προβλήματα αμνησίας που απαιτούν πολλές προσπάθειες ιατρονοσηλευτικού προσώπου και ειδικών ψυχολόγων, φαρμακευτικές αγωγές και, φυσικά, χρόνο για να επιλυθούν.

Όπως με τις γενικότερες περιπτώσεις άγχους, στρες και ψυχικού τραύματος η σύγχρονη ψυχοθεραπευτική αγωγή που παρέχεται στα άτομα που προσέρχονται για βοήθεια περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή εφόσον την περίπτωση χειρισθεί ένας ψυχίατρος ή νευρολόγος και εφόσον ο ειδικός είναι άνθρωπος των επιστημών της συμπεριφοράς τότε η προσέγγιση θα γίνει με τεχνικές «από ευαισθητοποίησης», τεχνικές χαλάρωσης, γνωστική - συμπεριφοριστική παρέμβαση και, φυσικά, αναλυτική υποστηρικτική θεραπεία. Συχνά η αγωγική συνεργασία ψυχιάτρων-ψυχολόγων-κοινωνιολόγων, κοινωνικών λειτουργών είναι εκείνη που πετυχαίνει τα καλύτερα αποτελέσματα⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας, με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων με βάση κάποια μεταβλητή.

B. Πληθυσμός - Εργαλεία

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα, με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή το οποίο και απευθυνόταν σε θύματα τροχαίων ατυχημάτων. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν, διότι πάρθηκαν σε συγκεκριμένο χώρο και το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή επιτόπου (in situ). Έτσι οι ερευνητικές ενέργειες, εξασφάλισαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνάς μας.

Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων.

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων, με στόχο την πιθανή σύγκριση υποομάδων του δείγματος σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις που ήταν και οι εξαρτημένες μεταβλητές.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Νοέμβριο του 2011 ως και τον Ιανουάριο του 2013, στις πόλεις Πάτρα, και Αθήνα.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Ο ερωτώμενος να χρησιμοποιεί συστηματικά το Διαδίκτυο
- Να είναι Έλληνας πολίτης

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας, με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό, πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 17.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το φύλο, την

ηλικία, το επάγγελμα, κ.λ.π. των ερωτώμενων (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

Συγκεκριμένα, η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι δραστηριότητες του SPSS αφορούν τις διαδικασίες μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους, ήταν το SPSS 14.00 για Windows XP.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκε συγκεντρωτικός πίνακας με τον οποίο συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν με κάθε δημογραφικό στοιχείο. Η στατιστική μέθοδος που

χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής, ήταν μικρότερη του 5 καθώς και το T-test για τις αριθμητικές μεταβλητές όπως η ηλικία, οι ώρες χρήσης του διαδικτύου και ο δείκτης κατάθλιψης. Η συγκεκριμένη δοκιμασία χρησιμοποιήθηκε γιατί είναι η καταλληλότερη για επεξεργασία δεδομένων από ερωτηματολόγια και σχετικά μικρά δείγματα.

Στο τέλος, αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

- 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμούς ελευθερίας και την
- 2) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν, το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο, οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Με βάση τα παραπάνω, έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Από την φύση της η εμπειρία ενός τροχαίου ατυχήματος έχει υψηλή επικινδυνότητα για την ανάπτυξη Διαταραχών μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ),¹ καθώς η εκδήλωση των ΔΜΨΣ δεν σχετίζεται μόνον με την άμεση έκθεση του ατόμου σε κάποιο τραυματικό γεγονός αλλά και από την έμμεση έκθεση σε τραυματικά γεγονότα που συμβαίνουν σε άλλους (vicarious - indirect - secondary traumatization)²

Σ' αυτή την εργασία επιχειρούμε να ερευνήσουμε την ύπαρξη ΔΜΨΣ, σε άτομα που είχαν πάθει τροχαίο ατύχημα και βρίσκονται στην φάση της αποκατάστασης. Για τον σκοπό αυτόν χρησιμοποιήσαμε το διαγνωστικό εργαλείο IES - 15, (Κλίμακα Εκτίμησης της Ψυχολογικής Επίδρασης Στρεσογόνου Κατάστασης), ένα από τα πιο

αποδεκτά και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία εκτίμησης των ΔΜΨΣ, που διερευνά την ύπαρξη δύο βασικών κατηγοριών συμπτωμάτων των ΔΜΨΣ³.

- I Παρεισφρητικές Εμπειρίες : παρεμβλητικές αναμνήσεις (flashbacks) απρόκλητες σκέψεις και εικόνες, εφιάλτες, ισχυροί πόνοι, κύματα συναισθημάτων, επαναληπτικές συμπεριφορές
- II Αποφευκτικές Εμπειρίες : άρνηση των μηνυμάτων και των συνεπειών του γεγονότος, αμβλυμμένες αισθήσεις, ανασταλτικές συμπεριφορές, εναντιοφοβικές δραστηριότητες, συναισθηματικό μούδιασμα.

Τα άτομα που εκτίθενται σε τέτοιου είδους εμπειρίες είναι αρκετά πιθανόν να αποσυνδέονται από τις νευρολογικές και ψυχολογικές διαδικασίες του οργανισμού τους. Μεγάλος όγκος ερευνών υποστηρίζει ότι τα άτομα που αποσυνδέονται την στιγμή του τραυματικού γεγονότος έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν στο μέλλον ΔΜΨΣ.⁴ καθώς με την αποσύνδεση, αναστέλλεται ή παρακάμπτεται η “βιωματική διαδικασία”, της επεξεργασίας των πληροφοριών της τραυματικής εμπειρίας και η “αποτυχία της επεξεργασίας των πληροφοριών της τραυματικής εμπειρίας ... βρίσκεται στον βασικό πυρήνα των διαταραχών μετά από ψυχοτραυματικό stress”.⁵

Η ανάπτυξη ΔΜΨΣ δεν επηρεάζει μόνον την ποιότητα της ψυχικής υγείας των εργαζομένων αλλά έχει επίσης και μεγάλη επίπτωση στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.⁶

Στόχος της έρευνας είναι, να καταγραφεί το μέγεθος των ΔΜΨΣ στο συγκεκριμένο δείγμα του πληθυσμού των εργαζομένων στα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ και να γίνει ανάλυση των στατιστικών στοιχείων. Έτσι ώστε να μπορούν να βγουν εκείνα τα απαραίτητα συμπεράσματα που θα βοηθήσουν στον σχεδιασμό των προτάσεων, τόσο για την πρόληψη και την φροντίδα της ψυχικής τους υγείας των εργαζομένων στον εργασιακό τους χώρο, όσο και για την αναβάθμιση της παροχής των υπηρεσιών τους. Παρακάτω παρουσιάζονται η κατανομή συχνοτήτων και οι στατιστικές συγκρίσεις.

H) Συχνότητες

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ

	συχνότητα	ποσοστό
ΑΝΔΡΑΣ	52	86,7
ΓΥΝΑΙΚΑ	8	13,3
Total	60	100,0

Στην πλειοψηφία των ατόμων που πήραν μέρος οι άντρες ήταν οι περισσότεροι με 52 άτομα.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

	συχνότητα	ποσοστό
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	3	5,0
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	4	6,7
ΛΥΚΕΙΟ	4	6,7
ΙΕΚ	48	80,0
ΤΕΙ	1	1,7
Total	60	100,0

Στην εκπαίδευση οι 48/60 είχαν τελειώσει ΙΕΚ.

ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ

	συχνότητα	ποσοστό
<20 ΕΤΩΝ	16	26,7
20-25	25	41,7

26-30	15	25,0
31-35	2	3,3
36-40	2	3,3
Total	60	100,0

Στην ηλικία κατά το συμβάν ,οι 25/60 ήταν από 20-25 ετών.

ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ

	συχνότητα	ποσοστό
1-4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ	1	1,7
5-26	12	20,0
27-52	11	18,3
53-156	4	6,7
> 157 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ	32	53,3
Total	60	100,0

Στο χρόνο που πέρασε οι περισσότεροι με ποσοστό 32/60 δήλωσαν πάνω από 157 εβδομάδες.

2. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ IES-15

EP1

	συχνότητα	ποσοστό
	α	
ΚΑΘΟΛΟΥ	28	46,7
ΣΠΑΝΙΑ	15	25,0

ΜΕΡΙΚΕΣ	15	25,0
ΦΟΡΕΣ		
ΣΥΧΝΑ	2	3,3
Total	60	100,0

Στην ερ.1 (Το σκεπτόμουν όταν δεν το ήθελα)το μεγαλύτερο ποσοστό με 28 άτομα δήλωσε καθόλου.

ΕΡ2

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	24	40,0
ΣΠΑΝΙΑ	13	21,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	13	21,7
ΣΥΧΝΑ	10	16,7
Total	60	100,0

Στην ερ2(Απέφευγα να αφήσω τον εαυτό μου να αναστατωθεί όταν το σκεπτόμουν ή όταν μου το θύμιζε κάτι),οι περισσότεροι με 24 άτομα δήλωσαν καθόλου.

ΕΡ3

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	25	41,7
ΣΠΑΝΙΑ	6	10,0
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	17	28,3
ΣΥΧΝΑ	12	20,0
Total	60	100,0

Στην ερ3(Προσπαθούσα να το σβήσω από τη μνήμη μου)οι 25/60 δηλωσαν καθόλου.

EP4

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	42	70,0
ΣΠΑΝΙΑ	7	11,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	9	15,0
ΣΥΧΝΑ	2	3,3
Total	60	100,0

Στην ερ4(Είχα δυσκολία να με πάρει ο ύπνος ή να παραμείνω κοιμισμένος/η,εξαιτίας εικόνων ή σκέψεων γύρω από αυτό, που έρχονταν στο μυαλό μου)οι 42 δήλωσαν καθόλου..

EP5

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	23	38,3
ΣΠΑΝΙΑ	13	21,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	18	30,0
ΣΥΧΝΑ	6	10,0
Total	60	100,0

Στην ερ5(Είχα κύματα έντονων συναισθημάτων γύρω από αυτό)οι περισσότεροι με ποσοστό 23/60 δήλωσαν καθόλου.

EP6

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	51	85,0
ΣΠΑΝΙΑ	7	11,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	1	1,7
ΣΥΧΝΑ	1	1,7
Total	60	100,0

Στην ερ6(Έβλεπα όνειρα γύρω από αυτό)οι περισσότεροι με σημαντικό ποσοστό 51/60 δήλωσαν καθόλου.

EP7

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	35	58,3
ΣΠΑΝΙΑ	10	16,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	7	11,7
ΣΥΧΝΑ	8	13,3
Total	60	100,0

Στην ερ7(Απέφευγα οτιδήποτε μου το θύμιζε)οι 35 δήλωσαν καθόλου.

EP8

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	35	58,3
ΣΠΑΝΙΑ	7	11,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	14	23,3
ΣΥΧΝΑ	4	6,7
Total	60	100,0

Στην ερ8(Ένωθα σαν να μην είχε συμβεί ή σαν να μην ήταν αληθινό)οι 35/60 δήλωσαν καθόλου.

EP9

	συχνότητ α	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	31	51,7
ΣΠΑΝΙΑ	7	11,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	8	13,3
ΣΥΧΝΑ	14	23,3
Total	60	100,0

Στην ερ9(Προσπαθούσα να μη μιλάω γι αυτό)οι περισσότεροι με 31/60 δήλωσαν καθόλου.

EP10

	συχνότη τα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	26	43,3
ΣΠΑΝΙΑ	15	25,0
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	11	18,3
ΣΥΧΝΑ	8	13,3
Total	60	100,0

Στην ερ10(Εμπαιναν ξαφνικά στο μυαλό μου εικόνες γύρω από αυτό)οι 26/60 δήλωσαν καθόλου.

EP11

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	24	40,0
ΣΠΑΝΙΑ	7	11,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	19	31,7
ΣΥΧΝΑ	10	16,7
Total	60	100,0

Στην ερ11(Άλλα πράγματα συνέχιζαν να με κάνουν να το σκέφτομαι)οι περισσότεροι δήλωσαν καθόλου.

EP12

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	31	51,7
ΣΠΑΝΙΑ	12	20,0
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	17	28,3
Total	60	100,0

Στην ερ12(Συνειδητοποιούσα ότι είχα ακόμη πολλά συναισθήματα γι' αυτό, αλλά δεν τα αντιμετώπιζα)οι 31/60 δήλωσαν καθόλου.

EP13

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	27	45,0
ΣΠΑΝΙΑ	9	15,0

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	6	10,0
ΣΥΧΝΑ	18	30,0
Total	60	100,0

Στην ερ13(Προσπαθούσα να μην το σκέφτομαι)οι περισσότεροι 27/60 δήλωσαν καθόλου.

ΕΡ14

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	17	28,3
ΣΠΑΝΙΑ	11	18,3
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	19	31,7
ΣΥΧΝΑ	13	21,7
Total	60	100,0

Στην ερ14(Οτιδήποτε μου το θύμιζε μου επανέφερε συναισθήματα γύρω από αυτό)οι περισσότεροι δήλωσαν μερικές φορές.

ΕΡ15

	συχνότητα	ποσοστό
ΚΑΘΟΛΟΥ	19	31,7
ΣΠΑΝΙΑ	9	15,0
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	17	28,3
ΣΥΧΝΑ	15	25,0
Total	60	100,0

Στην ερ15(Τα συναισθήματά μου γι' αυτό ήταν κάπως μουνδιασμένα)οι 19/60 δήλωσαν καθόλου.

Κλινική σηματικότητα IES-15 Τιμή n (%)		
Καθόλου 0	10	(17)
Υποκλινική 1–15	12	(20)
Μικρή 16–25	15	(25)
Μέτρια 26–44	14	(23)
Σοβαρή >44	9	(15)
Τιμή PTSD > 26	23	(38)

ΤΡΑΥΜΑ (IES-15>26)

	συχνότητα	ποσοστό
OXI	37	61,7
NAI	23	38,3
Total	60	100,0

Το 38 % των ασθενών μετά από τροχαίο ατύχημα καταγράφηκε με σοβαρό μετατραυματικό στρες.

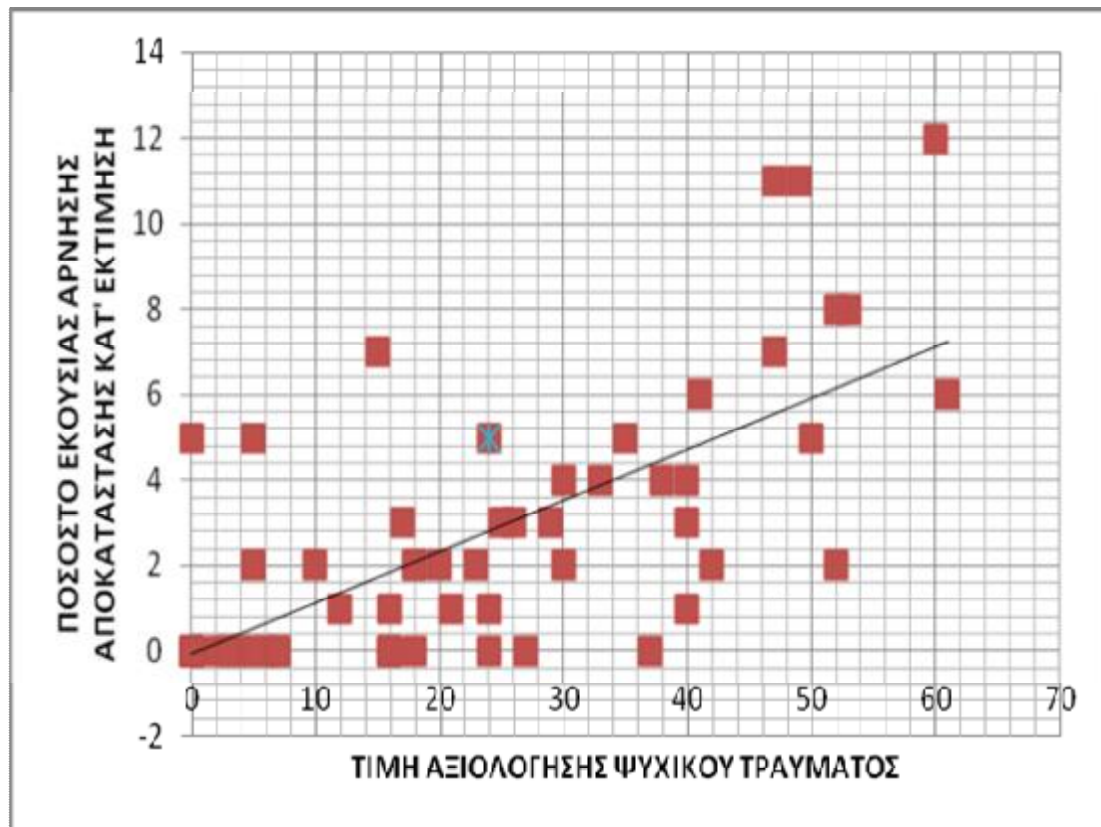
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

		ΤΙΜΗ	ΤΡΑΥΜΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ	Pearson		
	Correlation	.(a)	.(a)
	Sig. (2-tailed)	.	.
	N	60	60
ΦΥΛΟ	Pearson		
	Correlation	,230	,195
	Sig. (2-tailed)	,078	,136
	N	60	60
ΗΛΙΚΙΑ	Pearson		
	Correlation	-,004	-,048
	Sig. (2-tailed)	,977	,714
	N	60	60
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Pearson		
	Correlation	-,122	-,096
	Sig. (2-tailed)	,354	,464
	N	60	60
N		60	60

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Διαπιστώνεται ισχυρή συχέτιση μεταξύ τιμής του δείκτη τραύματος και της ηλικίας του ασθενούς στην παρούσα μελέτη.

Συσχέτιση αποκατάστασης και τιμής κλίμακας μετα-τραυματικού στρες



Θετική συσχέτιση αποκατάστασης και τιμής κλίμακας μετα-τραυματικού στρες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Διαπιστώθηκε ότι το 38 % των ερωτηθέντων παρουσιάζει κάποιας μορφής Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) (μέτριας έως σοβαρής) ενώ το 15 % παρουσιάζει σοβαρό πρόβλημα σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε.
- Επίσης πρέπει να τονισθεί η αρνητική συσχέτιση του προβλήματος με την ηλικία (οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν και μικρότερα προβλήματα) του ερωτηθέντος και τον χρόνο που πέρασε από συμβάν (όσο παλιότερο το συμβάν τόσο μικρότερα προβλήματα) Με βάση τα παραπάνω και κυρίως με βάση το υψηλό ποσοστό που αντιμετωπίζει κάποιας μορφής ΔΜΨΣ, με δεδομένο ότι σε ανάλογη μελέτη⁹ στην Σουηδία το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 21,5 % για κάποιας μορφής διαταραχή και μόνο 3,1 % για σοβαρή διαταραχή, είναι επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων για την αντιμετώπιση του προβλήματος μέσα από ειδικά εκπαίδευση από ειδικούς την αντιμετώπιση και διαχείριση του Ψυχοτραυματικού Στρες¹⁰.
- Η υψηλή συσχέτιση που παρουσιάζεται με το εκτιμώμενο ποσοστό ολοκλήρωσης της αποκατάστασης αναδεικνύει την ανάγκη ο Φυσικοθεραπευτής να λαμβάνει υπόψιν του την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς έτσι ώστε με κατάλληλες παρεμβάσεις εάν διαθέτει τις γνώσεις ή με την βοήθεια ειδικού να μπορεί να ολοκληρώνει την αποκατάσταση του πρώην τραυματία στο επιθυμητό επίπεδο.
- Τέλος καθίσταται αναγκαία η απόκτηση γνώσεων ψυχολογικής εκτίμησης και διαπίστωσης της ανάγκης ειδικής παρέμβασης από ψυχοθεραπευτές από τους Φυσικοθεραπευτές και γενικά από όλους του επαγγελματίες υγείας

Ερωτηματολόγιο

Ακολουθεί μια σειρά από συμπτώματα που αντιμετωπίσατε μετά από κάποιο σοβαρό γεγονός (ατύχημα) που σας προκάλεσε έντονο στρες. Σας παρακαλούμε να σημειώστε δίπλα από κάθε πρόταση, το πόσο συχνά ίσχυσε κάτι τέτοιο για εσάς, (κατά την διάρκεια των τελευταίων επτά ημερών από την παρούσα καταγραφή του ερωτηματολογίου) στην αντίστοιχη (στήλη) με την ανάλογη συχνότητα, (ΚΑΘΟΛΟΥ (0), ΣΠΑΝΙΑ (1), ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ (3), ΣΥΧΝΑ) (5).

Εκτίμηση ελλειμματικού ποσοστού αποκατάστασης: (συμπληρώνεται από τον Φυσικοθεραπευτή:

<u>Συχνότητα :</u>	<u>ΚΑΘΟΛΟΥ (0)</u>	<u>ΣΠΑΝΙΑ (1)</u>	<u>ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ (3)</u>	<u>ΣΥΧΝΑ (5)</u>
1. Το σκεφτόμουν όταν δεν το ήθελα.				
2. Απέφευγα να αφήσω τον εαυτό μου να αναστατωθεί όταν το σκεφτόμουν ή όταν μου το θύμιζε κάτι.				
3. Προσπαθούσα να το σβήσω από τη μνήμη μου.				
4. Είχα δυσκολία να με πάρει ο ύπνος ή να παραμείνω κοιμισμένος/η, εξαιτίας εικόνων ή σκέψεων γύρω από αυτό, που έρχονταν στο μυαλό μου.				
5. Είχα κύματα έντονων συναισθημάτων γύρω από αυτό.				
6. Έβλεπα όνειρα γύρω από αυτό.				
7. Απέφευγα οτιδήποτε μου το θύμιζε.				
8. Ένιωθα σαν να μην είχε συμβεί ή σαν να μην ήταν αληθινό.				
9. Προσπαθούσα να μη μιλάω γι αυτό.				
10. Έμπαιναν ξαφνικά στο μυαλό μου εικόνες γύρω από αυτό.				
11. Άλλα πράγματα συνέχιζαν να με κάνουν να το σκέφτομαι.				
12. Συνειδητοποιούσα ότι είχα ακόμη πολλά συναισθήματα γι' αυτό, αλλά δεν τα αντιμετώπιζα.				
13. Προσπαθούσα να μην το σκέφτομαι.				
14. Οτιδήποτε μου το θύμιζε μου επανέφερε συναισθήματα γύρω από αυτό.				
15. Τα συναισθήματά μου γι' αυτό ήταν κάπως μουδιασμένα.				

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Levine P, Frederick A. Το ξύπνημα της τίγρης. 2^η έκδοση. Ελληνικά γράμματα. ΑΘΗΝΑ, 1999: 18,21-22,26,27,28,36,38,39,50,53-54, 56,57,72-73,119,143,187,308.
2. Herman J. L. Η βία-επακόλουθα ψυχικά τραύματα-θεραπεία. Θετίλη. ΑΘΗΝΑ, 1996: 34,43,45-46,53,55,57-58,59,60,63,68,69,92.
3. Cyrulnik B. Ο ευαίσθητος εαυτός. Λιβάνη. ΑΘΗΝΑ, 2005: 196-197,308.
4. <http://web4health.info/answers/psy-trauma-def.htm> 23/11/2006.
5. Μάνου Ν. Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων. Β' έκδοση. University studio press. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1987: 41,89,124,217, 225-226,227-228,235.
6. Βεζυρίδης Π. Ψυχολογικές αντιδράσεις του πληθυσμού στις μαζικές καταστροφές. Νοσηλευτική. 2004, 43 (2): 175-176.
7. Μιχαλοπούλου Α.Μ. Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Νοσηλευτική. 2003, 43 (3): 287,294.
8. Πολυζώης Δ. Επείγουσα βοήθεια και μεταφορά του τραυματία και του ασθενούς. Μετάφραση από την έκδοση της Αμερικανικής ακαδημίας ορθοπεδικών χειρουργών. Δ' έκδοση. ΚΕΟΧ. ΑΘΗΝΑ, 1993: 459-460.
9. Πιπερόπουλος Γεώργιος ; *ΤΡΟΧΑΙΟ ΙΣΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ 16.04.2010*
<http://www.travmatotherapieia-emdr.gr>
10. <http://www.travmatotherapieia-emdr.gr> 23-11-2006.
11. Μάνου Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη
12. έκδοση. University studio press. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1997: 285-286,287,288-290.
13. Καλούρη-Αντωνοπούλου Ρ. Γενική ψυχολογία. Γ' έκδοση. Έλλην.
14. ΑΘΗΝΑ, 2001: 35,52.
1. Kandel E, Schwartz J, Jessell T. Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά.
15. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2005: 626-628.
2. Καλπάκογλου Θ. Άγχος και πανικός γνωσιακή θεωρία και
16. θεραπεία. Γ' έκδοση. Ελληνικά γράμματα. ΑΘΗΝΑ, 1998: 95-96.
3. Πιπερόπουλος Γ. Εφαρμοσμένη ψυχολογία. Β' έκδοση. Ελληνικά γράμματα.
ΑΘΗΝΑ, 1995: 206.

4. Γιαννίτση Σ. Ψυχοσωματική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Ελληνικά γράμματα. ΑΘΗΝΑ, 1997 :22.
5. Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας ψυχιατρική νοσηλευτική.
17. Γ΄ έκδοση βελτιωμένη. ΑΘΗΝΑ, 2001: 28-30,53.
18. Κοτρώτσου Ε. Ψυχιατρική νοσηλευτική. Έλλην. ΑΘΗΝΑ, 2001: 15-18,92,104-112.
19. Aaron, J., Zaglul, H., & Emery, R. E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 335–343.
20. Andrews B, Brewin CR, Rose S, Kirk M (2000). Predicting PTSD in victims of violent crime: The role of shame, anger and blame. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 69–73.
21. Benotsch, E. G., Sutker, P. B., Brailey, K., Vasterling, J. J., Uddo, M., & Constans, J. I. (2000). War zone stress, personal and environmental resources, and PTSD symptoms in Gulf War veterans: A longitudinal perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 2205–2213.
22. Birmes, P., Hatton, L., Brunet, A., & Schmitt, L. (2003). Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*, 39, 17–26.
23. Bolton, E. E., Gray, M. J., & Litz, B. T. (2006). A cross-lagged analysis of the relationship between symptoms of PTSD and retrospective reports of exposure. *Anxiety Disorders*, 20, 877–895.
24. Bremner, D. J. et al. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45, 797–805.
25. Bremner, D. J. (2002). Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective. *New York: W.W. Norton*.
26. Breslau, N. (2002). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *Journal of Gender Specific Medicine*, 5, 34–40.
27. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68, 748–766.
28. Bryant, A.R., (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder *Biological Psychiatry*, 789–795
29. Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A., & Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological Medicine*, 34, 335–346.
30. Cohen, M. L., & Quintner, J. L. (1996). The derailment of railway spine: A timely lesson for post-traumatic fibromyalgia syndrome. *Pain Reviews*, 3, 181–202.
31. Dalglish, T., Moradi, A. R., Taghavi, R., Neshat Doost, H. T., Yule, W., & Canterbury, R. (2000). Judgments about emotional events in children and adolescents with post traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 10–21.
32. Dalglish, T., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). Cognitive aspects of posttraumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: An empirical review and some recommendations. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 459–486.

33. Daviss, W., Bursleson, M. D., Racusin, R., Fleischer, A., Mooney, D., Ford, J. D., et al. (2000). Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 569–575.
34. Delahanty DL, Herberman HB, Craig KJ, Hayward MC, Fullerton CS, Ursano RJ, et al (1997). Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. *J Consult Clin Psychol* 65, 560–567.
35. De Vries, A. P. J., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P. R., & Winston, F. K. (1999). Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, 104, 1293–1299.
36. Di Gallo, A., Barton, J., & Pary-Jones, W. L. (1997). Road traffic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 170, 358–362.
37. Dirkzwager, A. J., Bramsen, I., & Van der Ploeg, H. M. (2005). Factors associated with posttraumatic stress among peacekeeping soldiers. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18, 37–51.
38. Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy*, 37, 809–829.
39. Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic PTSD after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
40. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319–345.
41. Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1–10.
42. Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A., & McNally, R. (2002). A longitudinal study of “intrusion-based reasoning” and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1415–1424.
43. Fauerbach, J. A., Richter, L., & Lawrence, J. W. (2002). Regulating acute posttraumatic distress. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23, 249–257.
44. Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash, & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*, 242–276. New York: Guilford Press.
45. Fontana, A., & Rosenheck, R. (1998). Duty related and sexual stress in women with PTSD. *Psychiatry Services*, 49, 658–662.
46. Frances, D. H. (1996). Developmental perspectives on child and adolescent posttraumatic stress disorder. *Journal of School Psychology*, 34 (2), 189-191.
47. Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., et al. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5, 1242-1247.
48. Greenberg, N., Thomas, S. L., Iversen, A. C., Unwin, C., Hull, L., & Wessely, S. C. (2003). Do military peacekeepers want to talk about their experiences?

- Perceived psychological support of UK military peacekeepers on return from deployment. *Journal of Mental Health*, 12, 565.
49. Grieger, T. A., Cozza, S. J., Ursano, R. J., Hoge, C., Martinez, P. E., Engel, C. C., et al. (2006). Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1777–1783.
 50. Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Lasko, N. B., Gilbertson, M. W., Orr, S. P., Kikinis, R., Jolesz, F. A., McCarley, R.W. and Pitman, R. K. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 1091-1099.
 51. Guthrie R, Bryant RA (2000). Attempting suppression of traumatic memories over extended periods in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 899–907.
 52. Harvey AG, Bryant RA (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 66, 507–512.
 53. Herman, J. L. (1997). Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror. *New York: Basic Books*.
 54. Jaeger, J.A., Echiverri, A., Zoellner, L.A., Post, L. & Feeny, N. C. (2009). Factors associated with choice of exposure therapy for PTSD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 294-310.
 55. Kassam-Adams, N., & Winston, F. K. (2004). Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 403–411.
 56. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., and Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
 57. Kilpatrick, D. G., Koenen, K. C., Ruggiero, K. J., Acierno, R., et al. (2007). The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1693-1699.
 58. Landolt, M. A., Vollrath, M., Timm, K., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1276–1283.
 59. Lindauer, R. J. L., Olf, M., van Meijel, E. P. M., Carlier, I. V. E, and Gersons, B. P. R. (2005). Cortisol, learning, memory and attention in relation to smaller hippocampal volume in police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 59, 171-177.
 60. Litz, B., Gray, M., Bryant, R., & Adler, A. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology*, 9, 112–134.
 61. Loo, C. M., Fairbank, J. A., & Chemtob, C. M. (2005). Adverse race-related events as a risk factor for posttraumatic stress disorder in Asian American Vietnam veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 455–463.
 62. McDermott, B. M., & Cvitanovich, A. (2000). Posttraumatic stress disorder and emotional problems in children following motor vehicle accidents:

- An extended case series. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 446–452.
63. McLeod, D. S., Koenen, K. C., Meyer, J. M., Lyons, M. J., Eisen, S., True, W., et al. (2001). Genetic and environmental influences on the relationship among combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (2), 259–275.
 64. Meiser-Stedman, R., Yule, W., Smith, P., Glucksman, E., & Dalgleish, T. (2005). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1381–1383.
 65. Milad, M. P., Vidal-Gonzales, I., and Quirk, G. J. (2004). Electrical stimulation of medial prefrontal cortex reduces conditioned fear in a temporally specific manner. *Behavioral Neuroscience*, 118, 389–394.
 66. Mirza, K. A. H., Bdadrinath, B. R., Goodyer, I. M., & Gilmour, C. (1998). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *British Journal of Psychiatry*, 172, 443–447.
 67. Moulds ML, Bryant RA (2002). Directed forgetting in acute stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 175–179.
 68. National Institute of Mental Health. (2002). *Mental health and mass violence: Evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
 69. Nugent, N. R., Amstadter, A. B., and Koenen, K. C. (2008). Genetics of post-traumatic stress disorder: Informing clinical conceptualization and promoting future research. *American Journal of Medical Genetics Part C*, 148C, 127–132.
 70. Ortega, A. N., & Rosenheck, R. (2000). Posttraumatic stress disorder among Hispanic Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 157, 615–619.
 71. Paulson, D. S., & Krippner, S. (2007). *Haunted by combat* Westport, CT: Praeger Security International.
 72. Pynoos, R.S., Frederick, G., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A. Eth, S., Nunez, F., & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057–1063.
 73. Pynoos, R.S., & Nader, K. (1988). Children who witness the sexual assaults of their mothers. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 567–572.
 74. Rauch, S. L., Shin, L. M., and Phelps, E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research – Past, present and future. *Biological Psychiatry*, 60, 376–382.
 75. Resnick, H., Kilpatrick, D., & Dansky, B. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984–991.
 76. Rothbaum, B. O., and Davis, M. (2003). Applying learning principles to the treatment of post-trauma reactions. *Annals of the New York Academy of Science*, 1008, 112–121.
 77. Salmon, K., Sinclair, E., & Bryant, R. A. (2007). The role of maladaptive appraisals in child acute stress reactions. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 203–210.

78. Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 85–95.
79. Schwarz, E. D., & Kowalski, J.M. (1991a). Posttraumatic stress disorder after a school shooting: Effects of symptom threshold selection and diagnosis by DSM-III, DSM- III-R, or proposed DSM-IV. *American Journal of Psychiatry, 148*, 592-597.
80. Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A., Wolfe, J., Erickson, D., & Stokes, L. R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 188–197.
81. Smith, K., & Bryant, R. A. (2000). The generality of cognitive bias in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 38*, 709–715.
82. Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal, 317*, 1619–1623.
83. Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (2001). Children involved in road traffic accidents: Psychological sequelae and issues for mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*, 23–39.
84. Tick, E. (2005). War and the soul. *Wheaton, IL: Quest Books*.
85. U.S Department of Health and Human Services. (2004). Mental health response to mass violence and terrorism: A training manual. *Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.
86. Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, affect dysregulation and somatization: The complex nature of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry, 153* (7), 83–93.
87. Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). Strategies for theory construction in nursing. (4th Ed.). *Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc*.
88. Warda, G., & Bryant, R. A. (1998a). Cognitive bias in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 36*, 1177–1183.
89. Warda, G., & Bryant, R.A. (1998b). Thought control strategies in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 36*, 1171–1175.
90. Watson, P. (2004). Behavioral health intervention following mass violence. *Traumatic Stress Point, 18*. Retrieved Sep 17, 2005, from www.istss.org/publications/TS/Winter04toc.htm
91. Wilson, S.A., Becker, L.A., Tinker, R.H. (1997). “Fifteen-month follow-up of eye movementdesensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma”. *Journal of consulting and clinical psychology, 65* (6), 1047–56.
92. Yalom and Leszcz. (2005). The theory and practice of group psychotherapy, *Basic Books*, 5th edition, Preface p. xii.
93. Yehuda, R. and LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron, 56*, 19-32.