



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΠΤΟΜΕΤΡΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ψυχολογία της όρασης

Σπουδαστές:

Δασουράς Γεώργιος

Λέκα Ιωάννα

Παναγιωτίδου Περιστέρα

Επιβλέπων Καθηγητής: κ.Ανδρικόπουλος Ανδρέας

Αίγιο-Νοέμβριος 2015

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, στο τμήμα οπτικής και Οπτομετρίας στο Αίγιο. Η εκπόνησή της αποτελεί την ολοκλήρωση του πρώτου κύκλου των σπουδών μας. Μας έδωσε την ευκαιρία μετά από ενδελεχή έρευνα να εμβαθύνουμε στην επιστήμη μας και να αποκτήσουμε γερές βάσεις και εμπειρία.

Επιπλέον δε, μέσα από αυτή την εργασία μπορούμε να προσφέρουμε στους επόμενους σπουδαστές του τμήματος μας το κίνητρο για νέες μελέτες στον τομέα της ψυχολογίας και της όρασης, πώς συνδέονται και πώς αντιμετωπίζονται.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπον καθηγητή μας κύριο Ανδρικόπουλο Ανδρέα ο οποίος βοήθησε στην διεκπεραίωση αυτής της εργασίας. Τον ευχαριστούμε πολύ για όλα όσα μας δίδαξε, για το επιστημονικό υλικό που μας προσέφερε, τις συμβουλές, την συμπαράστασή του και τις ώρες που μας αφιέρωσε.

Σεβασμό και ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλουμε στους καθηγητές μας για τον χρόνο τους να τη διαβάσουν και να την αξιολογήσουν.

Τέλος, ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την στήριξή τους όλων αυτών τον καιρό.

Περίληψη

Τα οπτικά προβλήματα και συγκεκριμένα η τύφλωση εξετάζονται συνήθως στον χώρο της ιατρικής από βιολογική σκοπιά, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις πιθανές ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες της τύφλωσης. Επιπλέον, η εξέταση της οπτικής αντίληψης ιδίως στην Ελλάδα τείνει να πραγματοποιείται από τους ιατρούς με τρόπο που δεν λαμβάνει υπόψη της την ψυχολογική της διάσταση. Η εργασία αυτή είναι μια προσπάθεια να διευρύνουμε τους αντιληπτικούς μηχανισμούς της όρασης υπό την σκοπιά της ψυχολογίας. Εξετάζονται συνδέσεις μεταξύ ψυχολογικών και οπτικών διαταραχών και αναφέρονται πιθανές ερμηνείες. Εν συνεχεία μελετάμε τις ψυχολογικές επιπτώσεις της μερικής και της ολικής απώλειας και αναφερόμαστε σε πιθανές εφαρμογές παροχής φροντίδας σε ολιστικό επίπεδο.

Λέξεις κλειδιά: Οπτική αντίληψη, όραση, ψυχολογία της υγείας, τύφλωση, ψυχολογικές διαταραχές

Abstract

Vision problems and especially blindness tend to be addressed by medical doctors from a mere biological perspective, without paying attention to its psychological and social consequences. Moreover, the examination of optical perception tends to take place- in some countries as well as in Greece - from health professionals, without taking into consideration its psychological dimension. The present paper comprises an effort to expand the perceptual optical mechanisms by using psychology's standpoint. Connections between psychological and eye problems are examined and possible explanations are offered. Finally we discuss the psychological effects of partial and total blindness and report possible applications in health provision at a holistic level.

Key Words: optical perception, seeing, health psychology, blindness, psychological disorders

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1. Η επιστήμη της ψυχολογίας	2
1.1. Ορισμός- Οι απαρχές της επιστήμης	2
1.2. Σύντομη ιστορία της ψυχολογίας	2
1.3. Κυριότερες σχολές και προσεγγίσεις.....	5
1.3.1. Η βιολογική προσέγγιση.....	5
1.3.2. Η εξελικτική προσέγγιση.....	6
1.3.3. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση.....	6
1.3.4. Η συμπεριφοριστική προσέγγιση.....	9
1.3.5. Η γνωσιακή προσέγγιση.....	10
1.3.6. Η φαινομενολογική / προσωποκεντρική προσέγγιση.....	11
1.4. Οι υποτομείς της ψυχολογίας	12
Κεφάλαιο 2. Ψυχολογία της υγείας.....	15
2.1. Περιγραφή του κλάδου	15
2.2. Σύντομη ιστορική αναδρομή.....	16
2.3. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.....	17
2.3.1. Η σχέση μεταξύ πεποιθήσεων, συμπεριφοράς και υγείας	19
2.4. Κυριότεροι τομείς της ψυχολογίας της υγείας.....	20
2.4.1. Πρόληψη ασθενειών και προαγωγή της υγείας.....	21
2.4.2. Χρόνιες και τερματικές ασθένειες.....	22
2.4.3. Διαχείριση πόνου.....	24
2.5. Εφαρμογές της ψυχολογίας της υγείας.....	25
Κεφάλαιο 3. Ψυχολογία της όρασης	28
3.1. Ανατομία και Νευροφυσιολογία της όρασης	28
3.2. Τα συνηθέστερα προβλήματα όρασης.....	32
3.2.1. Διαθλαστικές αμετροπίες.....	33
3.2.2. Καταρράκτης.....	35
3.2.3. Κερατόκωνος.....	36
3.2.4. Εκφύλιση της ώχρας κηλίδας.....	37
3.2.5. Γλαύκωμα.....	38
3.2.6. Προβλήματα του οφθαλμού που συνδέονται με άλλες ασθένειες	38
3.3. Απώλεια οπτικού πεδίου και τύφλωση.....	41
3.4. Η ψυχοφυσική προσέγγιση της όρασης.....	43
3.5. Ο ρόλος των ψυχολογικών διαταραχών στην όραση	44
3.6. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της μερικής ή ολικής τύφλωσης.....	47
3.6.1. Παιδιά με προβλήματα όρασης.....	47
3.6.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις στη μέση και τρίτη ηλικία.....	48
3.7. Παρεμβάσεις και προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης ατόμων με προβλήματα όρασης	52
3.7.1. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για παιδιά και εφήβους.....	52
3.7.2. Παρεμβάσεις και προγράμματα για ενήλικα και ηλικιωμένα άτομα με μερική ή ολική τύφλωση.....	53
Συμπεράσματα	54
Βιβλιογραφία	55

Εισαγωγή

Μετά τον φόβο του θανάτου, ο φόβος της τύφλωσης είναι ο μεγαλύτερος φόβος του ανθρώπου. Από την αρχαία Ελλάδα ακόμη, η τύφλωση αποτελούσε την εσχάτη των ποινών, όπως π.χ. στον μύθο του Οιδίποδα, ενώ συχνά η έλλειψη της όρασης αντισταθμίζονταν από τους θεούς με το δώρο της εσωτερικής ή έκτης διαίσθησης, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του μάντη Τειρεσία και του τυφλού Άππιου Κλαύδιου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO,2015), μόλις το 20% των ανθρώπων έχει τέλεια όραση, ενώ 285 εκατομμύρια άνθρωποι παρουσιάζουν οφθαλμικές διαταραχές. Εξ αυτών 39 εκατομμύρια είναι τυφλοί. Επιπλέον, ένα στα χίλια παιδιά έχει σοβαρά προβλήματα όρασης που δεν μπορούν ν' αναπληρωθούν με βοηθήματα όρασης. Τα προβλήματα χαμηλής όρασης ή τύφλωσης έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην κοινωνική και προσωπική ζωή των ατόμων αλλά και γενικότερα στην ποιότητα της ζωής τους.

Η εργασία που έχετε στα χέρια σας είναι μια πρώτη προσπάθεια ανάλυσης των επιπτώσεων των προβλημάτων όρασης ή και τύφλωσης από ψυχολογική σκοπιά.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται μια εισαγωγή στην επιστήμη της ψυχολογίας και γίνεται μία σύντομη ιστορική αναδρομή ώστε να κατανοηθεί ο ρόλος της και η θέση της μέσα στις υπόλοιπες επιστήμες. Ακολουθώς παρουσιάζονται οι κυριότερες σχολές και προσεγγίσεις της ψυχολογίας, όπως η ψυχαναλυτική, η συμπεριφοριστική, η γνωσιακή, η βιολογική και η εξελικτική προσέγγιση. Τέλος αναφέρονται οι υποτομείς της ψυχολογίας όπως αυτοί έχουν διαμορφωθεί μέσα από τον Αμερικανικό Ψυχολογικό Σύλλογο και την μέχρι τώρα εφαρμογή της επιστήμης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας, ο οποίος είναι ο κατεξοχήν τομέας που ασχολείται με τον τρόπο που τα ίδια τα άτομα με προβλήματα υγείας βιώνουν και αντιμετωπίζουν το πρόβλημά τους. Περιγράφεται ως υποτομέας της επιστήμης της ψυχολογίας, και αναλύεται το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο επάνω στο οποίο βασίστηκε η ψυχολογία της υγείας. Εν συνεχεία με βάση το μοντέλο αυτό συζητείται η σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς, των πεποιθήσεων και της υγείας. Αναλύονται οι τομείς της ψυχολογίας της υγείας καθώς και οι πρακτικές της εφαρμογές στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ψυχολογία της όρασης αποτελεί το τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Εδώ επιχειρείται μία σύνδεση μεταξύ της όρασης και της οπτικής αντίληψης αναφορικά με τον τομέα της ψυχολογίας. Παρουσιάζεται η φυσιολογία του οφθαλμού και τα σημαντικότερα προβλήματα όρασης συμπεριλαμβανομένης και της μερικής ή ολικής τύφλωσης. Εν συνεχεία η οπτική αντίληψη προσεγγίζεται ως συνολικό φαινόμενο μέσω της ψυχοφυσικής προσέγγισης. Πεδίο ενδιαφέροντος είναι και ο ρόλος των ψυχολογικών διαταραχών στην όραση, αφενός επειδή είναι ένας τομέας που θεωρούμε ότι δεν έχει τύχει ακόμα - τουλάχιστον στον Ελλαδικό χώρο - ιδιαίτερης προσοχής και αφετέρου διότι καταδεικνύει την σύνδεση σώματος και πνεύματος. Επιπλέον, αναλύονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις των προβλημάτων όρασης τόσο στην παιδική όσο και στην ενήλικη ζωή.

Τέλος, παρουσιάζουμε υφιστάμενα προγράμματα και δομές υποστήριξης ατόμων με προβλήματα όρασης και συζητάμε τις πολιτικές που εφαρμόζονται, προχωρώντας σε προτάσεις για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή καλών πρακτικών.

Κεφάλαιο 1^ο : Η επιστήμη της Ψυχολογίας

1.1. Ορισμός- Οι απαρχές της επιστήμης

Ο όρος ψυχολογία αποτελείται από δύο συνθετικά: «ψυχή» και «λόγος». Κυριολεκτώντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι σημαίνει «μελέτη της ψυχής» (Online Etymology Dictionary, 2015), με την έννοια της ψυχής να διαφοροποιείται από το θρησκευτικό της περιεχόμενο, και να αναφέρεται στην έννοια της ανθρώπινης φύσης. Υπό αυτή την έννοια, οι απαρχές της ψυχολογικής σκέψης έχουν τις ρίζες τους στη φιλοσοφία η οποία αναπτύχθηκε από αρχαίους πολιτισμούς, όπως της Κίνας, της Περσίας, αλλά κυρίως της αρχαίας Ελλάδας. Φιλόσοφοι όπως ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με την έννοια της ψυχής, ενώ πρώτος ο Ιπποκράτης απέδωσε τις ψυχολογικές διαταραχές σε φυσικούς /βιολογικούς παράγοντες και όχι στα θεία, άποψη που επικρατούσε έως τον 4^ο π.χ. αιώνα (Brink, 2008).

Η ψυχολογία, ως επιστήμη, έχει οριστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους, με κάθε έναν να αντικατοπτρίζει τις εξελίξεις στον κλάδο. Το 1900 η ψυχολογία αναφερόταν ως η επιστημονική μελέτη του νου, ενώ πενήντα χρόνια αργότερα το 1950 η ψυχολογία ορίστηκε γενικά ως «η επιστήμη που μελετάει την συμπεριφορά», κυρίως λόγω της ανάπτυξης του συμπεριφοριστικού μοντέλου για το οποίο θα μιλήσουμε ακολούθως.

Σήμερα, μετά από σχεδόν 2 αιώνες ψυχολογικών μελετών ο γενικός ορισμός ο οποίος έχει επικρατήσει είναι ότι η ψυχολογία είναι η συστηματική μελέτη της συμπεριφοράς και της εμπειρίας. Έτσι, σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχολογικό Σύλλογο (APA, 2015), η ψυχολογία είναι η μελέτη του νου και της συμπεριφοράς. Η επιστήμη αγκαλιάζει όλο το φάσμα της ανθρώπινης εμπειρίας. Σε κάθε δυνατό πλαίσιο, η κατανόηση της συμπεριφοράς είναι η «κορωνίδα» της ψυχολογίας. Με απλά λόγια, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ψυχολογία αποτελεί μια επιστήμη που μελετά τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις συνήθειες, τις σχέσεις, τη συμπεριφορά, τις διαθέσεις, τα κίνητρα και τη δημιουργική δράση και λειτουργικότητα ενός ανθρώπου στο περιβάλλον του.

1.2. Σύντομη ιστορία της ψυχολογίας

Η φιλοσοφία του εμπειρισμού επέδρασε καταλυτικά στην ανάπτυξη της επιστήμης της ψυχολογίας. Στις αρχές του δέκατου έβδομου αιώνα, Βρετανοί φιλόσοφοι όπως ο John Locke, ο George Berkeley και ο David Hume υποστήριζαν ότι- αντίθετα με την έως τότε θεώρηση ότι η γνώση έρχεται με την γέννηση, είναι δηλαδή στη φύση του ανθρώπινου είδους- κατά την γέννηση ο άνθρωπος είναι μία «λευκή σελίδα» (tabula rasa στα λατινικά) επάνω στην οποία οι εμπειρίες κατά τη διάρκεια του βίου καταγράφονται, δημιουργώντας έτσι την γνώση για τον κόσμο και το περιβάλλον.

Μέχρι και τον δέκατο ένατο αιώνα πολλοί Γερμανοί φυσιολόγοι πραγματοποίησαν επιστημονικές μελέτες επάνω στη δομή και τη λειτουργία της όρασης, της ακοής και των άλλων αισθήσεων αλλά και των αντιληπτικών διαδικασιών. Το έτος που χαρακτηρίζεται ως έτος έναρξης της επιστήμης της ψυχολογίας είναι το 1879, έτος ίδρυσης του πρώτου εργαστηρίου ψυχολογίας στη Λειψία της Γερμανίας από τον Maximilian Wundt. Μέχρι τότε είχαν ήδη πραγματοποιηθεί πολλές ψυχολογικές μελέτες, όμως οι ερευνητές δεν θεωρούσαν τους εαυτούς τους ψυχολόγους και τη δράση τους ως επιστημονική (Νασιάκου, Χατζή & Φατούρου-Χαρίτου, 2005).

Αν και ο Wundt ως φυσιολόγος μελετούσε την αίσθηση και την αντίληψη, ο κύριος στόχος του ήταν το να χρησιμοποιήσει εργαστηριακές επιστημονικές μεθόδους προκειμένου

να μελετήσει τη συνείδηση, δηλαδή κατά τον ίδιο την άμεση εμπειρία που προκαλείται από τις αισθήσεις. Σύμφωνα με τους Schultz & Schultz (1992), ο Wundt προσπάθησε να περιγράψει τα βασικά δομικά στοιχεία της συνείδησης, το πώς αυτά είναι οργανωμένα αλλά και τον τρόπο που συνδέονται μεταξύ τους. Για να το πετύχει αυτό ανέπτυξε πάμπολλες εργαστηριακές ερευνητικές μεθόδους, συμπεριλαμβανομένης και της μεθόδου μέτρησης της ταχύτητας των νοητικών διεργασιών (McLeod, 2015). Επιπλέον, προκειμένου να μελετήσει τη συνειδητή εμπειρία, ο Wundt χρησιμοποίησε τη μέθοδο της «ενδοσκόπησης» (introspection), δηλαδή της «ενεργητικής αντίληψης», κατά την οποία οι συμμετέχοντες στη μελέτη εκτέθηκαν κατ' επανάληψη σε ερεθίσματα φωτός ή ήχου και εν συνεχεία προσπάθησαν να περιγράψουν την αίσθηση και τα συναισθήματα που τους προκάλεσε το ερέθισμα. Ο Wundt συμπέρανε ότι η «ποιότητα» και η «ένταση» του ερεθίσματος αποτελούν τα δύο ουσιαστικά στοιχεία κάθε αίσθησης και ότι τα συναισθήματα ως προς την αίσθηση μπορούν να περιγραφούν χρησιμοποιώντας τα δίπολα «ευχαρίστηση-δυσαρέσκεια», «ένταση-χαλάρωση» και «έξαψη-κατάθλιψη» (Schultz & Schultz, 1992).

Αργότερα, ο Αμερικάνος Edward Titchener, ο οποίος είχε υπάρξει μαθητής του Wundt, χρησιμοποίησε τη μεθόδους της χρήσης εικόνων προκειμένου να μελετήσει τη δομή της συνείδησης. Η προσέγγιση του Titchener είναι σήμερα γνωστή ως «στρουκτουραλισμός» και προέρχεται από τη λέξη “structure” που σημαίνει δομή.

Φυσικά ο Wundt δεν ήταν ο μοναδικός που την εποχή εκείνη προχωρούσε σε μελέτες της ανθρώπινης φύσης με επιστημονικά εργαλεία. Την ίδια περίοδο στη Γερμανία ο Hermann Ebbinghaus επικεντρωνόταν στη μελέτη των δυνατοτήτων αλλά και των περιορισμών άλλων νοητικών διεργασιών, όπως η μνήμη και η μάθηση. Ταυτόχρονα, μια άλλη ομάδα ψυχολόγων- που αργότερα δημιούργησαν τη σχολή «Gestalt» που σημαίνει «ενωμένο όλο» στα γερμανικά, ασκούσε κριτική στις θεωρήσεις του Wundt κυρίως λόγω της μεθόδου της ενδοσκόπησης που χρησιμοποιούσε. Το κύριο επιχείρημά τους ήταν ότι η μέθοδος αυτή μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα δεδομένου ότι το σύνολο της εμπειρίας του βίου μας είναι κάτι περισσότερο από την ένωση των διαφορετικών εμπειριών, και ότι η κατανόηση της συνείδησης είναι εφικτή μόνο μέσα από τη μελέτη της ως συνολική εμπειρία και όχι σύνολο στοιχείων (Bernstein, Clarke-Stewart, Roy & Wickens, 1997).

Ενώ ο Wundt και οι συνάδερφοί του στην Γερμανία ασχολήθηκαν με την επιστημονική μελέτη της συνείδησης, ο Sigmund Freud βρισκόταν στην Βιέννη. Ο Freud ενδιαφερόταν ιδιαίτερα για το υποσυνείδητο. Όντας φυσικός πίστευε ότι το σύνολο των συμπεριφορών και των νοητικών διεργασιών οφείλεται σε φυσικά αίτια και συγκεκριμένα στο νευρικό σύστημα. Εντούτοις, στα τέλη του 1800 ο Freud αναγκάστηκε να αμφισβητήσει τις ίδιες του τις αντιλήψεις όταν ήρθε αντιμέτωπος με ασθενείς οι οποίοι, αν και είχαν σωματικά συμπτώματα, δεν αντιμετώπιζαν κάποιο συγκεκριμένο παθολογικό πρόβλημα. Μετά από ενδελεχή μελέτη – με τη χρήση της ύπνωσης και άλλων τεχνικών- των περιστατικών αυτών, ο Freud έφτασε στο συμπέρασμα ότι οι «νευρώσεις» των ασθενών του οφείλονταν σε τραυματικά περιστατικά του παρελθόντος τα οποία είχαν απωθηθεί στο υποσυνείδητο (Jones, 2003). Έτσι ο Freud διαμόρφωσε τη θεωρία της ψυχανάλυσης η οποία υποστηρίζει ότι το σύνολο της ανθρώπινης συμπεριφοράς- από ένα απλό καθημερινό σαρδάμ έως την πιο σοβαρή μορφή ψυχικής ασθένειας- υποκινείται από ψυχολογικές διεργασίες και ειδικότερα από υποσυνείδητες διαμάχες μέσα στο μυαλό. Ο Freud συνέχισε να αναπτύσσει τη θεωρία του για τα επόμενα πενήντα χρόνια διαμορφώνοντας μια θεωρία προσωπικότητας και ψυχικών διαταραχών αλλά και μεθόδων θεραπείας. Αν και οι ιδέες του Freud παραμένουν ακόμα και σήμερα αμφιλεγόμενες, εντούτοις έχουν αδιαμφισβήτητα επηρεάσει τις αντιλήψεις πολλών ψυχολόγων ανά τον κόσμο.

Στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού, στις Η.Π.Α και συγκεκριμένα στο Πανεπιστήμιο Χάρβαρντ, ο William James ίδρυε το πρώτο εργαστήριο ψυχολογικής έρευνας περί το τέλος του 1800, δηλαδή περίπου την ίδια περίοδο που ο Wundt ξεκινούσε την έρευνα στο δικό του εργαστήριο, στη Λειψία. Όπως και οι Γερμανοί ψυχολόγοι της σχολής «Gestalt», ο James απέρριπτε τις ιδέες του Wundt και τον στρουκτουραλισμό. Επηρεασμένος από την θεωρία του Δαρβίνου περί της εξέλιξης των ειδών, ο James επικεντρώθηκε στη κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της συνείδησης και στη βοήθεια που παρέχει ως εργαλείο προσαρμογής στο περιβάλλον (James, 1892). Ο πυρήνας της μελέτης του επικεντρώθηκε στην εν εξελίξει ροή της συνείδησης, δηλαδή στις συνεχώς μεταβαλλόμενες αισθήσεις, αναμνήσεις, πρότυπα εικόνων και άλλες νοητικές διεργασίες και στο πως αυτές λειτουργούν συνολικά. Η θεώρηση αυτή ονομάστηκε «λειτουργισμός» (functionalism) και ενέπνευσε αρκετούς ψυχολόγους κυρίως στην Β. Αμερική να ασχοληθούν εν συνεχεία με τον τρόπο τον οποίο οι διεργασίες αυτές διαφέρουν μεταξύ των ατόμων. Οι ατομικές διαφορές στην αντίληψη, την μνήμη και την ικανότητα μάθησης και το πως αυτές συνδέονται με την ευφυΐα, οδήγησαν τελικά σε συστάσεις για την βελτίωση των εκπαιδευτικών πρακτικών σε σχολεία και άλλες δομές εκπαίδευσης, αλλά και στη δημιουργία ειδικών προγραμμάτων για παιδιά που έχριζαν εξειδικευμένης βοήθειας (Nietzel, Bernstein & Milich, 1994).

Πέρα από την επιρροή που είχε στη δημιουργία του «λειτουργισμού», η θεωρία του Δαρβίνου έδωσε το έναυσμα σε πολλούς ψυχολόγους- κυρίως στην Β. Αμερική- να ασχοληθούν με την μελέτη της συμπεριφοράς των ζώων. Οι ερευνητές σκέφτηκαν ότι από τη στιγμή που τα διαφορετικά είδη ζωής εξελίχθηκαν με τρόπο προσαρμοστικό ως προς το περιβάλλον τους, τότε ίσως οι ίδιοι εξελικτικοί νόμοι να ίσχυαν και για τη συμπεριφορά ή τις νοητικές διεργασίες. Έτσι, περί τα τέλη του 1900 οι ψυχολόγοι προχώρησαν στην παρατήρηση του τρόπου συμπεριφοράς ζώων, κυρίως θηλαστικών, με τη χρήση λαβύρινθων και άλλων μεθόδων. Μέσω των παρατηρήσεων αυτών οι ερευνητές κατάφεραν να διεξαγάγουν πολύτιμα συμπεράσματα σχετικά με την μάθηση, τη μνήμη, την ευφυΐα και την συνειδητή εμπειρία. Κατά την περίοδο εκείνη, ο John Watson, ένας καθηγητής ψυχολογίας στη Βαλτιμόρη δημοσίευσε ένα άρθρο που έμελλε να θέσει τις βάσεις για μία από τις πιο γνωστές σχολές της ψυχολογίας. Το άρθρο είχε τίτλο « Η ψυχολογία όπως την βλέπουν οι συμπεριφοριστές » (Weibel, 2011). Στο άρθρο του αυτό ο Watson, αν και συμφωνούσε με το ότι η μελέτη της εμφανούς συμπεριφοράς των ανθρώπων και των ζώων ήταν η κυριότερη πηγή επιστημονικής πληροφόρησης για την ψυχολογία, εντούτοις ήταν κατάφορα αντιεπιστημονικό να χρησιμοποιούνται οι παρατηρήσεις αυτές για την διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη συνείδηση, όπως υποστήριζε ο στρουκτουραλισμός και λειτουργισμός. Αντίθετα, ο Watson υποστήριζε ότι η επιστήμη της ψυχολογίας θα πρέπει να αγνοήσει τις νοητικές διεργασίες και να βασιστεί αποκλειστικά στις παρατηρήσεις της συμπεριφοράς και των αντιδράσεων των οργανισμών σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Η σχολή του «συμπεριφορισμού» του Watson αναγνώριζε την ύπαρξη της συνείδησης αλλά θεωρούσε ότι η έρευνα δεν πρέπει να επικεντρωθεί στη μελέτη της λόγω της απροσπέλαστης και ιδιωτικής της φύσης. Μάλιστα πίστευε ότι η ψυχολογία δεν πρόκειται ποτέ να αναχθεί σε πραγματική επιστήμη εάν επικεντρωθεί στο υποσυνείδητο. Αντίθετα θεωρούσε ότι η μάθηση είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την συμπεριφορά.

Ο Skinner, ένας άλλος υπέρμαχος του συμπεριφορισμού, μελέτησε από το 1930 έως και τα τέλος της ζωής του το 1990, τον τρόπο με τον οποίο η συμπεριφορά διαμορφώνεται, διατηρείται και μεταβάλλεται ανάλογα με την επιβράβευση ή την τιμωρία. Ο τρόπος μεταβολής της συμπεριφοράς ονομάστηκε «συντελεστική εξαρτημένη μάθηση» (operant conditioning). Η δομική αυτή ανάλυση της συμπεριφοράς προσέφερε έναν τρόπο κατανόησης της συμπεριφοράς βασισμένο αποκλειστικά σε εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η

θεώρηση αυτή έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής και κυριάρχησε στην επιστημονική ψυχολογική έρευνα έως το 1960, ενώ αντίθετα η μελέτη της συνείδησης εξασθένησε.

Σήμερα, οι ψυχολόγοι ανά τον κόσμο συνεχίζουν να μελετούν όλο το φάσμα της εμφανούς συμπεριφοράς ανθρώπων και ζώων. Μέχρι τα τέλη του 1960 εντούτοις, πολλοί ψυχολόγοι ιδιαίτερα στην Ευρώπη είχαν δυσανεχθεί ιδιαίτερα από τους περιορισμούς που επέβαλλε ο συμπεριφορισμός, δεδομένου ότι αισθάνονταν πως οι νοητικές διεργασίες θα μπορούσαν να αποδειχθούν σημαντικές για την πλήρη κατανόηση της συμπεριφοράς (Ericson & Simon, 1993). Επιπλέον, η έλευση της εποχής των υπολογιστών οδήγησε σε έναν νέο τρόπο σκέψης αναφορικά με τις νοητικές διεργασίες, αυτόν της επεξεργασίας των πληροφοριών (information processing). Έτσι οι υπολογιστές μπορούσαν μέσω της βιοτεχνολογίας να χρησιμοποιηθούν από τους ερευνητές ψυχολόγους για την ακριβέστερη μέτρηση των νοητικών διεργασιών αλλά και την μελέτη της βιολογικής βάσης τους, όπως για παράδειγμα το τι συμβαίνει στον εγκέφαλο όταν ένα άτομο λαμβάνει αποφάσεις ή σκέφτεται.

Οι σύγχρονοι ψυχολόγοι, έχοντας στη διάθεσή τους εκλεπτυσμένα εργαλεία έρευνας επιχειρούν αυτό που ο Watson θεωρούσε ακατόρθωτο: τη μελέτη των νοητικών διεργασιών με ακρίβεια και επιστημονική αντικειμενικότητα. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η σύγχρονη ψυχολογία έχει διαγράψει έναν πλήρη κύκλο, δεχόμενη και πάλι ότι η συνείδηση – υπό τη μορφή των γνωσιακών διαδικασιών - αποτελεί αντικείμενο επιστημονικής μελέτης και δικαιολογώντας έτσι τον σύγχρονο ορισμό της ψυχολογίας ως την επιστήμη της συμπεριφοράς και των νοητικών διεργασιών.

1.3. Κυριότερες σχολές και προσεγγίσεις

Αν και όλοι οι ψυχολόγοι δεσμεύονται από την επιστημονική έρευνα και τον εμπειρισμό, η προσέγγισή τους προς της συμπεριφορά και τις νοητικές διεργασίες μπορεί να διαφέρει. Ορισμένοι ψυχολόγοι υιοθετούν μία μόνο προσέγγιση, άλλοι συνδυάζουν χαρακτηριστικά δύο ή περισσότερων προσεγγίσεων θεωρώντας ότι καμία προσέγγιση από μόνη της δεν μπορεί να εξηγήσει όλα τα ψυχολογικά φαινόμενα. Αν και σήμερα δεν συναντάμε στην ψυχολογία όρους όπως «στρουκτουραλισμός» και «λειτουργισμός», η ψυχοδυναμική και η συμπεριφοριστική προσέγγιση παραμένουν στην επικαιρότητα. Άλλες σύγχρονες προσεγγίσεις της επιστήμης της ψυχολογίας είναι η βιολογική, η εξελικτική, η γνωσιακή και η φαινομενολογική (πρώην ουμανιστική) προσέγγιση (Νασιάκου κ.α., 2005).

1.3.1. Η Βιολογική προσέγγιση

Όπως υποδηλώνει και το όνομά της η βιολογική προσέγγιση υποθέτει ότι η συμπεριφορά και οι νοητικές διεργασίες διαμορφώνονται κυρίως μέσω βιολογικών διεργασιών. Οι ψυχολόγοι που ακολουθούν την προσέγγιση αυτή μελετούν την επίδραση των ορμονών και των γονιδίων καθώς την δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος, ειδικά του εγκεφάλου.

Η προσέγγιση αυτή υπήρξε ιδιαίτερα δημοφιλής στην Ευρώπη αλλά και τη Ν. Αμερική και παραμένει ακόμα και σήμερα σε πολλές χώρες κύριος ερευνητικός τομέας. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων αιώνων, η βιολογική προσέγγιση- γνωστή και ως βιοψυχολογία - κατάφερε μέσω προσεκτικά σχεδιασμένων πειραμάτων και καινοτόμων τεχνικών να εισαγάγει νέους τρόπους και μεθοδολογίες έρευνας για να απαντήσει παλαιά ερωτήματα και να διατυπώσει νέα (Wayne, 2007). Η σύγχρονη βιολογική ψυχολογία ασχολείται κυρίως με τους ακόλουθους τομείς: η εξέλιξη του εγκεφάλου και της συμπεριφοράς, η ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος κατά τη διάρκεια του βίου, ψυχοφαρμακολογία, οι αισθητήριες και αντιληπτικές διαδικασίες, ο έλεγχος και συντονισμός

των κινήσεων, ο έλεγχος των συμπεριφορικών καταστάσεων (πχ. υποκίνηση), ο βιολογικός ρυθμός και ο ύπνος, συναισθήματα και νοητικές διαταραχές, νευρομηχανισμοί της μάθησης και της μνήμης, γλώσσα και νόηση καθώς και με την ανάρρωση και τη λειτουργία του νευρικού συστήματος μετά από τραυματισμό.

Για πολλές δεκαετίες η βιοψυχολογία ή αλλιώς ψυχοβιολογία υπήρξε ο τομέας εκείνος όπου η ψυχολογία και η βιολογία αντάλασσαν πληροφορίες, ιδέες, έννοιες και τεχνικές. Αν και υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στις οποίες άνθρωποι παίρνουν μέρος σε πειράματα βιολογικής ψυχολογίας, τις περισσότερες φορές τα ερευνητικά αντικείμενα είναι ζώα (κυρίως ποντίκια, αρουραίοι και μαϊμούδες), δεδομένου ότι η βιολογική ψυχολογία υποθέτει ότι οι οργανισμοί έχουν κοινά βιολογικά και συμπεριφοριστικά γνωρίσματα τα οποία επιτρέπουν την παρέκταση μεταξύ των ειδών. Θα μπορούσαμε να πούμε βάση αυτών ότι η βιολογική ψυχολογία «συγγενεύει» με την συγκριτική και την εξελικτική ψυχολογία καθώς και με την εξελικτική βιολογία (Dewsbury, 1991)

1.3.2. Η εξελικτική προσέγγιση

Η εξελικτική προσέγγιση έχει τις απαρχές της στο βιβλίο του Άγγλο φυσιοδίφη Δαρβίνου, «Η εξέλιξη των ειδών». Ο Δαρβίνος υποστήριξε ότι οι μορφές ζωής που βλέπουμε σήμερα είναι το αποτέλεσμα της εξέλιξης, δηλαδή των σταδιακών αλλαγών των μορφών ζωής που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια πολλών γενιών μέσω της διαδικασίας της φυσικής επιλογής. Η θεωρία του Δαρβίνου υποστηρίζει ότι κατά τη διάρκεια της φυσικής επιλογής τα άτομα του είδους των οποίων η εμφάνιση και οι τύποι συμπεριφοράς αποτρέπουν τους θηρευτές, αντέχουν τις καιρικές συνθήκες, βοηθούν στην εξεύρεση τροφής και στην αποτελεσματική αναπαραγωγή, καταφέρνουν να επιζήσουν και να δημιουργήσουν απογόνους με τα ίδια επιτυχημένα χαρακτηριστικά. Έτσι τα χαρακτηριστικά εκείνα που βοηθούν την επιβίωση και τη διαίωνιση του είδους επιζούν, ενώ εκείνα που τη θέτουν σε κίνδυνο εξαφανίζονται με το πέρασμα αρκετών γενεών. Έτσι, κάθε άτομο και κάθε είδος αναπτύσσει εκείνες τις ιδιότητες που το βοηθούν να επιβιώσει ή δημιουργεί νέες, ανάλογα με το τι απαιτεί η προσαρμογή του στο περιβάλλον, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια, η «διαίωνιση».

Στην ψυχολογία, η εξελικτική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η σημερινή συμπεριφορά των ανθρώπων και των ζώων είναι το αποτέλεσμα της εξέλιξης μέσω της φυσικής επιλογής.

Οι εξελικτικοί ψυχολόγοι θεωρούν ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος περιλαμβάνει πολλούς δομικούς μηχανισμούς - οι οποίοι ονομάζονται «ψυχολογικές προσαρμογές» ή «εξελιγμένοι γνωσιακοί μηχανισμοί προσαρμογής» - σχεδιασμένους μέσω της διαδικασίας της φυσικής επιλογής. Κάποια παραδείγματα των μηχανισμών αυτών είναι τα μοντέλα απόκτησης γλωσσικής ικανότητας, η αυτόματη αντίδραση της αποφυγής εντόμων, τους μηχανισμούς ανίχνευσης ψεύδους, την ευφυΐα και τις σεξουαλικές προτιμήσεις, κλπ.

Οι ερευνητές της εξελικτικής ψυχολογίας ασχολούνται με την προσαρμοστική αξία της συμπεριφοράς, τους ανατομικούς και βιολογικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων επιτυγχάνεται αυτό αλλά και με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν την προσαρμογή αυτή.

1.3.3. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση προσφέρει μια διαφορετική σκοπιά αναφορικά με τον ρόλο των κληρονομούμενων ενστίκτων καθώς και άλλων βιολογικών δυνάμεων της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση έχει τις ρίζες της στην θεωρία της ψυχανάλυσης του Freud και, σύμφωνα με αυτήν, η ανθρώπινη συμπεριφορά και οι νοητικές

διεργασίες αντικατοπτρίζουν τις συνεχείς και υποσυνείδητες διαμάχες που μαίνονται σιωπηρά μέσα σε κάθε άτομο. Συνήθως οι διαμάχες αυτές έχουν να κάνουν με την παρόρμηση για την ικανοποίηση ενστίκτων ή επιθυμιών (όπως π.χ. για φαγητό, σεξ ή βία) από τη μία μεριά, και την ανάγκη συμμόρφωσης προς τους κοινωνικούς κανόνες. Έτσι, σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η επιθετικότητα και η εχθρότητα σχετίζονται με την κατάρρευση των «πολιτισμένων» αμυνών προ της έκφρασης πρωτόγονων ενστίκτων ενώ αντίθετα, το άγχος, η κατάθλιψη αλλά και άλλες διαταραχές αποτελούν εκφάνσεις εσωτερικών αναταραχών του ατόμου. Επίσης, για την ψυχοδυναμική θεωρία, η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τα βιώματα του παρελθόντος, τη γενετική ιδιοσυστασία και την τρέχουσα πραγματικότητα (Παπαχριστόπουλος, 2006.).

Ο Freud πρότεινε δύο βασικά μοντέλα για την κατανόηση της ψυχικής δομής και λειτουργίας, το *τοπογραφικό μοντέλο* και το *δομικό μοντέλο*. Το τοπογραφικό μοντέλο προτείνει τρία επίπεδα ψυχικής λειτουργίας του ατόμου, το συνειδητό, το προσυνειδητό και το ασυνείδητο. Φυσικά, τα επίπεδα αυτά λειτουργίας δεν είναι πραγματικοί χώροι στον εγκέφαλο αλλά σχηματικές έννοιες ψυχικής λειτουργίας - ο βαθμός δηλαδή στον οποίο σκέψεις, συναισθήματα, φαντασίες κτλ. είναι προσιτά στη συνείδηση μας.

Σύμφωνα με το τοπογραφικό μοντέλο, το συνειδητό είναι το επίπεδο ή τμήμα της ψυχικής λειτουργίας για το οποίο το άτομο είναι ενήμερο σ' όλες τις στιγμές. Περιλαμβάνει, επομένως, συνειδητές σκέψεις και συναισθήματα, αισθητηριακές αντιλήψεις από τον «εσωτερικό» και τον εξωτερικό κόσμο κλπ. Αντίστοιχα, το προσυνειδητό περιλαμβάνει κάθε ψυχικό στοιχείο που δεν βρίσκεται στην άμεση επίγνωση του ατόμου αλλά που μπορεί ν' ανακληθεί με συνειδητή προσπάθεια. Επομένως, είναι το επίπεδο ή τμήμα της ψυχικής λειτουργίας που περιέχει σκέψεις, συναισθήματα, μνήμες κτλ. που μπορούν να γίνουν συνειδητά αν επιλέξουμε να εστιάσουμε την προσοχή μας σ' αυτά (Bourdin, 2005).

Το ασυνείδητο περιέχει ιδέες, εξορμήσεις, συναισθήματα, φαντασίες που βρίσκονται έξω από τη συνειδητή αντίληψη και που δεν μπορούν να γίνουν συνειδητά με εστίαση της προσοχής μας σ' αυτά. Όλο αυτό το υλικό έχει αποθηθεί έξω από την ενημερότητα του ατόμου επειδή θεωρήθηκε κατά κάποιο τρόπο μη αποδεκτό. Ασυνείδητα στοιχεία μπορούν να φθάσουν στο συνειδητό όταν χαλαρώσει η λογοκρισία που εξασκεί το εγώ, όπως π.χ. στα όνειρα, με την επίδραση διαφόρων φαρμάκων και με μορφή συμπτωμάτων στις νευρώσεις. Το σύμπτωμα σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία είναι η μεταμφιεσμένη μορφή την οποία παίρνει το απωθημένο ασυνείδητο συγκρουσιακό υλικό που επανέρχεται στο συνειδητό (άγχος, καταναγκαστική συμπεριφορά, φοβία, παθητικά-επιθετικά στοιχεία προσωπικότητας κτλ.) (Γιωσαφάτ, 2003).

Το δομικό μοντέλο συμπεριλαμβάνει τρία ψυχικά τμήματα, δηλαδή το «εκείνο», το «εγώ» και το «υπερεγώ» και είναι κατά βάση σχηματικό, δηλαδή τα τρία αυτά στοιχεία δεν είναι συγκεκριμένες ανεξάρτητες ενότητες που έχουν πραγματική υπόσταση, αλλά συστήματα λειτουργιών που είναι στενά διασυνδεδεμένα μεταξύ τους.

Το «εκείνο» είναι μια συλλογική ονομασία για τις βιολογικές ανάγκες και παρορμήσεις του ατόμου. Αποτελεί την εγγενή πλευρά της προσωπικότητας και περιλαμβάνει βασικά τις ενστικτώδεις ανάγκες για αέρα, τροφή, νερό και λοιπά στοιχεία διατροφής, για διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος καθώς και για αναπαραγωγή (Γιωσαφάτ, 2003). Οι παρορμήσεις αυτές εξορμούν από το ασυνείδητο και όταν επενδυθούν από το εγώ με τη λειτουργία της αντίληψης και της νόησης γίνονται συναισθήματα, που μπορεί να είναι όπως και οι ιδέες που σχηματίζει πάλι το εγώ συνειδητά ή ασυνείδητα. Η βασική δύναμη που καθοδηγεί το «εκείνο» είναι η αρχή της ευχαρίστησης, δηλαδή η τάση να

ζητά άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών, άμεση ευχαρίστηση και αποφυγή του πόνου (Παπαχρηστόπουλος, 2006).

Το «εγώ» είναι το σύνολο των ψυχικών λειτουργιών που διαμορφώνουν τη σχέση μας με το περιβάλλον. Η οργάνωση του αρχίζει από τη γέννηση του ατόμου και αν και συνεχίζεται σ' όλη τη ζωή, οι βασικές του λειτουργίες έχουν αναπτυχθεί μέχρι το τέλος των τριών χρόνων, οπότε το παιδί έχει σαφή αίσθηση του εγώ ή εαυτού του. Το «εγώ» παρεμβάλλεται ανάμεσα στις παρορμήσεις του «εκείνο» και τις απαγορεύσεις ή προσταγές του «υπερεγώ» και προσπαθεί να εναρμονίσει τις συγκρούσεις που απορρέουν από αυτές σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Το «εγώ» περιλαμβάνει βασικές λειτουργίες, όπως η εκτίμηση των διαφόρων καταστάσεων, ο έλεγχος της πραγματικότητας, η κρίση, η συμβιβαστικότητα, η ανεύρεση λύσεων στα διάφορα προβλήματα, η δημιουργία αμυντικών μηχανισμών κ.ά. και έρχεται σε επαφή με το περιβάλλον με τις λειτουργίες της αντίληψης, της σκέψης, του συναισθήματος και της πράξης. Σε σημαντικό βαθμό οι λειτουργίες του εγώ επιτελούνται και σε ασυνείδητο επίπεδο.

Το «υπερεγώ» αρχίζει να σχηματίζεται ήδη στον πρώτο χρόνο της ζωής του ατόμου, παρουσιάζει τη βασική του ανάπτυξη στην οιδιπόδεια περίοδο (3 ως 6 χρόνια) και συνεχίζοντας να αναπτύσσεται αποκτά την τελική του διαμόρφωση στην ώριμη ηλικία. Στην αρχή αποτελείται από την εσωτερίκευση με τον μηχανισμό της ενδοβολής των παροτρύνσεων και απαγορεύσεων ή τιμωριών των γονέων και αργότερα των δασκάλων, συγγενών κτλ. Προοδευτικά με τον μηχανισμό της ταυτοποίησης προσλαμβάνει και αφομοιώνει τις σταθερές της συμπεριφοράς αλλά και τα ιδεώδη και τις αξίες των γονέων και των ανθρώπων που εξασκούν σημαντική επιρροή στο άτομο καθώς αναπτύσσεται. Το «υπερεγώ», επομένως, αποτελείται από δύο υποθετικά τμήματα: το καθαυτό «υπερεγώ» ή συνείδηση, που αποτελεί τον κριτικό έλεγχο του ατόμου και το ιδεώδες του «εγώ», που περιλαμβάνει τις ηθικές, θρησκευτικές, τις κοσμοθεωρίες και τις λοιπές αξίες του ατόμου, τα ιδεώδη, τα ιδανικά και τις φιλοδοξίες του.

Σύμφωνα με τη ψυχοδυναμική προσέγγιση, όσο πιο ήρεμη και μη τιμωρητική η συμπεριφορά των γονέων προς το παιδί, τόσο το «υπερεγώ» του ατόμου θα είναι εύκαμπτο και θα επιτρέπει στο άτομο αρμονική διαβίωση και άνεση στην προσπάθεια επίτευξης των στόχων του και των φιλοδοξιών του. Όσο πιο τιμωρητική και προσανατολισμένη στη δημιουργία αισθημάτων ενοχής και ντροπής στο παιδί, τόσο το «υπερεγώ» θα γίνει δύσκαμπτο και τιμωρητικό, θα δημιουργεί εύκολα αισθήματα άγχους, ενοχής και ντροπής στο άτομο και θα αποτελέσει τροχοπέδη στην ανάπτυξη των ικανοτήτων του και στην ικανοποίηση των φιλοδοξιών του (Politzer, χ.χ.). Η αρμονική συνεργασία του «εκείνο», «εγώ» και «υπερεγώ» χαρακτηρίζει τη λειτουργία του καλά προσαρμοσμένου ανθρώπου. Αντίθετα, η συμπεριφορά του νευρωτικού, ψυχωτικού ή διαταραγμένου στον χαρακτήρα ή προσωπικότητα ατόμου μπορεί να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα της διαταραχής της δυναμικής ισορροπίας των τμημάτων αυτών της προσωπικότητας

Στα χρόνια που πέρασαν η ψυχοδυναμική θεωρία διευρύνθηκε και εμπλουτίστηκε και προοδευτικά εμφανίστηκαν καινούριες προσεγγίσεις. Οι νέες αυτές διαστάσεις έδωσαν μεγαλύτερη σημασία στις διαπροσωπικές σχέσεις και προοδευτικά τόνισαν τη συνθετική άποψη του εαυτού.

1.3.4. Η συμπεριφοριστική προσέγγιση

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση της ψυχολογίας βρίσκεται σχεδόν σε αντίθεση με την ψυχοδυναμική, βιολογική και εξελικτική προσέγγιση, χαρακτηρίζοντας την συμπεριφορά και τις νοητικές διεργασίες ως αποτέλεσμα κυρίως της μάθησης. Κατά τον Watson, βιολογικοί, γενετικοί και εξελικτικοί παράγοντες αποτελούν το πρωταρχικό υλικό επάνω στο οποίο οι επιβραβεύσεις, οι τιμωρίες και άλλες εμπειρίες επιδρούν και οδηγούν στη διάπλαση του κάθε ατόμου.

Οι συμπεριφοριστές προσεγγίζουν κάθε θέμα- από την επιθετικότητα και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών έως την αυτοεκτίμηση ή τη προσφορά βοήθειας- με βάση την ιστορία μάθησης του κάθε ατόμου και ειδικότερα δίνοντας έμφαση σε εμπειρίες επιβράβευσης και τιμωρίας συγκεκριμένων συμπεριφορών. Οι δύο βασικές διαδικασίες μάθησης μέσω ερεθισμάτων είναι η κλασική εξάρτηση και η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση ή λειτουργική εξάρτηση.

Η μέθοδος της κλασικής εξάρτησης (classical conditioning) βασίστηκε στις μελέτες του Ivan Pavlov (1849-1936, βραβείο Νόμπελ 1904). Ο Pavlov μελετώντας την λειτουργία της πέψης σε σκύλους, έπεσε τυχαία πάνω στο φαινόμενο της μάθησης ανεξάρτητων ερεθισμάτων. Ο Pavlov σχημάτισε δύο ομάδες από σκύλους, που λάμβαναν το γεύμα τους καθημερινά την ίδια ώρα. Λίγα λεπτά πριν από τη χορήγηση της τροφής, η μία ομάδα άκουγε τον χτύπο ενός κουδουνιού. Μετά από ένα χρονικό διάστημα, ο Pavlov άρχισε να χτυπά το κουδούνι σε άσχετες ώρες χωρίς να προσφέρει τροφή και είδε ότι οι σκύλοι ανταποκρίθηκαν: άρχισαν να τους τρέχουν τα σάλια, όπως ακριβώς όταν του παρέθετε τροφή. Αντιθέτως, στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρχε καμία αντίδραση. Συνεπώς, αφού δεν ήταν έμφυτη, η αντίδραση αυτή αποτελούσε ένα αντανακλαστικό που δημιουργήθηκε τεχνητά, συσχετίζοντας ένα τεχνητό ερέθισμα (το κουδούνισμα) με μία συγκεκριμένη αντίδραση (τα σάλια). Αυτό που ανακάλυψε ο Pavlov είναι ένας γενικός νόμος αφού περαιτέρω έρευνές του έδειξαν ότι όχι μόνον στα ζώα αλλά και στον άνθρωπο μπορούν να δημιουργηθούν εξαρτημένα ανακλαστικά (Bernstein κ.α. 1997).

Η κλασική εξάρτηση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην συναισθηματική περιοχή. Αντικείμενα π.χ. τα οποία συνδέθηκαν συχνά με ευχάριστες καταστάσεις γίνονται γενικά καταλύτες ευχάριστων βιωμάτων ενώ αντίθετα πράγματα ή πρόσωπα τα οποία συνδέθηκαν με δυσάρεστα συναισθήματα μας προκαλούν και από μόνα τους δυσφορία και τα αποφεύγουμε, όπως αποφεύγουμε τα ίδια τα δυσάρεστα συναισθήματα. Σε ένα κλασικό του πείραμα οι Watson & Rayner (1920) προσπάθησαν να αποδείξουν ότι οι περισσότεροι φόβοι δεν είναι έμφυτοι, όπως πιστεύουν πολλοί, αλλά μαθαίνονται. Ο Albert, ένα βρέφος 11 μηνών, δεν φοβόταν τίποτε παρά μόνον τον οξύ ήχο ενός ηχείου. Μόλις άκουγε τον ήχο αυτόν έβαζε τα κλάματα. Ακούγοντας τον ήχο, όταν είχε στα χέρια του ένα άσπρο χοιρίδιο, μετέφερε τον φόβο στο χοιρίδιο. Ύστερα από επτά συνδέσεις (παρουσίαση ήχου και αμέσως μετά του χοιριδίου) ο φόβος του Albert δεν περιοριζόταν μόνο στο χοιρίδιο, αλλά επεκτάθηκε σε πολλά άλλα άσπρα και μαλακά αντικείμενα, στην άσπρη μαλακή κουβέρτα, στην γούνα της μητέρας του, ακόμη και στα άσπρα γένια του ερευνητή.

Η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση μελετήθηκε αρχικά από τον Burrhus F. Skinner (1904-1990). Τα πειράματά του (κυρίως με περιστέρια) έγιναν με μια ειδική συσκευή την οποία επινόησε ο ίδιος, το γνωστό Skinner-box. Η μάθηση στο πρώτο στάδιο της λειτουργικής εξάρτησης του Skinner αρχίζει με δοκιμή και λάθος, αλλά στην συνέχεια κατευθύνεται συνειδητά με βάση ένα πρόγραμμα ενισχύσεων. Στην περίπτωση όμως αυτή ο ερευνητής δεν ενδιαφέρεται να ενισχύσει απλώς μια υφιστάμενη μορφή συμπεριφοράς και να

αυξήσει έτσι τις πιθανότητες επανεμφάνισής της, αλλά στοχεύει στην δημιουργία νέων μορφών συμπεριφοράς. Για να το επιτύχει αυτό ο Skinner ακολούθησε την εξής διαδικασία: Ανέλυσε πρώτα την επιθυμητή συμπεριφορά στα πιο απλά της στοιχεία και τη ταξινόμησε ανάλογα με την σειρά της εμφάνισής τους. Βαθμιαία ύστερα από αυτό ενίσχυσε τα στοιχεία της συμπεριφοράς τα οποία συγγενεύουν προς την επιθυμητή (τεχνική της προοδευτικής προσέγγισης του στόχου) (McLeod, 2015). Μεγάλης σημασίας πάντως είναι η γενναιόδωρη ενίσχυση στα αρχικά στάδια. Με τον τρόπο αυτόν τα περιστέρια του Skinner έμαθαν να χορεύουν, να παίζουν πινακ-πονγκ, να παίζουν μια μελωδία στο ξυλόφωνο κλπ.

Βασικός σκοπός του προτύπου μάθησης του Skinner είναι η διερεύνηση της νομοτέλειας των σχέσεων μεταξύ της συμπεριφοράς και των περιβαλλοντικών επιδράσεων, πέρα από την αντανάκλαστική εξάρτηση. Το υποκείμενο δρα αυθόρμητα και μαθαίνει νέες συμπεριφορές ανάλογα με την ενίσχυση που του παρέχεται. Η μάθησή του είναι ενεργητική και η ενίσχυση ακολουθεί την πετυχημένη συμπεριφορά. Για να το επιτύχει αυτό ο Skinner επινόησε ένα νέο εργαστηριακό όργανο, στο οποίο η ελάχιστη κίνηση και αλλαγή της συμπεριφοράς προς την επιθυμητή κατεύθυνση αμείβεται. Η συμπεριφορά του πειραματόζωου δηλαδή αναλύεται, ελέγχεται και οδηγείται μέσω της ενίσχυσης στην επιθυμητή κατεύθυνση. Η συντελεστική μάθηση είναι ενεργητική μάθηση που μπορεί να οδηγήσει στην μάθηση νέων μορφών συμπεριφοράς με αφετηρία την ύπαρξη αποτελεσματικών για το άτομο κινήτρων (McLeod, 2015).

Μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στην κλασική και στην λειτουργική εξάρτηση βρίσκεται στην ενίσχυση. Ενώ στην κλασική εξάρτηση η ενίσχυση δίνεται πριν από την αντίδραση, στην λειτουργική εξάρτηση η ενίσχυση ακολουθεί την επιτυχημένη συμπεριφορά. Στα πειράματα του Pavlov ο οργανισμός ενισχύεται πρώτα, για να δώσει την εξαρτημένη αντίδραση, σε εκείνα του Skinner ενισχύεται, μόνον αφού αντιδράσει κατά τρόπον επιθυμητό.

1.3.5. Η γνωσιακή προσέγγιση

Πολλοί συμπεριφοριστές αναγνωρίζουν τον ρόλο των γνωσιακών παραγόντων στην ψυχολογία. Από την ετυμολογία της λέξης κατανοούμε ότι έχει να κάνει με την γνώση, δηλαδή την κατανόηση των νοητικών διεργασιών και τον ρόλο που παίζουν στην σκέψη, στο συναίσθημα και στην συμπεριφορά. Με άλλα λόγια η γνωσιακή προσέγγιση επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προσλαμβάνουν, αναπαριστούν νοητικά και αποθηκεύουν πληροφορίες, πως τις αντιλαμβάνονται και τις διαχειρίζονται, καθώς και με τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι γνωσιακές διαδικασίες σχετίζονται με τις ολοκληρωμένες εμφανείς συμπεριφορές του ατόμου (Ρούσσο, 2011).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1950, η γνωσιακή προσέγγιση άρχισε να κερδίζει έδαφος στον τομέα της ψυχολογίας, κυρίως λόγω της απογοήτευσης των ψυχολόγων από τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, η οποία έδινε το κυριότερο βάρος στην εξωτερική συμπεριφορά, αγνοώντας τις εσωτερικές γνωσιακές διεργασίες. Συχνά ως έτος γέννησης της γνωσιακής ψυχολογίας αναφέρεται το 1956, χρονιά κατά την οποία ο George Miller δημοσίευσε το άρθρο του « Ο μαγικός αριθμός 9, συν ή πλην 2» το οποίο αφορούσε την βραχυπρόθεσμη μνήμη. Η βραχύχρονη μνήμη, έχει περιορισμένη χωρητικότητα, η οποία καλείται μνημονικό πεδίο ή έκταση μνήμης. Σύμφωνα με τον Miller το μνημονικό πεδίο είναι επτά συν-πλην δύο (5-9 μνημονικές μονάδες, όπως λέξεις φράσεις, ήχοι, γενικά η μικρότερη μονάδα που μπορεί να απομνημονευθεί).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 η γνωσιακή προσέγγιση ήταν η επικρατούσα στην επιστήμη της ψυχολογίας κυρίως λόγω της τεχνολογικής ανάπτυξης στον τομέα των

υπολογιστών και του πειραματισμού καθώς και του ολοένα αυξανόμενου ενδιαφέροντος για τη σύγκριση μεταξύ της διαχείρισης των πληροφοριών ανθρώπου και υπολογιστή. Η χρήση των υπολογιστών ως εργαλείο μελέτης του τρόπου με τον οποίο ο ανθρώπινος εγκέφαλος επεξεργάζεται τις πληροφορίες είναι γνωστή ως «αναλογία του υπολογιστή». Στην ουσία ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής κωδικοποιεί, αποθηκεύει, χρησιμοποιεί πληροφορίες και παράγει κάποιο έργο (output), δηλαδή τις ανακτά. Η ιδέα της διαχείρισης πληροφοριών υιοθετήθηκε από τους γνωσιακούς ψυχολόγους ως ένα μοντέλο του τρόπου λειτουργίας του ανθρώπινου εγκεφάλου. Η προσέγγιση της διαχείρισης πληροφοριών βασίζεται σε ορισμένες παραδοχές, με κυριότερες τις ακόλουθες (McLeod, 2015) :

1. Οι πληροφορίες που προσλαμβάνονται από το περιβάλλον επεξεργάζονται από μια σειρά συστημάτων (π.χ. προσοχή, αντίληψη, βραχυπρόθεσμη μνήμη κλπ).
2. Τα συστήματα αυτά μετατρέπουν ή αλλοιώνουν τις πληροφορίες αυτές με τρόπο συστηματικό.
3. Η έρευνα στοχεύει στον προσδιορισμό των διαδικασιών και των δομών οι οποίες αποτελούν τη βάση της γνωσιακής απόδοσης.
4. Η διαχείριση των πληροφοριών στους ανθρώπους προσομοιάζει με αυτή των υπολογιστών.

Η γνωσιακή προσέγγιση βασίζει την έρευνα της σε προσεκτικά σχεδιασμένα και ελεγχόμενα πειράματα μέσω υπολογιστών. Για τον λόγο αυτό πολλοί κριτικάρουν την προσέγγιση αυτή υποστηρίζοντας ότι τα ευρήματά της δεν είναι γενικεύσιμα στον πραγματικό κόσμο.

1.3.6. Η φαινομενολογική / προσωποκεντρική προσέγγιση

Σύμφωνα με την προσωποκεντρική ή φαινομενολογική προσέγγιση -κάποιες φορές συναντάται και ως ανθρωποκεντρική ή ουμανιστική- η συμπεριφορά καθορίζεται πρωταρχικά από την ικανότητα κάθε ατόμου να επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται και πράττει. Οι ψυχολόγοι που ακολουθούν αυτή τη προσέγγιση πιστεύουν ότι αυτές οι επιλογές δεν κατευθύνονται από τα ένστικτα, τις βιολογικές διαδικασίες ή την επιβράβευση και την τιμωρία, αλλά από τις ατομικές αντιλήψεις κάθε ατόμου. Για παράδειγμα αν κάποιος αντιλαμβάνεται τον κόσμο ως ένα φιλικό μέρος τότε είναι πιθανόν να αισθάνεται ευτυχής και ασφαλής αντίθετα, ένα άτομο που βλέπει τον κόσμο ως ένα μέρος επικίνδυνο και εχθρικό τότε κατά πάσα πιθανότητα η συμπεριφορά του θα είναι αμυντική και αγχωμένη. Υπό αυτή την έννοια η φαινομενολογική προσέγγιση προσομοιάζει κατά κάποιο τρόπο με τη γνωσιακή.

Παρόλα αυτά αντίθετα με τους γνωσιακούς ψυχολόγους οι ουμανιστές δεν επικεντρώνονται στους γενικούς νόμους που κυβερνούν τις ανθρώπινες αντιλήψεις, κρίσεις, αποφάσεις και πράξεις. Αυτό που έχει σημασία γι' αυτούς είναι η άμεση, ατομική εμπειρία. Επίσης πιστεύουν ότι οι άνθρωποι είναι κατ' ουσία καλοί, έχουν τον έλεγχο του εαυτού τους και η κύρια έμφυτη τάση τους είναι να επιτύχουν τη μεγαλύτερη δυνατή εξέλιξή τους.

Η προσωποκεντρική / φαινομενολογική προσέγγιση έχει τις ρίζες της στο έργο του Carl Rogers (1902-1987) , ο οποίος αρχικά είχε εκπαιδευτεί στην ψυχοδυναμική προσέγγιση. Τον ενδιέφερε κυρίως η κατανόηση της ανθρώπινης προσωπικότητας και η αναζήτηση τρόπων και δυνατοτήτων ώστε να διατηρηθεί υγιής, ισορροπημένη και ευτυχισμένη. Ο όρος «ανθρωπισμός» διαπερνά το έργο του Rogers και αποτελεί το κλειδί για την κατανόησή του. Ο ανθρωπισμός στην λογοτεχνία, στην φιλοσοφία και στην ψυχολογία έχει ως βάση και αφετηρία την ανθρώπινη αξία, την ατομικότητα και το δικαίωμα του ατόμου να καθορίζει τις πράξεις του και να αναλαμβάνει την ευθύνη τους. Κατά συνέπεια η ανάπτυξη του

ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί τον βασικό σκοπό οποιασδήποτε προσπάθειας να δοθεί βοήθεια προς τον αναπτυσσόμενο άνθρωπο, ενώ η απόκτηση υλικών αγαθών χάνει την προτεραιότητα και γενικότερα τη σημασία την οποία έχει στην σύγχρονη εποχή. Ο τελικός στόχος αυτής της αναπτυξιακής προσπάθειας είναι η αυτοπραγμάτωση και αυτοπροσδιορισμός του ατόμου (Ιωσηφίδη & Ιωσηφίδης, 2005).

Μια άλλη κεντρική έννοια στην προσωποκεντρική προσέγγιση είναι η έννοια της «εστίας αξιολόγησης». Όταν τα άτομα κάνουν αξιολογήσεις για διάφορα θέματα ή για ανθρώπους, μπορούν είτε να βασίζονται στην δική τους εμπειρία, οπότε αξιολογούν τις καταστάσεις με βάση την δική τους αξιολογική διαδικασία», είτε να καθοδηγούνται από απόψεις και στάσεις άλλων ατόμων, με αποτέλεσμα η εστία αξιολόγησής τους να γίνεται εξωτερική. Όταν το άτομο είναι συνεχώς εκτεθειμένο κατά την παιδική του ηλικία σε πολλούς όρους αξίας τότε η εστία αξιολόγησης τείνει να γίνει εξωτερική και το άτομο αρχίζει να μη βασίζεται στην δική του προσωπική εκτίμηση των καταστάσεων, αλλά να καθοδηγείται από τους όρους αξίας που έχει υιοθετήσει (Merry, 2002)

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωποκεντρικής προσέγγισης είναι επίσης η προσπάθεια να περιγράψει το «πλήρως λειτουργικό άτομο». Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός πλήρως λειτουργικού ατόμου είναι να διαθέτει την ικανότητα να βιώνει όλα του τα συναισθήματα χωρίς να τα φοβάται, την ικανότητα να είναι ανοιχτός στην εμπειρία, την ικανότητα να ζει στο παρόν, να έχει εμπιστοσύνη στην δική του εσωτερική διαδικασία αξιολόγησης, να έχει την αίσθηση της ελευθερίας και διακρίνεται από δημιουργικότητα (Κοσμόπουλος & Μουλακούδης, 2003).

1.4. Οι υποτομείς της ψυχολογίας

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχολογικό Σύλλογο (APA, 2015) υπάρχουν σήμερα 54 υποτομείς της ψυχολογίας. Κάθε ένας τομέας αντιπροσωπεύει μία συγκεκριμένη περιοχή της επιστήμης. Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες επιστήμες, έτσι και η ψυχολογία διακρίνεται σε ερευνητικό και εφαρμοσμένο τομέα. Η εφαρμοσμένη ψυχολογία ασχολείται με την πρόληψη και τη θεραπεία.

Αν και οι περισσότεροι υποτομείς αντιπροσωπεύονται μέσω πανεπιστημιακών τμημάτων ανά τον κόσμο, υπάρχουν κάποιοι που προέρχονται από τη σύνδεση τομέων άλλων επιστημών, όπως για παράδειγμα η βιολογία και η νευροεπιστήμη. Επιπλέον κάποιοι υποτομείς χωρίζονται περαιτέρω σε μικρότερους υποτομείς. Παρακάτω ακολουθούν οι 54 υποτομείς της ψυχολογίας σύμφωνα με τον APA. Σημειώνουμε ότι δεν υπάρχει υποτομέας 4 και 11.

1. Γενική ψυχολογία, 2. Η διδασκαλία της ψυχολογίας, 3. Πειραματική ψυχολογία, 5. Αξιολόγηση, μέτρηση και στατιστική, 6. Συμπεριφοριστική νευροεπιστήμη και Συγκριτική ψυχολογία, 7. Αναπτυξιακή ψυχολογία, 8. Προσωπικότητα και Κοινωνική ψυχολογία, 9. Ψυχολογική μελέτη κοινωνικών θεμάτων, 10. Ψυχολογία της αισθητικής, της δημιουργίας και των τεχνών, 12. Κλινική ψυχολογία, 13. Συμβουλευτική ψυχολογία, 14. Βιομηχανική και οργανωσιακή ψυχολογία, 15. Εκπαιδευτική ψυχολογία, 16. Σχολική ψυχολογία, 17. Συμβουλευτική ψυχολογία, 18. Ψυχολόγοι στη δημόσια διοίκηση, 19. Στρατιωτική ψυχολογία, 20. Ανάπτυξη του ενήλικου και γήρανση, 21. Εφαρμοσμένη πειραματική και μηχανική ψυχολογία, 22. Ψυχολογία της αναμόρφωσης, 23. Ψυχολογία του καταναλωτισμού, 24. Θεωρητική και Φιλοσοφική ψυχολογία, 25. Ανάλυση της συμπεριφοράς, 26. Ιστορία της ψυχολογίας, 27. Κοινωνική ψυχολογία, 28. Ψυχοφαρμακολογία και κατάχρηση ουσιών, 29. Ψυχοθεραπεία, 30. Ψυχολογική ύπνωση, 31. Θέματα Ψυχολογικών συλλόγων και κράτους, 32. Ουμανιστική ψυχολογία, 33. Διανοητικές και αναπτυξιακές αναπηρίες, 34. Πληθυσμός

και περιβαλλοντική ψυχολογία, 35. Ψυχολογία της γυναίκας, 36. Ψυχολογία της θρησκείας, 37. Πολιτικές και πρακτικές για το παιδί και την οικογένεια, 38. Ψυχολογία της υγείας, 39. Ψυχανάλυση, 40. Κλινική νευροψυχολογία, 41. Ψυχολογία και Νόμος, 42. Ανεξάρτητη πρακτική στη ψυχολογία, 43. Ψυχολογία της οικογένειας, 44. Ψυχολογική μελέτη ομοφυλοφιλικών και αμφιφυλοφιλικών θεμάτων , 45. Ψυχολογική μελέτη των εθνικών μειονοτήτων, 46. Ψυχολογία των Μ.Μ.Ε., 47. Ψυχολογία της άθλησης και των σπορ, 48. Ψυχολογία της ειρήνης, 49. Ψυχολογία της ομάδας και Ομαδική ψυχοθεραπεία, 50. Εξαρτήσεις, 51. Ψυχολογική μελέτη του άντρα και της αρρενωπότητας, 52. Διεθνής ψυχολογία, 53. Κλινική ψυχολογία του παιδιού και του εφήβου, 54. Παιδιατρική ψυχολογία, 55. Φαρμακοθεραπεία και 56. Ψυχολογία του τραύματος. (APA, 2015).

Στο σημείο αυτό κρίνουμε απαραίτητο να προχωρήσουμε σε μια σύντομη περιγραφή των σημαντικότερων και πιο ευρέως διαδεδομένων ειδικοτήτων της ψυχολογίας. Στη χώρα μας – αντίθετα με άλλες χώρες στην Ευρώπη αλλά κυρίως με την Αμερική- ορισμένες ειδικότητες δεν έχουν καταφέρει ακόμα να ενσωματωθούν στο κοινωνικό γίγνεσθαι μέσω πρακτικών εφαρμογών. Εντούτοις, στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα συναντάμε ψυχολόγους διαφορετικών προσεγγίσεων και ειδικοτήτων που εφαρμόζουν τις πρακτικές της επιστήμης τους.

Οι *γνωσιακοί ή γνωστικοί* ψυχολόγοι ασχολούνται με τον τρόπο που το άτομο αποκτά γνώση. Επάνω στο ζήτημα αυτό, η βασική της θέση είναι ότι, η είσοδος και η επεξεργασία πληροφοριών, που οδηγούν στη μάθηση και τη γνώση, ακολουθούν μια διαδικασία παρόμοια με εκείνη της επεξεργασίας των τροφών κατά τη λειτουργία της πέψης. Με την επεξεργασία αυτή οι γνώσεις μετασχηματίζονται και αποθηκεύονται, για να ενεργοποιηθούν, όταν τις χρειαστούμε. Αυτό σημαίνει ότι για να μετατραπεί η πληροφορία σε γνώση, μεσολαβούν όχι μόνον οι αισθήσεις, οι οποίες φιλτράρουν τα εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και κάποιες διαδικασίες επεξεργασίας οι οποίες μετασχηματίζουν τα δεδομένα σε γνώση. Οι διαδικασίες αυτές καθορίζονται από τις γνωστικές λειτουργίες, δηλαδή την αντίληψη, τη μνήμη, τη γλώσσα, τη σκέψη και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Pervin & John, 2003).

Επιπλέον, η γνωστική ψυχολογία θεωρεί ότι για να μελετηθεί η μάθηση πρέπει να μελετήσουμε αναλυτικά τον μετασχηματισμό της πληροφορίας σε γνώση, δηλαδή τις φάσεις της γνωστικής επεξεργασίας πληροφοριών, και ρίχνει το βάρος της στη μελέτη των συγκεκριμένων γνωστικών λειτουργιών. Συνεισφέρει σημαντικά στο διεπιστημονικό πεδίο της γνωσιακής επιστήμης ενώ μοιράζεται το ίδιο αντικείμενο μελέτης, υπό διαφορετική σκοπιά, με την τεχνητή νοημοσύνη.

Οι *βιολογικοί* ψυχολόγοι αναλύουν τον τρόπο με τον οποίο η βιολογία διαμορφώνει τη συμπεριφορά και τις διανοητικές λειτουργίες. Οι μελέτες τους μας έχουν βοηθήσει να κατανοήσουμε για παράδειγμα τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος ελέγχει τις σωματικές κινήσεις, ελέγχει την πρόσληψη τροφής και δέχεται πληροφορίες από τις αισθήσεις μας. Οι βιολογικοί ψυχολόγοι ασχολούνται με θέματα όπως π.χ. τον ρόλο της γενετικής και της ανατομίας του εγκεφάλου στη σχιζοφρένεια, τη μελέτη των εγκεφαλικών κυμάτων αναφορικά με το ψεύδος, ή το αν οι ορμόνες που σχετίζονται με το άγχος μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα άμυνας του οργανισμού (Bernstein κ.α., 1997).

Οι ψυχολόγοι που ασχολούνται με την *προσωπικότητα* επικεντρώνονται στα χαρακτηριστικά εκείνα που διαμορφώνουν κάθε άτομο ξεχωριστά, δηλαδή τη συμπεριφορά, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, το σύνολο των οποίων είναι γνωστό ως «προσωπικότητα». Υπάρχουν πολλές θεωρίες προσωπικότητας και κάθε μία υπογραμμίζει τον ρόλο διαφορετικών παραγόντων όπως π.χ. το ασυνείδητο ή της εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με τον Freud η προσωπικότητα διαμορφώνεται ως αποτέλεσμα πάλης

μεταξύ του «εγώ», του «υπερεγώ» και του «εκείνου». Αντίθετα άλλοι ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά – κλειδιά που διαμορφώνουν την προσωπικότητα. Μια πρώιμη θεωρία από τον Hans Eysenk (Νασιάκου, 2000) υποστηρίζει την ύπαρξη τριών χαρακτηριστικών: εξωστρέφεια/ εσωστρέφεια, νευρωτισμός και ψυχωτισμός. Αργότερα ο Cattell πρότεινε μια θεωρία προσωπικότητας που περιελάμβανε 16 χαρακτηριστικά, ενώ ευρέως διαδεδομένο είναι το μοντέλο πέντε παραγόντων του Goldberg (Νασιάκου 2000). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας είναι η ανοικτή αντίληψη, η συνειδητότητα, η εξωστρέφεια, η συγκαταβατικότητα και ο νευρωτισμός.

Σημαντικό κομμάτι της έρευνας των ψυχολόγων που ασχολούνται με την προσωπικότητα είναι η μελέτη των χαρακτηριστικών προσωπικότητας των παιδιών τα οποία μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση του αλκοολισμού, της κατάχρησης ουσιών, της επιθετικότητας αλλά και άλλων προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή.

Οι *αναπτυξιακοί* ψυχολόγοι περιγράφουν τις αλλαγές που διαδραματίζονται στην συμπεριφορά και τις νοητικές διεργασίες κατά τη διάρκεια της ζωής, προσπαθώντας να κατανοήσουν τις αιτίες και τα αποτελέσματά τους. Επίσης μελετούν την ανάπτυξη της σκέψης σε διάφορα στάδια της ανάπτυξης, αλλά και τα στάδια κατά τα οποία τα παιδιά δημιουργούν φιλίες, εάν οι αυστηροί κανόνες πειθαρχίας των γονέων οδηγούν σε συμμόρφωση ή επανάσταση, ή αν υπάρχει όντως «κρίση μέσης ηλικίας» και πως αυτή προσδιορίζεται.

Η *εργασιακοί /οργανωτικοί* ψυχολόγοι επικεντρώνονται στον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ανθρώπινη απόδοση στο εργασιακό περιβάλλον. Με άλλα λόγια οι εργασιακοί ψυχολόγοι χρησιμοποιούν τις αρχές της ατομικής, ομαδικής και εργασιακής συμπεριφοράς για να επιλύσουν εργασιακά προβλήματα. Ορισμένα από τα εργασιακά θέματα με τα οποία ασχολούνται οι εργασιακοί ψυχολόγοι είναι η στρατολόγηση, η επιλογή, η τοποθέτηση, η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, η μέτρηση της απόδοσης, η παροχή κινήτρων και επιβραβεύσεων, η ποιότητα ζωής στον επαγγελματικό χώρο, η δομή της εργασίας καθώς και η ανάπτυξη των οργανισμών και επιχειρήσεων και η καταναλωτική συμπεριφορά.

Οι *ψυχολόγοι που ασχολούνται με την υγεία*, προέρχονται κυρίως από τον χώρο της κλινικής ψυχολογίας. Παρόλα αυτά, ενώ οι κλινικοί ψυχολόγοι επικεντρώνονται στην ψυχική υγεία και στις ασθένειες νευρολογικής φύσεως, οι ψυχολόγοι υγείας έχουν ένα πολύ ευρύτερο πεδίο δράσης το οποίο περιλαμβάνει τομείς όπως οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες, η σχέση γιατρού- ασθενούς, η κατανόηση από τη μεριά του ασθενούς των οδηγιών υγείας που του δίνονται, καθώς και τις απόψεις που διαμορφώνει ο ασθενής για την κατάστασή του. Οι ψυχολόγοι υγείας παίρνουν μέρος σε καμπάνιες για την προώθηση της δημόσιας υγείας και τη δημιουργία πολιτικών πρόληψης ασθενειών. Επίσης πραγματοποιούν ερευνητικό έργο που σχετίζεται με τις ψυχολογικές επιδράσεις διαφόρων ασθενειών και τις κοινωνικές πολιτικές υγείας (Bernstein, 1997). Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθούμε διεξοδικά στην ψυχολογία της υγείας και τις εφαρμογές της.

Κεφάλαιο 2^ο: Ψυχολογία της Υγείας

2.1. Περιγραφή του κλάδου

Αν και η ψυχολογία της υγείας είναι ένας σχετικά νέος κλάδος της εφαρμοσμένης ψυχολογίας, οι παραδοχές που τη διατρέχουν έχουν αρχαίες ρίζες. Εδώ και χιλιάδες χρόνια, σε πολλούς πολιτισμούς του κόσμου, οι άνθρωποι πιστεύουν ότι η διανοητική τους κατάσταση, η συμπεριφορά τους και η υγεία τους είναι συνδεδεμένα (Matarazzo, 1984). Σήμερα, υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις για την παραδοχή αυτή. Για παράδειγμα σήμερα γνωρίζουμε ότι τα άγχη μας μπορούν να επηρεάσουν τη φυσική μας κατάσταση μέσω ψυχολογικών και βιολογικών διαδικασιών. Επίσης οι ερευνητές έχουν καταφέρει να συνδέσουν τον θυμό, την εχθρότητα, τον πεσιμισμό και την κατάθλιψη με την εμφάνιση σωματικών ασθενειών.

Σύμφωνα με τον Matarazzo (1980), η ψυχολογία της υγείας είναι «το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του επιστημονικού κλάδου της ψυχολογίας στη προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία».

Ο ορισμός αυτός τροποποιήθηκε αργότερα για να συμπεριλάβει τον ρόλο των ψυχολόγων ως διαμορφωτές της πολιτικής υγείας οι οποίοι συνεισφέρουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ένας πιο πρόσφατος ορισμός της ψυχολογίας υγείας που ενσωματώνει τον νέο αυτό ρόλο των ψυχολόγων υγείας είναι αυτός των Brannon και Feist (2000): «Η ψυχολογία της υγείας αφορά την συνεισφορά της ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών, στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία καθώς και στη *βελτίωση του συστήματος υγείας και τη διαμόρφωση της κοινής γνώμης αναφορικά με την υγεία*».

Κεντρικό αντικείμενο της ψυχολογίας της υγείας είναι η κατανόηση του τρόπου επίδρασης των ψυχολογικών, βιολογικών, περιβαλλοντολογικών και πολιτισμικών παραγόντων στην ατομική υγεία και ασθένεια. Κάποια από τα ερωτήματα στα οποία καλείται να απαντήσει η ψυχολογία της υγείας είναι τα ακόλουθα:

- α) Γιατί και πώς οι άνθρωποι υιοθετούν κάποιες συνήθειες οι οποίες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την υγεία τους;
- β) Ποιοι παράγοντες καθορίζουν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης, η οποία στοχεύει στην τροποποίηση μιας συμπεριφοράς που επηρεάζει την υγεία.
- γ) Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση των ασθενειών και γιατί οι άνθρωποι που εκτίθενται στους ίδιους περιβαλλοντικούς παράγοντες δεν υφίστανται τις ίδιες συνέπειες από αυτή την έκθεση;
- δ) Γιατί διαφορετικοί άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά στην ασθένεια;
- ε) Πώς οι αντιδράσεις απέναντι στην ασθένεια και οι τρόποι που υιοθετούνται για την αντιμετώπισή της είναι δυνατόν να επηρεάσουν την πορεία της;

Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι η ψυχολογία της υγείας μελετά τους ατομικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας, στην ανάπτυξη και πρόληψη των ασθενειών, στην προσαρμογή του ασθενούς στις

συνθήκες της ασθένειάς του αλλά και στην επικοινωνία η οποία αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τον ασθενή και την οικογένειά του (DiMatteo & Matin, 2006).

2.2. Σύντομη ιστορική αναδρομή

Σύμφωνα με τον Rice (1998), οι απόψεις για την υγεία και την ασθένεια έχουν επηρεαστεί από δύο σημαντικές θεωρήσεις. Η πρώτη είναι η βιοϊατρική παράδοση, η οποία αναπτύχθηκε με την πάροδο του χρόνου καθώς οι άνθρωποι προσπάθησαν να αποκτήσουν γνώσεις μέσω της εμπειρίας και της παρατήρησης. Οι πρώτες τους αυτές προσπάθειες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν κάπως «άτσαλες» - όπως για παράδειγμα συνέβη με την ανακάλυψη των ωφελειών του βελονισμού - αλλά αργότερα οι βιοϊατρικοί επιστήμονες επικεντρώθηκαν στην ανατομία, στη «θεωρία των μικροβίων» και εντέλει στην γενετική, στην προσπάθειά τους να προσδιορίσουν και να κατανοήσουν τις διάφορες ασθένειες.

Η ψυχοκοινωνική αποτελεί μια ακόμα σημαντική προσέγγιση στην υγεία και την ασθένεια (Rice, 1998). Για αιώνες η ιατρική βιβλιογραφία έχει αναγνωρίσει ότι ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες μπορούν να προκαλέσουν ή να επηρεάσουν ασθένειες και παθήσεις. Αυτή η αντίληψη οδήγησε περί τα τέλη του 1940 στη διαμόρφωση της ψυχοσωματικής ιατρικής. Η ψυχοσωματική ιατρική βασίζεται στην παραδοχή ότι ορισμένες ασθένειες και παθήσεις προκαλούνται από ψυχολογικούς παράγοντες. Ο Alexander (Νασιάκου, 2000), ήταν ο πρώτος που προσδιόρισε ορισμένες ασθένειες ως «ψυχοσωματικές», όπως τα πεπτικά έλκη, την ιδιοπαθή υπέρταση και το βρογχικό άσθμα. Έτσι, όλες οι ασθένειες χωρίζονταν πλέον σε αυτές που είχαν καθαρά οργανικό αίτιο, και σε αυτές που οφείλονταν σε ψυχολογικούς παράγοντες. Οι υποστηρικτές της ψυχοσωματικής προσέγγισης θεωρούσαν ότι κάθε ψυχοσωματική ασθένεια οφείλονταν και σε μια διαφορετική και πολύ συγκεκριμένη ασυνείδητη εσωτερική διαμάχη η οποία και προδιέθετε την εμφάνιση της πάθησης (Ogden, 2000).

Για αρκετό καιρό η ψυχοσωματική προσέγγιση υιοθετούνταν κυρίως από ψυχιάτρους και γιατρούς. Ωστόσο σταδιακά οι συμπεριφοριστικοί ψυχολόγοι άρχισαν να επεκτείνουν το φάσμα των μεθόδων της θεραπείας τους σε παθήσεις όπως η παχυσαρκία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008). Σε αυτό συντέλεσε και η ολοένα αυξανόμενη χρήση της βιοανάδρασης ως μεθόδου η οποία θα βοηθούσε τους ασθενείς να ελέγξουν ή να μεταβάλλουν ορισμένες σωματικές αντιδράσεις.

Μία άλλη ομάδα παραγόντων που επηρέασε την ανάπτυξη της ψυχολογία της υγείας ήταν η αλλαγή- από τα μέσα του εικοστού αιώνα και μετά- των μοτίβων ασθένειας, ιδίως στην Β. Αμερική. Μέχρι τότε οι κύριες αιτίες ασθενειών και θανάτων στις Η.Π.Α. και τον Καναδά ήταν οξείες λοιμώδη νόσοι όπως η γρίπη, η φυματίωση και η πνευμονία, με την εξάλειψή τους όμως λόγω της αύξησης των εμβολιασμών και των καλύτερων συνθηκών ζωής, οι χρόνιες ασθένειες άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους και γρήγορα ανάχθηκαν στις κύριες αιτίες θανάτου (Matarazzo, 1984). Οι καρδιοαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος και ο διαβήτης προσέγγισαν το ενδιαφέρον των ερευνητών και σταδιακά μετά από έρευνες βρέθηκε ότι η υπερφαγία, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ συσχετιζόνταν σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση αυτών των παθήσεων.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια του 1960, συγκεκριμένες καταστάσεις άγχους κατά τη διάρκεια του βίου προσδιορίστηκαν ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου σχετικά με την εμφάνιση σωματικών παθήσεων ενώ λίγο αργότερα ένα άρθρο του Αμερικανού ψυχολόγου Schofield επισήμανε τις δυνατότητες επέκτασης της ψυχολογικής έρευνας και σε νέους τομείς της υγείας. Το 1976, η ομάδα εργασίας για την έρευνα στο χώρο της υγείας της Αμερικανικής Ψυχολογικής Ένωσης επεσήμανε την ανάγκη ουσιαστικότερης συμβολής των

ψυχολόγων τόσο στη μελέτη των παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο υγείας και συμβάλλουν στη διατήρηση της υγείας, στην ανάπτυξη και εξέλιξη της αρρώστιας, όσο και στη διαμόρφωση και αξιολόγηση προγραμμάτων φροντίδας της υγείας. Τρία χρόνια αργότερα, εκδόθηκε το πρώτο σύγγραμμα με τίτλο «Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας» από καθηγητές ψυχολογίας του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια στην Αμερική (Bernstein κ.α., 1997).

Η μελέτη του τρόπου με τον οποίο κύρια στρεσογόνα γεγονότα της ζωής μπορούν να επηρεάσουν την υγεία, οδήγησε στην εξέταση του ρόλου των καθημερινών μικρών αγχωτικών γεγονότων τα οποία θα μπορούσαν πιθανώς να αποβούν μακροπρόθεσμα εις βάρος της υγείας (Lazarus & Folkman, 1984). Ένας άλλος τομέας έρευνας επικεντρώθηκε στην προσωπικότητα και τον τρόπο συμπεριφοράς αναφορικά με θέματα υγείας. Το έναυσμα των ερευνών δόθηκε από δύο καρδιολόγους οι οποίοι παρατήρησαν ότι οι ασθενείς τους – οι οποίοι υπέφεραν από στεφανιαία νόσο- μοιράζονταν κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και επιδείκνυαν παρόμοιες συμπεριφορές. Σύμφωνα με τους Friedman & Rosenman (McLeod, 2014), ο τύπος προσωπικότητας Α χαρακτηρίζεται από εχθρικότητα, ανταγωνιστικότητα, και δίνει μεγάλη σημασία στον χρόνο. Αν και η περεταίρω έρευνα δεν κατάφερε να αποδείξει ότι υπάρχει μία ευθεία σύνδεση μεταξύ του τύπου προσωπικότητας Α και της καρδιακής νόσου, (Brannon & Feist, 2000 και Rice, 1998) εντούτοις η υπόθεσή τους αυτή άνοιξε νέους ορίζοντες στην έρευνα της ψυχολογίας της υγείας και έστρεψε την προσοχή σε συμπεριφοριστικούς παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου, όπως το κάπνισμα και η καθιστική ζωή, καθώς και στις προσπάθειες πρόληψης της νόσου.

Τις τελευταίες δεκαετίες και ειδικά τα τελευταία 30 χρόνια, το ερευνητικό ενδιαφέρον των ψυχολόγων στο χώρο της υγείας είχε στραφεί προς τις ψυχοβιολογικές διαστάσεις της υγείας. Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία, οι ψυχοσωματικές διαταραχές και η αιτιολογία τους, οι επιπτώσεις της αρρώστιας στον ψυχισμό και στη συμπεριφορά του ατόμου, καθώς και οι επιδράσεις των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία αποτελούσαν τα κυριότερα αντικείμενα έρευνας. Ένα μικρό ποσοστό μόνο των ερευνών επικεντρωνόταν στη μελέτη παροχής υπηρεσιών υγείας, στη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος καθώς και στις στάσεις του γενικού πληθυσμού σε θέματα υγείας.

Εντούτοις, σήμερα ολοένα και περισσότερο η έρευνα στον τομέα πρόληψης και αντιμετώπισης ασθενειών και αποκατάστασης μετά από τραυματισμό επικεντρώνεται στην ολιστική προσέγγιση των ασθενών μέσα από το υγειονομικό σύστημα και στην παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό, η Ελληνική ψυχολογική Εταιρία, μετονόμασε μόλις πρόσφατα τον κλάδο «Κλινικής ψυχολογίας» σε κλάδο «Κλινικής ψυχολογίας και Ψυχολογίας της υγείας», αντανακλώντας με τον τρόπο αυτό την πραγματικότητα, ότι πολλοί Έλληνες ψυχολόγοι της Υγείας είχαν αρχικά εκπαιδευτεί ως κλινικοί ψυχολόγοι. Σήμερα, σε παγκόσμιο επίπεδο, ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός ψυχολόγων ασχολείται με την έρευνα στο χώρο της υγείας και καλείται να συμβάλλει, με την κλινική του γνώση, τόσο στη πρόληψη και στη διατήρησή της, όσο και στη φροντίδα ατόμων που πάσχουν από κάποια πάθηση, αλλά και στη στήριξη των οικογενειών τους.

2.3. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται κυρίως από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα των χρόνων. Για παράδειγμα, η υγεία κάποτε οριζόταν ως η απουσία κάποιας ασθένειας ή νόσου. Ωστόσο, το 1946 ο Παγκόσμιος

Οργανισμός Υγείας αντικατέστησε τη θέση αυτή δίνοντας έναν νέο ορισμό στην έννοια της υγείας: «Υγεία είναι μια πλήρη κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας». Βάσει αυτού του ορισμού έγινε αντιληπτό ότι η υγεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όχι μονάχα βιολογικής ή ιατρικής φύσης, αλλά και από ψυχοσωματικούς και βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με το περιβάλλον, την εργασία, την οικονομία και ποικιλία συνιστωσών που συνθέτουν την καθημερινή ζωή του ατόμου.

Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας: α) το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και β) το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας που αποτελεί μια νέα προσέγγιση.

Το βιοϊατρικό μοντέλο βασίζεται στις βασικές επιστήμες της βιοϊατρικής και της ανατομίας προκειμένου να διαγνώσει και να θεραπεύσει προβλήματα υγείας. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η βιολογία είναι ο κύριος παράγοντας για την εκδήλωση ασθενειών, ενώ η ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση, οι κοινωνικές σχέσεις και οι πολιτισμικές καταβολές του ασθενή τείνουν να αγνοούνται.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση βασίζεται σε αυτό που είναι γνωστό ως θεωρία των συστημάτων (Schwartz, 1982). Σύμφωνα με αυτήν, γεγονότα όπως τραυματισμοί και ασθένειες συμβαίνουν στο πλαίσιο διασυνδεδεμένων συστημάτων, όπου το ένα σύστημα επηρεάζει όλα τα υπόλοιπα. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν μεγαλώσει με ένα δίκτυο σχέσεων γονέων, φροντιστών, δασκάλων, γειτονιάς και φίλων. Υπάρχουν όμως και μεγαλύτερα συστήματα μέσα στα οποία ζούμε και σχηματίζουμε προσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, συμπεριλαμβανομένων των βιβλίων, των τηλεοπτικών προγραμμάτων, των DVD, των ταινιών, της μουσικής, των εφημερίδων κ.α. είναι μόνο λίγες από τις κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές που δεχόμαστε αναφορικά με την υγεία και την εξέλιξή μας. Τα συστήματα αυτά, με απλά λόγια εκτείνονται από τη το σύστημα της παγκόσμιας κουλτούρας έως το εθνικό, κρατικό ακόμα και το επίπεδο της γειτονιάς και των ατόμων που κατοικούν σε αυτήν. Μεταξύ των συστημάτων αυτών υπάρχει μια συνεχής ανταλλαγή απόψεων και συμπεριφορών. Αυτό σημαίνει το σύνολο των απόψεων και συμπεριφορών αυτών συνιστά ένα άλλο μοναδικό σύστημα το οποίο είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα κάθε μέρους του. Μια αλλαγή σε ένα τμήμα του συστήματος αλλάζει άλλα μέρη του συστήματος. Η θεωρία των συστημάτων περιλαμβάνει την ιδέα ότι η ιατρική φροντίδα θα πρέπει να λάβει υπόψη της εκτός από τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους, τους φίλους αλλά και το ευρύτερό τους περιβάλλον τους. Σύμφωνα με τον Engel (Lakhan, 2006), «...οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται με γνώμονα το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζουν και οι γιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν το σύστημα κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών» προκειμένου να παρέχουν αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα λοιπόν με την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα και άρα απαιτείται μια ολιστική παρέμβαση σε *ατομικό επίπεδο* (οργανικό και ψυχολογικό), σε *κοινωνικό επίπεδο* και μερικές φορές σε *οικολογικό επίπεδο*. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να συνεργαστεί με ειδικούς από το χώρο της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής εργασίας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του άρρωστου ατόμου. Παράλληλα όμως προτρέπει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Τον καλεί να αναθεωρήσει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, να αναλάβει την ευθύνη να τροποποιήσει συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία του και να προωθήσει άλλες που συμβάλλουν στην

πρόληψη ή στη διατήρηση της καλής του υγείας. Επίσης επιδιώκει να κατανοήσει το πρόβλημα της υγείας στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης δυναμικής που αναπτύσσει ο άρρωστος με σημαντικά άτομα του περιβάλλοντος του.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας αποτελεί την κατευθυντήρια προοπτική που χρησιμοποιούνται στον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι επιτρέπει την ανάλυση, τη διάγνωση και την θεραπεία των ασθενών ενώ ταυτόχρονα ενσωματώνει πολλαπλούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον ασθενή στην πορεία του προς την ανάρρωση.

2.3.1. Η σχέση μεταξύ πεποιθήσεων, συμπεριφοράς και υγείας

Καθώς το θέμα της πρόληψης της υγείας συνεχίζει να είναι το επίκεντρο των ερευνών, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται και αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος σχετικά με τους παράγοντες της συμπεριφοράς που επηρεάζουν την υγεία, καθώς και των κοινωνικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Ο Lewin (Mitchell, 2015) ήταν ο πρώτος που προσπάθησε να εξηγήσει θεωρητικά την σχέση που υπάρχει μεταξύ της συμπεριφοράς και των πεποιθήσεων του ατόμου και του επιπέδου υγείας του, με το μοντέλο «αξίας-προσδοκίας». Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι συμπεριφορές υγείας ενός ατόμου είναι αποτέλεσμα δύο παραγόντων: α) της αξίας που αποδίδει τα άτομο σε έναν συγκεκριμένο στόχο και β) της εκτίμησης του ατόμου σχετικά με την πιθανότητά να προβεί σε συγκεκριμένες πράξεις για να πετύχει τον στόχο αυτό. Ανάγοντας την θεωρία αυτή στην υγεία μπορούμε να πούμε ότι η υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης από ένα άτομο εξαρτάται από: α) την επιθυμία που έχει να μην αρρωστήσει ή να αποθεραπευτεί και β) την πεποίθηση που έχει το άτομο ότι προβαίνοντας σε συγκεκριμένες πράξεις μπορεί να προλάβει την εκδήλωση της αρρώστιας.

Η πρώτη επίσημη υιοθέτηση του μοντέλου «αξίας –προσδοκίας» -το οποίο αργότερα ονομάστηκε «μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία»- έγινε το 1977 από το «Carnegie Grant», ένα φορέα χρηματοδότησης ερευνητικών προγραμμάτων, ο οποίος σε επίσημη δήλωσή του ωθούσε προς την «τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών με στόχο τη διατήρηση της υγείας και τον έλεγχο των ασθενειών». Ο οργανισμός υιοθέτησε εναλλακτικές προσεγγίσεις για την κατανόηση των κοινωνικό-ψυχολογικών παραμέτρων της υγείας και της αρρώστιας, μεταξύ αυτών και το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Κουλιεράκης, 2001).

Σύμφωνα με το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, το άτομο παίρνει αποφάσεις σε ζητήματα υγείας μόνο όταν είναι ψυχολογικά προετοιμασμένο να δράσει αναφορικά με κάποια απειλή που νιώθει για την υγεία του. Οι προϋποθέσεις για την ανάληψη δράσης σχετίζονται με τις πεποιθήσεις κάθε ανθρώπου σε τρία βασικά ζητήματα (Τούντας, 2002). Το πρώτο αφορά το αν το άτομο θεωρεί ότι μπορεί να γίνει στόχος απειλής ενός προβλήματος υγείας, με σοβαρές συνέπειες για τον ίδιο. Επίσης, το αν πιστεύει ότι υπάρχουν μέτρα που μπορεί να λάβει ώστε να προστατευτεί αποτελεσματικά. Τέλος, το άτομο θα πρέπει να πιστεύει ότι το ψυχολογικό κόστος των μέτρων που θα λάβει θα είναι μικρότερο από το αναμενόμενο όφελος στην υγεία του. Βέβαια, κατά την διαδικασία αυτή παρεμβάλλονται και άλλοι δημογραφικοί και κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες, καθώς το άτομο παρακινείται ή αποτρέπεται σε δράση και από το περιβάλλον του.

Ένα άτομο, για να λάβει μέτρα υπέρ της πρόληψης της υγείας του, θα πρέπει καταρχάς να έχει την υποκειμενική αίσθηση της τρωτότητας του απέναντι σε μια ασθένεια ή πάθηση, δηλαδή να αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει πιθανότητα να προσληφθεί από κάποια αρρώστια καθώς επίσης θα πρέπει να αντιλαμβάνεται την σοβαρότητα αυτής της αρρώστιας (Κουλιεράκης, 2001). Περαιτέρω, το άτομο προχωρά σε αξιολόγηση των συμπεριφορών που

προάγουν την υγεία (όπως π.χ. η διακοπή του καπνίσματος, η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής) με βάση α) την υποκειμενική αίσθηση για οφέλη από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς με στόχο την υγεία, δηλαδή τις πεποιθήσεις για την αποτελεσματικότητα και τη δυνατότητα εφαρμογής κάποιων ενεργειών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στη μείωση της απειλής για την υγεία, και β) την υποκειμενική του αίσθηση για τα εμπόδια από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, δηλαδή την αξιολόγηση των πιθανών αρνητικών συμπεριφορών που σχετίζονται με την συμπεριφορά πρόληψης (Κουλιεράκης, 2001).

Εν συνεχεία το άτομο πρέπει να αποφασίσει αν θα δράσει ή όχι, και αν ναι με ποιον τρόπο. Ο τρόπος καθορίζεται από την αντίληψη της σοβαρότητας και της τρωτότητας και από την συνεκτίμηση των οφελών και των εμποδίων από τη συμπεριφορά. Καταλυτικός όμως παράγοντας στην ενεργοποίηση του ατόμου είναι η παρουσία εσωτερικών ή εξωτερικών ενδείξεων για δράση, όπως για παράδειγμα είναι τα συμπτώματα μιας αρρώστιας και η επιρροή της οικογένειας αντίστοιχα (Κουλιεράκης, 2001).

Τέλος, η τελική υιοθέτηση της συμπεριφοράς- σύμφωνα με τα μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία- εξαρτάται από τρεις παράγοντες: την επαρκή κινητοποίηση, που θα αναδείξει ως κυρίαρχο ένα ζήτημα υγείας, την πεποίθηση ότι κάποιος είναι τρωτός σε μια αρρώστια ή στις συνέπειές της, και την πεποίθηση ότι ακολουθώντας μια συγκεκριμένη συμπεριφορά με στόχο την υγεία, θα υπάρξουν οφέλη.

2.4. Οι κυριότεροι τομείς της ψυχολογίας της υγείας

Το 2000 Η Παγκόσμια Ένωση για την Προαγωγή και την Αγωγή Υγείας σε μία έκθεσή της για την Επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης (IUHPE, 2000) έθεσε ως στόχο της προαγωγής υγείας την αντιμετώπιση προβλημάτων όπως την καταπολέμηση των ανθυγιεινών διατροφικών συνήθειών, την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, τη ελλιπή στοματική υγιεινή, τη χρήση ουσιών (ψυχοτρόπων, καπνού, αλκοόλ και φαρμάκων), τη κατάθλιψη, το άγχος, τις διαφυλικές σχέσεις, τη βία, τα ατυχήματα και την ασφάλεια.

Δύο χρόνια αργότερα, το 2002, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην ετήσια αναφορά του με τίτλο: «Αναφορά για την Παγκόσμια Υγεία: μείωση των κινδύνων, προαγωγή μιας υγιούς ζωής» (WHO, 2002) επισημαίνει τους 10 σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την παγκόσμια υγεία: απίσχναση, μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, υψηλή αρτηριακή πίεση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, μη ασφαλές πόσιμο νερό, αποχέτευση και συνθήκες υγιεινής, ανεπάρκεια σιδήρου, έλλειψη φυσικής άσκησης, υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και παχυσαρκία. Οι παράγοντες αυτοί ευθύνονται για το 30% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Επιπλέον, στην αναφορά τονίζεται ότι στις ανεπτυγμένες χώρες της Β. Αμερικής, της Ευρώπης και της Ασίας, τουλάχιστον το ένα τρίτο όλων των ασθενειών προκαλείται από το κάπνισμα, το αλκοόλ, την αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη και την παχυσαρκία. Ακόμη αναφέρεται, ότι πάνω από τα τρία τέταρτα των καρδιαγγειακών παθήσεων - η πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως - προκαλούνται από το κάπνισμα, την υψηλή αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη ή το συνδυασμό τους. Συνολικά, οι τρεις αυτοί παράγοντες ευθύνονται για 16 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο παγκοσμίως. Το πιο σημαντικό όμως στοιχείο, που τονίζεται και στην αναφορά του W.H.O. είναι πως αυτοί οι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται άμεσα με την ατομική συμπεριφορά, συνεπώς είναι τροποποιήσιμοι, μέσω προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Επομένως, ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας στην πρόληψη και την τροποποίηση συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου, καθώς και στον σχεδιασμό, υλοποίηση και αξιολόγηση παρεμβάσεων στον χώρο της υγείας είναι σήμερα πιο αναγκαίος από ποτέ. Ακολουθώντας θα συζητήσουμε κάποιους από τους κυριότερους τομείς απασχόλησης

του ψυχολόγου υγείας, επικεντρώνοντας τη προσοχή μας στην πρόληψη των ασθενειών, στην αντιμετώπιση χρόνιων και τερματικών ασθενειών και στη διαχείριση του πόνου.

2.4.1. Πρόληψη ασθενειών και προαγωγή της υγείας

Η πρόληψη της υγείας αποτελεί στις μέρες μας σημαντικό παράγοντα βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου των ατόμων και ελαχιστοποίησης της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας. Κύριο συστατικό της είναι η προσπάθεια αποφυγής του «κινδύνου», των συμπεριφορών δηλαδή που μπορούν τόσο έμμεσα όσο και άμεσα να οδηγήσουν στην εμφάνιση ασθενειών από τα άτομα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2015): «η έννοια της ποιότητας ζωής καθορίζεται τόσο από το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, όσο και από τους στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντα του. Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται ποικιλότροπα από τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις με το περιβάλλον του».

Η ανθρώπινη συμπεριφορά, το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν αποφασιστικούς παράγοντες στην αιτιολογία και την επιδημιολογία πολλών νοσημάτων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και οι βασικότερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας της εποχής μας. Πολλά από αυτά τα νοσήματα θα μπορούσαν να καταπολεμηθούν αν ο άνθρωπος τροποποιούσε ορισμένες ανθυγιεινές καθημερινές του συνήθειες και βελτίωνε το περιβάλλον του. Η διαδικασία που παρέχει γνώσεις και δυνατότητες σωστών επιλογών και στάσεων σε θέματα υγείας, είναι η προαγωγή υγείας. Βασικοί στόχοι της προαγωγής υγείας είναι: η ευαισθητοποίηση, η παροχή γνώσεων, η ιεράρχηση των αξιών, η αλλαγή απόψεων, η λήψη σωστών αποφάσεων, η αλλαγή συμπεριφοράς και η αλλαγή περιβάλλοντος (Σαμπατακάκη, 2002).

Με τον όρο «προαγωγή της υγείας» εννοείται κάθε οργανωμένη δραστηριότητα και ενέργεια που ως στόχο έχει τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για την επίτευξη και την προάσπιση της υγείας, της ευεξίας και της ποιότητας ζωής. Το περιεχόμενο της «προαγωγής της υγείας» είναι ευρύ, καθώς περιλαμβάνει προσπάθειες για αλλαγή της συμπεριφοράς (όταν αυτή αποτελεί ή σχετίζεται με παράγοντες επικινδυνότητας), προσπάθειες για ενίσχυση των «υγιεινών» συνηθειών, καθώς και για την προώθηση πολιτικών και δράσεων σε ευρύτερο κοινοτικό ή κοινωνικό επίπεδο.

Σύμφωνα με την Σαμπατακάκη (2002), ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας αποτελείται από τρία βήματα: τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση. Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει επτά βασικούς άξονες που είναι: η επιλογή και η καταγραφή του πληθυσμού, η επισήμανση των αναγκών, ο καθορισμός στόχων, η καταγραφή συγκεκριμένων επιδιώξεων, η αποτίμηση πόρων και δυνατοτήτων, η περιγραφή της μεθοδολογίας και ο σχεδιασμός της αξιολόγησης. Η εφαρμογή του προγράμματος αποτελεί την πράξη όλων έχουν διατυπωθεί στο σχεδιασμό και η αξιολόγηση κάθε προγράμματος αφορά όλα τα στάδια και κυρίως τα αποτελέσματα.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι παρεμβάσεις υπέρ της υγείας μπορούν να λάβουν χώρα σε επίπεδο παρεμβάσεων στο επίπεδο της συμπεριφοράς, της ενδυνάμωσης του ατόμου και των συλλογικών δράσεων. Περισσότερο αποτελεσματικά φαίνονται να είναι τα προγράμματα που αξιοποιούν μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς σύμφωνα με τους κανόνες των θεωριών μάθησης και της γνωστικής θεωρίας (Michie & Abraham, 2004). Η δημιουργία προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες του ατόμου ή της ομάδας με τη συμπερίληψη στρατηγικών, όπως η ενίσχυση, η θετική και η αρνητική μάθηση, η χρήση

ημερολογίων, ο αυτοέλεγχος, η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς κλπ, έχει φανεί ότι μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή μιας «αθυγιεινής» συμπεριφοράς ή και στην εγκατάσταση μιας νέας πιο «υγιεινής». Οι τεχνικές αυτές εμπλουτίζονται και ενισχύονται με τη χρήση γνωστικών τεχνικών που ως στόχο έχουν την ενίσχυση των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας, τον έλεγχο και την αλλαγή των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων για την υγεία.

Σύμφωνα με τους Michie κ.α. (2004) ένα επιτυχημένο πρόγραμμα παρέμβασης για την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει καθοδήγηση και παροχή μιας αξιόπιστης συλλογιστικής για την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, μάθηση μέσω ενός αξιόπιστου προτύπου το οποίο παρέχει παραδείγματα επιτυχούς εφαρμογής της συμπεριφοράς, πρακτική εξάσκηση της συμπεριφοράς (π.χ., με παιγνίδι ρόλων) και, ανατροφοδότηση με στόχο την ενίσχυση των αλλαγών. Επίσης σημαντικό για την επιτυχία της παρέμβασης είναι αυτή να λαμβάνει χώρα όσο το δυνατόν νωρίτερα στη ζωή του ατόμου, όπως πχ. είναι οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε επίπεδο σχολείου.

2.4.2. Χρόνιες και τερματικές ασθένειες

Η ιατρική ορίζει ως χρόνια ασθένεια την ασθένεια που είναι μακρόχρονη ή με συχνά επεισόδια. Η χρόνια πάθηση μπορεί να προκύψει είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα και έχει τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) διαρκεί επ' άπειρον και δεν υπάρχει αναγνωρισμένη θεραπεία, β) υποτροπιάζει ή είναι δυνατόν να υποτροπιάσει, γ) είναι μόνιμη, δ) ο ασθενής χρειάζεται επανένταξη ή ειδική εκπαίδευση για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει και ε) απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση.

Οι χρόνιες παθήσεις με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι οι κακοήθεις νεοπλασίες, οι καρδιοαγγειακές παθήσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι λευχαιμίες, οι παθήσεις του θυρεοειδή αδένος και οι παθήσεις των νεφρών.

Παλαιότερα, η διάγνωση μιας σημαντικής νόσου ίσως να γινόταν πολύ αργά και να σήμαινε μια πορεία προς το θάνατο. Ωστόσο, σήμερα με την πρόοδο της ιατρικής και την τεχνογνωσία που έχουμε, πολλές ασθένειες αντιμετωπίζονται συμπτωματικά επιτρέποντας στον ασθενή μια καλή ποιότητα ζωής. Η ζωή, μετά τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι πολύ στρεσογόνα και είναι μόνο η αρχή μιας πορείας προσαρμογής. Όλα τα σχέδια για το αύριο και το μέλλον ανατρέπονται. Δεν είναι μόνο οι αλλαγές που έρχονται από την πορεία της ασθένειας και τα συμπτώματά της, αλλά και οι ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές που έπονται. Συγκεκριμένα, υπάρχουν αλλαγές στην ταυτότητα, στο κοινωνικό περιβάλλον και στο σχεδιασμό μελλοντικών στόχων. Συνεπώς, οι επιπτώσεις είναι σε λειτουργικό, εργασιακό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι ψυχολογικές επιδράσεις μιας χρόνιας νόσου είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που παρατηρείται στα λεγόμενα των ασθενών όταν περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο νιώθουν ότι η ασθένεια έχει καταβάλει την ζωή τους.

Συχνά μια χρόνια ασθένεια δεν επιτρέπει στον ασθενή να ακολουθήσει τους ρυθμούς και τις συνήθειες της ζωής που είχε πριν την ασθένεια, ενώ μειώνει κατά πολύ την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο και κάποιες φορές, αν υπάρχει προδιάθεση, οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Dworkin et al, 2005). Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, φόβο για το μέλλον, και απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διαφορετικές καθημερινές δραστηριότητες (Ogden, 1996).

Η ποιότητα ενημέρωσης, το μέγεθος και το είδος της πληροφόρησης που λαμβάνει από το γιατρό ο ασθενής που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια από τη στιγμή της διάγνωσης

και κατά τη διάρκεια εφαρμογής όλων των θεραπευτικών μέτρων επηρεάζει σημαντικά τη διεργασία συνειδητοποίησης της απειλητικής για τη ζωή του νόσου. Ο φόβος του οδυνηρού θανάτου αποτελεί μία άλλη σημαντική παράμετρο που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο φόβος αυτός είναι τόσο ισχυρός που μπορεί να επιδράσει στη συνολική του ζωή και στην εκτίμηση για τον εαυτό του. Ο φόβος του οδυνηρού θανάτου μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα πανικού, τρόμου, αυξανόμενου άγχους και κατάθλιψης. Τα συναισθήματα αυτά στηρίζονται στο φόβο της απώλειας του ελέγχου του σώματος και των λειτουργιών του, αλλά επίσης και στο φόβο της απόρριψής του από το κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα στο φόβο της εγκατάλειψης από τα άτομα του οικογενειακού και φιλικού του περιβάλλοντος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

Σύμφωνα με τον Shontz (1975), μετά το άκουσμα της διάγνωσης το άτομο περνάει από τα ακόλουθα στάδια:

- Αρχικό σοκ, όπου το άτομο αποστασιοποιείται από την κατάσταση ως ένα τρόπο άμυνας και συμπεριφέρεται αυτοματοποιημένα.
- Αντιπαράθεση, το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αισθήματα απώλειας, απελπισία και πένθος.
- Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο αρχικά αποσύρεται στον εαυτό του και αρνείται το πρόβλημα και τις επιπτώσεις του. Σταδιακά όμως, αρχίζει να αποδέχεται την κατάσταση και να τη διαχειρίζεται.

Επιπλέον, η Kuble-Ross (1969) υποστήριξε ότι το πένθος που βιώνει κάποιος που χάνει ένα αγαπημένο πρόσωπο έχει πέντε στάδια. Ο ασθενής μετά η διάγνωση της χρόνιας ασθένειας πολύ συχνά ακολουθεί και αυτός τη διαδικασία πένθους. Κατά το πρώτο στάδιο της άρνησης, ο ασθενής αρνείται το γεγονός της ασθένειας του για να προφυλαχθεί από το φόβο του θανάτου. Η άρνηση αυτή αποτελεί μια συχνή και φυσιολογική αντίδραση όταν η πραγματικότητα είναι πολύ οδυνηρή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια.

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό του θυμού, κατά το οποίο ο ασθενής και η οικογένεια του βιώνουν και εκφράζουν θυμό ο οποίος πηγάζει από μια βαθιά απογοήτευση, μια αίσθηση αδικίας και αδυναμίας που συχνά μετατίθεται προς διάφορες κατευθύνσεις (στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, στους συγγενείς και οικείους, ακόμα και στον Θεό, ή την τύχη).

Η κατάθλιψη είναι το τρίτο στάδιο της διαδικασίας πένθους και οφείλεται στην έντονη αίσθηση της απώλειας. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αντιδραστική όταν ο ασθενής συγκρίνει πώς ήταν στο παρελθόν και πώς έχει αλλάξει όσον αφορά την εμφάνισή του και την ενεργητικότητα του, αλλά και προπαρασκευαστική όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου.

Ακολουθεί το στάδιο της διαπραγμάτευσης, κατά το οποίο ο ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι η ασθένεια είναι ένα τελικό γεγονός. Έτσι, αποδέχεται την ασθένειά του, όμως προσπαθεί να καθυστερήσει την πρόοδό της ή ακόμα και να την αποφύγει εντελώς προχωρώντας σε διαπραγματεύσεις με τον Θεό. Κατά το στάδιο αυτό, συχνά οι ασθενείς υιοθετούν νέες θετικές συμπεριφορές υγείας, γεγονός που συμβάλλει στην ενίσχυση της αίσθησης του ατόμου ότι έχει κάποιον έλεγχο στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του.

Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής κατά το οποίο ο ασθενής συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου. Προχωρεί σε τακτοποίηση των εκκρεμοτήτων του και νοιώθει πιο ήρεμος. Ο ασθενής και η οικογένεια του μαθαίνουν να ζουν με την ασθένεια, την εντάσσουν στη ζωή τους, αξιοποιούν το χρόνο και τις σχέσεις τους και ζουν μια ζωή που

έχει νόημα και ουσία για τους ίδιους. Πολλές φορές ο ασθενής αργεί να ολοκληρώσει τα στάδια του πένθους, παλινδρομώντας από το ένα στάδιο στο άλλο. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί, και σε συνεχή επαφή με τον ασθενή, διότι ελλοχεύει ο κίνδυνος της κατάθλιψης και των αυτοκαταστροφικών σκέψεων.

Η διαδικασία αυτή της αποδοχής αυτής σχετίζεται με πολλούς παράγοντες όπως η ηλικία, η υποστήριξη της οικογένειας, οι πεποιθήσεις του ατόμου για την ασθένειά του και τα συμπτώματα που επιφέρει η κάθε νόσος όπως για παράδειγμα ο πόνος.

Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας απαιτεί συμβιβασμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης, τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του. Η μμελέτη και η κατανόηση του πώς διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την πορεία της υγείας και την ποιότητα ζωής ασθενούς και οικογένειας μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται, να ανοίξει νέες προοπτικές και να συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση ασθενών και οικογενειών τους από τους επαγγελματίες υγείας.

2.4.3. Διαχείριση πόνου

Ορισμένες χρόνιες ή τερματικές ασθένειες περιλαμβάνουν το βίωμα ενός συνεχούς και έντονου πόνου. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει παγκοσμίως, μπορεί να ισχυριστεί κανείς πως ο πόνος πέρα από δυσάρεστη αισθητική εμπειρία, είναι μια εμπειρία που επηρεάζει δραματικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν πως ο χρόνιος πόνος δεν επιτρέπει στον ασθενή να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, μειώνει κατά πολύ την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο, οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αίσθησης απώλειας ελέγχου πάνω στην πάθησή του και στον πόνο που του προκαλεί. Επίσης οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, φόβο για το μέλλον και απώλεια της ευχαρίστησης που απορρέει από διαφορετικές καθημερινές δραστηριότητες. Όλες αυτές οι επιδράσεις επιτείνουν τον πόνο και μπορούν να εμποδίζουν την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας του. Η ψυχολογική επίδραση του πόνου είναι ένα σύνηθες φαινόμενο που παρατηρείται εμπειρικά στα λεγόμενα των ασθενών όταν περιγράφουν το πώς ο πόνος έχει καταβάλει την ζωή τους.

Ο ψυχολόγος υγείας έχεις τη διάθεσή του μια πληθώρα τεχνικών και μεθόδων οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μεμονωμένες, είτε συνδυαστικά, προκειμένου να βοηθήσουν τον πάσχοντα να αποδεχθεί τον πόνο του και να μάθει να τον αντιμετωπίζει. Μέσω της γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας, ο ψυχολόγος έχει ως στόχο να βοηθήσει τους ασθενείς να πιστέψουν πως μπορούν να μάθουν να αντιμετωπίζουν τον χρόνιο πόνο και τα άλλα προβλήματα που προκαλούνται από αυτόν. Επίσης στοχεύει στο να μάθει στους ασθενείς να προσδιορίζουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που επηρεάζουν τον πόνο τους, τη συναισθηματική και ψυχοκοινωνική τους ισορροπία και να βοηθήσει τους ασθενείς να σκέφτονται και να συμπεριφέρονται με τρόπους οι οποίοι θα τους βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής δυσφορίας και στις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Νεότερες ψυχολογικές θεραπείες αναδεικνύουν ότι ο κύριος παράγοντας στη βοήθεια ασθενών με χρόνιο πόνο είναι η αποδοχή του. Οι νεότερες γνωστικο-συμπεριφορικές θεραπείες, φαίνεται να βοηθούν τους ασθενείς με χρόνιους πόνους να αποδεχτούν το γεγονός ότι ο πόνος δεν θα φύγει (μπορεί να μειωθεί ανά διαστήματα αλλά δεν θα φύγει) και να κινηθούν σε σημαντικές για τους ίδιους αξίες έχοντας τον πόνο τους μαζί. Δεν αναφέρονται στην παθητική αποδοχή, αλλά στην αναγνώριση της μη αλλαγής του πόνου και στην ενδυνάμωση των σημαντικών για τη ζωή των ανθρώπων αξιών. Μια από τις πλέον εμπειρικά και κλινικά τεκμηριωμένες θεραπείες είναι η θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (Acceptance

and Commitment Therapy-ACT, Hayes et al., 2011) που ουσιαστικά πρεσβεύει στην αύξηση της αποδοχής και την ανάπτυξη μιας ζωής γεμάτης νόημα που να κατευθύνεται από σημαντικά για τη ζωή των ανθρώπων πράγματα όπως οι αξίες. Μέσα από μεταφορές, παράδοξα και ασκήσεις αποδοχής, η θεραπεία βοηθά τον ασθενή με χρόνια πόνο να αλλάξει την σχέση που έχει με τον πόνο του έτσι ώστε να μειωθεί η αρνητική επίδραση του πόνου.

Ο ψυχολόγος μπορεί ακόμα να συμπεριλάβει στην θεραπεία και τεχνικές χαλάρωσης, οι οποίες έχουν ως στόχο να μάθουν οι ασθενείς να εφαρμόζουν την τεχνική χαλάρωσης και να αντιμετωπίζουν το άγχος τους. Είναι γνωστό πως όταν αυξάνεται η ένταση των μυών, επιδεινώνεται η αντίδραση του πόνου. Για τον λόγο αυτό, ο ψυχολόγος μαθαίνει τον ασθενή να εντοπίζει πότε ξεκινάει η ένταση στους μύες του και πώς να εφαρμόζει τεχνικές όπως η εικονική σκέψη και η σταδιακή χαλάρωση των μυών.

Την ίδια στιγμή, σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του πόνου παίζει και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Ο ψυχολόγος υγείας ενημερώνει την οικογένεια για τον χρόνια πόνο και μαθαίνει στα μέλη τεχνικές αντιμετώπισης. Επιπλέον, προσπαθεί να μειώσει το άγχος που διαχέεται στο οικογενειακό περιβάλλον από τη δυσάρεστη εμπειρία του χρόνιου πόνου, ενθαρρύνοντας την οικογένεια να αναπτύξει την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων που συνδέονται με τον χρόνια πόνο, προκειμένου να μπορέσει να στηρίξει τον ασθενή. Τέλος είναι σημαντικό η οικογένεια να εντοπίσει και να περιορίσει τις συμπεριφορές της που αυξάνουν τον πόνο στον ασθενή (Jamison & Virts, 1990).

Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει πως τα συνδυαστικά προγράμματα -δηλαδή εκείνα που επικεντρώνονται τόσο στον ασθενή όσο και στο άμεσο και έμμεσο περιβάλλον του- για την αντιμετώπιση του πόνου, είναι αποτελεσματικά και πως παρατηρείται βελτίωση σε φυσιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα παρατηρείται βελτίωση στις τιμές της κατάθλιψης και της αυτοεκτίμησης κατά 30% , ενώ ακόμα μεγαλύτερη είναι η βελτίωση των μετρήσεων για την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Williams et al, 1997). Επιπλέον, η πραγματοποίηση απλών καθημερινών κινήσεων (όπως περπάτημα, ανέβασμα σκαλιών κλπ.) σχεδόν διπλασιάζεται. Η μετα-ανάλυση της Flor και των συνεργατών της (1992), έδειξε ότι τα προγράμματα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά από οποιαδήποτε θεραπεία χρησιμοποιηθεί μόνη.

2.5. Κυριότερες εφαρμογές της ψυχολογίας της υγείας

Στο εξωτερικό, οι ψυχολόγοι υγείας εργάζονται συνήθως σε νοσοκομειακές δομές και είναι αυτοί που πολλές φορές αναλαμβάνουν να ανακοινώσουν τα ιατρικά αποτελέσματα στους ασθενείς, ειδικά σε αυτούς που διαγνώστηκαν με κάποια ανίατη ασθένεια, οι οποίοι και υπόκεινται και σε μεγαλύτερο σοκ. Ο ρόλος τους είναι και υποστηρικτικός, ενώ συχνά βρίσκονται στη διάθεση του ασθενή και του περιβάλλοντός του καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας του μέχρι και την ίαση ή ακόμη και μέχρι τον θάνατο. Προσπαθούν να βοηθήσουν το άτομο να δει την κατάστασή του από την σωστή οπτική γωνία, να αναζητήσει τις κατάλληλες θεραπείες - αν αυτό είναι δυνατό - να το ενδυναμώσουν αλλά και να το προετοιμάσουν ψυχολογικά και για τον ίδιο του τον θάνατο, αν κάτι τέτοιο είναι αναπόφευκτο.

Πιο συγκεκριμένα, ο ψυχολόγος υγείας στο πλαίσιο της λειτουργίας του ως πάροχος υγείας σε ένα δομημένο νοσηλευτικό περιβάλλον αποτελεί και αυτός μέρος των υπηρεσιών υγείας και παρέχει ατομική και ομαδική θεραπεία για ένα εύρος θεμάτων ψυχικής υγείας ή για διάφορες ψυχοφυσιολογικές διαταραχές. Οι παραπομπές γίνονται από τους ιατρούς της μονάδας. Στη συνέχεια, οι ασθενείς αξιολογούνται από τους ψυχολόγους και τους προτείνεται ένας συγκεκριμένος τρόπος παρέμβασης (Gatchel & Oordt, 2003). Σε άλλες περιπτώσεις ο

ψυχολόγος μπορεί να είναι μέλος της ομάδας σε μια μονάδα υγείας και να καλείται να αναλάβει τις συμπεριφορές και τους συναισθηματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία των ασθενών. Σε αυτή την περίπτωση υπεύθυνος της όλης αγωγής είναι ο ιατρός, ενώ ο ψυχολόγος βλέπει ένα μεγάλο αριθμό ασθενών για περιορισμένο αριθμό συναντήσεων (συνήθως 1-3) και, εν συνεχεία, προτείνει στον θεράποντα ιατρό μια ορισμένη παρέμβαση. Μπορεί, μάλιστα, να ελέγξει την εφαρμογή των προτάσεων αυτών σε επόμενες συναντήσεις με τους ασθενείς.

Η εικόνα 1 παρουσιάζει συνοπτικά τα επίπεδα στα οποία λαμβάνει χώρα η αξιολόγηση του ασθενούς από τον ψυχολόγο υγείας, σε ένα δομημένο ιατρικό περιβάλλον (Belar & Dearnorff, 1995). Ο στόχος της αξιολόγησης αυτής είναι να αξιολογηθεί, εκτιμηθεί και κατανοηθεί από τον ψυχολόγο ο ασθενής μέσα στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του, οι δυνατότητες και αδυναμίες του ασθενή, η φύση της ασθένειας και της θεραπείας και ποιες είναι οι επιπτώσεις τους στον ασθενή, ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει το στρες αλλά και η πιθανή ύπαρξη ψυχοπαθολογίας.

Πίνακας 1. Οι μονάδες αξιολόγησης από τον ψυχολόγο υγείας, ανά επίπεδο αξιολόγησης- μια ολιστική προσέγγιση.

Μονάδες αξιολόγησης				
	Ασθενής	Οικογένεια	Σύστημα υγείας	Κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο
Βιολογικό – οργανικό	Φύλο, ηλικία, εθνικότητα, συμπτώματα, θεραπεία, ιστορικό, επίπεδο υγείας κλπ.	Οικογενειακά χαρακτηριστικά, μέγεθος, ιστορικό ασθενειών, υγεία μελών κλπ.	Χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, των ιατρικών διαδικασιών κλπ.	Κοινωνικές υπηρεσίες, δίκτυα υποστήριξης, εργασιακό περιβάλλον κλπ
Συναισθηματικό	Διάθεση, συναίσθημα, αντιδράσεις στο πρόβλημα υγείας, στη θεραπεία, το νοσοκομείο, τον εαυτό και τους οικείους. Ιστορικό διαταραχών ή δυσκολιών.	Συναισθήματα, σκέψεις και άλλες αντιδράσεις για τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Συναισθήματα, σκέψεις και άλλες αντιδράσεις του προσωπικού για τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Πολιτισμικές αντιδράσεις για τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.
Γνωστικό	Γνωστικό στυλ. Μόρφωση. Γνώσεις για την ασθένεια, πεποιθήσεις υγείας, στάση και προσδοκίες για την κατάσταση της υγείας του. Ορθοσκευτικές πεποιθήσεις.	Γνώσεις για την ασθένεια και τη θεραπεία, στάσεις και προσδοκίες γύρω από τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Γνώσεις για την ασθένεια και τη θεραπεία, στάσεις και προσδοκίες γύρω από τον ασθενή, την ασθένεια και τη θεραπεία.	Τρέχον επίπεδο γνώσεων. Πολιτισμικές στάσεις απέναντι στον ασθενή και την ασθένεια.
Συμπεριφορά	Επίπεδο δραστηριότητας. Αλληλεπιδράσεις με οικογένεια, γνωστούς, φίλους, προσωπικό υγείας. Συνήθειες υγείας. Τήρηση ιατρικών οδηγιών. Έλεγχος συμπτωμάτων.	Ενισχύσεις που χρησιμοποιεί σε θέματα υγείας και ασθένειας. Συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς.	Ενισχύσεις που χρησιμοποιεί σε θέματα υγείας και ασθένειας. Συμμετοχή στη φροντίδα του ασθενούς. Ικανότητες του προσωπικού στην εκπαίδευση του ασθενούς.	Νόμοι και κανονισμοί για θέματα υγείας και ασθένειας. Δυνατότητες περιθάλψης και μακροχρόνιας ενίσχυσης κλπ.

Πηγή: <ftp://ftp.soc.uoc.gr>

Ο ψυχολόγος μετά, έχοντας στα χέρια του την αξιολόγηση αυτή προχωρά στην κατάρτιση ενός πλάνου παρέμβασης για τον συγκεκριμένο ασθενή. Ανάλογα πάντα με τον στόχο που έχει (ανακούφιση, θεραπεία, διαχείριση της ασθένειας, εξασφάλιση ποιότητας ζωής κλπ), και έχοντας ως γνώμονα πάντα ότι θα πρέπει να διατηρηθεί η ισορροπία μεταξύ

της ελπίδας του ασθενούς και της πραγματικότητας, ο ψυχολόγος προχωρά στην απαραίτητα παρέμβαση αναφορικά με τον ασθενή. Αυτή μπορεί να είναι στο βιολογικό, στο γνωστικό, στο συναισθηματικό επίπεδο, ή στον τομέα της συμπεριφοράς. Συχνά πραγματοποιούνται συνδυαστικές παρεμβάσεις. Την ίδια στιγμή μπορεί να πραγματοποιηθεί παρέμβαση και στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή (π.χ. μέσω πληροφόρησης ή παραπομπής σε κοινωνικές υπηρεσίες) αλλά και στο επίπεδο του συστήματος υγείας (π.χ. συμβουλευτική προς τα προσωπικό υγείας).

Πέρα από τις πιο πάνω δραστηριότητες ένας ψυχολόγος υγείας σχεδιάζει προγράμματα προώθησης της υγείας των πολιτών, μέσα από ενημερωτικά σεμινάρια για τις διάφορες ασθένειες, την σημαντικότητα της πρόληψης ή ακόμη και μέσα από την οργάνωση του τρόπου λειτουργίας και συνεργασίας των διαφόρων νοσοκομειακών συστημάτων, πάντα προς το όφελος των πολιτών/ασθενών.

Στην Ελλάδα, ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του ψυχολόγου υγείας στη δημόσια υγεία είναι σαφώς περιορισμένα, δεδομένου ότι ο μόνος μέχρι στιγμής τόπος συνάντησης της ψυχολογίας της υγείας και της δημόσιας διοίκησης είναι ο ακαδημαϊκός. Το μάθημα της ψυχολογίας της υγείας προσφέρεται ως επιλεγόμενο σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα διοίκησης υπηρεσιών υγείας, καθώς για την απόκτηση πιστοποιητικών στην κοινωνιολογία της υγείας. Επιπλέον, στην Ελλάδα τα όρια ανάμεσα στην κλινική ψυχολογία και την ψυχολογία της υγείας παρέμεναν δυσδιάκριτα ακόμα και πριν από δέκα χρόνια. Το 2004, μόνο ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στην ψυχολογία της υγείας λειτουργούσε στο τμήμα ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, ενώ την ίδια χρονιά πραγματοποιήθηκε και το 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο ψυχολογίας της υγείας (Κουλιεράκης, 2006).

Και στο επίπεδο της έρευνας όμως υπάρχουν πολύ λίγες δυνατότητες για συνεργασία στο πλαίσιο ερευνητικών προγραμμάτων, ανάμεσα στους ειδικούς της δημόσιας υγείας. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην παραδοσιακή προσέγγιση που ακολουθεί το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, το οποίο προσπαθούσε πάντα να προσδιοριστεί σε σχέση με την παραδοσιακή ιατρική και το βιοϊατρικό μοντέλο το οποίο ευνοεί περισσότερο τη θεραπεία, και όχι στο βιοψυχοκοινωνικό που επικεντρώνεται στην πρόληψη και τη μελέτη της διακινδύνευσης (Αγραφιώτης, 2003).

Αυτό γίνεται φανερό από το γεγονός ότι στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιούνται ψυχολόγοι της υγείας κατά τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και των παρεμβάσεων υγείας που υλοποιούνται από το σχετικό Υπουργείο (για παράδειγμα η καμπάνια για την οδική ασφάλεια και το κάπνισμα). Σε μικρότερης κλίμακας παρεμβάσεις- για παράδειγμα στα σχολεία ή σε χώρους εργασίας- χρησιμοποιούνται κάποιες αρχές της ψυχολογίας της υγείας, χωρίς ακόμα να μπορούμε να μιλήσουμε για ουσιαστική διεπιστημονική προσέγγιση στο σχεδιασμό, εφαρμογή και αποτίμηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Κουλιεράκης κ.α., 2001).

Κεφάλαιο 3^ο: Ψυχολογία της όρασης

Το θέμα της οπτικής αντίληψης και η μελέτη της όρασης ως ένα αντιληπτικό φαινόμενο έχει απασχολήσει αρκετά την ψυχολογία. Ο λόγος είναι ότι η αντίληψη είναι η βασικότερη γνωστική μας λειτουργία, υπό την έννοια ότι αποτελεί προϋπόθεση για όλες τις υπόλοιπες διεργασίες του γνωστικού μας συστήματος. Ένας οργανισμός που στερείται αντίληψης, δεν έχει τη δυνατότητα μάθησης και μνήμης. Η αντίληψη είναι ο βασικός τρόπος με τον οποίο λαμβάνουμε πληροφορίες για το περιβάλλον που ζούμε.

Ο Reid, (Internet Encyclopedia of Philosophy, 2015) ήταν ο πρώτος που έδωσε έναν ορισμό της αντίληψης ως το σύνολο των εμπειριών που συνδέονται με εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Αντίθετα, η αίσθηση είναι εσωτερική εμπειρία του οργανισμού που δε συνδέεται με κάποιο εξωτερικό αντικείμενο. Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι η αντίληψη είναι το προϊόν μίας γνωστικής διαδικασίας που συνδέει την εκάστοτε οργανική εμπειρία με τον εξωτερικό κόσμο.

Αν και κάθε ερευνητής, ανάλογα με την προσέγγιση την οποία ακολουθεί, ορίζει διαφορετικά την αντίληψη και την αίσθηση, σήμερα οι περισσότεροι ερευνητές τείνουν να υποστηρίζουν ότι δεν είναι χρήσιμος ο διαχωρισμός αίσθησης και αντίληψης. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, αντίληψη είναι όλες εκείνες οι εμπειρίες που δημιουργούνται από τον ερεθισμό των αισθητήριων οργάνων. Επίσης, η αντίληψη έχει κεντρικό ρόλο στο πρόβλημα «σώματος-πνεύματος». Το πρόβλημα αυτό είναι ίσως το παλαιότερο και σπουδαιότερο ακόμη θέμα της ψυχολογίας, και αφορά στον τρόπο με τον οποίο φυσικές διαδικασίες (όπως το φως που μπαίνει στο μάτι μας) μετατρέπονται σε εμπειρίες.

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διαδικασία της οπτικής αντίληψης είναι η ακόλουθη: Αρχικά, ένα εξωτερικό ερέθισμα, πχ. το φως εισέρχεται στο αισθητήριο όργανο-δηλαδή το μάτι. Εν συνεχεία το εξωτερικό ερέθισμα καταγράφεται στο αισθητήριο όργανο (δηλαδή δημιουργείται η εικόνα στον αμφιβληστροειδή χιτώνα) και δημιουργούνται ηλεκτρικά σήματα από τους υποδοχείς τα οποία με τη σειρά τους μεταφέρονται από ειδικευμένους νευρώνες στον εγκέφαλο. Εκεί τα σήματα αναλύονται και έτσι δημιουργείται η αντίληψη του εξωτερικού αντικειμένου.

Σύμφωνα με τη Καλαποθαράκου (2013), υπάρχουν τρεις «οπτικές γωνίες» για την αξιολόγηση της οπτικής συμπεριφοράς: η ανατομική προσέγγιση, αυτή της νευροφυσιολογίας, καθώς και η ψυχοφυσική της όρασης. Η μελέτη της ανατομίας των νευρώνων και άλλων δομών του οπτικού συστήματος είναι απαραίτητη για την επαρκή γνώση των χαρακτηριστικών της οπτικής οδού, της ροής της οπτικής πληροφορίας. Η νευροφυσιολογία μελετά την επεξεργασία της οπτικής πληροφορίας στα διαφορετικά νευρωνικά στάδια της οπτικής οδού, ενώ η ψυχοφυσική της όρασης διερευνά με μη επεμβατικές μεθόδους τα λειτουργικά χαρακτηριστικά του οπτικού συστήματος, μέσω σύγκρισης των φυσικών παραμέτρων των ερεθισμάτων (όπως το χρώμα, η φωτεινότητα, η αντίθεση) με αυτό που ο εξεταζόμενος αντιλαμβάνεται. Τα ψυχοφυσικά δεδομένα που προκύπτουν από ψυχοφυσικές δοκιμασίες χρησιμοποιούνται από αρμόδιους φορείς με σκοπό την καλύτερη διάγνωση, στον ιατρικό τομέα, αλλά και τη βελτίωση διάφορων χαρακτηριστικών που συνδέονται με την οπτική αντίληψη.

3.1. Ανατομία και νευροφυσιολογία της όρασης

Εξωτερικά ο οφθαλμός περιλαμβάνει τα βλέφαρα, τις βλεφαρίδες και τον επιπεφυκότα. Τα άνω και κάτω βλέφαρα παρέχουν σημαντική προστασία στον οφθαλμό, καθώς έχουν την ικανότητα να κλείνουν με αντανακλαστική κίνηση και να το προστατεύουν από την είσοδο έντονου φωτός ή επιβλαβών σωματιδίων. Οι βλεφαρίδες στο κάθε βλέφαρο ενισχύουν την προστασία του οφθαλμού και ο επιπεφυκότας - ένας λεπτός διαφανής υμένας

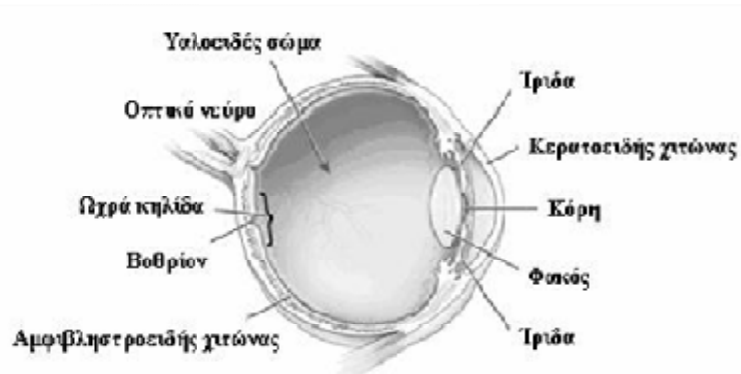
που καλύπτει τον οφθαλμικό βολβό και εσωτερικά τα βλέφαρα- έχει την ικανότητα να διατηρεί τον οφθαλμό σε υγρή κατάσταση.

Επίσης ο οφθαλμός περιλαμβάνει τρία είδη αδένων, τους βλεφαρικούς αδένες οι οποίοι εκκρίνουν νερό, τους σμηγματογόνους αδένες που εκκρίνουν σμήγμα, και τους δακρυϊκούς αδένες που είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή δακρύων. Συγκεκριμένα οι δακρυϊκοί αδένες βρίσκονται στα βλέφαρα και εκκρίνουν συνεχώς μικρή ποσότητα δακρύων που διανέμεται στην επιφάνεια του οφθαλμού με το αντανακλαστικό άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων και διοχετεύεται με τα δακρυϊκά σωληνάκια και το δακρυϊκό ασκό στη ρινική κοιλότητα. Με αυτόν τον τρόπο, τα δάκρυα έχουν τη δυνατότητα να λιπαίνουν τα βλέφαρα και να παρασύρουν προς τα έξω επιβλαβή σωματίδια, όπως σκόνη και χημικές ουσίες, και παράλληλα να διορθώνουν τις ανωμαλίες της επιφάνειας του κερατοειδούς και να εμποδίζουν την αποξήρανση του. Επίσης, λόγω της ύπαρξης σε αυτά μιας αντισηπτικής ουσίας, της λεγόμενης λισοζύμη, τα δάκρυα συντελούν στην προστασία των ματιών εναντίον των λοιμώξεων (Παπαστρατηγάκης, 2004).

Τα κάθε αυτού αισθητήρια όργανα της όρασης, οι οφθαλμοί, βρίσκονται μέσα στις οφθαλμικές κόγχες, που σχηματίζονται από τα οστά του προσώπου. Περιβάλλονται από λίπος και η στήριξη και η κίνησή τους γίνεται από τους οφθαλμικούς μύες. Οι οφθαλμοκινητικοί μύες είναι 6, 4 ορθοί (άνω, κάτω, έσω και έξω) και 2 λοξοί (άνω και κάτω). Μέσα στις κόγχες βρίσκονται οι ανελκτήρες μύες του βλεφάρου. Η νεύρωση των μυών των δύο οφθαλμών είναι τέτοια ώστε οι μύες να συνεργάζονται και οι δύο οφθαλμοί να κινούνται ταυτόχρονα προς την ίδια κατεύθυνση (συζυγείς κινήσεις των οφθαλμών) καθώς και να επιτυγχάνεται η φυσιολογική σύγκλιση των οφθαλμών (μη συζυγής κίνηση).

Ο βολβός αποτελείται από 3 χιτώνες, τον σκληρό χιτώνα εξωτερικά, τον χοριοειδή χιτώνα και εσωτερικά τον αμφιβληστροειδή χιτώνα. Ο σκληρός χιτώνας είναι ανθεκτικό περίβλημα του οφθαλμού που περιβάλλει τον οφθαλμικό βολβό, ο οποίος σε συνδυασμό με την ενδοφθάλμια πίεση που είναι μεγαλύτερη από του περιβάλλοντος, διατηρεί το σχήμα του οφθαλμικού βολβού σταθερό. Για να διατηρείται σταθερή η εσωτερική πίεση του βολβού είναι απαραίτητη η ισόρροπη παραγωγή υδατοειδούς υγρού.

Εικόνα 2: Η δομή του οφθαλμού



Πηγή: Color Atlas of Physiology, Thieme, 2000.

Ο χοριοειδής χιτώνας καλύπτει εσωτερικά το σκληρό χιτώνα, είναι υπεύθυνος για την παροχή στον οφθαλμό θρεπτικών ουσιών και αποτελείται από τον κερατοειδή χιτώνα, τον κρυσταλλοειδή φακό και την ίριδα.

Στο επίπεδο του φακού, ο οφθαλμός χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο ημιμόριο ή θάλαμο. Στο πρόσθιο ημιμόριο συναντάμε τα εξής στοιχεία: Ο κερατοειδής χιτώνας, ο οποίος

είναι διαφανής ιστός χωρίς αγγεία και έχει τη μεγαλύτερη διαθλαστική ισχύ. Ενώνεται με το σκληρό στο σκληροκερατοειδικό όριο. Στην περιοχή αυτή βρίσκονται τα βλαστικά κύτταρα του κερατοειδούς και μέσω αυτών γίνεται η αναγέννησή του. Στο σκληροκερατοειδικό όριο σταματά ο επιπεφυκότας, ο οποίος καλύπτει το σκληρό και την έσω επιφάνεια των βλεφάρων. Πίσω από τον κερατοειδή βλέπουμε την ίριδα η οποία στο κέντρο της έχει ένα άνοιγμα, την κόρη. Η ίριδα αποτελεί το έγχρωμο μυϊκό μέρος του οφθαλμού και συναποτελείται από δυο φύλλα, το εμπρόσθιο και το οπίσθιο. Έχει ακριβώς στο μέσο μια στρογγυλή οπή, την κόρη. Η κόρη είναι στην ουσία το διάφραγμα του οπτικού συστήματος που επιτρέπει ή αποκλείει την είσοδο των φωτεινών ακτινών. Η ίριδα μέσω του κορικού τμήματος της εφάπτεται με την εμπρόσθια επιφάνεια του φακού.

Ο χώρος ανάμεσα στον κερατοειδή και την ίριδα ονομάζεται *πρόσθιος θάλαμος*. Πίσω από την ίριδα βρίσκεται ο κρυσταλλοειδής φακός, ένα διαφανές αμφίκυρτο μυϊκό σώμα που συγκεντρώνει το φως πάνω στον αμφιβληστροειδή χιτώνα, και συγκρατείται από τις ίνες της ζίνειας ζώνης. Έχει διαθλαστική ισχύ 19- 21D, Αποτελείται από το *πρόσθιο περιφάκιο*, τον *πυρήνα* και το *οπίσθιο περιφάκιο*. Ο φακός συγκρατείται από τις ακτινοειδείς ίνες και η σύσπαση ή χαλάρωση των ινών αυτών καθορίζει την καμπυλότητα του φακού. Με τις αλλαγές της καμπυλότητας του φακού δίνεται η δυνατότητα της προσαρμογής από την μακρινή στην κοντινή όραση και αντίστροφα (Snell & Lemp, 1998). Ο χώρος ανάμεσα στην ίριδα και το φακό ονομάζεται *οπίσθιος θάλαμος*. Μέσα στον πρόσθιο και τον οπίσθιο θάλαμο υπάρχει το υδατοειδές υγρό, το οποίο αυτό παράγεται από το ακτινωτό σώμα και συγκεκριμένα από τις ακτινοειδείς προβολές στη γωνία του οφθαλμού, κυκλοφορεί στους δύο θαλάμους μέσω του ανοίγματος της κόρης και αποχετεύεται από τη γωνία του οφθαλμού και τα αγγεία στην περιοχή αυτή (Παπαστρατηγάκης, 2004).

Ο αμφιβληστροειδής χιτώνας είναι ένας φωτοευαίσθητος εσώτατος υμένας του ιστού στο πίσω μέρος του βολβού του ματιού, και έχει ιδιαίτερα σύνθετη φυσιολογία. Περιλαμβάνει νευρικούς αισθητήρες που ονομάζονται φωτουποδοχείς και μετατρέπουν τη φυσική ενέργεια του φωτός σε νευρικά σήματα που αποτελούν την ουσία της όρασης. Ο αμφιβληστροειδής περιέχει περίπου 7 εκατομμύρια κωνία και 120 εκατομμύρια ραβδία. Τα κωνία χρησιμεύουν για την ευκρινή όραση την ημέρα και την αντίληψη των χρωμάτων. Κάθε κωνίο, είναι ευαίσθητο στην ακτινοβολία ενός απ' τα τρία πρωταρχικά χρώματα, κόκκινο, πράσινο ή μπλε σε συνθήκες έντονου φωτισμού. Αντίθετα, τα ραβδία είναι υπεύθυνα για την περιφερειακή όραση, δηλαδή την όραση στο ημίφως και την αντίληψη των κινήσεων στο χώρο. Αν και είναι ευαίσθητα σε όλες τις ορατές ακτινοβολίες, περιέχουν μία μόνο χρωστική και δεν μπορούν να διακρίνουν τα χρώματα. Όταν οι φωτεινές ακτίνες προσπέσουν στον αμφιβληστροειδή, τα κωνία και τα ραβδία διεγείρονται και παράγουν ηλεκτρικές ώσεις που αποτελούν το έναυσμα για τη δημιουργία περαιτέρω νευρικών ώσεων στα νευρικά κύτταρα, των οποίων αποτελούν αποφυάδες. Οι νευρικές ώσεις μεταδίδονται στον εγκέφαλο μέσω του οπτικού νεύρου. Τα χρωμοφόρα κύτταρα πίσω από τα ραβδία και τα κωνία απορροφούν τις φωτεινές ακτίνες και αποτρέπουν την ανάκλασή τους μέσα στο μάτι (Σκανδαλάκης, 2007).

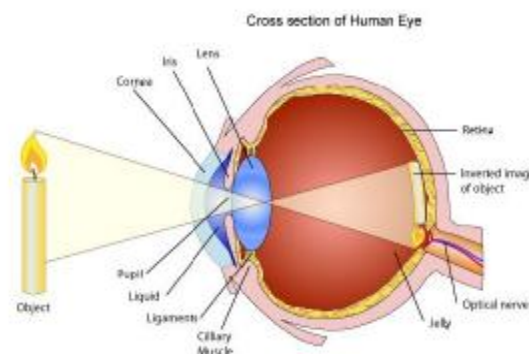
Ο αμφιβληστροειδής αποτελείται από τρεις νευρώνες. Το αισθητηριακό επιθήλιο, που αποτελεί τον πρώτο νευρώνα, στην περιφέρεια του οποίου υπάρχουν τα ραβδία και τα κωνία, ενώ στο κεντρικό βοθρίο υπάρχουν μόνο τα κωνία. Ο δεύτερος νευρώνας συνδέεται με τον τρίτο, οι στιβάδες του οποίου περιέχουν τους νευρώνες. Αυτοί, με τις νευρικές ίνες τους, συρρέουν προς τη θηλή του οπτικού νεύρου, όπου σχηματίζουν το οπτικό νεύρο. Το οπτικό νεύρο είναι μια προς τα εμπρός προέκταση του εγκεφάλου η οποία ελέγχεται από τον υποθάλαμο και περιβάλλεται από τρεις μήνιγγες και περιέχει ένα εκατομμύριο ίνες περίπου. Η κεφαλή του οπτικού νεύρου είναι το σημείο εξόδου όλων των νευρικών ινών του

αμφιβληστροειδή. Το οπτικό νεύρο εξέρχεται από το σκληρό χιτώνα του ματιού με το ηθμοειδές πέταλο, όπου είναι η οπτική θηλή και από εκεί εισέρχεται στο εσωτερικό του κρανίου, όπου μεταπίπτει στο οπτικό χίασμα και στη συνέχεια φτάνει στο οπτικό κέντρο του εγκεφάλου, το οποίο βρίσκεται στον ινιακό λοβό του εγκεφάλου (Ευαγγέλου & Καλφακάκου, 2004).

Η ωχρή κηλίδα είναι ωοειδής περιοχή στον πίσω πόλο του αμφιβληστροειδή, διαμέτρου 5 mm, όπου υπάρχει ένα λεπτό δίκτυο κωνίων που χρησιμεύουν για την ευκρίνεια της όρασης και την αντίληψη των χρωμάτων. Η περιοχή αυτή ενεργοποιείται μόνο σε συνθήκες άπλετου φωτισμού. Η όραση που προέρχεται απ' αυτήν λέγεται κεντρική όραση και μετριέται με την οπτική οξύτητα.

Η διαδικασία της όρασης, δηλαδή της θέασης ενός αντικειμένου στον χώρο, λαμβάνει χώρα ως εξής: Οι ακτίνες του φωτός αντανακλούνται επάνω σε ένα αντικείμενο στον χώρο, το οποίο με τη σειρά του εκπέμπει φως. Αυτές οι φωτεινές δέσμες περνούν μέσω του κερατοειδούς χιτώνα, του υδατοειδούς υγρού και της κόρης και φτάνουν στον κρυσταλλοειδή φακό. Ο φακός ρυθμίζει την κυρτότητα του (προσαρμοστική ικανότητα του ματιού) με τη βοήθεια των μυών του, ούτως ώστε οι φωτεινές ακτίνες να σχηματίσουν το είδωλο πάνω στον αμφιβληστροειδή. Εν συνεχεία ερεθίζονται οι φωτοϋποδοχείς του αμφιβληστροειδή και οι φωτεινές δέσμες που προέρχονται από το αντικείμενο εστιάζονται στην ωχρή κηλίδα. Εκεί σχηματίζεται το είδωλο του αντικειμένου αντεστραμμένο και σε σμίκρυνση, χωρίς να βιώνεται ως είδωλο. Από εκεί οπτικός ερεθισμός μεταβιβάζεται από τα ραβδία και τα κωνία καθώς και από τους οπτικούς νευρίτες που βρίσκονται πάνω στον αμφιβληστροειδή στο νευρικό σύστημα. Το σημείο εισόδου του οπτικού νεύρου δεν παρουσιάζει διεγερσιμότητα σε εξωτερικούς οπτικούς ερεθισμούς και ονομάζεται τυφλή κηλίδα ή οπτική θηλή. Με το οπτικό νεύρο διαβιβάζονται τα οπτικά ερεθίσματα μέχρι τον εγκέφαλο και ειδικότερα στον ινιακό λοβό του εγκεφάλου, όπου βρίσκεται το κέντρο της όρασης. Εκεί συνειδητοποιούμε την εικόνα, η οποία στη συνέχεια προβάλλεται με την αντίστροφη διαθλαστική οδό μέσω του ματιού στη θέση που βρίσκεται το αντικείμενο και έτσι έχουμε την αίσθηση ότι τη βλέπουμε με τα μάτια μας (Ευαγγέλου & Καλφακάκου, 2004).

Εικόνα 3: Η εστίαση αντικειμένων από τον οφθαλμό



Πηγή: <http://www.passmyexams.co.uk>

Περίπου το 30% του ανθρώπινου εγκεφάλου ασχολείται με την επεξεργασία και ερμηνεία των ερεθισμάτων της όρασης. Αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι από τις δέκα εκατομμύρια πληροφορίες κατά δευτερόλεπτο που δέχεται το μάτι, μόνο δέκα από αυτές περίπου ξεχωρίζονται σαν σημαντικές και γίνονται συνειδητές, ενώ η συμπεριφορά καθοδηγείται επιπρόσθετα και από πληροφορίες που δεν γίνονται πλήρως συνειδητές.

Οι οπτικές πληροφορίες που λαμβάνονται από το μάτι οργανώνονται από τον ινιακό λοβό του εγκεφάλου. Όπως είναι κατανοητό, υπάρχουν δύο ινιακοί λοβοί, ένας σε κάθε ημισφαίριο του εγκεφάλου, και βρίσκονται στο πίσω μέρος του. Το οπτικό πεδίο δεν αντιπροσωπεύεται εξ' ολοκλήρου και στα δύο ημισφαίρια. Συγκεκριμένα το δεξί οπτικό ημιπεδίο αντιπροσωπεύεται στο αριστερό ημισφαίριο και αντίστροφα (Αγοραστός, 2008).

Η κύρια λειτουργία του ινιακού λοβού είναι να διατηρεί μια βασική χωρική οργάνωση των οπτικών πληροφοριών όπως επίσης να αποσπά και να οργανώνει οπτικές ιδιότητες όπως η μορφή, η κίνηση, το χρώμα και το βάθος. Κάθε μία από τις παραπάνω λειτουργίες λαμβάνει χώρο σε διαφορετική περιοχή του ινιακού λοβού. Στο βάθος του ινιακού λοβού υπάρχει ο οπτικός φλοιός, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την κατανομή των αποσπασματικών οπτικών πληροφοριών που προέρχονται από μικρές περιοχές του οπτικού πεδίου και μεταφέρονται από τα ραβδία και κωνία. Ο οπτικός φλοιός κατανέμει τις πληροφορίες αυτές με τακτικό τρόπο, δηλαδή σαν να διαθέτει έναν τοπογραφικό χαρτί, όπου οι πληροφορίες καταγράφονται ανάλογα με την συχνότητα των σημάτων (Σκανδαλάκης, 2007).

Γύρω από τον οπτικό φλοιό υπάρχει μια περιοχή του λοβού που είναι υπεύθυνη για την ανίχνευση πιο πολύπλοκων χαρακτηριστικών της όρασης, όπως είναι το περίγραμμα μιας φιγούρας ή το φόντο. Έτσι, γίνεται ο διαχωρισμός του οπτικού ερεθίσματος από το περιβάλλον του. Ο τρόπος με τον οποίο η δυσδιάστατη αντίληψη του ερεθίσματος που προέρχεται από τον αμφιβληστροειδή μεταφράζεται από τον εγκέφαλο σε τρισδιάστατη, δεν είναι ακόμη κατανοητή. Γνωρίζουμε όμως ότι στον ινιακό λοβό υπάρχει μια περιοχή υπεύθυνη για την αντίληψη του βάθους και της κίνησης. Επιπλέον, μελέτες σε πιθήκους έχουν δείξει ότι στον ινιακό λοβό υπάρχει και μία περιοχή υπεύθυνη για την αντίληψη συγκεκριμένων αντικειμένων, κάτι όμως που ακόμα δεν έχει εντοπιστεί στον ανθρώπινο εγκέφαλο (Αγοραστός, 2008). Ο χώρος της οπτικής μνήμης τοποθετείται στην πλάγια επιφάνεια του ινιακού λοβού, ενώ η κίνηση ενός αντικειμένου γίνεται αντιληπτή από το πρόσθιο μέρος του ινιακού λοβού, μέσω της «οπτικής ροής» δηλαδή του συνόλου των πληροφοριών που αφορά την κίνηση, όπως η κατεύθυνση, η ταχύτητα και η απόσταση από αυτά.

Όπως θα δούμε και παρακάτω στο κεφάλαιο, σε περίπτωση βλάβης του ινιακού λοβού μπορούν να υπάρξουν σοβαρές οπτικές διαταραχές, η σοβαρότητα των οποίων εξαρτάται από το είδος της βλάβης, δηλαδή αν είναι βλάβη λόγω όγκου, ατροφίας, αγγειακή ή μετατραυματική, καθώς και από την ακριβή της τοποθεσία. Οι βλάβες αυτές μπορεί να είναι βλάβες στο επίπεδο του οπτικού πεδίου, δηλαδή το άτομο να έχει ημιανοψίες λόγω βλάβης των οπτικών οδών στις τελικές τους απολήξεις. Επιπλέον, μπορεί να παρουσιαστεί φλοιώδης τύφλωση, οπτικές παραισθήσεις και μεταμορφώσεις, οπτικές αγνωσίες καθώς και οπτικο-κινητικές διαταραχές.

3.2. Τα συνηθέστερα προβλήματα όρασης

Η λανθασμένη οπτική ερμηνεία της εξωτερικής πραγματικότητας μπορεί να οφείλεται σε εγκεφαλική δυσλειτουργία, σε ανύπαρκτες ή λανθασμένες οπτικές πληροφορίες ή σε βλάβη/ες του οφθαλμού. Οποιοδήποτε από αυτά τα μέρη του οφθαλμού μπορεί να καταστεί μη λειτουργικό ή ελαττωματικό εξαιτίας κληρονομικής πάθησης, αρρώστιας, ατυχήματος ή άλλων αιτιών.

Ένα μεγάλο κομμάτι του παγκόσμιου πληθυσμού υποφέρει από οπτικά προβλήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χρήση διορθωτικών μέσων, χειρουργικής επέμβασής ή χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, σε άλλες όμως περιπτώσεις τα προβλήματα αυτά δημιουργούν μόνιμες μη αναστρέψιμες βλάβες.

Ακολούθως παρουσιάζονται κάποια από τα συνηθέστερα προβλήματα όρασης που παρουσιάζονται σε οφθαλμικό επίπεδο.

3.2.1. Διαθλαστικές αμετρωπίες

Οι πιο κοινές διαθλαστικές ανωμαλίες είναι η μυωπία, η υπερμετρωπία, ο αστιγματισμός και η πρεσβυωπία.

Το όνομα «μυωπία» (myopia στα αγγλικά) προέρχεται από την ελληνική λέξη «μυείν» που σημαίνει «κλείνω τα μάτια» και σχετίζεται με ένα από τα πρώτα συμπτώματα της πάθησης που είναι το να κλείνει κανείς λίγο τα βλέφαρά του προκειμένου να εστιάσει καλύτερα σε ένα μακρινό, θολό αντικείμενο.

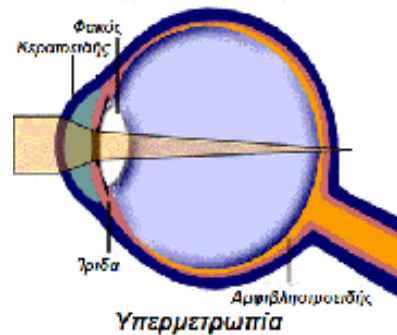
Η μυωπία είναι μια από τις συχνότερες διαθλαστικές ανωμαλίες που παρατηρείται στο 30% του γενικού πληθυσμού. Στην μυωπία οι ακτίνες φωτός από το εξωτερικό περιβάλλον δεν εστιάζονται στον αμφιβληστροειδή του ματιού όπως συμβαίνει στα φυσιολογικά εμμετρωπικά μάτια, αλλά μπροστά από αυτόν, με αποτέλεσμα η όραση να μην είναι καθαρή ιδίως για τα αντικείμενα που βρίσκονται σε μακρινή απόσταση. Αυτό οφείλεται, είτε στο μεγάλο μέγεθος του βολβού, είτε στην αυξημένη διαθλαστική δύναμη του κερατοειδούς ή του φακού. Η μυωπία ακολουθεί την ανάπτυξη του σώματος και σταθεροποιείται όταν σταθεροποιηθεί και η σωματική ανάπτυξη. Μερικές φορές μπορεί να παρουσιαστεί στην αρχή της εφηβείας, να μεγαλώσει προοδευτικά με διαφορετικούς ρυθμούς και να σταθεροποιηθεί στην ηλικία των 17-20 ετών. Άλλες φορές υπάρχει αύξηση της μυωπίας χωρίς ιδιαίτερο λόγο και μετά το πέρας της σωματικής ανάπτυξης. Σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις μπορεί να παρουσιαστεί σε πολύ μικρότερη ηλικία και να φθάσει σε πολύ μεγάλους βαθμούς. Μυωπία μπορεί να παρουσιαστεί ακόμα και στην τρίτη ηλικία, η οποία οφείλεται στην αύξηση συνήθως της διαθλαστικής δύναμης του φακού από καταρράκτη. Έρευνες έχουν δείξει ότι κληρονομικοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση της μυωπίας.

Η εξελικτική εκφυλιστική μυωπία είναι μία πάθηση η οποία μπορεί ακόμα και να αποβεί μοιραία για την όραση. Πρόκειται για μυωπία που συνοδεύεται από εκφυλίσεις και ατροφίες στο βυθό του ματιού. Τέτοιες εκφυλιστικές αλλοιώσεις είναι η λέπτυνση του σκληρού χιτώνα, η χοριοειδή ατροφία, οι αλλοιώσεις υαλοειδούς, οι ρωγμές αμφιβληστροειδούς και η αποκόλληση αμφιβληστροειδούς. Ιδίως η αποκόλληση αμφιβληστροειδούς εμφανίζεται συνήθως σε ψηλή μυωπία – επάνω από 10 δίοπτρες- και σε ποσοστό περίπου 4-8% (Τσιούμας, 2005).

Ανάλογα με το διαθλαστικό σφάλμα, η μυωπία κατηγοριοποιείται σε ήπια μυωπία, (<- 3.00 διοπτρίες), μέτρια μυωπία (-3.00 έως -6.00), μεγάλη μυωπία (-6.00 έως -9.00 διοπτρίες) και εξεσημασμένη (κακοήθης) μυωπία (> -9.00 διοπτρίες).

Η υπερμετρωπία είναι μια συχνή διαθλαστική ανωμαλία, κατά την οποία οι φωτεινές δέσμες που αντανακλούν στην επιφάνεια κάποιου αντικειμένου, δεν εστιάζονται στον αμφιβληστροειδή χιτώνα αλλά πίσω από αυτόν. Ως αποτέλεσμα, ή όραση κοντινών αντικειμένων είναι θολή ή θαμπή και το άτομο πρέπει να καταβάλλει μια συνεχή προσπάθεια εστίασης, η οποία οδηγεί σε ένταση, πονοκέφαλο και κόπωση του ματιού.

Εικόνα 4: Η εστίαση του φωτός στο υπερμετρωπικό μάτι



Πηγή: <http://www.drneos.gr>

Η υπερμετρωπία οφείλεται είτε στο μικρό μέγεθος του βολβού (αξονική υπερμετρωπία), είτε στην μειωμένη διαθλαστική δύναμη του κερατοειδή χιτώνα ή του φακού του ματιού που βρίσκεται πίσω από την κόρη (διαθλαστική υπερμετρωπία). Εμπεριέχει τον παράγοντα της κληρονομικότητας, καθώς συχνά εμφανίζεται κατά τη γέννηση, ενώ καθώς το άτομο μεγαλώνει και η προσαρμοστική ικανότητα του ματιού αυξάνεται, η υπερμετρωπία υποχωρεί. Ειδικά στα παιδιά, η υψηλή υπερμετρωπία μπορεί να οδηγήσει σε στραβισμό, δηλαδή στην απόκλιση του ενός ματιού προς τα μέσα, σύμπτωμα το οποίο συχνά οδηγεί τους γονείς στον οφθαλμίατρο, και άρα στη διάγνωση της υπερμετρωπίας. Επιπλέον, η ύπαρξη υπερμετρωπίας μεγαλύτερης στον ένα οφθαλμό από ότι στον άλλο, μπορεί να οδηγήσει σε αμβλυωπία, δηλαδή σε μειωμένη οπτική οξύτητα ενός κατά τα άλλα φυσιολογικού ματιού, που δεν βελτιώνεται με τη χρήση γυαλιών και οφείλεται σε μη φυσιολογική ανάπτυξη της όρασης κατά την παιδική ηλικία (Εγκυκλοπαίδεια του ματιού, 2012).

Σε πολλές περιπτώσεις η υπερμετρωπία επανεμφανίζεται μετά την περίοδο των 30-35 ετών, ακολουθώντας την μείωση της προσαρμοστικής ικανότητας του ματιού. Στις περιπτώσεις αυτές και εφόσον η υπερμετρωπία αυξηθεί, τότε υπάρχει πιθανότητα να επηρεαστεί και η όραση των μακρινών αντικειμένων (Δημάκη, χ.χ.).

Μία άλλη πολύ συχνή διαθλαστική ανωμαλία είναι ο αστιγματισμός. Ο αστιγματισμός αποτελεί μια ατέλεια στην καμπυλότητα του κερατοειδή ή/και του φακού του ματιού. Συνήθως οι καμπύλες του κερατοειδή και του φακού είναι ομαλές και όμοιες σε όλη τους την επιφάνεια, σε κάποιες όμως περιπτώσεις οι καμπυλότητες διαφέρουν από άξονα σε άξονα, με αποτέλεσμα οι ακτίνες του φωτός να μη διαθλώνται ομοιόμορφα και να προκαλούν δυο διαφορετικά είδωλα στον αμφιβληστροειδή (American Optometric Association, 2015).

Συνήθως ο αστιγματισμός υπάρχει από τη γέννηση του παιδιού και δεν είναι γνωστά τα αίτιά του. Κατά τη διάρκεια της ζωής δεν μεταβάλλεται σημαντικά, εκτός αν η κατάσταση του κερατοειδούς αλλάξει. Για παράδειγμα, αν τραυματιστεί ο κερατοειδής, τότε ένα μέχρι πρότινος υγιές μάτι μπορεί να αποκτήσει αστιγματισμό. Όπως θα δούμε και παρακάτω, υψηλός αστιγματισμός μπορεί να εμφανιστεί και στην περίπτωση του κερατόκωνου, μιας ιδιαίτερα σοβαρής πάθησης.

Υπάρχουν δύο είδη αστιγματισμού: Ο ομαλός αστιγματισμός κατά τον οποίο οι δύο άξονες είναι κάθετοι μεταξύ τους (συνήθως στις 90 ή 180 μοίρες), και ο ανώμαλος όπου οι

άξονες δεν είναι κάθετοι αλλά λοξοί μεταξύ τους. Επίσης μπορεί να συνυπάρχει με μυωπία ή υπερμετρωπία (σύνθετος), ή μεικτός (π.χ. η συνύπαρξη μυωπίας και υπερμετρωπικού αστιγματισμού).

Το άτομο με αστιγματισμό αντιμετωπίζει θόλωση της όρασης και γρήγορη κόπωση των ματιών σε εργασίες που απαιτούν συγκέντρωση, όπως ανάγνωση, οδήγηση, χρήση υπολογιστή κ.α. Επιπλέον, τα παιδιά με αστιγματισμό συχνά παραπονιούνται για πονοκεφάλους, τρίβουν τα μάτια τους, σκύβουν υπερβολικά κατά το διάβασμα ενώ τα βλέφαρά τους κοκκινίζουν (Χριστοδουλίδης, 2015).

Η πρεσβυωπία είναι μια κατάσταση κατά την οποία το μάτι χάνει σταδιακά την ικανότητά του να εστιάζει σε κοντινές αποστάσεις. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην μείωση της ελαστικότητας, δηλαδή της σκλήρυνσης του κρυσταλλοειδούς φακού του ματιού που επέρχεται μετά την ηλικία των 40 ετών περίπου. Η ηλικία επηρεάζει επίσης και τις μυϊκές ίνες γύρω από τον φακό, καθιστώντας δύσκολο για το μάτι να εστιάζει σε κοντινά αντικείμενα. Έτσι, το φως εστιάζεται πίσω από την retina, με αποτέλεσμα την θολή όραση των κοντινών αντικειμένων (Pubmed Healthn, 2015). Υπό την έννοια αυτή, δεν είναι ακριβώς πάθηση, αν και κατατάσσεται στην κατηγορία των διαθλαστικών ανωμαλιών. Πρόκειται μάλλον για μια φυσιολογική κόπωση των ματιών που συνοδεύει την ηλικιακή γήρανση του οργανισμού.

Το κύριο σύμπτωμά της είναι η δυσκολία της κοντινής εστίασης, που εκδηλώνεται σχεδόν πάντα με την απομάκρυνση του αντικειμένου από τα μάτια, προκειμένου η απόσταση εστίασης να μεγαλώσει. Αξίζει να σημειωθεί ότι η «εμφάνιση» της πρεσβυωπίας συνήθως συμβαίνει αργότερα στους μυωπικούς οφθαλμούς. Αντιθέτως οι υπερμέτρωπες αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα της ηλικίας νωρίτερα και από τη συμπλήρωση των 40 ετών. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει άλλη διαθλαστική ανωμαλία τότε κατά γενικό κανόνα, γύρω στα 40 χρόνια χρειάζεται διόρθωση με +1 βαθμό, γύρω στα 50 με +2 βαθμούς και γύρω στα 60 με +3 όπου η πρεσβυωπία σταθεροποιείται. Βαθμοί μικρότεροι των +0,75 θεωρούνται φυσιολογικοί γιατί δεν παρουσιάζονται δυσκολίες στην εστίαση.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω διαθλαστικές ανωμαλίες μπορούν να διορθωθούν με τη χρήση διορθωτικών γυαλιών. Για την διόρθωση της μυωπίας χρησιμοποιούνται αρνητικοί σφαιρικοί φακοί, ενώ για τη διόρθωση υπερμετρωπίας και της πρεσβυωπίας θετικοί σφαιρικοί φακοί. Ο αστιγματισμός, λόγω της φύσης του διορθώνεται με κυλινδρικούς φακούς, είτε θετικούς, είτε αρνητικούς. Παρόλα αυτά, στην περίπτωση του αστιγματισμού οι κυλινδρικοί φακοί δεν γίνονται καλά ανεκτοί και μπορούν να δημιουργήσουν συμπτώματα όπως οι ζαλάδες και οι πονοκέφαλοι (Τσιούμας, 2005). Επιπλέον, η μυωπία, ο αστιγματισμός και η υπερμετρωπία μπορούν να διορθωθούν με τη χρήση φακών επαφής, και η πρεσβυωπία με πολυεστιακούς φακούς επαφής.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας των laser επιτρέπει σήμερα τη διόρθωση όλων των διαθλαστικών ανωμαλιών με ασφάλεια και σχετική προβλεψιμότητα. Ειδικά για τη διόρθωση μεγάλων διοπτρών, οι τεχνικές laser είναι σε πολλές περιπτώσεις η επιλογή πολλών ανθρώπων, οι οποίοι όμως θα πρέπει να λαμβάνουν πλήρη ενημέρωση για τις πιθανές επιπλοκές που μπορούν να παρουσιαστούν.

3.2.2. Καταρράκτης

Ο «καταρράκτης» είναι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO,2015) το πρώτο σε συχνότητα αίτιο αναστρέψιμης τύφλωσης παγκοσμίως. Είναι μία πάθηση που αφορά την θόλωση του φυσικού φακού του οφθαλμού λόγω εναπόθεσης λίπους και

πρωτεϊνών, η οποία μειώνει την διαύγεια της όρασης. Ως αποτέλεσμα τα χρώματα δε φαίνονται τόσο ζωνρά, η όραση θολώνει και γίνεται ομιχλώδης, και ενόχληση από το έντονο φως. Σταδιακά, η θόλωση του φακού εξαπλώνεται και σε ορισμένες περιπτώσεις όχι σπάνιες, καλύπτει το σύνολό του εμποδίζοντας εντελώς την όραση.

Η πιο συχνά εμφανιζόμενη μορφή καταρράκτη είναι εκείνη που σχετίζεται με την ηλικία, εμφανίζεται δηλαδή και επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Υπάρχουν πολλές μορφές αυτού είδους της πάθησης, οι οποίες διαφοροποιούνται τόσο από τη θέση του προβλήματος στον φακό αλλά και από τα συμπτώματα που παρουσιάζονται. Έτσι, υπάρχει για παράδειγμα ο υποπεριφακικός καταρράκτης (πρόσθιος ή οπίσθιος), κατά τον οποίο ο ασθενής ενοχλείται από το έντονο φως αλλά και έχει δυσκολία κατά την νυχτερινή οδήγηση, και ο πυρηνικός καταρράκτης, κατά τον οποίο η θόλωση ξεκινά από τον πυρήνα του φακού και συχνά υπάρχει ταυτόχρονη εμφάνιση μυωπίας. Άλλοι τύποι καταρράκτη που σχετίζονται με την ηλικία είναι ο φλοιώδης καταρράκτης, και ο καταρράκτης με τη μορφή «Χριστουγεννιάτικου δέντρου», που είναι και η πιο σπάνια μορφή (Παπαστρατηγάκης, 2004). Το ποσοστό εμφάνισής του καταρράκτη σχετιζόμενου με την ηλικία είναι περίπου 50% σε ανθρώπους ηλικίας 65-70 ετών και αυξάνεται στο 70% σε ηλικίες άνω των 75 ετών. Η πάθηση μπορεί επίσης να παρουσιαστεί και σε πιο πρόωμη ηλικία, είναι όμως τότε συνήθως αποτέλεσμα είτε άλλων συστηματικών παθήσεων, είτε κάποιου τραύματος, είτε της χορήγησης τοξικών ουσιών.

Το τι προκαλεί τον καταρράκτη δεν έχει γίνει ακόμα ξεκάθαρο. Έρευνες όμως έχουν δείξει ότι η εμφάνιση καταρράκτη σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες. Επιπλέον, η υπεριώδης ακτινοβολία (Varma et. al., 2011), το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ (Delcourt et. al. 2000), ο σακχαρώδης διαβήτης, η λήψη ορισμένων φαρμάκων (π.χ. κορτικοειδή, βλέπε Derby & Maier 2000), η παχυσαρκία, η έλλειψη άσκησης και η διατροφή (Bunce, 1990; Cumming, Mitchell & Smith, 2000) έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την εμφάνιση καταρράκτη.

Η μόνη θεραπεία για τον καταρράκτη είναι η χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία ο καταρρακτικός φυσικός φακός αφαιρείται και αντικαθίσταται από έναν συνθετικό καινούριο φακό (ενδοφακό). Η επέμβαση του καταρράκτη είναι από τις πιο επιτυχείς επεμβάσεις στην ιατρική, με ποσοστό επιτυχίας που φθάνει το 99%. Εντούτοις, επιπλοκές μπορούν να συμβούν σε μικρό ποσοστό. Οι περισσότερες από αυτές (αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, αυξημένη μετεγχειρητική φλεγμονή κ.α.) αντιμετωπίζονται επιτυχώς είτε με φάρμακα είτε με επανεπέμβαση. Επιπλοκές που μπορούν να οδηγήσουν σε μόνιμη μείωση της όρασης είναι ευτυχώς πάρα πολύ σπάνιες.

3.2.3. Κερατόκωνος

Ο κερατόκωνος είναι μία εκφυλιστική νόσος του κερατοειδούς, κατά την οποία ο κερατοειδής λεπταίνει προοδευτικά και σχηματίζεται εξόγκωμα κωνοειδούς μορφής. Αυτό το σχήμα, εμποδίζει την εστίαση του φωτός ακριβώς επάνω στην ωχρά κηλίδα. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, ο κώνος γίνεται όλο και πιο μεγάλος, προκαλώντας θολή και παραμορφωμένη όραση. Η θολή όραση που προκαλείται από τον κερατόκωνο (ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια) είναι διαφορετική από την θολή όραση που προκαλείται από άλλες κοινές διαθλαστικές ανωμαλίες του ματιού όπως η μυωπία ή η υπερμετροπία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα στα τελικά στάδια του κερατόκωνου να δημιουργείται υψηλός αστιγματισμός που είναι αδύνατον να διορθωθεί ακόμη και με την χρήση γυαλιών ή φακών επαφής (Πανελλήνιος Σύλλογος Ατόμων με Κερατόκωνο, 2015).

Ο κερατόκωνος εμφανίζεται περίπου σε ένα στα 1000 άτομα. Η διάγνωση του κερατόκωνου γίνεται συνήθως όταν οι ασθενείς φτάνουν περίπου στην ηλικία των 20 ετών. Σε άλλους εξελίσσεται προοδευτικά με την πάροδο των δεκαετιών και σε άλλους η εξέλιξη φτάνει μέχρι ένα σημείο και σταματά. Ο κερατόκωνος, συνήθως δεν είναι ορατός με γυμνό μάτι μέχρι τα τελικά στάδιά του. Σε κάποιες περιπτώσεις το σχήμα του κώνου είναι ορατό από τον παρατηρητή όταν ο ασθενής κοιτά προς τα κάτω, κρατώντας ψηλά το άνω βλέφαρο. Κοιτώντας προς τα κάτω, το κάτω βλέφαρο δεν έχει πια τοξοειδές σχήμα, αλλά γωνιώδες.

Τα αίτια της πάθησης δεν είναι γνωστά, αν και έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες. Πιστεύεται ότι οφείλεται σε ένα συνδυασμό κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, ενώ έρευνες έχουν δείξει ότι και το οξειδωτικό στρες συνδέεται με την πάθηση (Wojcik, et.al. 2013). Η κύρια θεραπεία του κερατόκωνου είναι η χρήση ημισκληρών (RGP) φακών επαφής. Επειδή αυτός ο τύπος φακών επαφής δεν είναι ελαστικός, επιφέρει μια λεία, ομαλή επιφάνεια. Ωστόσο, εξαιτίας του ακανόνιστου σχήματος του κερατοειδούς, αυτοί οι φακοί επαφής μπορεί να είναι πολύ δύσκολοι στην εφαρμογή. Αυτή η διαδικασία απαιτεί συχνά αρκετό χρόνο και πολύ υπομονή (Πανελλήνιος Σύλλογος Ατόμων με Κερατόκωνο, 2015). Όταν η όραση επιδεινώνεται τόσο σε σημείο που η χρήση των φακών επαφής δεν προσφέρει ικανοποιητική όραση, τότε μπορεί να χρειαστεί να γίνει μεταμόσχευση του κερατοειδούς.

3.2.4. Εκφύλιση της ώχρας κηλίδας

Η ηλικιακή εκφύλιση της ώχρας κηλίδας επηρεάζει την ωχρά κηλίδα, καταστρέφοντας προοδευτικά την οξεία, κεντρική όραση. Η κεντρική όραση είναι απαραίτητη για να βλέπει κανείς καθαρά τα αντικείμενα και είναι βασική για καθημερινές δραστηριότητες, όπως είναι το διάβασμα και η οδήγηση. Σε μερικές περιπτώσεις η πάθηση εξελίσσεται τόσο αργά που οι ασθενείς παρατηρούν ελάχιστη αλλαγή στην όρασή τους ενώ αντίθετα σε άλλες περιπτώσεις η πάθηση εξελίσσεται πολύ πιο γρήγορα και μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της κεντρικής όρασης και στους δύο οφθαλμούς. Η πάθηση είναι η συχνότερη αιτία απώλειας της όρασης σε άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών στο δυτικό κόσμο και εμφανίζεται σε δύο μορφές: την υγρή και την ξηρή.

Η υγρή ηλικιακή εκφύλιση της ώχρας κηλίδας, που αποτελεί και την πιο σοβαρή μορφή της νόσου, εμφανίζεται όταν ανώμαλα παθολογικά αγγεία αρχίζουν να σχηματίζονται κάτω από την ωχρά. Αυτά τα παθολογικά νέα αγγεία είναι πολύ εύθραυστα και πολύ συχνά εμφανίζουν διαρροή αίματος και υγρού. Η συλλογή αίματος και υγρού αναστηκώνει την ωχρά από τη φυσιολογική της θέση στο πίσω τμήμα του οφθαλμού με αποτέλεσμα η βλάβη στην ωχρά να εξελίσσεται πολύ γρήγορα. Στην υγρή μορφή της πάθησης η πτώση της κεντρικής όρασης εμφανίζεται πολύ γρήγορα (Παπαστρατηγάκης, 2004).

Η ξηρή ηλικιακή εκφύλιση της ώχρας κηλίδας εμφανίζεται όταν τα φωτοευαίσθητα κύτταρα στην ωχρά κηλίδα καταστρέφονται σιγά – σιγά, έτσι ώστε σταδιακά να μειώνεται η όραση στους οφθαλμούς με την πάθηση. Καθώς η πάθηση χειροτερεύει είναι δυνατόν οι ασθενείς να παρατηρήσουν ένα θολό σημείο στο κέντρο της όρασής τους. Με την πάροδο του χρόνου, οι λειτουργίες της ώχρας κηλίδας μειώνονται και συνεπώς η κεντρική όραση χάνεται στους προσβεβλημένους οφθαλμούς. Το πιο κοινό σύμπτωμα της ξηρής μορφής της πάθησης είναι η ελαφρώς θολωμένη όραση. Είναι πιθανόν να υπάρχει δυσκολία στην αναγνώριση προσώπων ή να χρειάζεται περισσότερο φως για το διάβασμα ή για άλλες δραστηριότητες ενώ κατά κανόνα επηρεάζει και τους δύο οφθαλμούς, αλλά η απώλεια της όρασης μπορεί να προηγηθεί στον έναν οφθαλμό (Γκοτζαρίδης, 2015). Όταν η ξηρή Ε.Ω.Κ. φτάσει σε προχωρημένο στάδιο και προκαλέσει απώλεια της κεντρικής όρασης, καμιά θεραπεία δεν

μπορεί πλέον να βοηθήσει. Παρόλα αυτά, όταν η νόσος είναι στα ενδιάμεσα στάδια, υπάρχει θεραπεία, η οποία ενδέχεται να μειώσει τον κίνδυνο της περαιτέρω εξέλιξης της πάθησης. Η θεραπεία αυτή γίνεται με τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής (αντιοξειδωτικές ουσίες).

3.2.5. Γλαύκωμα

Σύμφωνα με την Ελληνική Οφθαλμολογική Εταιρία (2015), το γλαύκωμα είναι μία από τις σοβαρότερες παθήσεις του οφθαλμού, και αυτό επειδή συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα που προειδοποιούν για την ύπαρξη της νόσου. Η πάθηση μπορεί να οδηγήσει σε ολική απώλεια της όρασης λόγω βλάβης στο οπτικό νεύρο, και αποτελεί σήμερα τη δεύτερη πιο συχνή αιτία τύφλωσης στην Ευρώπη. Αξίζει να σημειωθεί ότι σήμερα δεν υπάρχει θεραπεία για το γλαύκωμα, και έτσι ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δίνεται στην πρόληψη της πάθησης.

Συγκεκριμένα, το γλαύκωμα οφείλεται στον περιορισμό του υδατοειδούς υγρού, το οποίο υγρό θρέφει τον φακό του ματιού και τις ευαίσθητες δομές στο εσωτερικό του. Σε ένα υγιές μάτι η παραγωγή και η εκροή του υδατοειδούς υγρού βρίσκονται σε ισορροπία. Το γλαύκωμα διαταράσσει αυτή τη φυσιολογική λειτουργία, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πίεση στο εσωτερικό του ματιού, το οπτικό νεύρο να συμπιέζεται και οι ιστοί του να καταστρέφονται.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό της νόσου (αν πάσχει ο ένας από τους δύο γονείς, το παιδί έχει 20% πιθανότητες να το εκδηλώσει), η υψηλή μυωπία (το οπτικό νεύρο των ανθρώπων με υψηλή μυωπία είναι ευαίσθητο ακόμη και στις μικρές αυξήσεις της ενδοφθάλμιας πίεσης), η προχωρημένη ηλικία, προγενέστεροι τραυματισμοί και κακώσεις στο μάτι, η χρήση στεροειδών για μεγάλο χρονικό διάστημα και η ύπαρξη πάχους κερατοειδή μικρότερου των 500 μ (Ελληνική Οφθαλμολογική Εταιρία (2015)).

3.2.6. Προβλήματα του οφθαλμού που συνδέονται με άλλες ασθένειες

Πολλές φορές τα οφθαλμολογικά προβλήματα συνδέονται με άλλες παθήσεις και ασθένειες, ή είναι συμπτώματα κάποιου συνδρόμου. Στις περιπτώσεις αυτές είναι καλό ο ασθενής να λαμβάνει μία συνολική θεραπεία, και οι επαγγελματίες υγείας των διαφορετικών ειδικοτήτων να έχουν συνεχή επαφή μεταξύ τους αλλά και με τον πάσχοντα. Ακολούθως παρουσιάζονται ορισμένες από τις σημαντικότερες παθήσεις και σύνδρομα που σχετίζονται ή περιλαμβάνουν οφθαλμολογικά προβλήματα.

α) Θυρεοειδοπάθειες:

Περίπου στο ένα τρίτο αυτών που πάσχουν από υπερθυρεοειδισμό προκαλείται κάποιος βαθμός προβολής του οφθαλμικού βολβού. Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί συσχετισμός μεταξύ διαφόρων οφθαλμικών προβλημάτων και της θυρεοειδίτιδας τύπου Hashimoto, όπως επίσης υπάρχουν πολλά οφθαλμικά συμπτώματα που σχετίζονται με άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Graves. Επειδή η θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια είναι μια αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος, κάποια αντισώματα του θυρεοειδή στρέφονται κατά του οφθαλμικού ιστού, και έτσι συχνά μια θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια εξελίσσεται παράλληλα με μια θυρεοειδίτιδα (Ελληνική κοινότητα θυρεοειδίτιδας Hashimoto, 2015).

Τα συμπτώματα σε επίπεδο όρασης συνήθως περιλαμβάνουν το πρήξιμο των μυών που κινούν το μάτι και άρα την αδυναμία του οφθαλμού να κινηθεί, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την διπλή όραση. Επιπλέον, συχνά το επάνω βλέφαρο συμπύσσεται και το

πρηξιμο γύρω από τον οφθαλμό σπρώχνει το μάτι προς τα έξω, με αποτέλεσμα ο κερατοειδής να ξηραίνεται και να ερεθίζεται. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται άμεση θεραπεία γιατί ελλοχεύει ο κίνδυνος τραυματισμού και μόλυνσης του κερατοειδούς (Hatton & Rubin, 2002).

Η πιο σημαντική όμως επίπτωση της θυρεοειδοπάθειας στην όραση είναι οι βλάβες οι οποίες μπορεί να υποστεί το οπτικό νεύρο. Σε περίπτωση πρηξίματος στον οφθαλμικό κόγχο, η πίεση που ασκείται μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό ή καταστροφή του οπτικού νεύρου, με αποτέλεσμα την μόνιμη απώλεια της όρασης σε περίπτωση που δεν υπάρξει έγκαιρη θεραπεία. Για τον λόγο αυτό, η συνεργασία ενδοκρινολόγου και οφθαλμιάτρου κρίνεται επιτακτική (Hatton & Rubin, 2002).

β) Πολλαπλή Σκλήρυνση (MS) ή σκλήρυνση κατά πλάκας

Η Πολλαπλή Σκλήρυνση (παλαιότερα γνωστή ως Σκλήρυνση κατά πλάκας) είναι μία χρόνια, φλεγμονώδης, απομυελινωτική ασθένεια, η οποία επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η ασθένεια προσβάλλει κυρίως νεαρά άτομα και είναι πιο συχνή στις γυναίκες σε αναλογία περίπου 2:1 με τους άνδρες. Ο επιπολασμός στον πληθυσμό είναι 2-150 άτομα στα 100.000 και εξαρτάται από γεωγραφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η πάθηση είναι αυτό-άνοση και σχετίζεται με την καταστροφή ή την αποτυχία των κυττάρων που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή μυελίνης, μια λιποειδής ουσία που περιβάλλει το νευράξονα των εμύελων νευρικών ινών. Έτσι, οι νευρώνες χάνουν τη μυελίνη που τους περιβάλλει και σχηματίζονται αλλοιώσεις (πλάκες) και φλεγμονές στο ΚΝΣ οι οποίες προκαλούν τη διάσπαση του νευρικού ιστού (Jelinek, 2013).

Ένα άτομο με πολλαπλή σκλήρυνση μπορεί να εμφανίζει σχεδόν οποιοδήποτε νευρολογικό σύμπτωμα ή ένδειξη, με τα οπτικά, κινητικά και αισθητηριακά προβλήματα να είναι τα πιο συνηθισμένα. Τα συχνότερα συμπτώματα αποτελούν το μούδιασμα στα άκρα και ιδιαίτερα στα δάκτυλα των χεριών, όπως επίσης και στον κορμό ή στο πρόσωπο, η αστάθεια και η μυϊκή αδυναμία, η αδεξιότητα στις κινήσεις και η εύκολη κόπωση ενός ποδιού ή χεριού, και επίσης διαταραχές της όρασης, όπως έκπτωση της οπτικής οξύτητας ενός οφθαλμού και οφθαλμικός πόνος.

Μια από τις κλασικότερες αρχικές εκδηλώσεις της πολλαπλής σκλήρυνσης- που παρουσιάζεται περίπου στο 25% του συνόλου των ασθενών- είναι η οπτική νευρίτιδα, κυρίως η οπισθοβολβική (Compston & Coles, 2008), η οποία χαρακτηρίζεται από αιφνίδια μείωση της όρασης λόγω φλεγμονής του νευρικού ιστού. Αν επηρεασθούν πολλές από τις ίνες, τότε η όραση μειώνεται σημαντικά, αν όμως η οπτική νευρίτιδα είναι ήπια, τότε η όραση παραμένει σχεδόν φυσιολογική. Επίσης συχνά η πολλαπλή σκλήρυνση μπορεί να εκδηλωθεί με διπλωπία, δηλαδή την κατάσταση κατά την οποία ασθενής βλέπει διπλά είδωλα.

Είναι σημαντικό στις παραπάνω περιπτώσεις να γίνει σωστή διάγνωση και παραπομπή του πάσχοντα άμεσα προκειμένου να διαπιστωθεί αν τα παραπάνω συμπτώματα είναι ενδείξεις πολλαπλής σκλήρυνσης, μια και η έγκαιρη διάγνωση της πάθησης οδηγεί και σε καλύτερη πρόγνωση της πορείας της ασθένειας.

γ) Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πάθηση του μεταβολισμού η οποία σχετίζεται με την αύξηση της γλυκόζης στο αίμα η οποία μπορεί να οφείλεται είτε σε αδυναμία του οργανισμού να μεταβολίσει την γλυκόζη, τις πρωτεΐνες και τα λίπη, είτε με την μειωμένη έκκριση ινσουλίνης. Η ορμόνη της ινσουλίνης παράγεται από το πάγκρεας και η κύρια λειτουργία της είναι να μεταφέρει την γλυκόζη που εμπεριέχεται στις τροφές στα κύτταρα.

Έτσι, όταν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη, τότε η ποσότητα της γλυκόζης στο αίμα αυξάνεται. Ως αποτέλεσμα τα αγγεία του σώματος αρχίζουν να φθείρονται και εντέλει να καταστρέφονται. Οι περιοχές που κυρίως πλήττονται είναι το νευρικό σύστημα, τα νεφρά και οι οφθαλμοί (iatropedia, 2015).

Σύμφωνα με την Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρία (2010), ο σακχαρώδης διαβήτης χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες: α) τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου I ή ινσουλινοεξαρτώμενο, κατά τον οποίο λόγω καταστροφής των κυττάρων του παγκρέατος υπάρχει απόλυτη έλλειψη ή ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας, και άρα η ινσουλίνη πρέπει να χορηγείται στον ασθενή εξωτερικά, β) ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, κατά τον οποίο τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα ανεβαίνουν λόγω λιγότερης παραγωγής ινσουλίνης από την απαιτούμενη και ο οποίος σχετίζεται με την παχυσαρκία και γ) ο διαβήτης κύησης, ο οποίος αφορά την εμφάνιση διαβήτη για πρώτη φορά κατά την εγκυμοσύνη και συνήθως υποχωρεί μετά τον τοκετό. Εμφανίζεται συνήθως σε παχύσαρκες γυναίκες και συνδέεται με μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη τύπου II μετέπειτα στη ζωή της γυναίκας ή του νεογνού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O., 2015), ο διαβήτης θα είναι η 7^η παγκοσμίως αιτία θανάτου το 2030. Το 2012, 1,5 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονταν σε διαβήτη, ενώ για το 2014 ο επιπολασμός του διαβήτη στις ηλικίες 18+ ήταν 9%.

Ο σακχαρώδης διαβήτης – ιδιαίτερα τύπου II-χαρακτηρίζεται ως μία «ύπουλη» νόσος, δεδομένου ότι στα αρχικά στάδια υπάρχει έλλειψη συμπτωμάτων και ο πάσχων νομίζει ότι είναι απόλυτη υγιής. Κάποια από τα συμπτώματα που μπορεί να εκδηλωθούν είναι η έντονη δίψα, η πολουρία και η πολυφαγία που συνοδεύεται από μείωση του βάρους, η κόπωση και η εξάντληση και οι συχνές λοιμώξεις (iatropedia, 2015).

Τα μάτια είναι από τα πρώτα όργανα που πλήττονται από τον διαβήτη. Στις δυτικές χώρες το 12% της απώλειας όρασης οφείλεται στο Σακχαρώδη Διαβήτη, δεδομένου ότι οι ασθενείς με αθεράπευτο διαβήτη διατρέχουν 25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για απώλεια όρασης από τον γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, η εμφάνιση του καταρράκτη είναι πιο πρόιμη στα άτομα με διαβήτη, ενώ υπάρχει διπλάσιος κίνδυνος εμφάνισης γλαυκώματος στους διαβητικούς (Ελληνική Οφθαλμολογική Εταιρία, 2015)

Ένα από τα πιο σημαντικότερα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει ο διαβητικός ασθενής είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η συχνότερη αιτία νομικής τύφλωσης στη Δύση σε ασθενείς ηλικίας 20 έως 65 ετών . Η Δ.Α. εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με Διαβήτη τύπου I (40%) και στο 20% των πασχόντων από Διαβήτη τύπου II και προκαλείται από αλλοιώσεις των αγγείων του αμφιβληστροειδούς. Συγκεκριμένα, τα αγγεία του αμφιβληστροειδούς μπορεί να παρουσιάσουν αιμορραγία ή αποφράξεις που οδηγούν σε ισχαιμίες. Όταν ο διαβήτης είναι σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει η πιθανότητα να δημιουργηθούν νέα μικροαγγεία στην επιφάνεια του αμφιβληστροειδούς, τα οποία να προκαλέσουν είτε αιμορραγίες είτε αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς με αποτέλεσμα την μη αναστρέψιμη απώλεια της όρασης (U.S.D. of Health, 2012). Τα συχνότερα συμπτώματα της Δ.Α. περιλαμβάνουν θόλωση της όρασης, μυοψίες, φωταψίες και απότομη απώλεια της όρασης, όμως οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην παρακολούθηση της υγείας των ματιών τους, δεδομένου ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η εκδήλωση των πρώτων οφθαλμικών προβλημάτων είναι πολύ αργή.

3.3. Απώλεια οπτικού πεδίου και τύφλωση

Ως οπτική οξύτητα ορίζεται η ικανότητα του οφθαλμού να διακρίνει με τη καλύτερη δυνατή διαθλαστική διόρθωση δύο σημεία στο χώρο ως ξεχωριστά, στη μέγιστη δυνατή απόσταση από αυτόν. «Τύφλωση» ονομάζεται η κατάσταση στην οποία ένα άτομο έχει χάσει την αίσθηση της όρασης εξαιτίας ψυχολογικών ή νευρολογικών παραγόντων. Διάφορες κλίμακες έχουν δημιουργηθεί ώστε να εκτιμάται ο βαθμός τύφλωσης και έως σήμερα ο ορισμός της τύφλωσης διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον Νόμο 958/79 (τεύχος α ΦΕΚ 191) που αντικατέστησε το Νόμο 1904/51: «Τυφλός κατά την έννοια του παρόντος νόμου νοείται παν πρόσωπον το οποίον στερείται παντελώς της αντιλήψεως του φωτός ή του οποίου η οπτική οξύτης είναι μικρότερα του ενός εικοστού της φυσιολογικής τοιαύτης». Επειδή όμως ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με προβλήματα όρασης (όχι εντελώς τυφλά αλλά με μερική όραση) δεν καλύπτονται από τον παραπάνω νόμο, ο Ν 2430/ 96 προβλέπει τη διαβάθμιση της όρασης και αναμένονται τα προεδρικά διατάγματα για να γίνει πραγματικότητα πλέον η διαβάθμιση και στην Ελλάδα, δημιουργώντας νέα δεδομένα σε όλους τους τομείς.

Τα αίτια της τύφλωσης είναι πολλά. Η τύφλωση προκαλείται από ασθένειες του οφθαλμικού φακού, του αμφιβληστροειδή και άλλων δομών του ματιού, βλάβες του οπτικού νεύρου ή και του εγκεφαλικού φλοιού, στην περίπτωση της φλοιώδους τύφλωσης. Κύρια αιτία της τύφλωσης είναι ο καταρράκτης, ο οποίος οφείλεται σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2010) για το 47,3% των συνολικών τυφλώσεων. Άλλα κοινά αίτια είναι το γλαύκωμα (12,3%), ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας λόγω ηλικίας (8,7%), ο σακχαρώδης διαβήτης και τα οφθαλμικά τραύματα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η τύφλωση λόγω λοιμώξεων που προκαλούν τράχωμα και ογκοκέρωση είναι συχνή. Επίσης, η έλλειψη βιταμίνης Α σε υποσιτισμένα άτομα μπορεί να προκαλέσει τύφλωση. Συνολικά στο κόσμο τα άτομα με μειωμένη όραση φτάνουν τα 135 εκατομμύρια.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, οι βλάβες στον ινιακό λοβό είναι πιθανόν να προκαλέσουν απώλεια οπτικού πεδίου, η οποία θα είναι ανάλογη του λοβού ο οποίος έχει το πρόβλημα. Υπάρχουν διάφορες βαθμίδες απώλειας της όρασης ανάλογα με τη σοβαρότητά τους, οι οποίες κυμαίνονται από απώλεια κάποιων πολύ μικρών περιοχών στο οπτικό πεδίο, την απώλεια του ενός τετάρτου ή ακόμη και του μισού οπτικού πεδίο, η οποία ονομάζεται ημιανοψία, και την τύφλωση (ή αλλιώς ανοψία).

Η ημιανοψία, δηλαδή η απώλεια του οπτικού πεδίου στον ένα ή και στους δύο οφθαλμούς μπορεί να είναι ετερόνυμη – όπου χάνονται τα κροταφικά ή τα ρινικά μισά του πεδίου οράσεως- ή ομόνυμη, οπότε έχουμε απώλεια όρασης δεξιά ή αριστερά του οφθαλμικού πεδίου. Τα αίτια της ημιανοψίας ενός μόνο οφθαλμού είναι ποικίλα, αλλά η συνήθη διάγνωση έχει να κάνει με την έναρξη του προβλήματος και την ύπαρξη ή όχι πόνου. Η παροδική μορφή μπορεί να οφείλεται σε κάποιο ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αιφνίδια ημιανοψία που δεν είναι αναστρέψιμη οφείλεται συχνά σε οπτική νευροπάθεια, ενώ αντίθετα η επώδυνη, αργή μορφή της ημιανοψίας σχετίζεται- όπως είδαμε και παραπάνω- με την οπτική νευρίτιδα λόγω πολλαπλής σκλήρυνσης.

Όταν υπάρχει ολική απώλεια του οπτικού πεδίου μιλάμε για τύφλωση. Υπάρχουν δύο κύρια είδη τύφλωσης, η οφθαλμική τύφλωση και η φλοιώδης ή νευρολογική τύφλωση. Η πρώτη είναι η τύφλωση που οφείλεται σε καθαρά βιολογικούς παράγοντες, δηλαδή όπως είδαμε προηγουμένως σε οφθαλμικές βλάβες, βλάβες των οπτικών νεύρων κ.α. Από την άλλη, η φλοιώδης τύφλωση είναι ένα σπάνιο είδος τύφλωσης που οφείλεται αποκλειστικά σε βλάβη και καταστροφή των ραβδωτών κυρίως περιοχών του ινιακού λοβού και στις δύο πλευρές. Έρευνες έχουν δείξει ότι η φλοιώδης τύφλωση συμβαίνει κάποιες φορές και ως

αποτέλεσμα ισχαιμικού επεισοδίου ή καρδιακής ανακοπής, αλλά ακόμα δεν έχουν πλήρως προσδιοριστεί όλοι οι παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωσή της με τόσο διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ των πασχόντων.

Οι πάσχοντες αν και έχουν φυσιολογικούς οφθαλμούς χωρίς καθόλου βλάβες και διατηρούν αναλλοίωτα τα αντανακλαστικά της κόρης, καθώς και μέρος των κινήσεων των οφθαλμών, δεν έχουν καθόλου αντίληψη και συνείδηση των οπτικών πληροφοριών. Δηλαδή, αν και τα μάτια τους λειτουργούν κανονικά στέλνοντας πληροφορίες, ο ινιακός λοβός δεν είναι σε θέση να τις επεξεργαστεί και έτσι το άτομο δεν βλέπει τίποτα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις φλοιώδους τύφλωσης μπορούν να παρουσιαστούν παραισθήσεις, κάτι που είναι απόρροια της βλάβης των περιοχών που επεξεργάζονται τα οπτικά ερεθίσματα. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι περιοχές του ινιακού λοβού δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσουν σωστά τις πληροφορίες (Gilbert et. al., 2000).

Το σύνδρομο Anton- Babinski (ή αλλιώς οπτική ανοσογνωσία), αποτελεί μια ιδιαίτερη κατηγορία φλοιώδους τύφλωσης, με τους πάσχοντες από αυτό να εμφανίζουν μια παράξενη επιπρόσθετη διαταραχή: ενώ είναι εντελώς τυφλοί, οι ίδιοι δεν αναγνωρίζουν το γεγονός αυτό και πιστεύουν ότι εξακολουθούν να βλέπουν μια χαρά (Carvajal et. al, 2012). Ο ασθενής αρνείται την απώλεια της όρασης βάση των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης και προσπαθεί μυθοπλαστικά να αναπληρώσει το κενό της όρασης. Στην προσπάθειά του αυτή μπορεί να προσκρούει σε αντικείμενα ή να περιγράφει καταστάσεις και άτομα τα οποία είναι φανταστικά ή δεν υπάρχουν στον χώρο. Επιπλέον, παρουσιάζει διαταραχές της ψυχολογικής σφαίρας και βρίσκεται σε μία κατάσταση σύγχυσης (Chen et. al, 2015;).

Οι πρώτες λεπτομερείς αναφορές γύρω από ασθενείς οι οποίοι αρνούσαν την απώλεια της όρασής τους έγιναν τον 19^ο αιώνα από τον Αυστριακό νευρολόγο και ψυχίατρο Anton Gabriel. Ο όρος «ανοσογνωσία» χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον σύγχρονο του Gabriel Γαλλο-πολωνό νευρολόγο Joseph Babinski, ο οποίος περιέγραψε την άγνοια των ασθενών με ημιπληγία για τα συμπτώματα και τις αδυναμίες τους

Αν και μελέτες περιπτώσεων ασθενών με σύνδρομο οπτικής ανοσογνωσίας έχουν δείξει ότι το σύνδρομο σχετίζεται με ισχαιμικά επεισόδια, προεκλαμψίες, χειρουργικές επεμβάσεις, επιληψίες, εγκεφαλοπάθειες και εγκεφαλικούς αγγειοσπασμούς, μια πρόσφατη μελέτη περιπτώσεων έδειξε ότι μπορεί να οφείλεται και σε αυτοάνοση αγγειίτιδα (Carvajal et. al, 2012).

Παρά το γεγονός ότι ο πάσχων από οπτική ανοσογνωσία μπορεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων να λάβει μια ακριβή και αιτιολογημένη απάντηση από τον ιατρό του (μετά βεβαίως από σειρά εξειδικευμένων εξετάσεων), περί των λόγων δημιουργίας των συμπτωμάτων του, εντούτοις ο πάσχων αρνείται να πιστέψει ότι υπάρχει απώλεια όρασης. Γιατί συμβαίνει αυτό; Αν οι αισθήσεις μας ελέγχονται από συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου, τότε γιατί η βλάβη σε αυτά δεν συνεπάγεται αυτομάτως και την απώλεια αντίληψης της αίσθησης;

Η άποψη που υιοθετούν πολλοί ιατροί και νευρολόγοι κατά την εφαρμογή της επιστήμης τους- ότι δηλαδή μόνο μια μειοψηφία των νευρολογικών διαταραχών εμπεριέχει σε σημαντικό βαθμό και μια ψυχολογική ή ψυχιατρική διάσταση είναι λανθασμένη . Σε ασθενείς με διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, - όπως πχ. των λοβών του εγκεφάλου- είναι συχνές οι γνωστικές και συμπεριφορικές αλλαγές. Τα φυσικά συμπτώματα μιας νόσου μπορούν να συνδέονται με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα μια ασθένεια ή πάθηση του οργανισμού μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολογικά έκτος από σωματικά συμπτώματα, ή μια σωματική ασθένεια μπορεί να προκαλέσει μια δευτερεύουσα ψυχολογική αντίδραση. Ειδικά οι εγκεφαλικές παθήσεις εκδηλώνονται σχεδόν στο σύνολό τους και με προβλήματα συμπεριφοράς ή με γνωστικές αστοχίες.

Υπό το φως αυτό, θα μπορούσαμε να πούμε ότι εκτός από τη μελέτη των νευροφυσιολογικών οδών που σχετίζονται με προβλήματα όρασης και οπτικής αντίληψης, κυρίαρχο ρόλο παίζουν και η ψυχοφυσική της όρασης, δηλαδή η μελέτη του τρόπου με τον οποίο η αίσθηση της όρασης γίνεται αντιληπτή και επηρεάζεται από εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες.

3.4. Η ψυχοφυσική προσέγγιση της όρασης

Ενώ για το μάτι ως αισθητήριο όργανο γνωρίζουμε αρκετά, γνωρίζουμε πολύ λίγα για τις κεντρικές συνδέσεις του και γενικότερα για το γεγονός της όρασης. Η όραση δεν μπορεί να αντιστοιχηθεί με μια απλή προβολή του εξωτερικού κόσμου πάνω σ' ένα παθητικό δέκτη. Είναι περισσότερο μια μερικά συνειδητή και μερικά υποσυνείδητη διαμόρφωση και αξιολόγηση των οπτικών εντυπώσεων, στις οποίες συμμετέχουν ενεργά και οι ψυχικές επιρροές, όπως π.χ. η προσοχή, η αντίληψη, η ψυχική διάθεση κ.α.

Η οπτική αντίληψη δεν μπορεί να εξηγηθεί αποκλειστικά και μόνο με βάση την εικόνα που δημιουργείται στον αμφιβληστροειδή. Αρχικά, τα είδωλα που σχηματίζονται είναι συνήθως μικρότερα από τα πραγματικά αντικείμενα καθώς και ανεστραμμένα. Επιπλέον, τα είδωλα είναι δισδιάστατα ενώ οι αντιλήψεις μας είναι τρισδιάστατες. Προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα την διαφορά της όρασης και της οπτικής αντίληψης θα ήταν καλό στο σημείο αυτό να αναφερθούμε στις εικόνες Gestalt. Πρόκειται για εικόνες οι οποίες μπορούν να μας δώσουν δύο ή ακόμα περισσότερες αντιλήψεις για το τι βλέπουμε, όπως για παράδειγμα οι ακόλουθες δύο:



Εικόνα 4: Βλέπετε ένα βάζο ή δύο ανθρώπους;



Εικόνα 5: Νέα ή ηλικιωμένη κυρία;

Πολλές θεωρίες υπάρχουν οι οποίες προσπαθούν να εξηγήσουν την οπτική αντίληψη. Ορισμένες από αυτές ακολουθούν μία αναγωγική προσέγγιση, δηλαδή προσπαθούν να ερμηνεύσουν πως από το οπτικό ερέθισμα ο εγκέφαλος φτιάχνει μια ολοκληρωμένη αντιληπτική εικόνα.

Σύμφωνα με τη Gestalt προσέγγιση της ψυχολογίας, το ανθρώπινο μάτι βλέπει τα αντικείμενα πρώτα στην ολότητά τους πριν αντιληφθεί τα μεμονωμένα μέρη τους. Για τους ψυχολόγους αυτούς οι παραπάνω οπτικές πλάνες υποδηλώνουν ότι το ανθρώπινο αντιληπτικό σύστημα κωδικοποιεί τα εισερχόμενα ερεθίσματα και συμπληρώνει τα «κενά» που δημιουργούνται προκειμένου να έχει μια ολοκληρωμένη άποψη για το ερέθισμα. Αυτό -λένε- συμβαίνει μέσω μηχανισμών όπως η αντιληπτική οργάνωση, δηλαδή η διαδικασία ομαδοποίησης μικρών τμημάτων μιας εικόνας σε μεγαλύτερα σύνολα (σχήματα ή

αντικείμενα) που έχουν κάποιο νόημα. Για να το επιτύχει αυτό το αντιληπτικό μας σύστημα ακολουθεί κάποιους κανόνες ομαδοποίησης των οπτικών (και όχι μόνο) ερεθισμάτων: εγγύτητα, απλότητα, ομοιότητα, ομαλή συνέχεια, κοινή κίνηση και προσανατολισμός. Για παράδειγμα, τμήματα της εικόνας που βρίσκονται κοντά το ένα με το άλλο, μοιάζουν μεταξύ τους, κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση ή έχουν κοινό προσανατολισμό τείνουν να ομαδοποιούνται. Επιπλέον, το αντιληπτικό μας σύστημα τείνει να χρησιμοποιεί τον πιο απλό τρόπο οργάνωσης της εικόνας, ενώ ταυτόχρονα «συμπληρώνει» τα κενά μιας εικόνας προκειμένου να υπάρξει μια ομαλή συνέχεια σε αυτήν (Bruce, Green & Georgeson, 1996).

Μία άλλη προσπάθεια δημιουργίας μιας ολοκληρωμένης θεωρίας της οπτικής αντίληψης είναι η οικολογική προσέγγιση της οπτικής αντίληψης του Gibson, που ανέπτυξε την δεκαετία του 1970. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή η όραση δεν είναι μια παθητική αλλά αντίθετα μια ενεργητική διαδικασία, μια αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Το αντιληπτικό σύστημα του ανθρώπου είναι συντονισμένο με ορισμένες περιβαλλοντικές μεταβλητές (βαθμίδες υψής τις ονομάζει), στις οποίες ο άνθρωπος αντιδρά με τρόπο ενστικτώδες και τις παρατηρεί κατά προτεραιότητα, επειδή είναι πιο σημαντικές και χρήσιμες για την επιβίωσή του (McLeod, 2007). Η οικολογική προσέγγιση υποστηρίζει ακόμα πως η αντίληψη είναι άμεση, δηλαδή δεν υπάρχει διαχωρισμός των αισθήσεων και του περιβάλλοντος, αντίθετα οι αισθήσεις αποτελούν κομμάτι του αντιληπτικού μας συστήματος, όπως εξάλλου είναι και το σώμα και ο εγκέφαλός μας. Επιπλέον, υπάρχει αυτόματη νοηματοδότηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, χωρίς να απαιτείται αυτό να γίνει μέσω κάποιας πολύπλοκης αντιληπτικής διαδικασίας. Όπως γίνεται κατανοητό, η απλότητα της θεωρίας του Gibson αποκλείει την εξέταση βασικών παραγόντων της αντίληψης, κάτι που ο Marr (McClamrock, 1991), με την «υπολογιστική του προσέγγιση» προσπάθησε να καλύψει. Ο Marr οποίος περιγράφει τρία στάδια οπτικής επεξεργασίας, αυτό της υπολογιστικής θεωρίας, του αλγόριθμου και της υλοποίησης. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, το αντιληπτικό μας σύστημα προσομοιάζει με αυτό ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Έτσι, το αποτέλεσμα της αντίληψης- το τι καταλαβαίνουμε- είναι το αποτέλεσμα διαδοχικών μετατροπών του αρχικού εξωτερικού ερεθίσματος από το αντιληπτικό μας σύστημα. Για την μετατροπή αυτή χρησιμοποιούνται αλγόριθμοι και πολύπλοκοι μαθηματικοί υπολογισμοί. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της στερεοσκοπικής όρασης οι Marr και Pioggio (στους Zitnick & Kanade, 2000) πρότειναν αυτό που ονόμασαν «συνεργατικό» αλγόριθμο, προκειμένου να κατανοήσουν πως, αφού τα δύο μάτια σχηματίζουν δύο ελαφρώς διαφορετικές μεταξύ τους εικόνες του κόσμου, οι εικόνες αυτές συνδυάζονται μεταξύ τους για να προσφέρουν μία ολοκληρωμένη εικόνα. Κατέληξαν ότι η δημιουργία μίας τελικής εικόνας σχετίζεται με την ικανοποίηση των περιορισμών που αφορούν το συνταίριασμα σημείων που υπάρχουν και στις δύο εικόνες. Προκειμένου να υπολογίσουν μαθηματικά τους περιορισμούς αυτούς οι πρότειναν τη χρήση ενός παράλληλου διασυνδεδεμένου δικτύου επεξεργασιών, στο οποίο οι διασυνδέσεις αναπαριστούν τους περιορισμούς (Zitnick & Kanade, 2000).

Σκοπός όλων των θεωριών οπτικής αντίληψης είναι η προσπάθεια εξήγησης της οπτικής διαδικασίας. Η αναγκαιότητα για την διαμόρφωση θεωρητικών προσεγγίσεων καταδεικνύει ότι η διαδικασία της όρασης δεν είναι μονοδιάστατη και δε επαρκή μία αμιγώς βιολογική προσέγγιση για την κατανόηση της.

3.5. Ο ρόλος των ψυχολογικών διαταραχών στην όραση

Μέσω της ψυχοφυσικής προσέγγισης της όρασης, γίνεται κατανοητό ότι η οπτική αντίληψη είναι κάτι πολύ περισσότερο από μία απλή αισθητήρια διαδικασία. Η διαδικασία της αντίληψης περιλαμβάνει συνειδητές και ασυνειδητές διεργασίες, οι οποίες επηρεάζονται

από τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, πέρα από τους νευροεγκεφαλικούς αντιληπτικούς μηχανισμούς που εξετάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια.

Εξετάζοντας ορισμένες ψυχολογικές διαταραχές αυτό γίνεται προφανές. Η όραση πολλές φορές είναι ένα από τα συμπτώματα τόσο νευρώσεων όσο και ψυχώσεων, χωρίς ωστόσο να παρουσιάζονται φυσιολογικές αλλοιώσεις στον οφθαλμό ή στο οπτικό νεύρο.

Η κατάθλιψη, για παράδειγμα, είναι μία διαταραχή που επηρεάζει τη διάθεση, τις σκέψεις και συνήθως συνοδεύεται από σωματικές ενοχλήσεις. Επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, τον ύπνο του, τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται. Το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση, διαρκεί πολύ και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του (Ευθυμίου κ.α., 2006).

Υπάρχουν διάφορα είδη κατάθλιψης, τα οποία διαχωρίζονται ανάλογα με τα συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται και τη διάρκεια αυτών, μέσω του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχολογικών διαταραχών (DSM-V), το οποίο οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι παγκοσμίως χρησιμοποιούν για την διάγνωση και κατηγοριοποίηση των ψυχολογικών διαταραχών. Τα κύρια είδη της κατάθλιψης είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθιμική διαταραχή, οι διπολικές διαταραχές, η κυκλοθυμική διαταραχή και η μη προσδιοριζόμενη καταθλιπτική διαταραχή (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2013).

Η μέχρι τώρα έρευνα έχει δείξει ότι υπάρχει πραγματική σύνδεση μεταξύ κατάθλιψης και όρασης. Για παράδειγμα η ρεσπερπίνη, μία ουσία που χορηγείται σε ψυχώσεις και υπέρταση, και η οποία δημιουργεί καταθλιπτικά συμπτώματα στους ανθρώπους, βρέθηκε να δημιουργεί εξαιρετική ευαισθησία στο φως. Επίσης η έρευνα των Golomb κ.α. (2009) έδειξε ότι οι ασθενείς με μείζων διαταραχή κατάθλιψης εκδηλώνουν υπερευαισθησία στο φως και αλλοίωση της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου αναφορικά με τα οπτικά ερεθίσματα, τα συμπτώματα όμως αυτά μπορούν να εξαφανιστούν με τη χρήση αντικαταθλιπτικών.

Αν και η σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης και της όρασης χρωμάτων είναι κατά κύριο λόγο μεταφορική (π.χ. είσαι στις «μαύρες» σου), κάποιες έρευνες υποδεικνύουν ότι πιθανώς να υπάρχει κάποια σύνδεση μεταξύ των δύο. Έρευνες του Γερμανού καθηγητή Bulb και των συνεργατών του (2012, 2010) έδειξαν ότι τα άτομα με κατάθλιψη έχουν μειωμένη αίσθηση της οπτικής αντίθεσης, και επομένως πιθανόν να αντιλαμβάνονται το περιβάλλον τους με διαφορετικό τρόπο. Οι έρευνες τους επίσης υποστηρίζουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη μπορεί να διαγνωστεί μέσω αντικειμενικών μετρήσεων της ηλεκτρικής δραστηριότητας του οφθαλμού.

Οι αγχώδης διαταραχές (όπως για παράδειγμα η διαταραχή πανικού, κάποια είδη φοβίας, η κοινωνική και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή) είναι μια ακόμα κατηγορία ψυχολογικών διαταραχών στην οποία εμφανίζονται οφθαλμολογικά προβλήματα. Συχνά λόγω του άγχους εμφανίζεται προσωρινή διαστολή της κόρης του οφθαλμού. Η διαστολή της κόρης συμβαίνει επειδή ο οργανισμός θεωρεί ότι υπάρχει κάποιος σοβαρός κίνδυνος στον οποίο θα πρέπει να ανταποκριθεί, ως μέρος της αντίδρασης μάχης ή φυγής (fight or flight response). Το αποτέλεσμα της διαστολής αυτής είναι η θολή όραση, η αδυναμία εστίασης και η υπερευαισθησία στο φως. Επίσης η θολή όραση μπορεί να οφείλεται σε αύξηση της πίεσης του αίματος ή /και του υπεραερισμού και συχνά συνοδεύεται από ζαλάδες ή ναυτία. Στις

αγχώδης διαταραχές η θολή όραση οφείλεται στην υπερβολική αύξηση του οξυγόνου στον οργανισμό, και δρα προειδοποιώντας τον οργανισμό ότι κάτι δεν πάει καλά.

Ένα ακόμα οφθαλμικό πρόβλημα που μπορεί να εμφανιστεί στην αγχώδη διαταραχή είναι η εντύπωση ότι η όραση προέρχεται μέσα από ένα «τούνελ», δηλαδή η αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί μόνο να δει ότι υπάρχει ακριβώς μπροστά του, με την περιφερειακή όραση να έχει μειωθεί ή ακόμα και εξαφανιστεί, γεγονός που οδηγεί τον πάσχον σε ακόμα μεγαλύτερο άγχος και ανησυχία. Στην πραγματικότητα πρόκειται για το νευρικό σύστημα το οποίο μειώνει την αντιληπτική ικανότητα προς μη απαραίτητα ερεθίσματα προκειμένου να διατηρήσει την προσοχή στραμμένη στο υπαρκτό – ή μη- πρόβλημα.

Οι πιο γνωστές οπτικές διαταραχές είναι οι παραισθήσεις, οι οποίες παρουσιάζονται συνήθως σε ασθενείς με σχιζοειδείς διαταραχές. Πρόκειται για μια ομάδα ψυχωτικών διαταραχών που χαρακτηρίζεται από σοβαρή διαταραχή της σκέψης, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τους Mueser et.al (1990), περίπου 16%–72% των ασθενών με σχιζοειδείς διαταραχές παρουσιάζουν οπτικές παραισθήσεις. Οι οπτικές παραισθήσεις μπορεί να δημιουργούν μετατροπή του μεγέθους των αντικειμένων (μικροψία ή μικροψία), μετατροπή του άξονα (αναστροφή τους), να καταστούν μη σαφή τα όριά τους ή να τα κάνουν να τρεμοπαίζουν και να δημιουργούν μονοπική διπλωπία ή πολυωπία. Στην σχιζοφρένεια ειδικά, οι οπτικές παραισθήσεις περιλαμβάνουν τη θέαση ερεθισμάτων που δεν υπάρχουν καν στον χώρο, ενώ συχνά το περιεχόμενό τους είναι έντονες σκηνές με μέλη της οικογένειάς τους, θρησκευτικούς ηγέτες και ζώα. Οι αντιδράσεις στις οπτικές παραισθήσεις ποικίλουν μεταξύ φόβου, ευχαρίστησης και αδιαφορίας. Συνήθως περιγράφονται ως έγχρωμες και περιλαμβάνουν ανθρώπους και αντικείμενα κανονικού μεγέθους, αν και έχουν αναφερθεί και οπτικές παραισθήσεις με περιεχόμενο γιγαντιαίου μεγέθους. Μέχρι σήμερα δεν έχει ανακαλυφθεί κάποιος συγκεκριμένος νευρικός μηχανισμός που να μπορεί να εξηγήσει όλους τους διαφορετικούς τύπους οπτικών παραισθήσεων.

Οι Manford & Andermann (1998) προσπάθησαν να περιγράψουν έναν πιθανό παθοφυσιολογικό μηχανισμό που πιθανώς ευθύνεται για τις σύνθετες οπτικές ψευδαισθήσεις, ο οποίος αφορά τον ερεθισμό των φλοιώδων κέντρων που είναι υπεύθυνα για την οπτική επεξεργασία. Η πολυπλοκότητα των οπτικών παραισθήσεων καθορίζεται - σύμφωνα με τους ερευνητές- από το ακριβές σημείο ερεθισμού. Μία άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι πιθανές κακώσεις ίσως διαφοροποιούν σε βιοχημικό και κυτταρικό επίπεδο τους νευρώνες που είναι υπεύθυνοι για την καταστολή κάποιων οπτικών ερεθισμάτων που εισέρχονται μέσω της οπτικής οδού. Λόγω αυτής της μη καταστολής των οπτικών ερεθισμάτων δημιουργείται υπερ-ερεθισμός λόγω της πληθώρας οπτικών πληροφοριών (Menon et. al, 2003).

Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι οπτικές παραισθήσεις μπορούν να εμφανιστούν σε περιπτώσεις της πλήρους στέρησης των οπτικών ερεθισμάτων για μεγάλο χρονικό διάστημα (Merabet et. al. 2004), καθώς και σε καθόλα υγιή άτομα τα οποία βρίσκονται στο ακριβώς προ του ύπνου στάδιο (δηλαδή είναι μισοκοιμισμένα), υποδηλώνει ότι ο δικτυακός σχηματισμός σχετίζεται με την παραγωγή οπτικών ψευδαισθήσεων.

Από τα παραπάνω είναι προφανές ότι τα προβλήματα όρασης μπορούν να εμφανίζονται και ως αποτέλεσμα μίας ψυχολογικής διαταραχής, ως μέρος της συμπτωματολογίας της, χωρίς πάντα να μπορεί να δοθεί μια σαφής απάντηση αναφορικά με τους μηχανισμούς δημιουργίας των συμπτωμάτων αυτών. Η πολυπλοκότητα των αντιληπτικών μηχανισμών του εγκεφάλου σε συνδυασμό με την ιδιαίτερη παθολογία του ατόμου μπορούν να οδηγήσουν σε πολύπλοκα οπτικά συμπτώματα, τα οποία

δημιουργούν σύγχυση στον πάσχοντα και συχνά συμβάλουν στην εντατικοποίηση της ψυχολογικής του διαταραχής. Σε κάθε περίπτωση, οι διαταραχές της όρασης οδηγούν σε έκπτωση της ποιότητας ζωής ακόμα και του ψυχικά υγιούς ατόμου, όπως αναλύεται ακολούθως.

3.6. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της μερικής ή ολικής τύφλωσης

Η τύφλωση μπορεί να είναι μια εκ γενετής κατάσταση, να συμβεί κατά την παιδική ηλικία ή να λάβει χώρα σταδιακά ή απότομα σε μεγαλύτερη ηλικία.

3.6.1. Παιδιά με προβλήματα όρασης

Σήμερα, η ταξινόμηση της οπτικής μειονεξίας και αναπηρίας των παιδιών είναι προσανατολισμένη όλο και περισσότερο προς τη χρήση εκπαιδευτικών όρων. Η ταξινόμηση γίνεται χρησιμοποιώντας διαφορετική ορολογία για τα παιδιά από ότι για τους ενήλικες όπου χρησιμοποιείται η νομική ταξινόμηση η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην αποτελεσματικότητα της όρασης σε σχέση με την απόσταση, και αυτό γιατί τα τελευταία χρόνια γίνεται μια συνεχής προσπάθεια να βοηθηθεί το τυφλό ή μερικώς βλέπων παιδί στην διαδικασία ανάπτυξης του μέσω ειδικών εκπαιδευτικών δομών και προγραμμάτων.

Η εκπαιδευτική λοιπόν ταξινόμηση διακρίνει τρεις κατηγορίες οπτικής μειονεξίας σύμφωνα με την Barraga (Τσιναρέλης, 2005): στη μέτρια οπτική μειονεξία ένα παιδί μπορεί με τη χρήση των κατάλληλων οπτικών βοηθημάτων και του απαραίτητο φωτισμού να πετύχει ότι και οι άλλοι βλέποντες συμμαθητές του τόσο σε γενικές όσο και σε ειδικές τάξεις, ενώ στη σοβαρή οπτική μειονεξία το παιδί μπορεί να βοηθηθεί μόνο σχετικά από τα οπτικά βοηθήματα, με αποτέλεσμα να εξακολουθεί να χρησιμοποιεί την όραση ως δίαυλο άντλησης πληροφοριών από το περιβάλλον με σκοπό τη μάθηση και την βαριά οπτική μειονεξία. Το παιδί με βαριά οπτική μειονεξία δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την όραση του καθόλου και άρα χρησιμοποιεί την ακοή και την αφή για την επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων (Παπαδόπουλος, 2005). Η ταξινόμηση αυτή δεν στηρίζεται στα αποτελέσματα των ελέγχων οπτικής ικανότητας, αλλά κυρίως στις απαιτούμενες ειδικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προκειμένου τα παιδιά των παραπάνω κατηγοριών να εκπαιδευτούν και να μάθουν.

Αν και είναι σχετικά εύκολο να αναγνωριστεί στην πρώιμη παιδική ηλικία ένα πρόβλημα ολικής τύφλωσης, είναι περισσότερο δύσκολο να διαγνωστεί ορθά η μερική τύφλωση στα παιδιά. Οι γονείς θα πρέπει να είναι εξαιρετικά προσεκτικοί όταν αντιληφθούν όλα ή κάποια από τα ακόλουθα συμπτώματα: στραβισμός, νυσταγμός, ευαισθησία στο δυνατό φως, δυσκολία στην ανάγνωση, στον συντονισμό χεριών και ματιών και στην μακρινή παρατήρηση αντικειμένων, αποφυγή λεπτομερών οπτικών δραστηριοτήτων και παράπονα για κεφαλαλγίες. Η παραπομπή του παιδιού για γενική ιατρική και οφθαλμολογική εξέταση θα πρέπει να είναι άμεση, και σε περίπτωση διαπίστωσης μερικής ή ολικής τύφλωσης θα πρέπει να γίνεται επίσης άμεσα παραπομπή στις αρμόδιες κρατικές υποστηρικτικές δομές, ώστε ο μικρός μαθητής να ξεκινήσει να λαμβάνει άμεσα την κατάλληλη ψυχολογική, κοινωνική και εκπαιδευτική υποστήριξη.

Η συναισθηματική ανάπτυξη των τυφλών παιδιών κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής τους επηρεάζεται τόσο από τους λειτουργικούς περιορισμούς, που προκαλούνται από την αναπηρία όσο και από τις συγκρουόμενες συμπεριφορές των γονέων. Το περιβάλλον παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο γιατί η τύφλωση καθιστά το παιδί εξαρτημένο από αυτό. Σύμφωνα με την αναπτυξιακή θεωρία, η έλλειψη πρωτοβουλίας στο

δεύτερο έτος της ζωής του παιδιού θα συνδέεται αργότερα με τη δυσκολία αποδέσμευσης από το οικογενειακό περιβάλλον. Το τυφλό παιδί φθάνει συνήθως σε συναισθηματική ισορροπία στα 3-5 έτη, ενώ περίπου στην ηλικία των 5-6 ετών είναι ικανό να αρχίσει τη σχολική εκπαίδευση η οποία όμως θα πρέπει να περιλαμβάνει σύγχρονα τεχνικά μέσα (Σιούτης, 2009).

Σημαντική βέβαια είναι η ηλικία που το παιδί χάνει την όρασή του. Τα εκ γενετής τυφλά παιδιά και εκείνα που χάνουν την όρασή τους πριν από το δεύτερο έτος της ηλικίας παρουσιάζουν παρόμοια ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη. Αντίθετα, η απώλεια της όρασης στην ηλικία των 2-5 ετών παρουσιάζει μεγαλύτερες δυσκολίες, δεδομένου ότι, αν και η σωματική ανάπτυξη και η ορθή στάση του σώματος έχουν σχεδόν επιτευχθεί, τα παιδιά αυτά φοβούνται να αναπτύξουν νέες δεξιότητες και να αναλάβουν πρωτοβουλίες (Μπόλιας, 1991).

Σε μεγαλύτερες ηλικίες, δηλαδή μεταξύ 5 και 10 ετών τα παιδιά έχουν προλάβει να ενσωματώσουν εγκεφαλικά αρκετές οπτικές εικόνες από το περιβάλλον τους, παρόλα αυτά επηρεάζονται περισσότερο από την απώλεια όρασης. Για αυτό και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, καθώς και βοήθεια από ειδικούς της ψυχικής υγείας προκειμένου τα παιδιά αυτά να προσαρμοστούν στην νέα αυτή κατάσταση. Το ίδιο ισχύει και με τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά καθώς και τους εφήβους. Συχνά τα παιδιά αυτά υπερεκτιμούν τις δυνάμεις τους με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε επικίνδυνες συμπεριφορές με πιθανά επιβλαβή για αυτά αποτελέσματα.

Τα τυφλά παιδιά χρησιμοποιούν κυρίως την ακοή και την αφή για να αντιληφθούν τα περιβάλλον τους, όμως πολλές φορές λόγω κοινωνικών και φυσικών εμποδίων δεν μπορούν να κάνουν τη δέουσα χρήση των αισθήσεων αυτών. Σύμφωνα με τον Παπαδόπουλο (2005), ορισμένοι γονείς ή/ και εκπαιδευτικοί μπορεί να είναι υπερπροστατευτικοί, μην επιτρέποντάς τους να εξερευνήσουν τον κόσμο γύρω τους, ή μέρη του φυσικού περιβάλλοντος να είναι απροσπέλαστα με την υφή, όπως π.χ. πράγματα που βρίσκονται σε ψηλά σημεία, ή μακριά στον ορίζοντα. Ως αποτέλεσμα, συχνά τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν αναπτυξιακή καθυστέρηση λόγω φτωχών ερεθισμάτων.

Και η χρήση της γλώσσας όμως έχει πρωταρχική σημασία στην κοινωνικοποίηση και την αυτοεκτίμηση του παιδιού με προβλήματα όρασης. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να προσφέρουν στο παιδί συνεχείς ευκαιρίες γλωσσικής έκφρασης, ανάπτυξης και εμπλουτισμού του λεξιλογίου του, ώστε το παιδί να εφοδιαστεί με όλα τα απαραίτητα γλωσσικά εφόδια που είναι χρήσιμα όχι μόνο για την ουσιαστική, συνεχή και ανεμπόδιστη επικοινωνία του με το περιβάλλον, όσο και για την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη μέσω της έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων (Παπαδόπουλος, 2005).

Στα μερικώς βλέποντα παιδιά η ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον εξαρτάται όπως είδαμε και προηγουμένως από τον βαθμό απώλειας τη όρασης. Με τον ίδιο τρόπο οι ενήλικες που χάνουν την όρασή τους προσαρμόζονται διαφορετικά στην νέα αυτή κατάσταση, ανάλογα με την ηλικία τους.

3.6.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις στη εφηβεία, τη μέση και τρίτη ηλικία

Τα πρώην βλέποντα άτομα με χαμηλή όραση ή τύφλωση αναγκάζονται να αλλάξουν τη καθημερινότητα τους και την ποιότητα της ζωής τους σε τέτοιο βαθμό που συχνά η προσαρμογή τους στη νέα αυτή κατάσταση είναι τόσο δύσκολη που δημιουργεί έντονα και ποικίλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που οι ίδιοι και το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον συχνά αδυνατεί να αντιμετωπίσει.

Τα άτομα που έχασαν πρόσφατα το φως τους μετά από μια σταδιακή ή ραγδαία επιδείνωση της κατάστασης της οράσεως τους σε μεγαλύτερη ηλικία (δηλαδή δεν είναι εκ γενετής τυφλά ή δεν τυφλώθηκαν σε μικρή ηλικία) ονομάζονται «νεοτυφλωθέντες». Όπως μπορούμε εύκολα να καταλάβουμε οι άνθρωποι αυτοί αντιμετωπίζουν την απώλεια ενός βασικού ζωτικού στοιχείου για όλους μας: την όραση. Αυτή η τραυματική απώλεια προκαλεί αντιφατικά συναισθήματα και σύγχυση. Ανάλογα με την ηλικία στην οποία βρίσκεται το άτομο, παρουσιάζονται και διαφορετικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Οι νεοτυφλωθέντες βιώνουν να πεθαίνει ο εαυτός τους ως βλέπων, αντιλαμβάνονται την απώλεια της όρασης και μπαίνουν στην διαδικασία πένθους, όπως είδαμε και νωρίτερα.

Άμεσα μετά την απώλεια της όρασης ένας νεοτυφλωθέντας νιώθει απώλεια της αίσθησης της φυσικής ακεραιότητάς του και μειώνεται η εμπιστοσύνη του ακόμα και στις υπόλοιπες αισθήσεις. Η πραγματική επαφή μέσω της όρασης με το περιβάλλον του εξαλείφεται και σιγά σιγά πιθανόν να αρχίσει να χάνει και την αίσθηση των προηγούμενων οπτικών εμπειριών του. Επιπλέον σταδιακά μειώνεται και το αίσθημα της ασφάλειας που νοιώθει όταν βρίσκεται σε έναν χώρο με φως, συγκριτικά με έναν σκοτεινό χώρο (Χατζηχαράλαμπος , 2000).

Και οι βασικές του όμως ικανότητες περιορίζονται λόγω του προβλήματος όρασης. Υπάρχει έντονος περιορισμός της κινητικότητάς του, και δυσκολία στο να πραγματοποιήσει απλές καθημερινές διαδικασίες ή ενασχολήσεις. Επικοινωνιακά, σταδιακά μειώνεται η ικανότητα του να συλλέγει πληροφορίες από τον έξω κόσμο και να τις επικοινωνεί χρησιμοποιώντας μη λεκτική επικοινωνία. Με τον καιρό το άτομο βασίζεται όλο και περισσότερο στην προφορική επικοινωνία, με αποτέλεσμα ο γραπτός του λόγος να υποβαθμιστεί λόγω της μη χρήσης.

Γενικά, η προσωπικότητα του ατόμου που έχασε πρόσφατα την όρασή του επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Μειώνεται ιδιαίτερα η αυτοεκτίμηση της εμφάνισής του, η κοινωνική του αυτοεκτίμηση και παρατηρείται έλλειψη της συγκρότησης και οργάνωσης της προσωπικότητας. Επιπλέον, πολλά τυφλά άτομα, ιδίως οι εκ γενετής τυφλοί ή όσοι έχασαν την όρασή τους σε μικρή ηλικία, αντιμετωπίζουν επιπρόσθετα προβλήματα μη λεκτικής επικοινωνίας, στάσης του σώματος, τα οποία συνεισφέρουν επίσης στο πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης.

Στην περίπτωση των εφήβων οι οποίοι χάνουν σταδιακά ή απότομα την όρασή τους τα πράγματα περιπλέκονται ιδιαίτερα, γιατί κατά την εφηβεία το άτομο επιβεβαιώνει την αυτονομία του και την ανεξαρτησία του ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να διαμορφώσει την ταυτότητα του ως ενήλικας. Για τον έφηβο, η αυτό-εικόνα και η αυτοεκτίμηση έχουν τεράστια σημασία. Οι εκτιμήσεις αυτές φιλτράρονται μέσα από καθημερινά γεγονότα που σχετίζονται με το άλλο φύλο, με τις μαθητικές ή σπουδαστικές επιτυχίες ή αποτυχίες, και με τη σχέση του με το οικογενειακό του περιβάλλον.

Πέραν λοιπόν από τις προκλήσεις που έτσι κι αλλιώς πρέπει να αντιμετωπίσει ένας έφηβος, το γεγονός της τύφλωσης έρχεται να προστεθεί ως ένας ακόμα σημαντικός περιορισμός, και ο τρόπος με τον οποίο θα αφομοιώσει και θα αποδεχθεί με έναν λειτουργικό τρόπο την κατάσταση του επηρεάζεται από τη μέχρι τότε δομή της προσωπικότητάς του. Κάποιοι έφηβοι κλείνονται στον εαυτό τους και απομονώνονται. Τους δημιουργούνται έντονα συναισθήματα θυμού τα οποία δεν μπορούν να διαχειριστούν, με αποτέλεσμα να αισθάνονται μεγάλη εχθρότητα και αγανάκτηση προς τα βλέποντα άτομα. Νοιώθουν αδικημένοι και –προκειμένου να καταπολεμήσουν την αίσθηση αυτή- αρχίζουν να διαμορφώνουν την άποψη ότι οι υπόλοιποι άνθρωποι τους «οφείλουν» πολλά. Έτσι, αρχίζουν να αναπτύσσουν εγωιστικές συμπεριφορές , να υπερδιεκδικούν την προσοχή των άλλων και

να εξαρτώνται υπερβολικά από άτομα του περιβάλλοντός τους, όπως οι γονείς τους. Μπορεί να απομακρυνθούν από το φιλικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, και να αποσυρθούν χάνοντας το ενδιαφέρον τους για κοινωνικές δραστηριότητες που μέχρι πρότινος τους ευχαριστούσαν (Ποντίκης, 2000).

Άλλοι πάλι έφηβοι φτάνουν στο αντίθετο άκρο. Το γεγονός της τύφλωσης λειτουργεί σε αυτούς ως μία ευκαιρία να εξετάσουν τις δυνάμεις τους αλλά και την συμπεριφορά- ανοχή του περιβάλλοντός τους αναφορικά με τη δική τους παρορμητική και επικίνδυνη συμπεριφορά. Έτσι, αρχίζουν να επιδίδονται σε δραστηριότητες αυξημένου κινδύνου οι οποίες μπορούν ακόμα και να βάλουν σε κίνδυνο τη ζωή τους. Σύμφωνα με τον Lindberg, (1999), οι έφηβοι αυτοί έχουν χρησιμοποιούν μηχανισμούς άρνησης προκειμένου να απωθήσουν τα αρνητικά συναισθήματα που τους προκάλεσε η απώλεια της όρασής τους. Οι γονείς των εφήβων λοιπόν, θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί και να αναγνωρίσουν τα σημάδια εκείνα τα οποία υποδηλώνουν ότι ο έφηβος δεν μπορεί να διαχειριστεί την νέα κατάσταση με επιτυχία. Είναι φρόνιμο να υπάρξει άμεση ψυχολογική παρακολούθηση του εφήβου αμέσως μόλις διαπιστωθεί το ιατρικό οπτικό πρόβλημα, προκειμένου να υπάρξει ομαλή προσωπική και κοινωνική προσαρμογή.

Η τύφλωση κατά την ενήλικη ζωή και ειδικά στην μέση ηλικία, δηλαδή περίπου μετά τα 35 -40 έτη παρουσιάζει ορισμένες ιδιομορφίες που πιθανώς να οδηγήσουν σε ιδιαίτερα δύσκολα ψυχολογικά μονοπάτια το άτομο. Η ηλικία αυτή είναι εκείνη κατά την οποία το άτομο, έχοντας πλέον περάσει την πρώτη του νεότητα επαναπροσδιορίζει τη ζωή και τους στόχους του. Συχνά ακούμε για «κρίση μέσης ηλικίας» ή οποία δεν είναι τίποτα άλλο παρά μία προσπάθεια του ατόμου να βγει αλώβητο από αυτήν την διαδικασία. Οι μέχρι τώρα στόχοι της ζωής επανεξετάζονται, και το άτομο «ζυγίζει» τις δράσεις του ως προς τα αποτελέσματα που είχαν αναφορικά με την επίτευξη κάποιων προσωπικών στόχων που είχε θέσει στην νεότητά του. Καταστάσεις της ζωής επαναβιώνονται, και το άτομο αξιολογεί την αντίδρασή του σε αυτές. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, πιθανών να υπάρξουν απογοητεύσεις και επαναπροσδιορισμοί εννοιών. Μπορεί να τεθούν νέοι στόχοι για το μέλλον, να παρθούν σημαντικές αποφάσεις για την πορεία ζωής του ατόμου και των σχέσεων με το περιβάλλον του, ή ακόμα και το άτομο να απογοητευθεί τόσο πολύ που να παραιτηθεί από οποιαδήποτε νοσηματοδότηση των πράξεών του.

Η μερική ή ολική τύφλωση στη μέση ηλικία προσλαμβάνεται ως ένα δεδομένο που γεμίζει το άτομο με ανασφάλειες, φόβους και αγωνία για το μέλλον. Μέσα από την επανεξέταση της ζωής του το άτομο προσπαθεί να κατανοήσει και να αποδεχθεί την προσωπική του συνεισφορά που σχετίζεται με την απώλεια όρασης, η οποία μπορεί να είναι είτε ξαφνική είτε σταδιακή. Μήπως δεν έλαβε νωρίς μέτρα για την αποφυγή της; Υπήρχαν δυνατότητες πρόβλεψης και έγκαιρης θεραπείας της; Τι θα μπορούσε να κάνει καλύτερα το άτομο; Τι αμέλησε να κάνει; Κατά τη διαδικασία αυτή ίσως το άτομο αρχίζει και σκέφτεται θέματα αρρώστιας και ζωτικότητας. Συνειδητοποιεί ότι η ενέργεια και η ζωτικότητά του δεν είναι ανεξάντλητες και ότι σταδιακά θα τον εγκαταλείψουν και ότι το πρόβλημα της τύφλωσης θα επιδεινώσει τα πιθανά ιατρικά προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν στο μέλλον.

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό ο ενήλικας τυφλός να μην καταθέσει τα όπλα, αλλά να καταφέρει να θέσει νέους στόχους για το επόμενο στάδιο της ζωής του, λαμβάνοντας υπόψη του τους περιορισμούς της όρασής του. Για να το καταφέρει αυτό θα πρέπει, σύμφωνα με τον Χατζηχαραλάμπους (2000), να καταφέρει να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα πανικού, φόβου και αγωνίας που σχετίζονται με την απώλεια όρασης. Αν το άτομο

κατακλυστεί από τέτοιου είδους συναισθήματα μπορεί να παραιτηθεί και να οδηγηθεί σε μία παθητικότητα από την οποία δεν θα μπορεί να εξέλθει.

Η απώλεια όρασης στην τρίτη ηλικία είναι αρκετά συχνή. Όπως είδαμε και νωρίτερα αρκετές από τις παθήσεις που οδηγούν στην τύφλωση, όπως ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, η εκφύλιση της ώχρας κηλίδας και παθήσεις του αμφιβληστροειδή μπορούν να εμφανιστούν ή να επιδεινωθούν αν δεν γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις, στην τρίτη ηλικία.

Η τρίτη ηλικία ορίζεται ως η ηλικία μετά τα 60 έτη και παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες, δεδομένου ότι κατά την ηλικία αυτή – κάποιες φορές και νωρίτερα- το άτομο αρχίζει να αντιμετωπίζει τις σοβαρές σωματικές επιπτώσεις τόσο της φυσιολογικής γήρανσης του οργανισμού όσο και τα προβλήματα που πιθανόν να προέρχονται από ασθένειες ή παθήσεις που δεν έχουν κατάλληλα αντιμετωπιστεί σε προγενέστερο στάδιο. Αρχίζουν και εξαρτώνται όλο και περισσότερο από το περιβάλλον τους αναπτύσσοντας και συντηρώντας μία παθητική στάση για τη ζωή. Είναι συχνό άλλωστε φαινόμενο, να ακούμε ηλικιωμένους οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, ή που ρυθμίζουν επιτυχημένα την πάθησή τους με φαρμακευτική αγωγή, να δηλώνουν ότι «εγώ την έζησα τη ζωή μου, έκανα τον κύκλο μου» κ.α. Η παθητική αυτή στάση για τη ζωή αντικαθιστά τον δυναμισμό και την αγωνιστικότητα που είχε κάποτε το άτομο, το οποίο τώρα περνάει μεγάλο μέρος του χρόνου του αναπολώντας τη ζωή του.

Το πρόβλημα της απώλειας όρασης έρχεται να προστεθεί σε όλα τα παραπάνω, επιδεινώντας την αίσθηση της απώλειας ελέγχου. Ο φόβος του σκότους προσομοιάζει για τον άνθρωπο με τον φόβο του θανάτου γιατί και τα δύο εμπεριέχουν το άγνωστο. Ο φόβος λοιπόν για το άγνωστο διπλασιάζεται και μεγαλοποιείται και οδηγεί τον ηλικιωμένο να απομακρυνθεί περισσότερο από τον πραγματικό κόσμο και τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του. Οι Nyman et. al (2010) ανέλυσαν 174 επιστημονικές έρευνες που αφορούσαν τα επιπτώσεις της τύφλωσης στους ηλικιωμένους. Η μετα-ανάλυση τους έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι με απώλεια όρασης έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και έκπτωσης της νοητικής λειτουργίας αλλά και να διαγνωστούν με κατάθλιψη, από τα άτομα αντίστοιχης ηλικίας χωρίς προβλήματα όρασης. Επιπλέον, φαίνεται ότι η συσχέτιση με την κατάθλιψη έχει να κάνει όχι τόσο με την κατηγοριοποίησή τους ως «τυφλούς», αλλά με την έκπτωση των οπτικών λειτουργιών που δημιουργούν πολλαπλά προβλήματα στην καθημερινότητά τους. Από την άλλη μεριά, αν και η κοινωνική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων τυφλών εμφανίζεται μειωμένη, το μέγεθος των κοινωνικών δικτύων και οι κοινωνικές δραστηριότητες δεν εμφανίζουν διαφοροποίηση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι στην παραπάνω μετα-ανάλυση οι ηλικιωμένοι με προβλήματα όρασης δεν εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα άγχους ή μειωμένη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους υγιείς συνομήλικούς τους.

Σε όποια λοιπόν ηλικία και αν συμβεί η απώλεια όρασης, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Ακόμα και τα εκ γενετής τυφλά άτομα, ή εκείνα που τυφλώθηκαν σε νεαρή ηλικία, καλούνται να ζήσουν σε ένα περιβάλλον που έχει δημιουργηθεί από βλέποντες για βλέποντες. Η προσαρμογή σε αυτό το περιβάλλον παρουσιάζει δυσκολίες και προκλήσεις, οι οποίες, σε συνδυασμό με τον φόβο της κοινωνίας προς το διαφορετικό μπορεί συχνά να οδηγήσει σε αδιέξοδα και ψυχολογικές παθογένειες. Η ψυχολογική λοιπόν υποστήριξη των τυφλών και μερικώς βλεπόντων ατόμων είναι επιβεβλημένη, θα πρέπει όμως να λαμβάνει χώρα έγκαιρα, οργανωμένα και ολιστικά προκειμένου να έχει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

3.7. Παρεμβάσεις και προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης για άτομα με προβλήματα όρασης

3.7.1. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για παιδιά και εφήβους

Το πρώτο Νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου αποκλειστικά για την εκπαίδευση των τυφλών ατόμων δημιουργήθηκε το 1980 και αποτελεί μετεξέλιξη ενός μέχρι τότε φιλανθρωπικού ιδρύματος που ήταν υπό τον έλεγχο της εκκλησίας. Πρόκειται για το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ) ή αλλιώς «Φάρο Τυφλών». Ο σκοπός του κέντρου είναι η άρτια εκπαίδευση και επιμόρφωση των τυφλών παιδιών, η ομαλή κοινωνικοποίησή τους και η παρέμβαση μέσω προγραμμάτων που αφορούν την προσωπικότητα των ατόμων αυτών.

Στην Β. Ελλάδα λειτουργεί από το 1972 το Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών Β.Ε. «Ο Ήλιος», το οποίο περιλαμβάνει και Σχολή Τυφλών. Στις δύο αυτές δομές λειτουργούν Νηπιαγωγείο και Δημοτικό σχολείο για παιδιά με προβλήματα όρασης. Παρόμοια σχολεία λειτουργούν και σε άλλα μέρη της Ελλάδας όπως στην Πάτρα και τα Ιωάννινα. Αναφορικά με την τυπική τους εκπαίδευση που ακολουθεί το αναλυτικό πρόγραμμα του Υπουργείου Παιδείας, τα παιδιά με οπτικά προβλήματα μπορούν να ενσωματωθούν στα τμήματα ένταξης των γενικών σχολείων της χώρας. Εκεί, εκπαιδευτικοί με ειδικότητα στην ειδική αγωγή- όχι όμως πάντα εξειδικευμένοι με τις μαθησιακές ανάγκες μη βλεπόντων- βοηθούν στην ομαλή ενσωμάτωση των μαθητών αυτών στην τάξη. Επίσης στα παραπάνω κέντρα λειτουργούν εκπαιδευτικά προγράμματα που έχουν ως στόχο είναι η λειτουργική ενσωμάτωση των ατόμων με μερική ή ολική τύφλωση στο κοινωνικό σύνολο. Συγκεκριμένα προσφέρονται μαθήματα αγγλικών, μουσικής και μουσικών οργάνων, χειροτεχνίας, αγγειοπλαστικής και γραφομηχανής (Τσιναρέλης, 2005)

Πέραν από την τυπική εκπαίδευση των παιδιών φαίνεται πως υπάρχει ανάγκη εξειδικευμένων συμβούλων οι οποίοι να μπορούν να αναγνωρίζουν τα ταλέντα των παιδιών και να τους παρέχουν πλήρεις πληροφορίες για τις απαιτήσεις των διαφόρων επαγγελμάτων, για τα σχολεία κατάρτισης, τις επαγγελματικές ευκαιρίες, την εργασιακή νομοθεσία και τις υπηρεσίες επαγγελματικής τοποθέτησης, όπου αυτές υπάρχουν. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους έφηβους τυφλούς, οι οποίοι θεωρούν ότι πρακτικά δεν μπορούν να ασχοληθούν με ορισμένα επαγγέλματα. Αυτό συμβαίνει συχνά λόγω κακής πληροφόρησης, αλλά και λόγω των σοβαρών προκαταλήψεων που υπάρχουν στην Ελλάδα αναφορικά με τις σωματικές και πνευματικές ικανότητες των τυφλών.

Χρειάζεται λοιπόν μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση αναφορικά με την πλήρη ενσωμάτωση των ατόμων με μερική ή ολική τύφλωση στην Ελληνική κοινωνία. Ακόμα και σήμερα, που η ελληνική κοινωνία φαίνεται να είναι πιο ανεκτική και θετικά προσκείμενη προς τα άτομα με προβλήματα όρασης από ότι ήταν για παράδειγμα την δεκαετία του '70, δεν παύουν να υπάρχουν κοινωνικοί και επαγγελματικοί περιορισμοί που οδηγούν στην γκετοποίηση των ατόμων με προβλήματα όρασης, όπως για παράδειγμα γίνεται με τις επαγγελματικές οδούς που φαίνεται να επιλέγουν έλλειψη άλλης πληροφόρησης και καθοδήγησης τα άτομα αυτά (επάγγελμα τηλεφωνητή, δακτυλογράφου κλπ).

Σύμφωνα με τη Σιδηροπούλου- Δημακάκου (2005), αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσα από τη συνεργασία επιστημονικών συμβούλων και αρμόδιων κρατικών φορέων και υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό, θα μπορούσαν να δημιουργηθούν κέντρα επαγγελματικού προσανατολισμού τόσο στα γενικά όσο και στα ειδικά σχολεία, άρτια στελεχωμένα με επαγγελματικούς και σχολικούς συμβούλους, ειδικούς παιδαγωγούς εξειδικευμένους σε θέματα τύφλωσης, ψυχολόγους υγείας και κοινωνικούς ψυχολόγους καθώς και κοινωνικούς λειτουργούς.

Η έλλειψη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής είναι και αυτή ένα φλέγον θέμα. Σήμερα, στα δημόσια σχολεία στα οποία λειτουργούν τμήματα ένταξης τα οποία δεν είναι

κατάλληλα με τα τεχνολογικά μέσα που θα δώσουν τη δυνατότητα μεταγραφής του υλικού πληροφόρησης μέσω γραφής Braille. Επιπλέον, δεν υπάρχει η προσφορά ομιλούντων βιβλίων προς τους τυφλούς μαθητές, όπως συμβαίνει λόγω χάρη στα ειδικά σχολεία για τυφλούς. Με δεδομένο ότι τα ειδικά κέντρα αυτά βρίσκονται μόνο στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, γίνεται κατανοητό ότι μεγάλος αριθμός τυφλών παιδιών που φοιτούν σε τμήματα ένταξης δημοσίων σχολείων βρίσκεται σε δυσχερή θέση αναφορικά με τα εκπαιδευτικά και επαγγελματικά του μετέπειτα εφόδια, γεγονός που δεν οδηγεί μακροπρόθεσμα στην άρση των αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων που επικρατούν.

3.7.2. Παρεμβάσεις και προγράμματα για ενήλικα και ηλικιωμένα άτομα με μερική ή ολική τύφλωση

Σύμφωνα με την μελέτη των Nyman et. al (2010), οι παρεμβάσεις ψυχολογικής υποστήριξης προς τα ενήλικα και ηλικιωμένα άτομα με προβλήματα όρασης είναι αποτελεσματικές όταν επικεντρώνονται στις άμεσες ψυχοκοινωνικές ανάγκες τους, παρά γίνεται προσπάθεια επανένταξης μέσω έμμεσης λειτουργικής υποστήριξης. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να βοηθήσουν τα άτομα με προβλήματα όρασης να προσδιορίσουν τις δικές τους συναισθηματικές ανάγκες και να εξακριβώσουν ποιους από αυτούς που εμπλέκονται στις ομάδες υποστήριξης μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτές (Foxall et al. 1993). Οι ομάδες υποστήριξης περιλαμβάνουν τόσο το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο του πάσχοντα (οικογένεια, φίλοι, συνάδερφοι κ.α.), όσο και τις ειδικές υποστηρικτικές ομάδες που έχουν συσταθεί για τον λόγο αυτό. Σε πολλά πανεπιστήμια της χώρα λόγω χάρη, έχουν δημιουργηθεί ομάδες υποστήριξης φοιτητών με αναπηρία, οι οποίες βοηθούν τον φοιτητή σε θέματα σημειώσεων, καθοδήγησης, μελέτης και μετακίνησης. Άλλες πάλι υποστηρικτικές ομάδες λειτουργούν στα πλαίσια Συλλόγων και μη κερδοσκοπικών εταιριών (Ελληνική Ομοσπονδία Τυφλών, Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών κ.α.) και παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μέσω βιωματικών ομάδων και προγραμμάτων όπως π.χ. το «Βοήθεια στο Σπίτι». Στα πλαίσια των προγραμμάτων αυτών παρέχονται- εκτός από πρωτοβάθμια περίθαλψη και συμβουλευτικές υπηρεσίες, οι οποίες βέβαια θα πρέπει- ιδανικά - να απευθύνονται σε ολόκληρο το οικογενειακό πλαίσιο, και όχι απλά στον πάσχοντα.

Δεδομένου ότι γνωρίζουμε πως οι ηλικιωμένοι με απώλεια όρασης δεν έχουν μεγαλύτερο βαθμό μοναχικότητας συγκριτικά με άλλους υγιείς ηλικιωμένους, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσπαθήσουν να κατανοήσουν τις ατομικές συναισθηματικές ανάγκες του καθενός προκειμένου να βοηθήσουν (Foxall & Gaston-Johansson, 1996). Ειδικά για τα ενήλικα και ηλικιωμένα άτομα ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε προγράμματα προσαρμογής, που αφορούν την εκμάθηση δεξιοτήτων που θα επιτρέψουν στο άτομο με μειωμένη όραση να κατακτήσει την προσωπική του αυτονομία και ανεξαρτησία, δηλαδή να καταφέρει να εκτελέσει με επιτυχία την καθημερινή του ρουτίνα τόσο εντός του σπιτιού του, όσο και στις συναναστροφές του εκτός αυτού. Αυτό θα οδηγήσει σε ομαλή προσαρμογή, σε επαναπόκτηση της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ατόμου και σε σταδιακή ένταξη στο κοινωνικό σύνολο (Casten & Rovner, 2006). Οι γνώσεις και οι τεχνικές αυτές θα πρέπει να παρέχονται σταδιακά και ομαλά, ούτως ώστε το άτομο να τις αποδέχεται και να τις αφομοιώνει προτού τις θέσει σε δοκιμαστική εφαρμογή. Ο ρόλος του ειδικού είναι εξάλλου να παρακινήσει το άτομο σε δράση η οποία με τη σειρά της θα επιφέρει θετικές προσδοκίες για την εξέλιξη της ζωής του και θα δημιουργήσει ελπίδα για το μέλλον (Thymm et. al., 2013).

Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αναλυθούν οι παράγοντες που δομούν την όραση ως οπτικό φαινόμενο, να εξετασθούν οι ψυχολογικές παράμετροι της όρασης τόσο σε φυσιολογικό όσο και σε αντιληπτικό επίπεδο, και να συζητηθούν οι επιπτώσεις της μερικής ή ολικής έλλειψης όρασης στην ψυχολογία του ατόμου. Τα οφθαλμολογικά συμπτώματα που συνδέονται με ψυχολογικές διαταραχές εν τη απουσία συγκεκριμένων απτών οφθαλμολογικών βλαβών μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το πολύπλοκο αντιληπτικό σύστημα του ανθρώπου- το οποίο ακόμα δεν έχει πλήρως χαρτογραφηθεί και κατανοηθεί- είναι πολλές φορές υπεύθυνο για τη δημιουργία μιας «υποκειμενικής» όρασης. Μέσα στο στενό βιοϊατρικό πλαίσιο της διάγνωσης που επικρατεί στον δυτικό κόσμο, θα πρέπει οι επιστήμονες υγείας που ασχολούνται με την όραση να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν αντιλαμβάνονται προβλήματα όρασης που δεν μπορούν να εξηγηθούν βάση των κλινικών ευρημάτων.

Επίσης από την παραπάνω βιβλιογραφική έρευνα διαφαίνεται ότι τόσο η απώλεια, όσο και η διαστρέβλωση της οπτικής αντίληψης μπορεί να δημιουργήσει ή να επιδεινώσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στο άτομο, συχνά μη αναστρέψιμα. Ιδιαίτερα οι περιπτώσεις συνοσηρότητας με άλλες ψυχολογικές ή σωματικές παθήσεις οδηγούν σε έκπτωση της ποιότητας ζωής σε μεγάλο βαθμό. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η παρέμβαση πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων υγείας, οι οποίοι σε συνεργασία θα πρέπει να δημιουργήσουν εξειδικευμένα και εξατομικευμένα προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που θα αντιμετωπίζουν τον πάσχοντα ολιστικά. Η στείρα μάθηση δεξιοτήτων αποκομμένων από τα «θέλω» του πάσχοντα, αλλά και η έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού γύρω από την μερική ή ολική τύφλωση, το μόνο που θα καταφέρουν είναι η διαιώνιση της πρακτικής κοινωνικής περιθωριοποίησης που τα μη βλέποντα άτομα βιώνουν.

Ως κοινωνία ως σύνολο, αλλά και ως επαγγελματίες στον χώρο της όρασης, θα πρέπει όλοι μας να συμβάλουμε προς την κατεύθυνση αυτή. Αλλιώς κινδυνεύουμε ως κοινωνία να επαληθεύσουμε τη γνωστή ευαγγελική ρήση: *«τυφλός δεν τυφλόν εάν οδηγή, αμφότεροι εις βόθυνον πεσούνται»*.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αγραφιώτης Δ. (2003). *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Γιωσαφάτ, Μ. (2003). *Τι είναι θεραπευτικό στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία; Νέες απόψεις*. Στο Αναγνωστόπουλος, Δ., Ασλανίδης, Ε., Βασιλαματζής, Γ. κ.α. «Η Ψυχανάλυση στον 21ο αιώνα». Αθήνα: Παπαζήση. Σελ. 151-170.
- Bourdin, D. (2005). *Η Ψυχανάλυση από τον Φρόιντ ως τις μέρες μας*. (Α. Καραστάθη. Μεταφ). Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- DiMatteo, M. R. & Martin L.R., (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. (Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ευαγγέλου, Α., Καλφακάκου, Β. (Επιμ.).(2004). *Εγχειρίδιο Ιατρικής Φυσιολογίας*. 10^η έκδοση. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Α., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ιωσηφίδη, Π., & Ιωσηφίδης, Ι. (2008). Η προσωποκεντρική προσέγγιση του C. Rogers. Στο Γ. Ποταμιάνος, & κ. συν., *Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Jones, E. (2003). *Σίγκμουντ Φρόιντ: Η ζωή και το έργο του*. (Ξ. Κομνηνός. Μεταφ.). Αθήνα : Ίνδικτος.
- Καλαποθαράκου, Η. (2013). *Ταξινόμηση οφθαλμικών κινήσεων με χρήση τεχνικών νευρωνικών δικτύων*. (Ανέκδοτη διπλωματική εργασία). Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Αθήνα.
- Κοσμόπουλος, Α., Μουλαδούδης, Γ. (2003). *Ο Carl Rogers & η Προσωποκεντρική του Θεωρία για την Ψυχοθεραπεία και την Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουλιεράκης, Γ. (2006) Ψυχολογία της Υγείας και Δημόσια Υγεία: Συνάντηση και συνεισφορές, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. *Ψυχολογία*. **13(2)**. 67-77.
- Κουλιεράκης, Γ. (2001). Η ανθρώπινη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία και την αρρώστια. Στο Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., Πάντζου, Π. *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας*. Τόμος Β'. «Συμπεριφορές Υγείας: Πρότυπα και Μεταβολές». Αθήνα: Ε.Α.Π.
- Lindberg, D. (1999). *Οι Απαρχές της Δυτικής Επιστήμης*. Αθήνα: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Ε.Μ.Π.
- Merry, T. (2002). *Πρόσκληση στην προσωποκεντρική προσέγγιση*. Αθήνα: Καστανιώτη

- Νασιάκου, Μ., Χαντζή Α., Φατούρου – Χαρίτου Μ. (2005). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*. (4^η έκδοση). Αθήνα: Gutenberg
- Νασιάκου, Μ. (2000). *Εισαγωγή στην ψυχολογία* Αθήνα : Gutenberg.
- Ogden, J. (2000). *Ψυχολογία της υγείας*. (2η έκδοση). Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Α.Ε.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (2008). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. (13^η έκδοση.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδόπουλος, Κ. Σ. (2005). *Τύφλωση και Ανάγνωση: Διαβάζοντας με την αφή*. Εκδόσεις Ζήτη: Θεσσαλονίκη.
- Παπαστρατηγάκης, Β.Ν., (Επιμ.).(2004). *Κλινική Οφθαλμολογία: Μια συστηματική προσέγγιση*. (4^η έκδοση). Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- Παπαχρηστόπουλος, Ν.(Επιμ.).(2006). *Ψυχανάλυση και κοινωνικά συμπτώματα*. Αθήνα: Βιβλιόραμα.
- Ποντίκης, Ι. (2000). *Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων τυφλών*. Αθήνα:Φάρος Τυφλών της Ελλάδας.
- Ρούσσο, Π., Λ. (2011). *Γνωστική Ψυχολογία: Οι βασικές γνωστικές διεργασίες*. Αθήνα: Τόπος.
- Politzer, G. (χ.χ.). *Οι βάσεις της ψυχολογίας*. (Γ.Λίωνη. Μεταφ.) .Αθήνα: Γ.Αναγνωστίδη
- Σαμπατακάκη, Τ. (2002). *Σημειώσεις Προληπτικής Ψυχιατρικής και Αγωγής Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: ΑΤΕΙ Αθηνών.
- Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Δ. (1995). *Επαγγελματική συμβουλευτική και προσανατολισμός των μαθητών με αναπηρίες- Υπόθεση ανύπαρκτη. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής – Προσανατολισμού. 34.*
- Σιούτης, Σ. (2009). *Άτομα με προβλήματα όρασης, οικογένεια, κοινωνικές στάσεις*. Εισήγηση που παρουσιάστηκε στην Ημερίδα του Συλλόγου Τυφλών Μαγνησίας :Κοινωνικός ρατσισμός και άτομα με αναπηρία. Βόλος.
- Σκανδαλάκης, Ν.Π. (Επιμ.).(2007). *Ανατομία του Grey*, Τόμοι 1 & 2. (2^η έκδοση). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Τούντας, Γ. (2002). *Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας - Νέα υγεία
- Χατζηαραλάμπους Ε. (2000). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μμερικώς βλεπόντων και τυφλών ατόμων :Διαστάσεις αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης*. (Πτυχιακή εργασία). Νοσηλευτική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα

Ξενόγλωσση

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Belar, C. D., Deardorff, W. W., & Belar, C. D. (1995). *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bernstein, A.B., Clarke-Steward, A., Roy, E.J, Wickens, D.C.(1997). *Psychology*, (4th ed.) Houghton Mifflin Company.
- Brannon, L.N., Feist, J. (2010). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. (7th edition). California: Wadsworth/Thompson Learning
- Bruce, V., Green, P. R., Georgeson, M. A. (1996). *Visual perception* (3rd ed.). Psychology Press.
- Bubl,E., Ebert, D., Kern,E., Tebartz van Elst, L., Bach, M. (2012). Effect of antidepressive therapy on retinal contrast processing in depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*. **201 (2)** 151-158; doi: 10.1192/bjp.bp.111.100560
- Bubl, E., et al. (2010). Seeing Gray When Feeling Blue? Depression Can Be Measured in the Eye of the Diseased. *Biological Psychiatry*. **68**: 205-208. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.02.009.
- Bunce GE. (1990). Nutritional factors in cataract. *Annual Review of Nutrition*. **10**:233-254.
- Carvajal, J. J. R., Cardenas, A. A. A. (2012). Visual Anosognosia (Anton-Babinski Syndrome): Report of Two Cases Associated with Ischemic Cerebrovascular Disease. *Journal of Behavioral and Brain Science* (2): 394–398. doi:10.4236/jbbs.2012.23045
- Chen, J.J., Chang, H.F., Hsu, Y.C., Chen, D.L., (2015). Anton-Babinski syndrome in an old patient: a case report and literature review. *Psychogeriatrics*.(1):58-61. doi: 10.1111
- Compston, A., Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *Lancet* 372 (9648): 1502–17.
- Cumming, R.G., Mitchell, P., Smith, W.(2000). Diet and cataract: The Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology*.**107**(3): 450-456.
- Delcourt, C., Cristol, J.P., Tessier, F., Leger, C.L., Michel, F., Papoz, L. (2000) Risk factors for cortical, nuclear, and posterior subcapsular cataracts: the POLA study. *Pathologies Oculaires Liees a l'Age*. *American Journal of Epidemiology*.**151**(5):497-504.
- Derby, L., Maier, W.C. (2000). Risk of cataract among users of intranasal corticosteroids. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*.**105**(5):912-916.
- Dewsbury, D. (1991). Psychobiology. *American Psychologist* **46** : 198-205

- Flor, H., Fydrich, T., Turk, D.C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain*. **49**:221-230.
- Foxall, M.J., Gaston-Johansson, F. (1996). Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*. **24(5)** : 915–923.
- Gatchel, R. J., Oordt, M.S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gilbert, W., Suchan, B., Volkmann J., Herzog, H., Hömberg, V., Seitz, R.J.(2000). Visual Hallucinations in Recovery from Cortical Blindness. *Archives of Neurology*.**57(4)**.
- Hayes, C.S., Levin, E.M., Plumb- Vilardaga, J., Vilatte, L.J., et. al. (2011). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*. **44(2)**:180-98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002.
- Jamison, R.N., Virts, K.L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behavioral Research Therapy*. **28(4)**:283-7
- Lazarus, R.S., & Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Manford, M., Andermann, F.(1998). Complex visual hallucinations: clinical and neurobiological insights. *Brain*. (**121**):1819–1840.
- Matarazzo, J.D. (1984). Tobacco, alcohol, and caffeine use: a review of their interrelationships. *Psychological Bulletin*. **95(2)**:301-26.
- Matarazzo, J. D. (1980) Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*. **35(9)**. 807-817. doi.10.1037/0003-066X.35.9.807
- Menon, G.J., Rahman, I., Menon, S.J., et al. (2003). Complex visual hallucinations in the visually impaired: the Charles Bonnet syndrome. *Survey of Ophthalmology*. **48**:58–72.
- Merabet, L.B., Maguire, D., Warde, A., et al. (2004). Visual hallucinations during prolonged blindfolding in sighted. *Journal of Neurophthalmology*. **24(2)**:109–113.
- Mitchell, G. (2013). Selecting the best theory to implement planned change. *Nursing Management*. **20(1)**:32-7. doi: 10.7748/nm2013.04.20.1.32.e1013
- Michie, S., Abraham, C. (2004). Interventions to change health behaviors: Evidence-based or evidence - inspired? *Psychology & Health*. **19(1)**: 29-49. doi.org/10.1080/0887044031000141199

- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., Walker, A. (2004). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and Safety in Health Care*. **14**. 26-33.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Brady, E.U. (1990). Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **82**: 26–29.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A., Milich, R. S. (1994). *Introduction to Clinical Psychology* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2001). *Personality: Theory and research* (8th ed.). New York: Wiley.
- Rice W. R. (1998) The evolution of an enigmatic human trait: false beliefs due to pseudo-solution traps. *The American Naturalist* **179**:557-66.
- Schultz, D.P.,& Schultz, S.E. (1992). *A history of modern psychology*.(5th ed.). Fort Worth, TX : Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50(6) :1040-1053. doi.org/10.1037/0022-006X.50.6.1040
- Varma, S.D., Kovtun, S., Hegde, K.R. (2011). Role of UV irradiation and oxidative stress in cataract formation. Medical prevention by nutritional antioxidants and metabolic agonists. *Eye Contact Lenses*. **37(4)**:233-245.
- Wayne, D. (ed.). (2007). *Readings in the History of Psychology*. Amberg Press.
- Williams, J.M.G., Watts,T. N., Macleod, C., et al. (1997). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders* (2nd ed).Chichester: John Wiley & Son
- Wojcik, K.A., Kaminska, A., Blasiak, J., Szaflik, J., Szaflik, J.P. (2013). Oxidative Stress in the Pathogenesis of Keratoconus and Fuchs Endothelial Corneal Dystrophy. *International Journal of Molecular Science* **14**, 19294-19308.
- Zitnick, L.C., Kanade, T. (2000). A Cooperative Algorithm for stereo matching and occlusion detection. *IEEE Transactions of Pattern Analysis and Machine Intelligence*. 22 (7):1-10.

Διαδικτυακές πηγές

- Αγοραστός, Δ. (2008). Ο Ινιακός λοβός. Ανακτήθηκε από <http://psychologein.dagorastos.net/2008/09/24/occipital/> στις 3/6/2015
- American Psychology Association: "Definition of "Psychology". Ανακτήθηκε από <http://www.apa.org/about/index.aspx>. στις 20/8/2015
- Brink, T.L. (2008) *Psychology: A Student Friendly Approach*. "Unit One: The Definition and History of Psychology." Ανακτήθηκε από http://www.saylor.org/site/wp-content/uploads/2012/06/TLBrink_PSYCH01.pdf στις 7/8/2015 στις 30/5/2015
- Γκοτζαρίδης, Ε.Β. (2004). Πως σώζεται η ωχρά κηλίδα. Ιατρικά. Ανακτήθηκε από <http://www.gotzaridis.gr/pdf/pos-sozetai-i-oxra-kilida.pdf> στις 29/8/2015
- Casten, J.R., Rovner, W.B. (2006). Vision loss and depression in the Elderly. *Psychiatric Times*. Ανακτήθηκε από <http://www.psychiatrictimes.com/articles/vision-loss-and-depression-elderly/page/0/1> στις 9/5/2015
- Δημάκη, Κ. (χ.χ.). *Υπερμετροπία*. Ανακτήθηκε από <http://www.dimaki.gr/ypermetropia.htm> στις 1/6/2015
- Dworkin, P.H., Turk, D.C., Farrar, T.J., Haythornthwaite, J.A., et. al. (2005). Core outcome measures of chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. **113**. 9-19. Ανακτήθηκε από <http://www.immpact.org/static/publications> στις 30/6/2015.
- Εγκυκλοπαίδεια του ματιού: *Υπερμετροπία*. Ανακτήθηκε από <http://www.eyepathology.gr/400/newsid829/25> στις 2/6/2015
- Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρία (2010). Σακχαρώδης Διαβήτης. Ανακτήθηκε από <http://www.endo.gr/> στις 19/6/2015.
- Ελληνική κοινότητα θυρεοειδίτιδας Hashimoto. *Hashimoto Θυρεοειδίτιδα και οφθαλμολογικά προβλήματα*. Ανακτήθηκε από <http://hashimoto.gr/hashimoto-thireoiditida-ke-ofthalmologika-provlimata/> στις 29/5/2015
- Ελληνική Οφθαλμολογική Εταιρία. Γλαύκωμα. Ανακτήθηκε από <http://www.eyenet.gr/post/43> στις 23/5/2015
- Ericsson, K. A., Simon, H. A. (1993) *Protocol Analysis: Verbal Reports as Data*. MIT Press, Cambridge, MA. Ανακτήθηκε από <http://ammonwiemers.com/IdetPortfolio/articles/Assessment/Protocol%20Analysis%20--%20Verbal%20Reports%20as%20Data.pdf> στις 13/5/2015
- Hatton, P.M., Rubin, P.A.D., (2002). Thyroid Disease and the Eye. *Digital Journal of Ophthalmology*, [online] Ανακτήθηκε από <http://www.djo.harvard.edu/site.php?url=/patients/pi/438> στις 4/6/2015

- Iatropedia Εγκυκλοπαίδεια Υγείας. *Σακχαρώδης Διαβήτης*. Ανακτήθηκε από <http://www.iatropedia.gr/medical/malady/252> στις 16/6/2015
- Internet Encyclopedia of Philosophy (2015). *Thomas Reid: Philosophy of Mind*. Ανακτήθηκε από <http://www.iep.utm.edu/reidmind/> στις 22/5/2015
- James, W. (1892). *The Stream of Consciousness*. Psychology. Ανακτήθηκε από <http://psychclassics.yorku.ca/James/jimmy11.htm> στις 29/5/2015.
- Jelinek, G.A. (2013). *What is Multiple Sclerosis*. Overcoming Multiple Sclerosis [blog]. Ανακτήθηκε από <http://www.overcomingmultiplesclerosis.org/About-MS/What-is-MS/> στις 9/11/2015
- Jones, J. (2014). *Decreased Perception of Color in Depression*. Psych Central. Ανακτήθηκε από <http://psychcentral.com/news/2010/07/21/decreased-perception-of-color-in-depression/15826.html> στις 2/9/2015.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Ανακτήθηκε από <http://www.amhc.org/58-grief-bereavement-issues/article/8444-stage-of-grief-models-kubler-ross> στις 19/7/2015
- Lakhan, S. (2006). *The biopsychosocial model of health and illness*. Ανακτήθηκε από <http://brainblogger.com/2006/02/15/bps-the-biopsychosocial-model-of-health-illness/> στις 20/7/2015
- Μπόλιας, Κ., Τάσση, Μ. (1991). *Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού με αμφιβληστροειδοπάθεια κατά τα διάφορα στάδια της ανάπτυξης και ο ρόλος της οικογένειας. Πανελλήνια ένωση ασθενών μελαγχρωστικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Έντυπο 13*. Ανακτήθηκε από <http://www.retina.gr/books> στις 19/7/2015.
- McClamrock, R. (1991). Marr's Three Levels: A Re-evaluation. *Minds and Machines*. Ανακτήθηκε από <http://www.albany.edu/~ron/papers/marrlevl.html> στις 2/7/2015
- McLeod, S. A. (2015). *Skinner - Operant Conditioning*. Ανακτήθηκε από www.simplypsychology.org/operant-conditioning.html στις 5/5/2015
- McLeod, S. A. (2014). Type A Personality. Ανακτήθηκε από www.simplypsychology.org/personality-a.html στις 10/6/2015
- McLeod, S.A. (2007). Visual Perception Theory. Ανακτήθηκε από www.simplypsychology.org/perception-theories.html στις 11/6/2015
- Nyman, S. R., Gosney, M.A., Victor, R.C. (2010). *The Psychosocial Impact of Vision Loss on Older People*. Generations Review. British Society of Gerontology. Ανακτήθηκε από <http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/the-psychosocial-impact-of-vision-loss-on-older-pe.html> στις 28/8/2015.
- Online Etymology Dictionary – *Psychology*. Ανακτήθηκε από

<http://www.etymonline.com/index> στις 11/7/2015.

Πανελλήνιος Σύλλογος Ατόμων με Κερατόκωνο. *Η Πάθηση*. Ανακτήθηκε από <http://keratoconos.gr> στις 10/5/2015

PubMed Health Database [Internet]. *Glossary: Presbyopia*. National Library of Medicine (US). Ανακτήθηκε από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0023046/> στις 25/8/2015.

Scontz, F. (1975). Adaptation to chronic illness and disability. Στο Millon, T. et.al. (ed.). (1982). *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press

Τσιναρέλης, Γ. (2005). *Εκπαίδευση και άτομα με προβλήματα όρασης*. Αθήνα. Ανακτήθηκε από <http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/3679/1084.pdf>

Τσιούμας, Ν. (2005). *Οι Διαθλαστικές Ανωμαλίες και η διόρθωσή τους με γυαλιά*. Ανακτήθηκε από <http://www.iatronet.gr/ygeia/ofthalmologia/article/790> στις 29/5/2015.

Thimm, J.C., Holte, A., Brennen, T., Wang, E.A.C. (2013). Hope and expectancies for future events in depression. *Frontiers in psychology* (online). 4:470. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00470

U.S. Department of Health and Human Services (2012). The National Institutes for Health (2012). National Eye Institute. *Facts about diabetic Eye disease: Diabetic Retinopathy Defined*. Ανακτήθηκε από <https://nei.nih.gov/health/diabetic/retinopathy> στις 9/9/2015.

Watson, J.B. & Rayner, R. (1920). Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. Ανακτήθηκε από <http://psychclassics.yorku.ca/Watson/emotion.htm> στις 22/5/2015.

Weibell, C. J. (2011). *Principles of learning: 7 principles to guide personalized, student-centered learning in the technology-enhanced, blended learning environment*. Ανακτήθηκε από <https://principlesoflearning.wordpress.com> στις 6/6/2015.

World Health Organization (2015). *Diabetes*. Ανακτήθηκε από <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> στις 20/6/2015

World Health Organization (2015). *Prevention of Blindness and Visual Impairment: Global Data*. Ανακτήθηκε από <http://www.who.int/blindness/en/> στις 11/9/2015

Χριστοδουλίδης, Μ. (2015). *Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια: Αστιγματισμός*. Ανακτήθηκε από <http://blog.doctoranytime.gr/glossary/astigmatismos/> στις 18/7/2015.