

ΕΥΓΕΝΙΑ ΓΕΩΡΓΑΚΑ<sup>1</sup>

## Προς μια Κριτική Ψυχοκοινωνική Θεώρηση των Παραληρητικών Ιδεών

### Διαγνωστικά κριτήρια των παραληρητικών ιδεών

Οι παραληρητικές ιδέες ορίζονται στην ψυχιατρική βιβλιογραφία ως μη-φυσιολογικές πεποιθήσεις και περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια όλων των ψυχωτικών διαταραχών (American Psychiatric Association, 2000· World Health Organization, 1992). Τα κεντρικά κριτήρια για τη διάγνυσή τους είναι η απιθανότητα (οι πεποιθήσεις είναι ψευδείς με την έννοια ότι δεν ανταποκρίνονται στην εξωτερική πραγματικότητα, το περιεχόμενό τους είναι λανθασμένο, απίθανο ή αναληθοφανές), η ιδιορρυθμία (δεν ανταποκρίνονται σε ευρύτερες κοινωνικές πεποιθήσεις του πολιτισμού, μέσα στον οποίο ζει το άτομο), η απόλυτη βεβαιότητα (το άτομο είναι απόλυτως βέβαιο για την αλήθεια των πεποιθήσεών του) και η μη-διορθωσιμότητα (δεν αλληλάζουν μέσω αδιαμφισβήτητων επιχειρημάτων ή αποδείξεων) (Taylor, 1983). Η απιθανότητα και η ιδιορρυθμία αναφέρονται στο περιεχόμενο των πεποιθήσεων, το οποίο κρίνεται με λογικά-εμπειρικά και με κοινωνικοπολιτισμικά κριτήρια αντίστοιχα (Butler & Braff, 1991). Η απόλυτη βεβαιότητα και η μη-διορθωσιμότητα αφορούν τη μορφή με την οποία εκφράζονται και υποστηρίζονται οι πεποιθήσεις. Η διαφορά μεταξύ των δύο τάσεων σχετίζεται με την έμφαση που δίνεται στη σημασία του περιεχομένου και της μορφής αντίστοιχα (Boyle, 1996).

Ο βαθμός απιθανότητας που απαιτείται για τη διάγνωση μιας πεποίθησης ως παραληρητικής κυμαίνεται από το να είναι η πεποίθηση απολύτως αδύνατη ως το να είναι εκκεντρική, παράξενη ή ασυνήθιστη (Butler & Braff, 1991). Έχει, ωστόσο, επι-

1. Λέκτορας, Τμήμα Ψυχολογίας, Α.Π.Θ. E-mail: georgaca@psy.auth.gr.

σημανθεί ότι το ζήτημα της πιθανότητας ή απιθανότητας, της αλήθειας ή του ψεύδους των πεποιθήσεων είναι σχεδόν αδύνατο να επιλυθεί (Garety & Hemsley, 1994· Harper, 1992· Walkup, 1990). Το πρόβλημα της αλήθειας και του ψεύδους, που ορίζεται ως πρόβλημα του βαθμού ανταπόκρισης μιας πεποίθησης με την πραγματικότητα, έχει συζητηθεί επανειλημμένα αλλά δεν έχει επιλυθεί ποτέ επαρκώς στην ψυχιατρική βιβλιογραφία (Garety & Hemsley, 1994· Harper, 1992).

Η ιδιορρυθμία αποτελεί το δεύτερο κριτήριο της αλήθειας ή του ψεύδους του περιεχομένου των πεποιθήσεων. Πώς η αλήθεια και το ψεύδος συνάγονται από το γεγονός ότι οι πεποιθήσεις δεν είναι διαδεδομένες στην κοινότητα του ατόμου δεν είναι σαφές, δεδομένου ότι, όπως θα υποστηρίξω αργότερα, η οντολογία και η επιστημολογία στις οποίες βασίζεται η ψυχιατρική θεωρούν το σχηματισμό των πεποιθήσεων ατομικό αντιληπτικό και γνωστικό φαινόμενο. Δεδομένου ότι η ψυχιατρική δεν έχει μια θεωρία του ρόλου κοινωνικών παραγόντων στο σχηματισμό της γνώσης, είναι αδύνατο για αυτή να τεκμηριώσει θεωρητικά την παραδοχή ότι οι μη-κοινές πεποιθήσεις είναι ψευδείς πεποιθήσεις. Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί ότι η ιδιορρυθμία από μόνη της δεν μπορεί να αποτελέσει κριτήριο για την αναλήθεια των πεποιθήσεων, αφού αυτό θα ενείχε τον κίνδυνο παθολογικοποίησης μη-διαδεδομένων απόψεων εν γένει, π.χ. νέων επιστημονικών θεωριών, και θα συνέχεε τα όρια μεταξύ της δημιουργικότητας και της παθολογίας (Brockington, 1991· Maher, 1988). Επίσης, όπως θα δούμε αναλυτικότερα παρακάτω, μελέτες του γενικού πληθυσμού έχουν δείξει ότι οι παράλογες ιδέες είναι πολύ διαδεδομένες (Social Surveys/Gallup Poll Ltd, 1995), ότι οι παραληρητικές ιδέες είναι περισσότερο συχνές στο γενικό πληθυσμό από ό,τι θεωρούνταν παλιότερα (Poulton, et al., 2000· Van Os, Hannsen, Bijl & Ravelli, 2000) και ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στις πεποιθήσεις μεταξύ ατόμων με διάγνωση παραληρητικών ιδεών και μελών θρησκευτικών οργανώσεων (Peters, Joseph & Garety, 1999). Συγγραφείς που υιοθετούν κριτική στάση προς την ψυχιατρική (Gaines, 1988· Heise, 1988) έχουν επισημάνει ότι, παρά τις θεωρητικές δυσκολίες με την ιδιορρυθμία ως διαγνωστικό κριτήριο, η ιδιορρυθμία είναι το μόνο κριτήριο που οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρησιμοποιούν στην πράξη για να διακρίνουν τις φυσιολογικές από τις διαταραγμένες πεποιθήσεις.

Οι δυσκολίες στη διάγνωση των παραληρητικών ιδεών από την άποψη της αναλήθειας του περιεχομένου τους, έχουν οδηγήσει κάποιους ερευνητές στο να υποστηρίξουν ότι οι διαταραχές στη μορφή των ιδεών θα πρέπει να αποτελούν το κύριο διαγνωστικό κριτήριο. Έχει διατυπωθεί, παραδείγματος χάριν, η άποψη (Spitzer, 1990) ότι το περιεχόμενο της πεποίθησης δε θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διάγνωση των παραληρητικών ιδεών και ότι η απόλυτη πεποίθηση και η μη-διορ-

θωσιμότητα πρέπει να είναι τα μόνα διαγνωστικά κριτήρια. Η διατήρηση των πεποιθήσεων με απόλυτη βεβαιότητα και παρά την ύπαρξη πειστικών αντεπιχειρημάτων θεωρείται εγγενώς παθολογική, αφού παρεκκλίνει από την εικόνα του φυσιολογικού «ήλικου» ατόμου που αναμένεται να είναι πρόθυμο να συζητά τις απόψεις του/της, να θέτει υπό αμφισβήτηση τις πεποιθήσεις του/της όταν προκαλείται, να παρέχει τεκμήρια για τις απόψεις του/της και να απαντά σε τυχόν αντεπιχειρήματα. Πολλές αντιρρήσεις έχουν διατυπωθεί στη χρήση της απόλυτης πεποίθησης και της μη-διορθωσιμότητας ως κριτηρίων για τη διάγνωση των παραληρητικών ιδεών. Καταρχάς, η παραπάνω εκδοχή του «φυσιολογικού» τρόπου έκφρασης και διατήρησης πεποιθήσεων φαίνεται μάλλον εξιδανικευμένη. Οι περισσότεροι άνθρωποι δε διαθέτουν ούτε θεωρούν ότι χρειάζονται αποδείξεις για τις απόψεις τους –πολιτικές, θρησκευτικές, ηθικές κ.λπ.– και είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς ακόμη και τι θα συστατούσε απόδειξη για πολλές από αυτές τις πεποιθήσεις (Harper, 2004). Έχει τεκμηριωθεί ότι οι παραληρητικές ιδέες δε χαρακτηρίζονται πάντα από απόλυτη βεβαιότητα, τουλάχιστον όχι σε όλη τα στάδια σχηματισμού και διατήρησής τους (Brett-Jones, Garety & Hemsley, 1987· Garety, 1985· Hole, Rush & Beck, 1979). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να αλλιάξουν, όταν τα αντεπιχειρήματα παρουσιάζονται με κατάλληλο τρόπο (Alford & Beck, 1994· Chadwick, Birchwood & Trower, 1996· Chadwick, Lowe, Horne & Higson, 1994· Hartman & Cashman, 1983· Kingdon & Tuckington, 1994). Τέλος, έχει υποστηριχθεί ότι οι θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις, καθώς επίσης και οι επιστημονικές ιδέες, αρκετά συχνά χαρακτηρίζονται από παρόμοια βεβαιότητα και αντιστέκονται εξίσου στην αλλογή (Maher, 1988· Nisbett & Ross, 1980). Προσπάθειες να τεκμηριωθούν οι τρόποι έκφρασης και υποστήριξης των παραληρητικών ιδεών μέσω της ανάλυσης συζητήσεων των παραληρητικών ιδεών με άλλους έχουν δώσει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Ο Palmer (2000) υποστηρίζει ότι τα άτομα με παραληρητικές ιδέες παρουσιάζουν τις απόψεις τους ως δεδομένες και δε λαμβάνουν υπόψη ότι ο συνομιλητής μπορεί να μη συμμερίζεται τις απόψεις που εκφράζονται. Η Georgaca (2000, 2004α), από την άλλη, έχει δείξει ότι τα άτομα με διάγνωση παραληρητικών ιδεών εκφράζουν και διαπραγματεύονται τις θέσεις τους χρησιμοποιώντας τις συνηθισμένες στρατηγικές αλληλεπίδρασης και υποστήριξης απόψεων και αντιλώντας από κοινωνικά αποδεκτά συστήματα λόγων, και ότι ακόμη και σε αυτές τις περιπτώσεις οι διαφορές στην κατανόηση της πραγματικότητας δεν μπορούν να επιλυθούν στα πλαίσια μιας συζήτησης.

## Οι παραληρητικές ιδέες στην ψυχιατρική και την κλινική ψυχολογία

Στην ψυχιατρική οι παραληρητικές ιδέες θεωρούνται σύμπτωμα μιας ψυχικής διαταραχής, έκφανση μιας υποκείμενης παθολογίας. Οι παραληρητικές ιδέες, όπως και τα υπόλοιπα ψυχιατρικά συμπτώματα, θεωρούνται ποιοτικά διαφορετικές από τις φυσιολογικές ιδέες, αφού είναι αποτέλεσμα παθολογικών διεργασιών. Συνακόλουθα, το περιεχόμενό τους θεωρείται κενό νοήματος και το πλαίσιο στο οποίο εμφανίζονται δευτερεύουσας σημασίας. Με άλλα λόγια, οι παραληρητικές ιδέες παράγονται μέσω μιας παθολογικής εγκεφαλικής διεργασίας. Το περιεχόμενό τους, δηλαδή το τι πιστεύει το άτομο ότι του συμβαίνει, δεν είναι παρά μια επιφανειακή επικάλυψη αυτής της διεργασίας –σύμφωνα με μια ακραία διατύπωση δεν είναι παρά «ψυχοκοινωνικός θόρυβος» (Spitzer, 1990)– κι επομένως δεν έχει νόημα, ούτε είναι σημαντικό για την κατανόηση του φαινομένου των παραληρητικών ιδεών. Αντίστοιχα, το διαπροσωπικό και κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου αντιμετωπίζεται από τη μια πλευρά ως εκλυτικός παράγοντας ή παράγοντας επιδείνωσης των συμπτωμάτων κι από την άλλη ως πηγή αντίληψης των ιδεών που έρχονται να δώσουν συγκεκριμένο περιεχόμενο στη νοσηρή διεργασία διαμόρφωσης των παραληρητικών ιδεών. Με αυτή την έννοια, το διαπροσωπικό και κοινωνικό πλαίσιο, εντός του οποίου αναπτύσσονται οι παραληρητικές ιδέες, μπορεί να δώσει πληροφορίες σχετικά με το γιατί οι παραληρητικές ιδέες αναπτύχθηκαν ή επιδεινώθηκαν σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (εξαιτίας συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων που αντιμετώπισε το άτομο) και γιατί οι παραληρητικές ιδέες εκφράζονται με το συγκεκριμένο τρόπο (γιατί το άτομο, π.χ. πιστεύει ότι παρακολουθείται από την CIA αντί του να πιστεύει ότι καταδιώκει ο διάβολος), αλλά δεν μπορεί να παρέχει εξηγήσεις για την ίδια τη νοσηρή διεργασία που παρήγαγε τις παραληρητικές ιδέες (Cromby & Harper, υπό έκδοση). Αυτή η διεργασία αναζητείται στις οργανικές και κυρίως τις εγκεφαλικές διεργασίες, σε συμφωνία με τον ιατρικό προσανατολισμό της ψυχιατρικής και την προτίμησή της για βιολογικές ερμηνείες (Moncrieff & Crawford, 2001).

Σε αντίθεση με την ψυχιατρική, η κλινική ψυχολογία έχει κάνει τις τελευταίες δεκαετίες σημαντικά βήματα στην ανάπτυξη μιας εναλλακτικής προσέγγισης των παραληρητικών ιδεών. Ως συνέπεια της κριτικής της σχιζοφρένειας ως συνδρόμου (Bentall, 2003· Boyle, 2002), έχουν αναπτυχθεί προσεγγίσεις που επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες εμπειρίες/συμπτώματα, όπως ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ανεβασμένη διάθεση κ.λπ. Οι προσεγγίσεις αυτές επιχειρούν να κατανοήσουν τις συγκεκριμένες εμπειρίες χρησιμοποιώντας την ήδη υπάρχουσα γνώση της επι-

στήμης της ψυχολογίας σχετικά με την αισθητηριακή αντίληψη, το σχηματισμό και τη διατήρηση πεποιθήσεων, τη διάθεση κ.λπ. Με άλλα λόγια, ξεκινούν από την παραδοχή της συνέχειας μεταξύ «φυσιολογικών» και «παθολογικών» εμπειριών και προσπαθούν να εξηγήσουν παραδοσιακά «παθολογικές» εμπειρίες μέσω «φυσιολογικών» ψυχολογικών διεργασιών (Bentall, 2003).

Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, οι διεργασίες που θεωρούνται υπεύθυνες για την παραγωγή παραληρητικών ιδεών αφορούν είτε την αντίληψη (Maher, 1974, 1988) είτε τους γνωστικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων οι αντιληπτικές πληροφορίες υποβάλλονται σε επεξεργασία, όπως προβλήματα στην προσοχή (Bentall, Kaney & Dewey, 1991· Kaney, Wolfenden, Dewey & Bentall, 1992), στην επεξεργασία πληροφοριών (Neufeld, 1990) και τις επαγωγικές διεργασίες (Broga & Neufeld, 1981· McCormick & Broekema, 1978). Οι επικρατέστερες θεωρίες για τη διαμόρφωση των παραληρητικών ιδεών υποστηρίζουν ότι αυτές είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων τάσεων είτε της διαδικασίας απόδοσης αιτίου, είτε των πιθανολογικών συλλογισμών. Σύμφωνα με την πρώτη θεωρία, που επιχειρεί να εξηγήσει συγκεκριμένα τις παραληρητικές ιδέες δίωξης, οι παραληρητικές ιδέες επιτελούν μια αμυντική λειτουργία, αφού η τάση να αποδίδονται αρνητικά γεγονότα στους άλλους εμποδίζει την αρνητική αυτο-αντίληψη να φτάσει στη συνείδηση (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood & Kinderman, 2001· Bentall, Kinderman & Kaney, 1994). Το άλλο μοντέλο υποστηρίζει ότι τα άτομα που αναπτύσσουν παραληρητικές ιδέες τείνουν να βγάζουν εύκολα συμπεράσματα στη βάση ανεπαρκών στοιχείων και να είναι περισσότερο σίγουρα για την εγκυρότητα των συμπερασμάτων τους από ό,τι θα μπορούσε να υποστηριχθεί στη βάση των στοιχείων.

Οι πρόσφατες θεωρίες για την ανάπτυξη των παραληρητικών ιδεών στην κλινική ψυχολογία συχνά συζητούν το ρόλο του εαυτού, των συναισθημάτων και διαπροσωπικών παραγόντων στις παραληρητικές ιδέες. Ωστόσο, παρότι αναγνωρίζεται η σημασία της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών παραγόντων στην εμφάνιση και την πορεία των παραληρητικών ιδεών, αυτοί οι παράγοντες θεωρούνται δευτερεύοντες σε σχέση με τις γνωστικές διαδικασίες. Με άλλα λόγια, θεωρείται ότι οι παραληρητικές ιδέες παράγονται μέσω δυσλειτουργικών γνωστικών διεργασιών και ότι οι διαπροσωπικοί παράγοντες διαδραματίζουν διαμεσοληθιακό ρόλο, αποτελώντας έναυσμα για την ανάπτυξη παραληρητικών ιδεών ή δανείζοντας στις ιδέες το περιεχόμενό τους. Ο ίδιος ρόλος αποδίδεται και στις υλικές και κοινωνικές δομικές συνθήκες, στις οποίες ζει το άτομο (Cromby & Harper, υπό έκδοση). Έτσι, συστηματικά παραβλέπεται ο εγγενώς διαπροσωπικός και κοινωνικός χαρακτήρας των παραληρητικών ιδεών. Ως αποτέλεσμα, οι παραληρητικές ιδέες αντιμετωπίζονται ως παράξενες,

λανθασμένες και δυσλειτουργικές ατομικές πεποιθήσεις και όχι ως κατανοητές αντιδράσεις σε συγκεκριμένες διαπροσωπικές και κοινωνικές συνθήκες και εμπειρίες ζωής.

Είναι σαφές από τις θεωρίες που παρουσιάστηκαν παραπάνω ότι ο σχηματισμός και η συντήρηση της γνώσης γίνονται κατανοητά ως μια μορφή ελέγχου της πραγματικότητας: το άτομο αντιλεί πληροφορίες μέσω της αντίληψης, διατυπώνει υποθέσεις σχετικά με αυτές τις πληροφορίες, εξάγει συμπεράσματα και επιζητά περαιτέρω στοιχεία για την επιβεβαίωση ή αντίστροφα την ακύρωση των συμπερασμάτων του. Οι συναισθηματικές διεργασίες επηρεάζουν την κατεύθυνση αυτών των γνωστικών μηχανισμών και ο διαπροσωπικός έλεγχος της πραγματικότητας λειτουργεί προστατευτικά προς τις διαστρεβλώσεις, στις οποίες οι άνθρωποι είναι επιρρεπείς. Το άτομο με παραληρητικές ιδέες, εξαιτίας ελλειμμάτων ή στρεβλώσεων σε κάποιο σημείο αυτής της διαδικασίας, έχει καταλήξει σε λανθασμένα συμπεράσματα για τον εαυτό του και τον κόσμο (Georgaca, 2000). Η παραπάνω εξήγηση των παραληρητικών ιδεών αποτελεί έκφραση του εμπειριοκρατικού και του ορθολογικού παραδείγματος, στα οποία βασίζεται η σύγχρονη επιστήμη (Gergen, 1985). Σύμφωνα με το εμπειριοκρατικό παράδειγμα, και ιδιαίτερα τη ρεαλιστική του εκδοχή που υιοθετούν οι κυρίαρχες προσεγγίσεις στην ψυχιατρική και την κλινική ψυχολογία, η γνώση αντανακλά την πραγματικότητα. Σωστή και έγκυρη γνώση είναι, επομένως, αυτή η γνώση που επαρκέστερα απεικονίζει τις ιδιότητες της εξωτερικής πραγματικότητας. Σύμφωνα με το ορθολογικό παράδειγμα, η γνώση παράγεται από τους εγγενείς μηχανισμούς επεξεργασίας των εισερχόμενων αντιληπτικών πληροφοριών. Σωστή γνώση, κατά συνέπεια, είναι εκείνη η γνώση που απεικονίζει επαρκώς τις εργασίες αυτών των έμφυτων καθολικών γνωστικών μηχανισμών. Η αναλήθεια των πεποιθήσεων μπορεί, κατά συνέπεια, να συναχθεί μέσω της σύγκρισης των πεποιθήσεων με την πραγματικότητα. Επίσης, οι δυσλειτουργικές διεργασίες, μέσω των οποίων διαμορφώθηκαν οι παραληρητικές ιδέες μπορούν να καταδειχθούν μέσω της εξέτασης των γνωστικών διεργασιών που ακολούθησε το άτομο (Gillett, 1994· Harper, 1996). Τόσο το εμπειριοκρατικό όσο και το ορθολογικό παράδειγμα εκλαμβάνουν το άτομο ως παθητικό δέκτη αντιληπτικών πληροφοριών και εγγενών γνωστικών διεργασιών, σύμφωνα με την κυρίαρχη αντίληψη του εαυτού στο σύγχρονο Δυτικό κόσμο (Sampson, 1993) και δε λαμβάνουν υπόψη τον εμφανή ρόλο των συναισθηματικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών παραγόντων στο σχηματισμό της γνώσης γενικότερα και των παραληρητικών ιδεών πιο συγκεκριμένα (Birchwood, 1999).

Στη συνέχεια θα εξετάσω μια συγκεκριμένη πτυχή αυτού του κυρίαρχου μοντέλου κατανόησης του ψυχικού πόνου, αυτή της εξίσωσης της τρέλλας με τον παραληρητισμό.

## Παραληρητικές ιδέες και παραλογοισμός

Η κατανόηση από την ψυχιατρική και την κλινική ψυχολογία των παραληρητικών ιδεών ως αποτέλεσμα ελλειμματικών, δυσλειτουργικών ή στρεβλών γνωστικών λειτουργιών απηχεί την ταύτιση της τρέλλας με τον παραλογοισμό, που σύμφωνα με τον Φουκώ (1964) χαρακτηρίζει τη σύγχρονη εκδοχή της τρέλλας. Η ταύτιση της τρέλλας με τον παραλογοισμό βασίζεται στην υπόθεση ότι υπάρχει ποιοτική διαφορά μεταξύ λογικής και παραλογοισμού, η οποία αντιστοιχεί στη θεωρούμενη ποιοτική διαφορά μεταξύ φυσιολογικότητας και τρέλλας. Δύο ακραία παραδείγματα αυτής της θέσης στη φιλοσοφία είναι το επιχείρημα ότι το νόημα συνδέεται άρρηκτα με τη λογική κι επομένως ότι οι παράλογες δηλώσεις δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι εννοούν αυτό που εκφράζουν (Bayne & Pacherie, 2004), καθώς και η θέση ότι το νοητικό περιεχόμενο συνδέεται άρρηκτα με τη λογική, δηλαδή ότι δεν είναι δυνατό να αποδώσουμε περιεχόμενο σε παράλογες διατυπώσεις (Georgaca, 2004b).

Η παραδοχή της ποιοτικής διαφοροποίησης μεταξύ της λογικής που χαρακτηρίζει τους φυσιολογικούς, ψυχικά υγιείς ανθρώπους και του παραλογοισμού που χαρακτηρίζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές συντηρούνταν επί δεκαετίες μέσω μελετών που διερευνούσαν τον επιπολασμό και τα χαρακτηριστικά συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών αποκλειστικά σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς (Harper, 2004). Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες του επιπολασμού ψυχιατρικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό υποστηρίζουν την ύπαρξη ενός συνεχούς μεταξύ φυσιολογικότητας και ψύχωσης (Freeman & Garety, 2003· Johns & Van Os, 2001). Όσον αφορά στις παραληρητικές ιδέες συγκεκριμένα, δειγματοληπτικές μελέτες δείχνουν ότι μεγάλα ποσοστά του γενικού πληθυσμού πιστεύουν στην ύπαρξη εξωγήινων και φαντασμάτων, στην τηλεπάθεια, στη μετά θάνατον ζωή, στην ικανότητα πρόβλεψης του μέλλοντος κ.λπ. (Social Surveys/Gallup Poll Ltd, 1995). Πολλές μελέτες του επιπολασμού των παραληρητικών ιδεών στο γενικό πληθυσμό έχουν δείξει ότι οι παραληρητικές ιδέες είναι αρκετά συνηθισμένες σε μη-κλινικούς πληθυσμούς (Ellett, Lopes & Chadwick, 2003· Poulton et al., 2000· Van Os et al., 2000· Verdoux et al., 1998). Μελέτες που συνέκριναν τα χαρακτηριστικά των παραληρητικών ιδεών σε ψυχιατρικούς και μη-ψυχιατρικούς πληθυσμούς (Peters, Day, McKenna & Orbach, 1999· Peters, Joseph, & Garety, 1999) βρήκαν ότι δε διέφεραν ως προς το περιεχόμενο των πεποιθήσεων, αλλά ως προς το βαθμό βεβαιότητας ως προς αυτές, το βαθμό ενασχόλησης του ατόμου με αυτές και τη δυσφορία που προκαλούσαν. Στη βάση τέτοιων ευρημάτων έχει υποστηριχθεί ότι στο επίκεντρο της παρέμβασης για την αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών θα πρέπει να είναι όχι η αλληλαγία των

πεποιθήσεων, αλλά η τροποποίηση της σχέσης του ατόμου με αυτές τις πεποιθήσεις με τρόπο που να μειώνεται η δυσφορία και να αυξάνεται η κοινωνική του λειτουργικότητα (Harper, 2004).

Η παραδοχή της ποιοτικής διαφοροποίησης μεταξύ λογικής/φυσιολογικότητας και παραλογοισμού/τρέλλας συντηρείται επίσης μέσω της έλλειψης θεωρητικής τεκμηρίωσης και συγκριτικής μελέτης της σχέσης ανάμεσα στις «φυσιολογικές» και τις «διαταραγμένες» λειτουργίες. Θα χρησιμοποιήσω ως παράδειγμα τη διαταραγμένη ομιλία, που αποτελεί ένα από τα κεντρικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών. Οι ψυχιατρικές μελέτες της ψυχωτικής διαταραγμένης ομιλίας αναλύουν τις διαταραχές στην ομιλία ατόμων με ψυχιατρική διάγνωση χωρίς ποτέ να τη συγκρίνουν με την ομιλία ατόμων χωρίς ψυχιατρική διάγνωση. Αντίστοιχα, στην κλινική μελέτη του ψυχωτικού λόγου, οι κλίμακες εκτίμησης των διαταραχών της σκέψης έχουν κατασκευαστεί στη βάση μιας εξιδανικευμένης άποψης της φυσιολογικής ομιλίας, χωρίς να έχει ληφθεί υπόψη ή να έχει μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο συνήθως μιλούν οι «φυσιολογικοί» άνθρωποι. Με άλλα λόγια, η ποιοτική διαφοροποίηση μεταξύ της φυσιολογικής και της διαταραγμένης σκέψης και ομιλίας θεωρείται δεδομένη και δεν εξετάζεται θεωρητικά και εμπειρικά. Ακριβώς αυτή η διαδικασία είναι που επιτρέπει την παραδοχή αυτή να συντηρείται. Από τη στιγμή που οι κλίμακες εκτίμησης των διαταραχών της ομιλίας δε συγκροτήθηκαν στη βάση της συνηθισμένης ομιλίας των «φυσιολογικών» ανθρώπων, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι από την εφαρμογή αυτών των κλιμάκων βρέθηκε ότι και οι «φυσιολογικοί» άνθρωποι υποφέρουν από ήπιες μορφές διαταραχών της σκέψης (Parker, Γεωργάκα, Harper, McLaughlin & Stowell-Smith, 2008).

Κατ' αντιστοιχία, οι μελέτες των συλλογιστικών διεργασιών που εμπλέκονται στη δημιουργία των παραληρητικών ιδεών συνέκριναν τις συλλογιστικές διεργασίες των ατόμων με παραληρητικές ιδέες όχι με τις συλλογιστικές διεργασίες «φυσιολογικών» ανθρώπων, αλλά με μια εξιδανικευμένη άποψη των φυσιολογικών συλλογιστικών διεργασιών. Έτσι, οι πρώτες μελέτες των συλλογιστικών διεργασιών στις παραληρητικές ιδέες οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι «φυσιολογικοί» άνθρωποι κάνουν συλλογιστικά λάθη στον ίδιο βαθμό με τα άτομα με παραληρητικές ιδέες και επομένως ότι οι διεργασίες συλλογισμού, απόδοσης αιτίου και λήψης αποφάσεων των ανθρώπων –παραληρητικών και μη– δεν υπακούν στους κανόνες της τυπικής λογικής (Garety, 1991· Garety & Freeman, 1999). Όντως, υπάρχουν σοβαρά ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσο τα θεωρητικά μοντέλα της λογικής αντιστοιχούν στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται στην καθημερινή τους ζωή (Maher, 1999). Το ευρύτερο πρόβλημα, ωστόσο, είναι ότι οι θεωρίες και μελέτες των πα-

ραηρητικών ιδεών παραδοσιακά θεωρούν τις παραληρητικές ιδέες ως διαταραγμένες πεποιθήσεις και εξετάζουν τα χαρακτηριστικά τους και την πορεία τους χωρίς αναφορά στις υπάρχουσες ψυχολογικές θεωρίες και μελέτες σχετικά με τις «φυσιολογικές» πεποιθήσεις. Όπως ανέφερα και νωρίτερα, νεότερες τάσεις στην κλινική ψυχολογία έχουν αρχίσει να αναστρέφουν αυτή την τάση, εξετάζοντας φαινόμενα που τυπικά θεωρούνται συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, χρησιμοποιώντας την ήδη υπάρχουσα ψυχολογική γνώση σχετικά με τις ψυχικές λειτουργίες (Bentall, 2003).

Τέλος, η παραδοχή ότι οι παραληρητικές ιδέες είναι αποτέλεσμα των εσωτερικών διεργασιών ενός ατόμου που απλώς λαμβάνει και επεξεργάζεται πληροφορίες συνδέεται στενά με τον πρωτεύοντα χαρακτήρα της μορφής της εμπειρίας σε σύγκριση με το περιεχόμενο. Τη διάκριση μεταξύ μορφής και περιεχομένου των συμπτωμάτων καθώς και τον πρωτεύοντα ρόλο της μορφής εισήγαγε στην ψυχοπαθολογία ο Jaspers (Walker, 1991). Έκτοτε, θεωρείται ότι η μορφή των ψυχικών φαινομένων απορρέει από τις καθολικές ιδιότητες του ανθρώπινου νου, ενώ το περιεχόμενο αντιμετωπίζεται ως προσωπικό, υποκειμενικό και ιδιοσυγκρασιακό. Ο πρωτεύων ρόλος της μορφής, εξάλλου, συνδέεται άμεσα και με τη σύγχρονη αντίληψη περί επιστήμης ως της διερεύνησης καθολικών φαινομένων (Boyle, 1992). Η έμφραση στη μορφή των ψυχικών φαινομένων είναι έκδηλη στα κριτήρια διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών. Όσον αφορά στις παραληρητικές ιδέες συγκεκριμένα, η προτεραιότητα που δίνεται στη μορφή παρά στο περιεχόμενο των δηλώσεων και πεποιθήσεων του ατόμου έχει δύο συνέπειες. Σε θεωρητικό επίπεδο οι προσπάθειες εξήγησης των παραληρητικών ιδεών επικεντρώνονται στην εξεύρεση των γνωστικών μηχανισμών που τις παράγουν και όχι του τρόπου με τον οποίο αυτό που πιστεύει το άτομο συνδέεται με τα γεγονότα και τις συνθήκες της ζωής του. Σε κλινικό επίπεδο, η αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών ταυτίζεται με την προσπάθεια εξουδετέρωσής τους μέσω φαρμακοθεραπείας, και δε γίνεται προσπάθεια να διατυπωθεί και να συζητηθεί το νόημα των συγκεκριμένων πεποιθήσεων για το άτομο. Κατ' αυτόν τον τρόπο ενισχύονται, βεβαίως, οι παραδοσιακές παραδοχές περί του παραλόγου και της μη-κατανοησιμότητας των παραληρητικών ιδεών.

### Η συστηματική παράβλεψη του ρόλου του άλλου

Στη σχετική βιβλιογραφία οι παραληρητικές ιδέες παρουσιάζονται ως πεποιθήσεις που εκφράζονται λεκτικά και που αναγνωρίζονται ως λανθασμένες ή παράλογες από τον ακροατή, στη συγκεκριμένη περίπτωση τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Οι διαδικασίες με τις οποίες ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αναγνωρίζει αυτές τις

δηλώσεις ως παραληρηματικές δε συζητούνται στην ψυχιατρική βιβλιογραφία και, όπως θα υποστηρίξω στη συνέχεια, αυτή ακριβώς η παραμέληση του ρόλου του άλλου συντηρεί τόσο την εξατομίκευση και παθολογικοποίηση των μη-κοινωνικά αποδεκτών πεποιθήσεων όσο και τη διάκριση μεταξύ διαταραγμένου ομιλητή και ψυχικά υγιούς ακροατή (Georgaca, 2004b· Parker et al., 2008).

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν επιζητούν συνήθως ανεξάρτητα εμπειρικά στοιχεία για να κρίνουν τις δηλώσεις των ασθενών ως παραληρητικές (Maher, 1992). Η κρίση τους βασίζεται στα λεγόμενα των ασθενών κατά την κλινική συνέντευξη, και ακόμη και σε αυτό το πλαίσιο δε φαίνεται να απασχολούνται ιδιαίτερα με το να συζητήσουν τα επιχειρήματα που ο ασθενής διατυπώνει για να υποστηρίξει τις απόψεις του (McCabe, Heath, Burns & Priebe, 2002). Από τη στιγμή που δεν υπάρχουν τεχνικές οδηγίες για την εκτίμηση της αλήθειας και του ψεύδους, της λογικής και του παραλόγου, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αναγκαστικά βασίζεται στην προσωπική του εκτίμηση. Το ερώτημα, επομένως, είναι σε ποια βάση η προσωπική εκτίμηση του επαγγελματία ψυχικής υγείας καθίσταται αρμόδια να καθορίσει την αλήθεια των δηλώσεων κάποιου και με ποια ιδιότητα καλούνται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να διατυπώνουν τέτοιες κρίσεις. Αυτού του είδους τα ερωτήματα απορρέουν επίσης από τη θέση ότι η αλήθεια ή η λογική μιας δήλωσης δεν μπορεί να καθοριστεί αφηρημένα και εκτός πλαισίου. Η δήλωση κάποιου κρίνεται ως παραληρητική από ένα άλλο άτομο σε ένα συγκεκριμένο ιστορικό, πολιτισμικό και θεσμικό πλαίσιο (Harper, 2004). Στην περίπτωση της διάγνωσης των παραληρητικών ιδεών, το θεσμικό πλαίσιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αφού ο άλλος είναι ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας, με δεδομένη τη θέση εξουσίας έναντι του ασθενή και με προνομιακή πρόσβαση στον ψυχιατρικό λόγο που έχει τη δύναμη να υποστηρίξει τις δηλώσεις αυτού που μπαίνει στη θέση του ασθενή ως σύμπτωμα μιας ψυχικής διαταραχής (Georgaca, 2004a). Προφανώς, παρά τις εγγυήσεις της ψυχιατρικής ότι ως επιστήμη μπορεί να κρίνει αντικειμενικά την αλήθεια και το ψεύδος, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας φαίνεται να βασίζονται στις εκτιμήσεις τους στην κοινή λογική και σε κοινωνικά αποδεκτές παραδοχές για τη φύση του ανθρώπου και της πραγματικότητας.

Σε αντίθεση με την παραμέληση του ρόλου του επαγγελματία ψυχικής υγείας στη διάγνωση μιας διαταραχής στην ψυχιατρική και σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογική βιβλιογραφία, υπάρχει σήμερα ένα αυξανόμενο ρεύμα μελετών του ρόλου των διαπροσωπικών διεργασιών στη διάγνωση και διαχείριση των ψυχικών διαταραχών (Barrett, 1988· Coulter, 1975· Hak, 1989· Pollner, 1975· Smith, 1978· Soyland, 1994). Αυτές οι μικρο-κοινωνιολογικές και εθνογραφικές μελέτες εξετάζουν τις ιδιότητες της

αλληλεπίδρασης μεταξύ του πελάτη και του επαγγελματία με στόχο να αναδείξουν τις υπόρρητες δεξιότητες και γνώσεις που χρησιμοποιούνται. Ο Palmer (2000), παραδείγματος χάριν, υποστηρίζει ότι η αναγνώριση μιας διαταραχής είναι ένα κοινωνικό και διαδραστικό ζήτημα τόσο με την έννοια ότι η διάγνωση μιας διαταραχής βασίζεται σε κοινωνικά κριτήρια όσο και με την έννοια ότι η διάγνωση είναι μια διαπροσωπική διαδικασία που διέπεται από συγκεκριμένη κοινωνική δομή. Ο στόχος, επομένως, της ανάλυσης των αλληλεπιδράσεων επαγγελματιών-πελατών είναι να αναδειχθούν οι ιδιότητες αυτής της άρρητης κοινωνικής δομής. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διάγνωση δεν είναι μια διαδικασία αναγνώρισης μιας διαταραχής αλλά μια διαδικασία ενεργούς κατασκευής της διαταραχής και μετατροπής του προσώπου σε ψυχικά πάσχοντα. Η ανάλυση από τον Barrett (1988) του μετασχηματισμού ενός προσώπου σε «πάσχοντα από σχιζοφρένεια» και στη συνέχεια σε «σχιζοφρενή» μέσω συνεντεύξεων και σύνταξης αναφορών αποτελεί εξαιρετικό παράδειγμα αυτού του είδους δουλειάς.

Η εφαρμογή αυτής της προσέγγισης στο πεδίο των παραληρητικών ιδεών επιχειρεί να απαντήσει στο ερώτημα πώς οι παραληρητικές ιδέες διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Σε δύο προηγούμενες εργασίες (Georgaca, 2000, 2004a) έδειξε ότι οι δηλώσεις που έχουν διαγνωστεί ως παραληρητικές παρουσιάζονται και υποστηρίζονται μέσω της χρήσης κατάλληλων συνομιλιακών στρατηγικών, στηρίζονται σε κοινωνικά αποδεκτά συστήματα γνώσης και εφαρμόζουν κατάλληλους αποδεικτικούς κανόνες. Επιπλέον, υποστήριξε ότι δεν υπήρχε τρόπος αυτές οι διαφωνίες σχετικά με ανταγωνιστικές εκδοχές της πραγματικότητας να επιλυθούν οριστικά στα πλαίσια της συζήτησης. Έδειξε τέλος ότι οι περιπτώσεις κατάρρευσης της επικοινωνίας οφείλονταν όχι στο αποδεδειγμένο ψεύδος των παραληρητικών ιδεών, αλλά στην έλλειψη επεξηγηματικών πλαισίων, εντός των οποίων θα μπορούσαν να συζητηθούν αυτές οι ανταγωνιστικές εκδοχές. Τουλάχιστον στις αλληλεπιδράσεις που αναλύθηκαν στις δύο εργασίες, τα κριτήρια της αναληθοφάνειας, της ιδιορρυθμίας, της απόλυτης βεβαιότητας και της μη-διορθωσιμότητας αποδείχθηκαν ότι δεν ισχύουν. Αυτό φυσικά θέτει το ζήτημα του τρόπου με τον οποίο λύνονται στην πράξη διαφωνίες σχετικά με την πραγματικότητα, και το ερώτημα που διατυπώθηκε ήταν ότι αυτές λύνονται στην πράξη, ειδικά σε ανισότιμα πλαίσια όπως μια ψυχιατρική συνέντευξη, μέσω της ανάληψης του ρόλου του επαγγελματία ψυχικής υγείας ως αρμόδιου να αποτιμά τις δηλώσεις του ασθενή και της υιοθέτησης από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας του ψυχιατρικού λόγου, εντός του οποίου οι δηλώσεις του ασθενή προσδιορίζονται ως συμπτώματα μιας ψυχικής διαταραχής (Georgaca, 2004a).

Η αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο της διάγνωσης, καθώς και στο ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων λόγου, με οδηγεί στην επόμενη ενότητα, που ασχολείται με το ρόλο των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων στις παραληρητικές ιδέες.

### Ο ρόλος των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων στις παραληρητικές ιδέες

Λόγω της προτεραιότητας που δίνεται στη μορφή και της έμφασης στους ατομικούς μηχανισμούς από το κυρίαρχο πλαίσιο κατανόησης των παραληρητικών ιδεών, το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών και η σύνδεση μεταξύ αυτών και των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων έχει παραμεληθεί από τη σχετική βιβλιογραφία. Υπάρχουν, ωστόσο, στοιχεία που υποδεικνύουν ότι το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών συνδέεται με το πολιτισμικό υπόβαθρο και το άμεσο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον του ατόμου (Suhail & Cochrane, 2002), καθώς επίσης και με το φύλο και την κοινωνική του τάξη (Suhail, 2003). Έχει βρεθεί ότι το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών αντανακλά τα κυρίαρχα ζητήματα της ζωής του ατόμου (Rhodes & Jakes, 2000) και ότι οι παραληρητικές ιδέες εξυπηρετούν συγκεκριμένες λειτουργίες για το άτομο (Boyle, 1992· Roberts, 1991· Schock, Clay & Cipani, 1998). Η παράνοια έχει συνδεθεί δημογραφικά με κοινωνικές θέσεις που χαρακτηρίζονται από έλλειψη δύναμης, εκμετάλλευση και θυματοποίηση (Mirowsky & Ross, 1983). Οι μελέτες του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών σε ομάδες μεταναστών δείχνουν ότι οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, όπως το αστικό περιβάλλον, η ανεργία, η κοινωνική απομόνωση και ο ρατσισμός, μπορεί να ευθύνονται για τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών σε αυτές τις ομάδες (για ανασκόπηση, βλ. Sharpley, Hutchinson, Murray & McKenzie, 2001). Τέλος, οι παραληρητικές ιδέες απαντώνται συνήθως σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας και η σχέση μεταξύ αυξημένων ποσοστών διάγνωσης σχιζοφρένειας και κοινωνικής μειονεξίας, από την άποψη της κοινωνικής τάξης, της εθνοτικής καταγωγής και της μειονοτικής υπόστασης, έχει αναμφισβήτητα αποδειχθεί ερευνητικά (Boydell et al., 2001· Croudace, Bloom, Jones & Harrison, 2000· Harrison, Gunnell, Glazebrook, Page & Kwiencinski, 2001).

Οι πρόσφατες προσεγγίσεις στην κλινική ψυχολογία εξετάζουν το ρόλο των κοινωνικών παραγόντων στην κατανόηση των παραληρητικών ιδεών. Ο Freeman και οι συνεργάτες του (2002), για παράδειγμα, περιλαμβάνουν τις προϋπάρχουσες πεποιθήσεις για τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο, τις πεποιθήσεις για την ψυχική

ασθένεια και κοινωνικούς παράγοντες, όπως η έλλειψη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, στο πολυπαραγοντικό μοντέλο των διωκτικών παραληρητικών ιδεών που προτείνουν. Ο Bentall και οι συνεργάτες του (2001) έχουν υποστηρίξει ότι διαπροσωπικοί παράγοντες, όπως η πρώιμη σχέση με τα πρόσωπα φροντίδας, μπορεί να αποτελούν τη βάση της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της υιοθέτησης ενός εξωτερικευτικού προτύπου απόδοσης αιτίου, που αποτελούν χαρακτηριστικά των διωκτικών παραληρητικών ιδεών, ένα επιχείρημα που υποστηρίζει επίσης ο Hingley (1992). Αυτές οι προσεγγίσεις, ωστόσο, εξακολουθούν να θεωρούν τις ψυχολογικές διεργασίες ως τον κεντρικό αιτιολογικό παράγοντα κι έτσι απέχουν πολύ από ένα πραγματικά πληουραλιστικό ολοκληρωμένο μοντέλο κατανόησης των παραληρητικών ιδεών.

Σε αντίθεση με τις επικρατούσες ψυχιατρικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις στις ψυχικές διαταραχές, που δίνουν προτεραιότητα σε συγκεκριμένους νευροβιολογικούς και δευτερευόντως ψυχολογικούς παράγοντες εις βάρος των διαπροσωπικών και κοινωνικών παραγόντων, θεωρώ ότι μια πραγματικά πληουραλιστική προσέγγιση στις ψυχικές διαταραχές γενικά και τις παραληρητικές ιδέες ειδικότερα θα όφειλε να λάβει υπόψη της το γνωστικό, το βιωματικό, το νευροβιολογικό και το κοινωνικό πλαίσιο, ως παράγοντες που αλληλεπιδρούν σε πολυπληθή επίπεδα με τρόπο που καθορίζει τις πεποιθήσεις ενός ατόμου για τον εαυτό του και αυτό που του συμβαίνει. Η μελέτη συγκεκριμένα των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων στο σχημασμό και τη διατήρηση των παραληρητικών ιδεών θα έπρεπε να περιλαμβάνει παράγοντες όπως το φύλο, την κοινωνική τάξη, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, τις επαγγελματικές θεωρίες για τις ψυχικές διαταραχές, τις επαγγελματικές πρακτικές διάγνωσης και διαχείρισης των διαταραχών, καθώς επίσης και διαπροσωπικούς παράγοντες, όπως τα πρώιμα πρότυπα σχέσεων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης κ.λπ. Ένα εξαιρετικό παράδειγμα μιας τέτοιας ολοκληρωμένης προσέγγισης των παραληρητικών ιδεών είναι μια κοινωνική θεωρία της παράνοιας ως αποτελέσματος ενός συνδυασμού βιολογικών, διαπροσωπικών, κοινωνικών δομικών και υλικών παραγόντων, με έμφαση στη βιωματική ενσώματη υποκειμενικότητα, που διατυπώθηκε πρόσφατα από τους Cromby και Harper (υπό έκδοση).

Στην τελευταία ενότητα του άρθρου θα εξετάσω εναλλακτικές προσεγγίσεις τόσο στη μελέτη όσο και στην αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών.

## Εναλλακτικές προσεγγίσεις στη μελέτη και αντιμετώπιση των παραληρητικών ιδεών

Μια εναλλακτική προσέγγιση των παραληρητικών ιδεών, αυτή που υιοθετήθηκε στο συγκεκριμένο άρθρο, αντλεί από το ρεύμα του κοινωνικού κονστρουξιονισμού, σύμφωνα με τον οποίο η πραγματικότητα δεν υπάρχει για τους ανθρώπους ως μια ανεξάρτητη οντότητα με την οποία αλληλεπιδρούν, αλλά κατασκευάζεται σε κοινωνικά πλαίσια μέσω αλληλεπιδραστικών διεργασιών. Στο πλαίσιο αυτό οι παραληρητικές ιδέες γίνονται αντιληπτές όχι ως πεποιθήσεις αλλά ως «πράξεις λόγου», ως δηλώσεις σχετικά με την πραγματικότητα και ειδικότερα σχετικά με το τι συμβαίνει στο άτομο. Εξάλλου, στην πράξη δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στις εσωτερικές διεργασίες του ατόμου, και η διάγνωση των παραληρητικών ιδεών γίνεται στη βάση των δηλώσεων του ατόμου είτε στο άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον είτε στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής συνέντευξης. Η αλήθεια των δηλώσεων, σύμφωνα με τις αρχές του κοινωνικού κονστρουξιονισμού, το κατά πόσο δηλαδή θα κριθούν ως έγκυρες από το συνομιλητή, εξαρτάται όχι από την ανταπόκρισή τους με την εξωτερική πραγματικότητα ή την ακεραιότητα των γνωστικών διεργασιών που τις παρήγαγαν, αλλά από το βαθμό στον οποίο αντλούν από κοινωνικά αποδεκτά συστήματα λόγων για τη διατύπωσή τους και από το κατά πόσο το άτομο χρησιμοποιεί κοινωνικά αποδεκτές συνομιλιακές στρατηγικές για τη διατύπωση και την υποστήριξή τους (Γεωργάκα, 2004).

Αυτή η προσέγγιση ανοίγει νέα ερευνητικά ερωτήματα σχετικά με τις παραληρητικές ιδέες. Καταρχάς, η προσέγγιση των παραληρητικών ιδεών ως «πράξεων λόγου» μας ωθεί να εξετάσουμε πώς οι παραληρητικές ιδέες συγκροτούνται, διατυπώνονται και γίνονται αντικείμενο διαπραγμάτευσης στα πλαίσια συνομιλίας. Αντλώντας από τα εννοιολογικά και μεθοδολογικά εργαλεία του κοινωνικού κονστρουξιονισμού, θα μπορούσαμε να εξετάσουμε τα είδη των παραδοχών σχετικά με τη φύση του κόσμου και του εαυτού που βρίσκονται στη βάση της διατύπωσης και διαπραγμάτευσής τους, τα είδη των συστημάτων λόγου που κινητοποιούνται για την υποστήριξή τους, τις ρητορικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τη διαπραγμάτευσή τους και τέλος τις θέσεις υποκειμένου που επικαλούνται οι συνομιλητές (Γεωργάκα, 2004). Με αφετηρία την παραδοχή ότι η διάγνωση των παραληρητικών ιδεών είναι μια κοινωνική εκτίμηση που λαμβάνει χώρα στα πλαίσια αλληλεπίδρασης, οφείλουμε να εξετάσουμε τις διαδικασίες μέσω των οποίων γίνονται αυτές οι εκτιμήσεις. Σημαντικά ερωτήματα είναι, για παράδειγμα, με ποια κριτήρια ο συνομιλητής δέχεται και απορρίπτει τους «παραληρητικούς» ισχυρισμούς, τι ρητορικές στρατηγικές χρησιμοποιεί και πώς αντλεί από τα διαγνωστικά κριτήρια των παραληρητικών ιδεών για



να χαρακτηρίσει τις δηλώσεις ενός ατόμου ως παραληρητικές. Αξίζει, τέλος, να εξεταστεί η θέση υποκειμένου από την οποία ο συνομιλητής αποτιμά την αλήθεια των δηλώσεων με τις οποίες έρχεται αναμέτωπος, ζήτημα που παραπέμπει σε θέματα κύρους και εξουσίας των συνομιλητών (Γεωργάκα, 2004· Harper, 2004· για έρευνες που έχουν μελετήσει τις παραληρητικές ιδέες από αυτή την οπτική γωνία, βλ. Georgaca, 2000, 2004a· Harper, 1994· McCabe et al., 2002· Palmer, 2000).

Ο Harper (2004) προτείνει ότι ένα άλλο σημαντικό σημείο επαναπροσανατολισμού της μελέτης των παραληρητικών ιδεών θα ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των πεποιθήσεων του ατόμου και της ζωής που θέλει να ζήσει. Εάν η έμφαση μετατοπιστεί από τους ψυχιατρικούς πληθυσμούς στο γενικό πληθυσμό, θα μπορούσαμε να κατανοήσουμε την ποικιλομορφία των πεποιθήσεων των ανθρώπων και να εξετάσουμε τους ποικίλους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι διαχειρίζονται τη σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων και της ζωής τους με βιώσιμο και λειτουργικό τρόπο, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν το πόσο επιτυχημένα διαχειρίζεται κάποιος αυτή τη σχέση. Η διερεύνηση αυτών των ερωτημάτων μπορεί να αρχίσει να απαντά στο ερώτημα γιατί κάποιοι άνθρωποι καταφέρνουν να ζουν μια «φυσιολογική» ζωή ως μουσικιστές, εκκεντρικοί ή εξτρεμιστές, ενώ άλλοι καταλήγουν ψυχιατρικοί ασθενείς.

Σύμφωνα με τον Harper (2004· βλ. επίσης Cromby & Harper, 2005, υπό έκδοση· Knight, 2005), αυτή η έννοια του «ταιριάσματος» μεταξύ των πεποιθήσεων του ατόμου και της ζωής που αυτό θέλει να ζήσει μπορεί να αποτελέσει κεντρικό άξονα μιας εναλλακτικής αντιμετώπισης των παραληρητικών ιδεών. Από τη στιγμή που δεχόμαστε ότι η εκτίμηση των απόψεων ενός ατόμου ως παραληρητικών είναι μια κοινωνική εκτίμηση, το επίκεντρο της αντιμετώπισης των παραληρητικών ιδεών μετατοπίζεται από το κατά πόσο οι δηλώσεις ενός ατόμου είναι αληθείς στο περιεχόμενό τους και το πλαίσιό τους, ιδιαίτερα στον τρόπο που αυτές συνδέονται με τη βιογραφία και την προσωπική ιστορία του ατόμου. Στόχος της αντιμετώπισης των παραληρητικών ιδεών, αντίστοιχα, είναι όχι η διόρθωση ή η αλληλαγωγή τους, αλλά η υποστήριξη του ατόμου στο να επιτύχει ένα καλύτερο «ταιρίασμα» ανάμεσα στις απόψεις του σχετικά με αυτό που του συμβαίνει και στη ζωή του. Στην προσέγγιση αυτή δουλεύει κανείς με τις παραληρητικές ιδέες, όχι εναντίον τους, στοχεύοντας στο να τις προσαρμόσει με λειτουργικό τρόπο στη ζωή του ατόμου και να ενδυναμώσει το άτομο, ώστε να μπορέσει να τις χειριστεί με τρόπο που να μην παρεμβαίνουν σημαντικά στη ζωή του.

Η προσέγγιση αυτή αντλεί από τη δουλειά των Romme και Escher (2000) σχετικά με τις ακουστικές ψευδαισθήσεις, σύμφωνα με τους οποίους τα χαρακτηριστικά των

ατόμων που ακούνε φωνές και ζουν μια φυσιολογική ζωή, σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν καταφύγει σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι ότι έχουν αναπτύξει ερμηνείες των φωνών που τους επιτρέπουν να τις κατανοήσουν, που δεν τους προκαλούν έντονη δυσφορία, που τους φέρνουν σε επαφή με ομάδες οι οποίες αποδέχονται αυτές τις ερμηνείες (π.χ. θρησκευτικές και μυστικιστικές οργανώσεις, ομάδες αυτοβοήθειας ατόμων που ακούνε φωνές), που συνδέονται με χρήσιμες πρακτικές (π.χ. διαλογισμός, πολιτική δράση κ.λπ.) και που δε διαταράσσουν σημαντικά τη ζωή τους. Στη βάση αυτού του ευρήματος έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια το Δίκτυο Αυτών που Ακούει Φωνές, το οποίο δουλεύει στην κατεύθυνση της υποστήριξης των ατόμων που ακούνε φωνές, ώστε να αναπτύξουν πλαίσια κατανόησης και ερμηνείας των φωνών, προσαρμοσμένα στην κοσμοθεωρία του κάθε ατόμου, που να είναι λειτουργικά και να επιτρέπουν στο άτομο να διαχειριστεί τις φωνές και να ζήσει μια πλήρη ζωή με αυτές (James, 2001).

Σύμφωνα με τον Harper (2004), το ζητούμενο με τις παραληρητικές ιδέες είναι το να βρει κανείς τρόπους να ζει με τις ιδέες αυτές σε έναν κόσμο που δεν τις αποδέχεται. Ζητήματα, επομένως, που θα πρέπει να επεξεργαστεί το άτομο είναι με ποιους μπορεί να συζητά τις ιδέες του/της και με ποιους όχι, πώς μπορεί να συνδυάσει τις μη αποδεκτές ιδέες του/της με άλλες ιδέες που να του/της επιτρέπουν να λειτουργεί στην κοινωνική ζωή και την καθημερινότητά του/της, πώς θα ελέγξει τις μη-αποδεκτές ιδέες του/της ώστε να μην κυριαρχήσουν και αποκλείσουν άλλα τμήματα της ζωής του/της κ.λπ. Σημαντική είναι επίσης η καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης που συνήθως επιφέρουν οι παράξενες ιδέες μέσω του μοιράσματος της εμπειρίας με άλλους και της εμπλοκής σε δράσεις που βασίζονται στην κοινωνική αλληλεγγύη και δίνουν στο άτομο μια αίσθηση ασφάλειας και ανήκειν. Η ανάπτυξη ομάδων αυτοβοήθειας και υποστήριξης αποτελούν βήματα σε αυτή την κατεύθυνση, καθώς επίσης η συμμετοχή σε κοινωνικά επωφελείς δραστηριότητες, καμπάνιες κ.λπ. Σε αυτή την κατεύθυνση δημιουργήθηκε πρόσφατα στη Βρετανία το Δίκτυο Παράνοιας, ως επέκταση στο χώρο των παραληρητικών ιδεών της λειτουργίας του Δικτύου Αυτών που Ακούει Φωνές (Jacobson & Zavos, 2007). Δεδομένης της σύνδεσης μεταξύ παράνοιας, θυματοποίησης και κοινωνικής μειονεξίας, απαραίτητη είναι η υποστήριξη δράσεων σε κοινοτικό επίπεδο που στοχεύουν στην καταπολέμηση της θυματοποίησης, της βίας, των κοινωνικών ανισοτήτων και του ρατσισμού. Τέλος, οι προσεγγίσεις σε ατομικό, ομαδικό και κοινοτικό επίπεδο πρέπει να συνοδεύονται από πρωτοβουλίες στο επίπεδο της κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής που στοχεύουν στην αντιμετώπιση της κοινωνικής ανισότητας, η οποία δημιουργεί τις συνθήκες ανάπτυξης παραληρητικών ιδεών (Cromby & Harper, 2005, υπό έκδοση· Harper, 2004).



## Βιβλιογραφία

- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1994). Cognitive therapy for delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 369-380.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barrett, R.J. (1988). Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12, 265-299.
- Bayne, T., & Pacherie, E. (2004). Bottom-up or top-down? Cambell's rationalist account of monothematic delusions. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11(1), 1-11.
- Bentall, R. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Allen Lane / Penguin.
- Bentall, R., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, R. & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Bentall, R.P., Kaney, S. & Dewey, M.E. (1991). Paranoia and social reasoning: An attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour, Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Birchwood, M. (1999). Commentary on Garety and Freeman I: 'Cognitive approaches to delusions - a critical review of theories and evidence'. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 315-318.
- Boydell, J., Van Os, J., McKenzie, K., Allardyce, J., Goel, R., McGreadie, R.G. & Murray, R. M. (2001). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: Ecological study into interactions with environment. *British Medical Journal*, 323, 1336-1338.
- Boyle, M. (1992). Form and content, function and meaning in the analysis of 'schizophrenic' behaviour. *Clinical Psychology Forum*, 47, 10-15.
- Boyle, M. (1996). Psychology and psychosis: New developments or a new conservatism? *BPS, Psychotherapy Section Newsletter*, 19, 34-41.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A scientific delusion?* (2nd ed.). London: Routledge.
- Brett-Jones, J., Garety, P.A. & Hemsley, D.R. (1987). Measuring delusional experiences: A method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- Brockington, I. (1991). Factors involved in delusion formation. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), 42-45.
- Broga, M.I. & Neufeld, R.W. (1981). Multivariate cognitive performance levels and response styles among paranoid and non-paranoid schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 495-509.
- Butler, R.W. & Braff, D.L. (1991). Delusions: A review and integration. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 633-647.
- Chadwick, P.J.D., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P.J.D., Lowe, C.F., Horne, P.J. & Higson, P. (1994). Modifying delusions: The role of empirical testing. *Behaviour Therapy*, 25, 35-49.
- Coulter, J. (1975). Perceptual accounts and interpretive asymmetries. *Sociology*, 9(3), 385-396.
- Cromby, J. & Harper, D. (2005). Paranoia and social inequality. *Clinical Psychology Forum*, 156, 17-21.
- Cromby, J. & Harper, D. (in press). Paranoia: A social account. *Theory & Psychology*.
- Croudace, T., Bloom, R., Jones, P. & Harrison, G. (2000). Non-linear relationship between a measure of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychological Medicine*, 30, 177-185.
- Ellett, L., Lopes, B. & Chadwick, P. (2003). Paranoia in a non-clinical population of college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 425-430.
- Φουκός, Μ. (1964). *Η ιστορία της τρέλας*. Αθήνα: Ηριδανός.
- Freeman, D. & Garety, P.A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 923-947.
- Freeman, D., Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D. & Bebbington, P. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347.
- Gaines, A.D. (1988). Delusions: Culture, psychosis and the problem of meaning. In: T.F. Oltmanns & B.A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 231-258). New York: Wiley.
- Garety, P.A. (1985). Delusions: Problems of definition and measurement. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 25-34.
- Garety, P.A. (1991). Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), 14-18.
- Garety, P.A. & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Garety, P.A. & Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional thinking*. Oxford: Oxford University Press.
- Georgaca, E. (2000). Reality and discourse: A critical analysis of the category of 'delusions'. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 227-242.
- Georgaca, E. (2004a). Factualisation and plausibility in delusional discourse. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11(1), 13-23.
- Georgaca, E. (2004b). Talk and the nature of delusions: Defending sociocultural perspectives on mental illness. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11(1), 87-93.
- Γεωργάκα, Ε. (2004). Από «πεποιθήσεις» σε «πράξεις λόγου»: Η συμβολή της ανάλυσης λόγου στη μελέτη των παραληρητικών ιδεών. *Επετηρίδα του Τμήματος Ψυχολογίας του Α.Π.Θ., τόμος ΣΤ'*, 419-428.
- Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gillett, G. (1994). Insight, delusion and belief. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 1(4), 227-236.
- Hak, T. (1989). Constructing a psychiatric case. In B. Torode (Ed.), *Text and talk as social practice: Discourse difference and division in speech and writing* (pp. 72-92). Dordrecht, Holland: Foris Publications.
- Harper, D.J. (1992). Defining delusions and the serving of professional interests: The case of 'paranoia'. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 357-369.

- Harper, D.J. (1994). The professional construction of 'paranoia' and the discursive use of diagnostic criteria. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 131-143.
- Harper, D.J. (1996). Deconstructing 'paranoia': Towards a discursive understanding of apparently unwarranted suspicion. *Theory & Psychology*, 6(3), 423-448.
- Harper, D.J. (2004). Delusions and discourse: Moving beyond the constraints of the modernist paradigm. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 11(1), 55-62.
- Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C., Page, K. & Kwiecinski, R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 346-350.
- Hartman, L.M. & Cashman, F.E. (1983). Cognitive-behavioural and psychopharmacological treatment of delusional symptoms: A preliminary report. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 50-61.
- Heise, D.R. (1988). Delusions and the construction of reality. In T.F. Oltmanns & B.A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 259-271). New York: Wiley.
- Hingley, S. (1992). Psychological theories of delusional thinking: In search of integration. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 347-356.
- Hole, R.W., Rush, A.J. & Beck, A.T. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, 41, 312-319.
- Jacobson, M. & Zavos, A. (2007). Paranoia Network and conference: Alternative communities and the disruption of pathology. *Journal of Critical Psychology, Counselling & Psychotherapy*, 7, 28-39.
- James, A. (2001). *Raising our voices: An account of the Hearing Voices movement*. Gloucester: Handsell Publishing.
- Johns, L.C. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.
- Kaney, S., Wolfenden, M., Dewey, M.E. & Bentall, R.P. (1992). Persecutory delusions and the recall of threatening and non-threatening propositions. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87.
- Kingdon, D.G. & Tuckington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove: Erlbaum.
- Knight, T. (2005). You'd better believe it: Accepting and working with the client's own reality. *Clinical Psychology Forum*, 155, 38-42.
- Maher, B.A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanation. In: T.F. Oltmanns, & B.A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 15-33). New York: Wiley.
- Maher, B.A. (1992). Delusions: Contemporary etiological hypotheses. *Psychiatric Annals*, 22, 260-268.
- Maher, B.A. (1999). Anomalous experience in everyday life: Its significance for psychopathology. *Monist*, 82(4), 547-571.
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T. & Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: Conversation analytic study. *British Medical Journal*, 325, 1148-1151.
- McCormick, D.J. & Broekema, V.J. (1978). Size estimation, perceptual recognition, and cardiac rate responses in acute paranoid and non-paranoid schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 385-398.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1983). Paranoia and the structure of powerlessness. *American Sociological Review*, 48, 228-239.
- Moncrieff, J. & Crawford, M. (2001). British psychiatry in the 20th Century: Observations from a psychiatric journal. *Social Science and Medicine*, 53, 349-356.
- Neufeld, R.W. (1990). Memory in paranoid schizophrenia. In P. Marago (Ed.), *Cognitive bases of mental disorders* (pp. 231-261). *Annual Review of Psychopathology*, 1. Newbury Park, CA: Sage.
- Nisbett, R. & Ross, L. (1980) *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Palmer, D. (2000). Identifying delusional discourse: Issues of rationality, reality and power. *Sociology of Health & Illness*, 22, 661-678.
- Parker, I., Γεωργάκα, Ε., Harper, D., McLaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (2008). *Αποδομώντας την ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Peters, E.R., Day, S., McKenna, J. & Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 83-96.
- Peters, E.R., Joseph, S.A. & Garety, P. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Pollner, M. (1975). 'The very coinage of your brain': The anatomy of reality disjunctures. *Philosophy of the Social Sciences*, 5, 411-430.
- Poultou, R., Caspi, A., Moffit, T., Cannon, M., Murray, R. & Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15 year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Rhodes, J. E. & Jakes, S. (2000). Correspondence between delusions and personal goals: A qualitative analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 211-225.
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, 159(suppl. 14), 19-28.
- Romme, M. & Escher, S. (Eds.). (2000). *Making sense of voices*. London: Mind Publications.
- Sampson, E.E. (1993). Identity politics: Challenges to psychology's understanding. *American Psychologist*, 48, 1219-1230.
- Schock, K., Clay, C. & Cipani, E. (1998). Making sense of schizophrenic symptoms: Delusional statements and behaviour may be functional in purpose. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, 29, 131-141.
- Sharpley, M.S., Hutchinson, G., Murray, R.M. & McKenzie, K. (2001). Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England: Review of current hypotheses. *British Journal of Psychiatry*, 178, S60-S68.
- Smith, D.E. (1978). 'K is mentally ill': The anatomy of a factual account. *Sociology*, 12, 23-53.
- Soyland, A.J. (1994). Functions of the psychiatric case-summary. *Text*, 14(1), 113-140.
- Social Surveys / Gallup Poll Ltd. (1995). Paranormal behaviour. *Gallup Political Index*, 24.
- Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 377-397.
- Suhail, K. (2003). Phenomenology of delusions in Pakistani patients: Effect of gender and social class. *Psychopathology*, 36, 195-199.

- Suhail, K. & Cochrane, R. (2002). Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 126-138.
- Taylor, F.K. (1983). Descriptive and developmental phenomena. In: M. Shepherd & F.R.S. Zangwill (Eds.), *Handbook of psychiatry, vol. 1: General psychopathology* (pp. 59-94). Cambridge: Cambridge University Press.
- Van Os, J., Hannsen, M., Bijl, R. & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the normal population? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Van Os, J., Salamon, R. & Bourgeois, M.L. (1998). A survey of delusional ideation in primary care patients. *Psychological Medicine*, 28, 127-134.
- Walker, C. (1991). Delusion: What did Jaspers really say? *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), 94-103.
- Walkup, J. (1990). On the measurement of delusions. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 365-368.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

JAAKKO SEIKKULA<sup>1</sup> & DAVID TRIMBLE<sup>2</sup>

## Οι Θεραπευτικές Συζητήσεις ως Κοινή Εμπειρία: Ο Διάλογος ως Πράξη Αγάπης<sup>3</sup>

Μετάφραση: Νατάσσα Δαμάσκου

Επιμέλεια: Φανή Τριανταφύλλου, Ευφροσύνη Μουρελή

Το άρθρο αυτό προσπαθεί να καταδείξει τις δράσεις εκείνες που συμβαίνουν στο διάλογο και διευκολύνουν τη θεραπεία, καθώς επίσης και να εξηγήσει τη λειτουργία τους. Σήμερα, υπάρχουν διάφορες «διαλογικές» προσεγγίσεις στη θεραπεία της οικογένειας (π.χ. Andersen, 1991· Anderson & Goolishian, 1988· Fishbane, 1998· Inger & Inger, 1994· Paré & Lysack, 2004· Penn & Frankfurt, 1994· Tschudi & Reichelt, 2004). Ο πρώτος συγγραφέας συνέβαλε στην ανάπτυξη της προσέγγισης του Ανοιχτού Διαλόγου (Seikkula et al., 1995· Seikkula & Olson, 2003), στη δυτική Lapland της Φιλανδίας, μιας προσέγγισης στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψύχωσης, της σχιζοφρένειας και άλλων σοβαρών ψυχιατρικών κρίσεων.

Στον Ανοιχτό Διάλογο, όταν ένα άτομο ή μια οικογένεια, όντας σε αγωνία, ζητάει βοήθεια από το σύστημα ψυχικής υγείας, μια ομάδα συναδέλφων κινητοποιείται για να συναντήσει την οικογένεια και τα υπόλοιπα μέλη του δικτύου της οικογένειας μέσα σε 24 ώρες και, συνήθως, σε χώρο που επιλέγει η οικογένεια. Η ομάδα αναλαμβάνει το περιστατικό για όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας είτε αυτή διαρκεί μήνες είτε χρόνια. Καμία συζήτηση δεν γίνεται και καμία απόφαση δε λαμβάνεται χωρίς την παρουσία του δικτύου. Η αξιολόγηση του πρόσφατου προβλήματος, ο θεραπευτικός σχεδιασμός και οι αποφάσεις, γίνονται σε ανοιχτές

1. PhD, University of Jyväskylä.

2. PhD, Center for Multicultural Training in Psychology, Boston University School of Medicine.

3. Ευχαριστούμε τον Jaakko Seikkula για την παραχώρηση του άρθρου του: Therapeutic Conversations as Shared Experience: Dialogue as an Act of Love.