

ΕΛΕΝΗ ΠΑΠΑΔΑΚΗ-ΜΙΧΑΗΛΙΔΗ



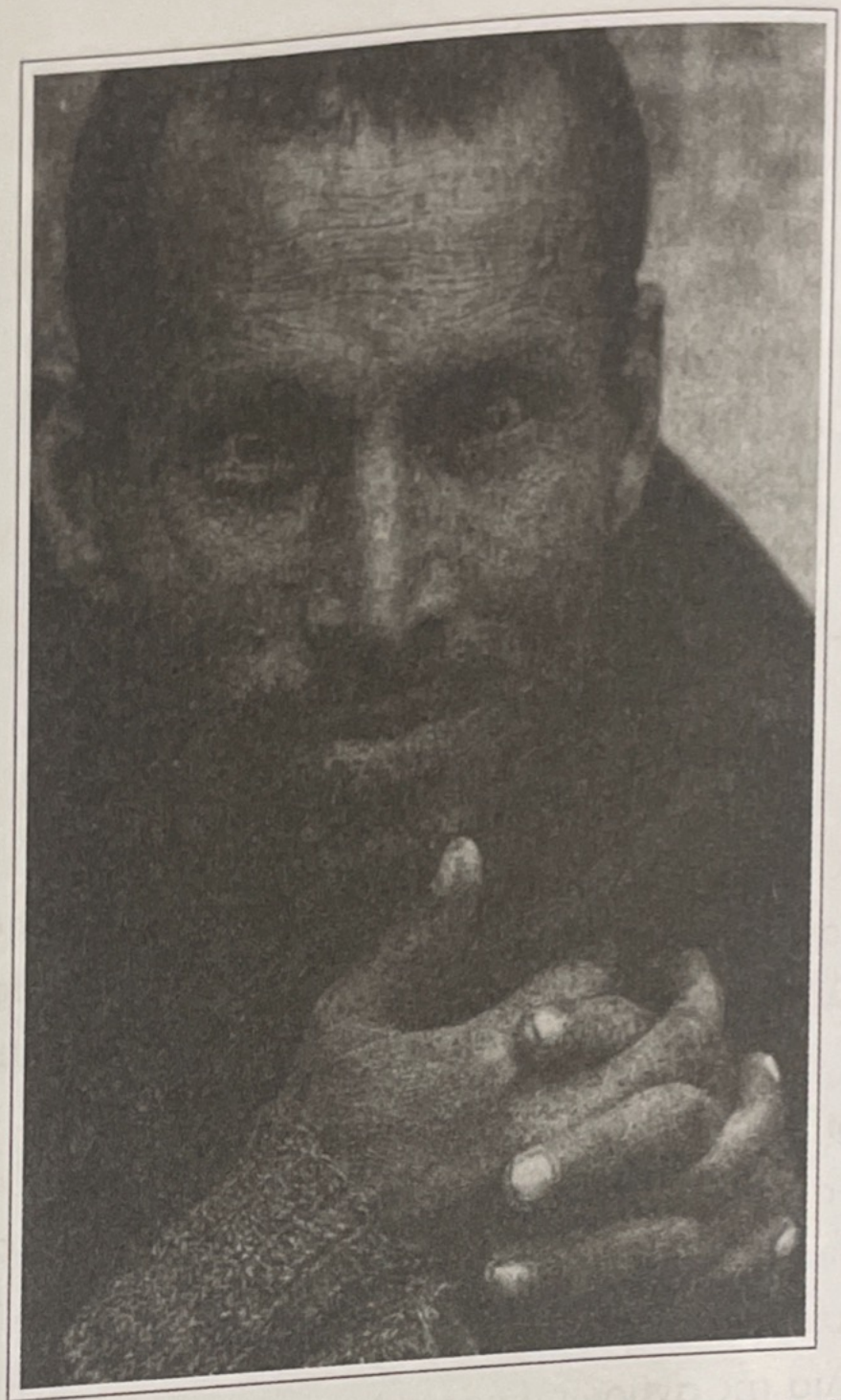
Η σιωπηρή γλώσσα
των συναισθημάτων

Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών με ψυχικές διαταραχές

Η μη λεκτική επικοινωνία λαμβάνει χώρα κάθε φορά που ένα άτομο επηρεάζει τα συναισθήματα ή τη συμπεριφορά κάποιου άλλου χρησιμοποιώντας ένα ή περισσότερα μη λεκτικά κανάλια. Οι εκφράσεις του προσώπου, το βλέμμα, οι χειρονομίες, οι κινήσεις, η στάση και ο προσανατολισμός του σώματος, η σωματική επαφή, οι αποστάσεις που κρατούν οι άνθρωποι μεταξύ τους, η ενδυμασία, η εμφάνιση και τα φωνητικά στοιχεία της ομιλίας είναι μερικά από τα σημαντικότερα κανάλια της ανθρώπινης μη λεκτικής επικοινωνίας. Η σωστή και επαρκής εκδήλωση των συναισθημάτων μέσω της μη λεκτικής οδού (εκφραστικότητα), η σωστή αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών μηνυμάτων των άλλων ανθρώπων (ευαισθησία ή διαίσθηση) και η ικανότητα αρμονικής ρύθμισης των σχέσεων αποτελούν τις βασικές κοινωνικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την κοινωνική προσαρμογή.

Είναι γνωστό ότι η κοινωνική προσαρμογή των ασθενών με ψυχικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα προβληματική. Οι σχιζοφρενείς περιγράφονται ως κοινωνικά χρεοκοπημένοι, οι καταθλιπτικοί μεταδίδουν τη θλίψη γύρω τους, ενώ οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές δείχνουν να ενδιαφέρονται μό-



Η πλειονότητα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές έχει μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες και προκαλεί αμηχανία, ένταση και αγχώδη ατμόσφαιρα στις σχέσεις.

νο για τον εαυτό τους. Και τελικά όλοι απομονώνονται. Υπολογίζεται ότι η συντριπτική πλειονότητα των ψυχωσικών ασθενών, το 27% του πληθυσμού των ασθενών με νευρώσεις και το 7% του υγιούς πληθυσμού έχουν μειωμένες μη λεκτικές κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες προξενούν αμηχανία, ένταση και βαριά ατμόσφαιρα στις σχέσεις, με τελικό αποτέλεσμα την κοινωνική απόρριψη (Bryant, Trower, Yardley, Urbieta &

Letemendia, 1976). Έτσι οι άνθρωποι που χρειάζονται περισσότερο από όλους τις ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις για τη συναισθηματική, νοητική και ψυχική τους υποστήριξη δημιουργούν συνήθως δυσάρεστες και φορτισμένες επαφές, οι οποίες δεν διαρκούν για πολύ χρόνο, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό το στρες και την απογοήτευσή τους. Παγιδευμένοι στον φαύλο κύκλο της ασθένειας που συμβάλλει στην κοινωνική τους απομόνωση, και της απομόνωσης που επιδεινώνει την ασθένειά τους, οι ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι πολύ δύσκολα βελτιώνονται χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Η παρέμβαση –εκτός από τη βελτίωση συγκεκριμένων προβλημάτων, διαφορετικών για κάθε διαταραχή– πρέπει να στοχεύει και στη βελτίωση της κοινωνικότητας, καταπολεμώντας ορισμένα αρνητικά χαρακτηριστικά:

1. Την ανικανότητα παροχής αμοιβών. Τα περισσότερα ψυχικά διαταραγμένα άτομα δεν είναι σε θέση να παρέχουν κανενός είδους αμοιβή –απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση κάθε σχέσης– στους συνανθρώπους τους, ενώ ταυτόχρονα αναζητούν απελπισμένα αμοιβές από τους άλλους.
2. Την εγωκεντρικότητα και την έλλειψη ενσυναίσθησης. Οι άνθρωποι μέσα στις σχέσεις πρέπει να κατανοούν, να συμμερίζονται και να συμπάσχουν ο ένας για τα προβλήματα του άλλου. Πολλοί ασθενείς διακατέχονται από εγωκεντρικότητα, παρεξηγούν τις αντιδράσεις των άλλων, είναι ανίκανοι να παίξουν ρόλους διαφορετικούς από το δικό τους και αδυνατούν να συμμεριστούν ξένα προβλήματα. Αυτή ακριβώς η ανικανότητα ευελιξίας και συμπαράστασης των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων απωθεί τους ανθρώπους από κοντά τους και συμβάλλει στην απομόνωσή τους.
3. Την έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Οι περισσότερες κατηγορίες των ψυχικά διαταραγμένων ατό-

Letemendia, 1976). Έτσι οι άνθρωποι που χρειάζονται περισσότερο από όλους τις ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις για τη συναισθηματική, νοητική και ψυχική τους υποστήριξη δημιουργούν συνήθως δυσάρεστες και φορτισμένες επαφές, οι οποίες δεν διαρκούν για πολύ χρόνο, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό το στρες και την απογοήτευσή τους. Παγιδευμένοι στον φαύλο κύκλο της ασθένειας που συμβάλλει στην κοινωνική τους απομόνωση, και της απομόνωσης που επιδεινώνει την ασθένειά τους, οι ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι πολύ δύσκολα βελτιώνονται χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Η παρέμβαση –εκτός από τη βελτίωση συγκεκριμένων προβλημάτων, διαφορετικών για κάθε διαταραχή– πρέπει να στοχεύει και στη βελτίωση της κοινωνικότητας, καταπολεμώντας ορισμένα αρνητικά χαρακτηριστικά:

1. *Την ανικανότητα παροχής αμοιβών.* Τα περισσότερα ψυχικά διαταραγμένα άτομα δεν είναι σε θέση να παρέχουν κανενός είδους αμοιβή –απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση κάθε σχέσης– στους συνανθρώπους τους, ενώ ταυτόχρονα αναζητούν απελπισμένα αμοιβές από τους άλλους.
2. *Την εγωκεντρικότητα και την έλλειψη ενσυναίσθησης.* Οι άνθρωποι μέσα στις σχέσεις πρέπει να κατανοούν, να συμμερίζονται και να συμπάσχουν ο ένας για τα προβλήματα του άλλου. Πολλοί ασθενείς διακατέχονται από εγωκεντρικότητα, παρεξηγούν τις αντιδράσεις των άλλων, είναι ανίκανοι να παίξουν ρόλους διαφορετικούς από το δικό τους και αδυνατούν να συμμεριστούν ξένα προβλήματα. Αυτή ακριβώς η ανικανότητα ευελιξίας και συμπαράστασης των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων απωθεί τους ανθρώπους από κοντά τους και συμβάλλει στην απομόνωσή τους.
3. *Την έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης.* Οι περισσότερες κατηγορίες των ψυχικά διαταραγμένων ατό-

Letemendia, 1976). Έτσι οι άνθρωποι που χρειάζονται περισσότερο από όλους τις ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις για τη συναισθηματική, νοητική και ψυχική τους υποστήριξη δημιουργούν συνήθως δυσάρεστες και φορτισμένες επαφές, οι οποίες δεν διαρκούν για πολύ χρόνο, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό το στρες και την απογοήτευσή τους. Παγιδευμένοι στην φαύλο κύκλο της ασθένειας που συμβάλλει στην κοινωνική τους απομόνωση, και της απομόνωσης που επιδεινώνει την ασθένειά τους, οι ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι πολύ δύσκολα βελτιώνονται χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Η παρέμβαση –εκτός από τη βελτίωση συγκεκριμένων προβλημάτων, διαφορετικών για κάθε διαταραχή– πρέπει να στοχεύει και στη βελτίωση της κοινωνικότητας, καταπολεμώντας ορισμένα αρνητικά χαρακτηριστικά:

1. Την ανικανότητα παροχής αμοιβών. Τα περισσότερα ψυχικά διαταραγμένα άτομα δεν είναι σε θέση να παρέχουν κανενός είδους αμοιβή –απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση κάθε σχέσης– στους συνανθρώπους τους, ενώ ταυτόχρονα αναζητούν απελπισμένα αμοιβές από τους άλλους.
2. Την εγωκεντρικότητα και την έλλειψη ενσυναίσθησης. Οι άνθρωποι μέσα στις σχέσεις πρέπει να κατανοούν, να συμμερίζονται και να συμπάσχουν ο ένας για τα προβλήματα του άλλου. Πολλοί ασθενείς διακατέχονται από εγωκεντρικότητα, παρεξηγούν τις αντιδράσεις των άλλων, είναι ανίκανοι να παίξουν ρόλους διαφορετικούς από το δικό τους και αδυνατούν να συμμεριστούν ξένα προβλήματα. Αυτή ακριβώς η ανικανότητα ευελιξίας και συμπαράστασης των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων απωθεί τους ανθρώπους από κοντά τους και συμβάλλει στην απομόνωσή τους.
3. Την έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Οι περισσότερες κατηγορίες των ψυχικά διαταραγμένων ατό-

- μων αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την αυτοεικόνα, την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους. Συχνά καταλήγουν να αναζητούν απελπισμένα την αποδοχή και να πανικοβάλλονται στην ιδέα της απόρριψης από τους συνανθρώπους τους. Έτσι αναπτύσσουν ένα είδος εξαρτημένης συμπεριφοράς, η οποία παράγει πολλές και κουραστικές εντάσεις στις σχέσεις.
4. Τη διαταραγμένη αντίληψη και την υπερβολική ευαισθησία. Η διαταραγμένη αντίληψη δημιουργεί σοβαρά προβλήματα σε όλες τις δραστηριότητες, αλλά και στις σχέσεις των ασθενών με τους άλλους ανθρώπους. Συχνά οι σχιζοφρενείς ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται γύρω τους ως επιθετική, ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από αγχώδη νεύρωση, με την υπερβολική τους ευαισθησία, αντιδρούν έντονα και στην παραμικρή δυσάρεστη και κριτική. Οι έντονες διαταραχές της αντίληψης, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της κρίσης της αρρώστιας, απομακρύνουν τους ανθρώπους από το πλευρό των ασθενών ακριβώς τη στιγμή εκείνη που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για συμπαράσταση.
5. Τους φόβους και τις φοβίες. Οι έντονοι φόβοι για απόρριψη ή τιμωρία, οι οποίοι συχνά διακατέχουν τους ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς, προκαλούν επιθετική συμπεριφορά και δημιουργούν προβληματικά κοινωνικά κίνητρα. Ως αποτέλεσμα, η εκμετάλλευση, η εκδίκηση ή η αποφυγή των άλλων ανθρώπων γίνεται συχνά ο μοναδικός στόχος των σχέσεων των ψυχικά διαταραγμένων ανθρώπων.

Εάν δεν μεσολαβήσει θεραπευτική παρέμβαση για τη βελτίωση των παραπάνω χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, η μη λεκτική επικοινωνία των ασθενών θα αλλοιώνεται και θα αποδιοργανώνεται, οι κοινωνικές τους δεξιότητες θα μειώνονται και η κοινωνική απομόνωση θα είναι αναπόφευκτη. Τα

συνηθέστερα στοιχεία αλλοίωσης της μη λεκτικής επικοινωνίας των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών είναι ο άκρωμος τόνος της φωνής, η μη συγχρονισμένη ομιλία, η απαθής ή ασύμβατη έκφραση στο πρόσωπο, η αποφυγή της οπτικής επαφής, η προβληματική σωματική στάση (χαρακτηριστική σε κάθε ψυχική πάθηση) και η έλλειψη φροντίδας στην εμφάνιση (Argyle, 1978). Ειδικότερα έχει διαπιστωθεί ότι στην πλειονότητά τους οι εσωτερικοί ψυχιατρικοί ασθενείς κατ'ουσιάζουν περισσότερο και ανταλλάσσουν πολύ λιγότερα βλέμματα και χαμόγελα από ό,τι τα άτομα χωρίς ψυχική ασθένεια, κάθονται κρατώντας τα πόδια τους κλειστά και συμμετρικά, πολύ συχνά αλλάζουν τον προσανατολισμό και τη στάση του σώματός τους, και ακουμπούν και χαϊδεύουν το πρόσωπο, τα μαλλιά και το σώμα τους πολύ περισσότερο από ό,τι τα μη ασθενή άτομα. Οι ασθενείς με έντονα συναισθήματα απόσυρσης και απομόνωσης συνηθίζουν να στρέφουν το κεφάλι τους μακριά από το συνομιλητή τους και χαμογελούν σπάνια. Οι ασθενείς με διαταραχές σκέψης αγγίζουν και χαϊδεύουν συχνά το πρόσωπο, τα μαλλιά και το σώμα τους. Αυτοί που έχουν άγχος και κατάθλιψη κρατούν το κεφάλι και το σώμα τους άκαμπτο και πολύ συχνά χτυπούν νευρικά τα δάχτυλά τους. Τέλος, όσοι πάσχουν από μανιακές διαταραχές κρατούν το σώμα τους σε όρθια και άκαμπτη θέση και χαμογελούν νευρικά χωρίς σοβαρή αιτία (Fairbanks, McGuire & Harris, 1982).

Αντίθετα από την αρνητική κοινωνική συμπεριφορά που σχετίζεται με διάφορες παθολογικές καταστάσεις, η θετική κοινωνική συμπεριφορά στις θεραπευτικές διαδικασίες θεωρείται σημάδι εξυγίανσης. Οι «καλές στιγμές» στη διάρκεια της θεραπείας, στις οποίες περιλαμβάνονται ο ενεργητικός και ζωντανός τόνος της φωνής του θεραπευόμενου, η συμφωνία συνεργασίας και εμπιστοσύνης και η έκφραση θετικών συναισθημάτων προς το θεραπευτή, φανερώνουν καλή ψυχο-

συναισθηματική επαφή και θετική εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Η εγκαθίδρυση ψυχοσυναισθηματικής επαφής στη θεραπευτική σχέση επιτυγχάνεται πιο εύκολα όταν ο ασθενής είναι φυσικά και νοητικά ικανός να εκφράζει τα συναισθήματά του, δεν έχει σοβαρή παθολογία που να σχετίζεται με αρνητική και αντικοινωνική συμπεριφορά, ενώ ενισχύεται επιπλέον από την εμπειρία του θεραπευτή, ο οποίος πρέπει να έχει την ικανότητα να συσχετίζει την αντικοινωνική συμπεριφορά του πελάτη του με την παθολογία και όχι με την έλλειψη καλής συμπεριφοράς (Mahrer & Nadler, 1986). Όσο πιο πεπειραμένος είναι ένας θεραπευτής, τόσο περισσότερο είναι σε θέση να βοηθήσει τον ασθενή του, αφού ερμηνεύοντας την αρνητική, αντικοινωνική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της παθολογίας και όχι ως έλλειψη κοινωνικότητας (Ehrlich & Bauer, 1967), θα μπορέσει να του προσφέρει την απαραίτητη συμπάθεια και υποστήριξη.

Η επίτευξη καλής ψυχοσυναισθηματικής επαφής με ασθενείς που αδυνατούν να εκφραστούν μη λεκτικά και να αποκωδικοποιήσουν τα μη λεκτικά σήματα των άλλων είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Προκειμένου οι θεραπευτές να διατηρούν καλή ψυχοσυναισθηματική επαφή με τους ασθενείς που εκδηλώνουν προβληματική μη λεκτική επικοινωνία, πρέπει να μάθουν να εκφράζουν τα προσωπικά τους συναισθήματα, και ιδιαίτερα τα συναισθήματα αποδοχής και κατανόησης, με έντονο και σαφή τρόπο, έτσι ώστε αυτά να γίνονται αντιληπτά όσο το δυνατόν καλύτερα από τους πελάτες τους. Απαραίτητο είναι επίσης να συντονίζονται διαρκώς με τις ανάγκες των ασθενών τους και να τους παρέχουν αδιάσπαστη και χωρίς όρους προσοχή και αφοσίωση. Είναι αυτονόητο ότι οι θεραπευτές θα πρέπει να αποφεύγουν πάση θυσία τη δημιουργία αρνητικού κλίματος στη θεραπευτική σχέση, ακόμα και όταν η συμπεριφορά των ασθενών συμβάλλει στην ένταση της φόρτισης.

συναισθηματική επαφή και θετική εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Η εγκαθίδρυση ψυχοσυναισθηματικής επαφής στη θεραπευτική σχέση επιτυγχάνεται πιο εύκολα όταν ο ασθενής είναι φυσικά και νοητικά ικανός να εκφράζει τα συναισθήματά του, δεν έχει σοβαρή παθολογία που να σχετίζεται με αρνητική και αντικοινωνική συμπεριφορά, ενώ ενισχύεται επιπλέον από την εμπειρία του θεραπευτή, ο οποίος πρέπει να έχει την ικανότητα να συσχετίζει την αντικοινωνική συμπεριφορά του πελάτη του με την παθολογία και όχι με την έλλειψη καλής συμπεριφοράς (Mahrer & Nadler, 1986). Όσο πιο πεπειραμένος είναι ένας θεραπευτής, τόσο περισσότερο είναι σε θέση να βοηθήσει τον ασθενή του, αφού ερμηνεύοντας την αρνητική, αντικοινωνική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της παθολογίας και όχι ως έλλειψη κοινωνικότητας (Ehrlich & Bauer, 1967), θα μπορέσει να του προσφέρει την απαραίτητη συμπάθεια και υποστήριξη.

Η επίτευξη καλής ψυχοσυναισθηματικής επαφής με ασθενείς που αδυνατούν να εκφραστούν μη λεκτικά και να αποκωδικοποιήσουν τα μη λεκτικά σήματα των άλλων είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Προκειμένου οι θεραπευτές να διατηρούν καλή ψυχοσυναισθηματική επαφή με τους ασθενείς που εκδηλώνουν προβληματική μη λεκτική επικοινωνία, πρέπει να μάθουν να εκφράζουν τα προσωπικά τους συναισθήματα, και ιδιαίτερα τα συναισθήματα αποδοχής και κατανόησης, με έντονο και σαφή τρόπο, έτσι ώστε αυτά να γίνονται αντιληπτά όσο το δυνατόν καλύτερα από τους πελάτες τους. Απαραίτητο είναι επίσης να συντονίζονται διαρκώς με τις ανάγκες των ασθενών τους και να τους παρέχουν αδιάσπαστη και χωρίς όρους προσοχή και αφοσίωση. Είναι αυτονόητο ότι οι θεραπευτές θα πρέπει να αποφεύγουν πάση θυσία τη δημιουργία αρνητικού κλίματος στη θεραπευτική σχέση, ακόμα και όταν η συμπεριφορά των ασθενών συμβάλλει στην ένταση της φόρτισης.

Η επίτευξη θετικής ψυχοσυναισθηματικής επαφής δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση, διότι μεγάλο μέρος της μη λεκτικής συμπεριφοράς θεραπειών και θεραπευόμενων (η οποία παίζει ρυθμιστικό ρόλο στη μορφή και την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης) είναι αυθόρμητο και δεν ελέγχεται απόλυτα από τη συνείδηση. Στη δύσκολη προσπάθεια διαμόρφωσης θετικής ατμόσφαιρας στις θεραπευτικές σχέσεις συμβάλλει πολύ η πεποίθηση των θεραπειών ότι η αρνητική συμπεριφορά των ασθενών οφείλεται στην παθολογία τους και όχι στους κακούς τους τρόπους.

Προβλήματα της μη λεκτικής επικοινωνίας των ασθενών με σχιζοφρενικές διαταραχές

Τα ακριβή αίτια των σχιζοφρενικών διαταραχών δεν είναι πλήρως γνωστά. Πολλές θεωρίες συνηγορούν υπέρ της κληρονομικής βάσης της ασθένειας, συγχρόνως όμως δεν παραβλέπουν τη συμβολή του περιβάλλοντος στην εκδήλωσή της. Πολλοί σχιζοφρενείς μεγάλωσαν με αυταρχικές ή αδιάφορες μητέρες, με τις οποίες η επικοινωνία ήταν ιδιαίτερα δύσκολη ή και αδύνατη, ενώ στις οικογένειές τους συχνά αναφέρονταν έντονες συγκρούσεις και εκθρόιτες. Οι έντονες συναισθηματικές πιέσεις που προξενούν δυσάρεστα γεγονότα, όπως οι θάνατοι, οι σημαντικοί αποχωρισμοί, οι αρρώστιες ή οι καταστροφές, συμβάλλουν επίσης συχνά στην εκδήλωση της ασθένειας. Από τα βασικότερα συμπτώματα των σχιζοφρενικών διαταραχών είναι η διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, της βούλησης και του συναισθήματος, καθώς και η έντονη διαταραχή ή η πλήρης ανικανότητα δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών που τους οδηγούν στην κοινωνική αποτυχία είναι η ανικανότητα πα-



Οι έντονες συναισθηματικές πιέσεις που προκαλούνται από κρίσιμα και σοβαρά γεγονότα –όπως οι θάνατοι, οι αποχωρισμοί, οι αρρώστιες, οι καταστροφές και οι πόλεμοι– συμβάλλουν στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών.

ροχής αμοιβών, η έντονη εγωκεντρικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι διαταραχές της αντίληψης και οι φοβίες τους. Υπάρχουν όμως και κάποιες ιδιαιτερότητες χαρακτηριστικές των σχιζοφρενικών διαταραχών. Η τάση για παραβίαση των κοινωνικών κανόνων αποτελεί χαρακτηριστικό στοιχείο της σχιζοφρένειας. Η τάση αυτή πιθανώς να οφείλεται σε παρόμοιες παραβιάσεις που γίνονταν στις οικογένειες των ασθε-



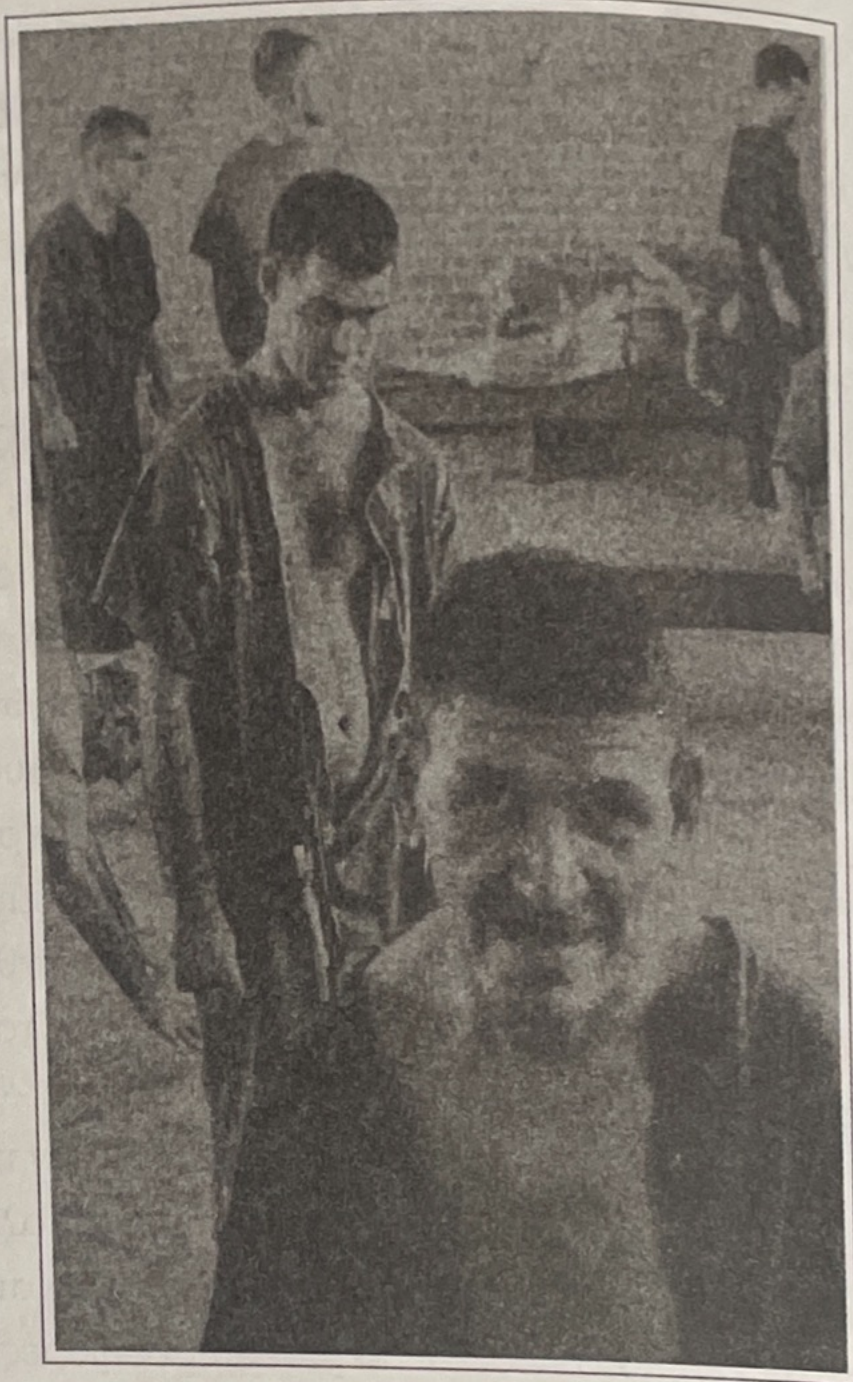
Ένας από τους σημαντικότερους λόγους της κοινωνικής απομόνωσης των σχιζοφρενών είναι η αποδιοργάνωση της μη λεκτικής τους επικοινωνίας.

νών (πολλοί από αυτούς προέρχονται από προβληματικές ή διαλυμένες οικογένειες), ή πάλι ενδέχεται, παραβιάζοντας τους κοινωνικούς κανόνες, οι ασθενείς να αποκομίζουν κάποιο όφελος. Μία ιδιαιτερότητα της νόσου των ασθενών με σχιζοφρενικές διαταραχές είναι ότι στο λόγο τους χρησιμοποιούν πολύ λίγες λέξεις όταν αναφέρονται σε ανθρώπους και σε συναισθήματα, ενώ αντίθετα, όταν μιλούν για πράγ-

ματα, για το χώρο ή για τα φυσικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων, δεν υστερούν στον αριθμό των λέξεων που χρησιμοποιούν. Η έλλειψη εννοιών που αφορούν τον ψυχοσυναισθηματικό κόσμο πιθανώς να αποτελεί την αιτία ή ίσως και το αποτέλεσμα της κοινωνικής απομάκρυνσης και της συναισθηματικής ισοπέδωσης των ασθενών με σχιζοφρενικές διαταραχές (Argyle, 1983). Τέλος, ένας από τους σημαντικότερους λόγους της κοινωνικής απομόνωσης των σχιζοφρενών είναι η αποδιοργάνωση της μη λεκτικής τους επικοινωνίας. Ακόμα και όταν η ασθένεια της σχιζοφρένειας βρίσκεται στην πρόδρομη ή στην υπολειμματική φάση της και δεν εμφανίζονται ή δεν υπάρχουν διαταραχές στη σκέψη, τη νόηση και την αντίληψη, η διαταραγμένη μη λεκτική επικοινωνία των ασθενών δημιουργεί έντονη αμηχανία στους γύρω τους, οι οποίοι ασυνείδητα απομακρύνονται από κοντά τους (Argyle, 1978). Η μειωμένη, χαλαρή ή λανθασμένη κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων από την πλευρά των σχιζοφρενών έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες (Williams, 1974· Walker, Marwit & Emory, 1980· Mandal, 1986). Η αποτυχία της μη λεκτικής οδού των ασθενών είναι πιθανό να οφείλεται στην προβληματική συμπεριφορά των γονέων τους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλοί γονείς σχιζοφρενών εκφράζουν παράλογη και ασυνεπή συμπεριφορά κατά την επικοινωνία, στην οποία τα λεκτικά και τα μη λεκτικά σήματα είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Με αυτό τον τρόπο το παιδί αδυνατεί να βγάλει λογικό νόημα από την επαφή του με τους γονείς και ταυτόχρονα εκπαιδεύεται εσφαλμένα στον άγραφο κώδικα της μη λεκτικής επικοινωνίας (Bugental, Love, Kaswan & April, 1971· Cousins, 1984). Η διαταραγμένη εκδήλωση της μη λεκτικής οδού και οι μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες των σχιζοφρενών τούς οδηγούν σε δυσάρεστες διαπροσωπικές σχέσεις, που αντί να προσφέρουν ασφάλεια και ικανοποίηση, προκαλούν αναστάτωση και άγχος. Έτσι οι

ασθενείς αποφεύγουν τις καθημερινές κοινωνικές επαφές και προτιμούν να βυθίζονται όλο και περισσότερο στις ονειροπολήσεις και τις φαντασιώσεις τους. Καθώς αποσύρονται βαθύτερα στον προσωπικό κόσμο των φαντασιώσεων, οι ασθενείς με σχιζοφρενικές διαταραχές αποκόπουν όλο και περισσότερο τις οδούς επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους και εμπλέκονται όλο και πιο έντονα στον οδυνηρό φαύλο κύκλο της ασθένειας και της απομόνωσής τους.

Περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ψυχική πάθηση, η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από έντονη αποδιοργάνωση της μη λεκτικής οδού επικοινωνίας. Οι ασθενείς εκδηλώνουν παντελή έλλειψη ενδιαφέροντος για την εμφάνισή τους. Συχνά φορούν ρούχα που είναι ακατάλληλα για τις επικρατούσες καιρικές συνθήκες, με λάθος τρόπο ή στραβά κουμπωμένα. Οι αποστάσεις που διατηρούν από τους άλλους ανθρώπους δεν είναι οι κοινωνικά αρμόζουσες, προκαλώντας τους αμηχανία, ένταση και δυσαρέσκεια. Συχνά στις τυπικές και μη οικείες αλληλεπιδράσεις τους οι ασθενείς πλησιάζουν πολύ κοντά στο συνομιλητή τους, και αντίθετα σε οικείες αλληλεπιδράσεις κρατούν τόσο μεγάλες αποστάσεις ώστε είναι δύσκολο να επιτευχθεί επικοινωνία. Τις περισσότερες φορές πάντως οι σχιζοφρενείς, όπως και οι βίαιοι κατάδικοι των φυλακών, κρατούν μεγαλύτερες του συνήθους αποστάσεις, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ιδιαίτερα η επικοινωνία (Horowitz, Duff & Statton, 1969· Kinzel, 1970). Οι χειρονομίες αλλά και οι στάσεις του σώματος των σχιζοφρενών είναι συχνά αλλόκοτες, διότι έχουν σχέση με τις παραισθήσεις τους, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να τρομάζουν και να απομακρύνονται. Η ομιλία τους συχνά δεν έχει συνοχή, νόημα και συναισθηματική αρμονία, και δεν συγχρονίζεται με την ομιλία των άλλων ανθρώπων (Argyle, 1978). Ένα από τα πλέον διαταραγμένα κανάλια της μη λεκτικής επικοινωνίας των σχιζοφρενών είναι η οπτική επαφή. Οι σχιζοφρενείς μη παρα-



Οι ασθενείς με σχιζοφρενικές διαταραχές συχνά εκδηλώνουν παντελή έλλειψη ενδιαφέροντος για την εμφάνισή τους.

νοϊκού τύπου αποφεύγουν έντονα την οπτική επαφή, αποκόποντας έτσι μια από τις σημαντικότερες πηγές των μη λεκτικών μηνυμάτων (Rutter & Stephenson, 1972· Pitman, Kolb, Orr & Singh, 1987). Ο Rutter (1973) υποστήριξε ότι η μειωμένη οπτική επαφή των σχιζοφρενών είναι ενδεικτική της απομάκρυνσής τους από τις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. Καθώς η οπτική επαφή σηματοδοτεί εν γένει τη

διαθεσιμότητα για αλληλεπιδράσεις, οι σχιζοφρενείς με την αποφυγή της αποθαρρύνουν τους γύρω τους από την προσπάθεια να ξεκινήσουν επαφές μαζί τους. Αργότερα πάντως ο Rutter (1976, 1977) διευκρίνισε ότι οι σχιζοφρενείς αποφεύγουν την οπτική επαφή μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες συζητούν για προσωπικά και συναισθηματικά φορτισμένα θέματα. Αντίθετα, όταν συζητούν για γενικά και μη φορτισμένα θέματα, ο βαθμός της οπτικής επαφής τους δεν διαφέρει από αυτό των φυσιολογικών ατόμων.

Σε έρευνα των Παπαδάκη-Μιχαηλίδη και Τζανακάκη-Μελισσάρη (1995), στην οποία έγινε ταυτόχρονη αξιολόγηση επί μη λεκτικών αντιδράσεων των σχιζοφρενών μη παρανοϊκού τύπου, βρέθηκε ότι οι ασθενείς εκδήλωναν περισσότερες αρνητικές αντιδράσεις, που αποθάρρυναν τη δημιουργία των κοινωνικών επαφών, από ό,τι τα φυσιολογικά άτομα. Συγκριόμενοι με τον υγιή πληθυσμό, οι σχιζοφρενείς μη παρανοϊκού τύπου διαφέρουν σημαντικά ως προς την οπτική επαφή, τον προσανατολισμό και τη στάση του σώματός τους, τις αντιδράσεις τους στην απτική επαφή, καθώς και ως προς το είδος των κινήσεων που κάνουν με τα χέρια τους στη διάρκεια της ομιλίας τους. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όταν μιλούν για προσωπικά τους προβλήματα, αποφεύγουν έντονα την οπτική επαφή και προσανατολίζουν το σώμα τους με κλίση, εκθέτοντας μέρος της πλάτης τους προς το συνομιλητή τους. Με αυτό τον τρόπο είναι πιθανό να εκφράζουν την απροθυμία ή τη δυσαρέσκειά τους για αλληλεπίδραση. Βρέθηκε επίσης ότι η στάση του σώματος των σχιζοφρενών διαφέρει σημαντικά από τη στάση των υγιών ατόμων. Συχνά οι ασθενείς κάθονται με το κεφάλι, τους ώμους ή ολόκληρο το σώμα ριγμένα προς τα κάτω ή ακουμπούν τους αγκώνες στους μηρούς και στηρίζουν το κεφάλι στα χέρια τους. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι αντιδρούν απότομα και αρνητικά στην απτική επαφή, ιδιαίτερα όταν αυτή επιχειρείται κατά τη διάρκεια συναισθηματικά

φορτισμένης συζήτησης. Τέλος, οι ασθενείς με σχιζοφρενικές διαταραχές συνηθίζουν είτε να κρατούν τα χέρια τους σταυρωμένα σφικτά μπροστά στην κοιλιά τους, είτε να κάνουν πολλές νευρικές κινήσεις χαϊδεύοντας τα μαλλιά, το πρόσωπο και το σώμα τους, σε αντίθεση με τα μη διαταραγμένα άτομα που διατηρούν τα χέρια τους χαλαρά και κάνουν κυρίως κινήσεις που διευκολύνουν το λόγο. Αυτές οι μη λεκτικές συμπεριφορές δημιουργούν αρνητικό κλίμα, δυσχεραίνουν την επικοινωνία και αποδιοργανώνουν τις επαφές.

Έχει βρεθεί ότι οι κοινωνικές δεξιότητες των σχιζοφρενών (εκφραστικότητα, ευαισθησία, συντονισμός) είναι πολύ περιορισμένες. Οι Candace, Joan, Murray και Alizah (1990) ανέλυσαν τις εκφράσεις στα πρόσωπα σχιζοφρενών τη στιγμή που εξιστορούσαν ευχάριστες και δυσάρεστες εμπειρίες τους. Διαπίστωσαν ότι τα πρόσωπά τους ήταν πολύ λιγότερο εκφραστικά από αυτά των υγιών ατόμων, ιδιαίτερα στην έκφραση των θετικών συναισθημάτων. Οι Krause, Steimer, Sanger-Alt και Wagner (1989) διατύπωσαν την άποψη ότι η εκφραστικότητα στα πρόσωπα των σχιζοφρενών φαίνεται διαφορετική από αυτή των άλλων ατόμων διότι για κάποιο άγνωστο λόγο οι εκφράσεις τους εκδηλώνονται σχεδόν αποκλειστικά στο κάτω ήμισυ τμήμα του προσώπου τους.

Οι ασθενείς με σχιζοφρενικές διαταραχές εμφανίζουν έντονα προβλήματα και στην αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων, ενώ πολλές φορές δεν ανταποκρίνονται καθόλου σε αυτά. Συχνά, όταν υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στο λεκτικό και το μη λεκτικό κανάλι, οι άνθρωποι εμπιστεύονται τα μη λεκτικά μηνύματα (Argyle, Alkema & Gilmour, 1971· Mehrabian & Wiener, 1967). Αντίθετα, οι σχιζοφρενείς συχνά αγνοούν ή αδυνατούν να ερμηνεύσουν τα μη λεκτικά μηνύματα και αποδίδουν σε αυτά εγωκεντρικό και διαστρεβλωμένο νόημα (Argyle, 1969· Turner, 1967· Mandal & Palchoudhury, 1985· Mandal, 1986). Οι Walker, McGuire και

Bettes (1984) διευκρίνισαν ότι η αδυναμία αποκωδικοποίησης των συναισθηματικών εκφράσεων που εμφανίζεται στους ασθενείς με σχιζοφρενικές διαταραχές δεν οφείλεται σε αδυναμία τους να κατονομάσουν τα ανάλογα συναισθήματα, αλλά σε καθαυτό ανικανότητα αναγνώρισης των συναισθηματικών εκφράσεων.

Έντονα προβλήματα εμφανίζονται επίσης στη μη λεκτική επικοινωνία των παιδιών με σχιζοφρενικές διαταραχές. Συγκριτική μελέτη σε παιδιά ηλικίας 9-13 ετών με σχιζοφρενικές διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης και αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά έδειξε ότι τα παιδιά με σχιζοφρένεια ήταν πολύ λιγότερο ικανά στην αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων από ό,τι τα παιδιά των άλλων δύο ομάδων (Walker, 1981). Ωστόσο δυσκολίες αναγνώρισης των συναισθηματικών εκφράσεων εν γένει και της μη λεκτικής επικοινωνίας δεν επισημάνθηκαν μόνο στους νέους σχιζοφρενείς, αλλά και στους γονείς τους (McCown, Johnson, Sean & Shelsky, 1988).

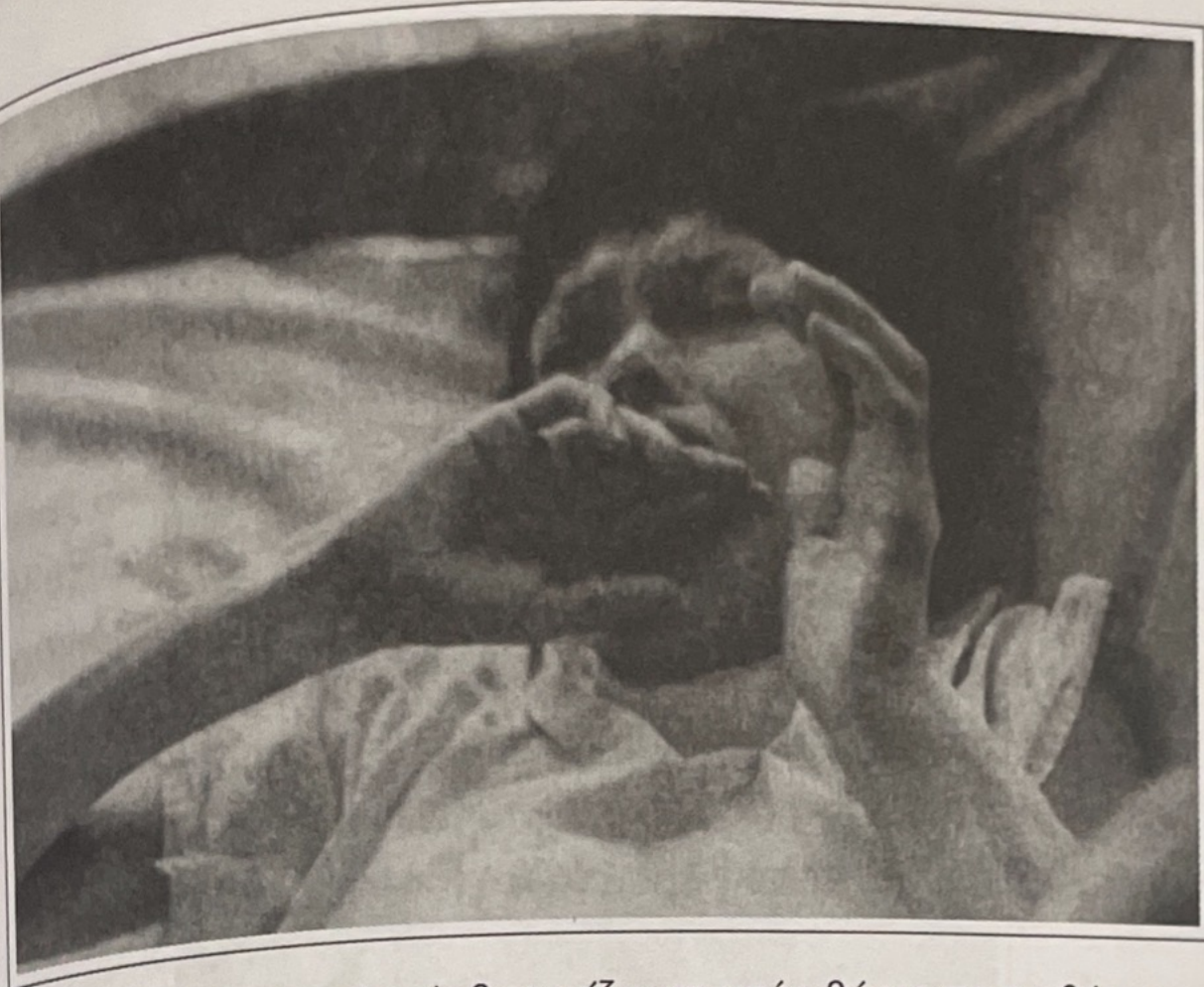
Τέλος, προβλήματα εμφανίζονται και στη μιμητική ικανότητα των σχιζοφρενών, αφού όταν τους ζητηθεί να μιμηθούν εκφράσεις ή στάσεις, δυσκολεύονται και συχνά αποτυγχάνουν (Berndl, Grusser, Martin & Remschmidt, 1986· Berndl, Cranach & Grusser, 1986). Τα παραπάνω προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σχιζοφρενείς σε όλες τις πλευρές της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι ανεξάρτητα από τη φαρμακευτική αγωγή και από το χρονικό διάστημα της παραμονής τους στο ψυχιατρείο (Braun, Bernier, Proulx & Cohen, 1991).

Η παρανοϊκή-παραληρητική διαταραχή παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες των σχιζοφρενικών διαταραχών. Τα κυριότερα συμπτώματα της σχιζοφρενικής αυτής διαταραχής είναι η αποσύνθεση της προσωπικότητας, η έντονη παρουσία παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων, και οι διαταραχές της αυτοεικόνας. Πέρα από

το γεγονός ότι οι σχιζοφρενείς παρανοϊκού τύπου είναι υπερβολικά ευαίσθητοι και θίγονται με το παραμικρό (ίσως επειδή πιστεύουν ότι οι άνθρωποι συνωμοτούν εναντίον τους), φαίνεται ότι αυτοί είναι πιο ικανοί για κοινωνικές σχέσεις από ό,τι οι άλλες κατηγορίες σχιζοφρενών. Όταν όμως οι σχέσεις τους εξεταστούν προσεκτικά, διαπιστώνεται ότι είναι πολύ επιφανειακές και έχουν προβληματικά κίνητρα. Οι ασθενείς με παρανοϊκές διαταραχές διακατέχονται από παθολογική επιφυλακτικότητα και έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους ανθρώπους, οπότε οι επαφές που κάνουν δεν περιλαμβάνουν αυτοαποκαλυπτικότητα και μοίρασμα του συναισθηματικού κόσμου, ούτε προχωρούν σε βάθος. Η μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών με παρανοϊκές διαταραχές διαφέρει από αυτή των άλλων ασθενών με σχιζοφρενικές διαταραχές κυρίως στη μορφή της οπτικής τους επαφής. Οι σχιζοφρενείς παρανοϊκού τύπου δεν ακολουθούν το πρότυπο της μειωμένης οπτικής επαφής, αλλά αντίθετα εκδηλώνουν περισσότερη της συνήθους οπτική επαφή. Ίσως με αυτό τον τρόπο να ερευνούν στοιχεία «επικίνδυνης» ή «επιθετικής» συμπεριφοράς προερχόμενα από τους συνανθρώπους τους (Perissaki, Rabavilas & Stefanis, 1979).

Προβλήματα της μη λεκτικής επικοινωνίας των ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης

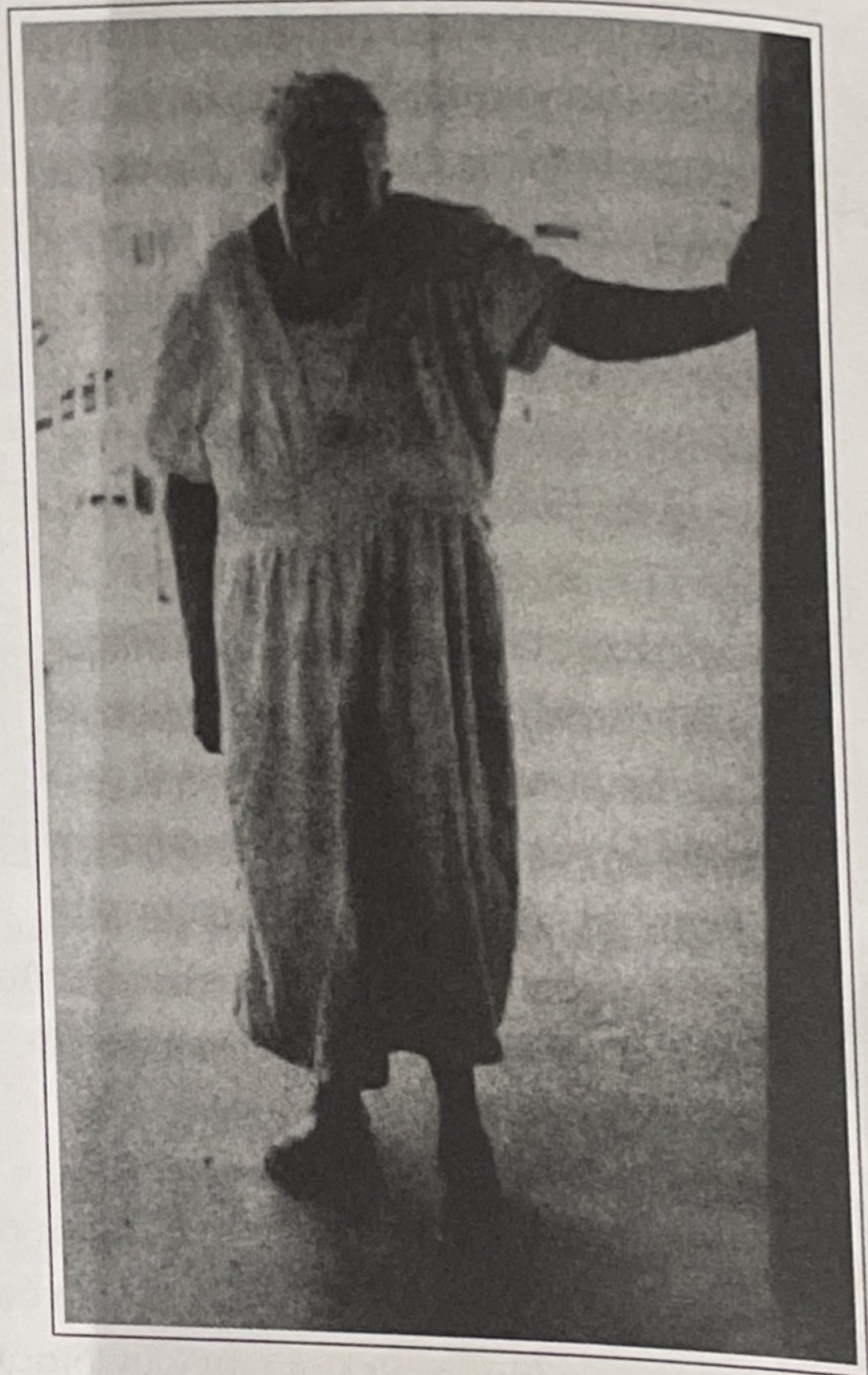
«Διάθεση» ονομάζεται ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά. Τα πιο κοινά παραδείγματα διαταραχών της διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η μανία και η μεταξύ τους εναλλαγή (Μάνος, 1988). Οι διαταραχές της διάθεσης επηρεάζουν με πολύ χαρακτηριστικό τρόπο όλες τις πλευρές της μη λεκτικής συμπεριφοράς. Οι ασθενείς



Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βασανίζονται από αβάσταχτα αισθήματα ενοχής, αθλιότητας και αναξιότητας, που τους εξαντλούν και τους οδηγούν σε παντελή στέρηση κινήτρων.

που πάσχουν από μανιακή διαταραχή βρίσκονται σε κατάσταση έντονης ευφορίας, είναι γεμάτοι ενεργητικότητα και αδικαιολόγητη αυτοπεποίθηση, γελούν, μιλούν διαρκώς και μάλιστα με δυνατή φωνή, μονοπωλούν τη συζήτηση και πετάγονται από το ένα θέμα στο άλλο, ενώ συχνά γίνονται το επίκεντρο και η ψυχή της παρέας. Η εμφάνισή τους είναι συχνά πολύ κομψή και έντονα εκκεντρική. Οι ίδιοι μοιάζουν υπερβολικά ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους, αλλά η μεγάλη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμησή τους δεν έχει καμιά λογική βάση. Ένα βασικό χαρακτηριστικό των ασθενών με μανία είναι και το γεγονός ότι συχνά καταφέρνουν να χρησιμοποιούν τους ανθρώπους γύρω τους για την ικανοποίηση των προσωπικών τους αναγκών.

Σε αντίθεση με τους πάσχοντες από μανία, οι καταθλιπτι-



Η μη λεκτική συμπεριφορά των καταθλιπτικών ασθενών χαρακτηρίζεται από την προς τα κάτω κλίση του σώματος, των ώμων και της κεφαλής, καθώς και από ελάχιστη οπτική επαφή.

Οι ασθενείς βασανίζονται από αβάσταχτα αισθήματα ενοχής, αθλιότητας και αναξιότητας, τα οποία τους εξαντλούν και τους οδηγούν σε παντελή στέρση κινήτρων. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζονται σοβαροί, μελαγχολικοί, σκυφτοί και αξιολύπτοι, έχουν μονότονη και άχρωμη φωνή, ενώ η χαμηλή τους ενεργητικότητα και αυτοεκτίμηση τους κάνει να

αδιαφορούν τελείως για την εμφάνισή τους. Η κατάσταση της κατάθλιψης επιδεινώνεται πολύ από την κοινωνική απομόνωση, την οποία συνήθως επιδιώκουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Η μη λεκτική συμπεριφορά των καταθλιπτικών ασθενών χαρακτηρίζεται από κλίση του σώματος, των ώμων και της κεφαλής προς τα κάτω, ελάχιστη οπτική επαφή και μειωμένες διευκρινιστικές κινήσεις κατά τη διάρκεια της ομιλίας τους (Rutter & Stephenson, 1972· Waxer, 1976, 1977). Οι μειωμένες κινήσεις που συνοδεύουν το λόγο αποτελούν χαρακτηριστική συμπεριφορά της θλίψης και του ψυχικού πόνου (Ekman & Friesen, 1974). Από την άλλη έχει παρατηρηθεί ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς κάνουν πολύ περισσότερες κινήσεις συγκριτικά με τα μη καταθλιπτικά άτομα, χαϊδεύοντας και ακουμπώντας το σώμα, το πρόσωπο και τα μαλλιά τους (Jones & Pasna, 1979· Miller, Ranelli & Levine, 1977), κινήσεις οι οποίες διαπιστώθηκαν και στον πληθυσμό των μη παρανοϊκών σχιζοφρενών (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη & Τζανακάκη-Μελισσάρη, 1995).

Προβλήματα της μη λεκτικής επικοινωνίας των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές

«Άγχος» αποκαλείται η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που προκαλεί αισθήματα έντασης, φόβου ή και τρόμου ως απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος και εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία. Μολονότι το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση η οποία συναντάται σε πολλούς ανθρώπους, όταν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή ζωή, στην επίτευξη στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, θεωρείται ότι είναι

παθολογικό. Έχει βρεθεί ότι ποσοστό 5%-8% του πληθυσμού πάσχει από μόνιμο άγχος παθολογικού βαθμού και απροσδιόριστου λόγου που περιορίζει ή ελαχιστοποιεί την ενεργητικότητα και την απόδοση, προκαλεί πονοκεφάλους, αϋπνίες και άλλα ψυχοσωματικά προβλήματα, και δυσκολεύει τις κοινωνικές επαφές.

Συχνά το άγχος περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στη δημιουργία κοινωνικών επαφών και τότε ονομάζεται «κοινωνικό άγχος». Οι άνθρωποι που πάσχουν από κοινωνικό άγχος, ιδιαίτερα στις αρχικές επαφές τους με τους άλλους, βρίσκονται σε υπερένταση η οποία διαταράσσει ή και αποδιοργανώνει πλήρως τη σκέψη και τη δράση τους (Μάνος, 1988). Η αποτυχία των κοινωνικών σχέσεων των ανθρώπων με αγχώδεις διαταραχές είναι ένα από τα βασικότερα προβλήματα τους. Οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολικές ευαισθησίες και απαιτήσεις, εγωκεντρικότητα, εσωστρέφεια και δεσποτική στάση, χαμηλή αυτοπεποίθηση και ψυχρότητα, ενώ συχνά αισθάνονται αδικημένοι και δυστυχημένοι (Bryant, Trower, Yardley, Urbietta & Letemendia, 1976). Οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές είναι επίσης ανίκανοι να προσφέρουν αμοιβές στους άλλους ανθρώπους και αυτό τους δημιουργεί μεγάλες δυσκολίες στη σύναψη φιλικών και ερωτικών σχέσεων ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Συχνά μάλιστα περιγράφονται από τους άλλους ως εγωιστές, δυσάρεστοι και ενοχλητικοί (Scherer, 1974). Ακόμα και οι θεραπευτές έχουν δυσκολία να συνάψουν ψυχοσυναισθηματική επαφή μαζί τους, ενώ συχνά νιώθουν να μη συμπαθούν όσους ασθενείς χαρακτηρίζονται από ακραία επίπεδα άγχους (Ehrlich & Bauer, 1967).

Η μη λεκτική συμπεριφορά των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές είναι χαρακτηριστική. Πολλές κινήσεις τους είναι νευρικές και άσκοπες, το σώμα τους είναι τεταμένο και άκα-

μπο, η οπτική επαφή και τα χαμόγελά τους ελάχιστα, το δε πρόσωπό τους βρίσκεται σε συνεχή υπερένταση (Waxer, 1977). Τα άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους μιλούν γρήγορα, μονότονα, με ανομοιόμορφη φωνή και βαριά αναπνοή, ενώ κάνουν πολλά λάθη στο λόγο τους.

Προβλήματα της μη λεκτικής επικοινωνίας των ασθενών με αυτιστικές διαταραχές

Οι αυτιστικές διαταραχές κάνουν την εμφάνισή τους από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Οι γονείς, ως πρώτα ανησυχητικά σημάδια, αναφέρουν τη μη ομαλή οπτική επαφή (π.χ. συγκέντρωση του βλέμματος σε άσχετα σημεία, αποφυγή της οπτικής επαφής), την άκαμπτη στάση του σώματος του παιδιού όταν το παίρνουν αγκαλιά, και τις στερεοτυπικές και συχνά επιβλαβείς για το ίδιο κινήσεις (π.χ. χτυπά το κεφάλι του στον τοίχο). Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία (1987), στο DSM-III-R, ανάμεσα στα βασικά συμπτώματα του αυτισμού ανέφερε την «αφύσικη» εκδήλωση της μη λεκτικής επικοινωνίας, που περιλαμβάνει διαταραχές της οπτικής επαφής, των εκφράσεων του προσώπου, των στάσεων του σώματος και της φωνητικής επικοινωνίας. Τα παιδιά με διαταραχές αυτισμού εκδηλώνουν μεγαλύτερη ποικιλία αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων από τα φυσιολογικά παιδιά και από τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση, ενώ συχνά οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις είναι εντελώς αταίριαστες με το περιεχόμενο της αλληλεπίδρασης (Yirmiya, Kasari, Sigman & Mundy, 1989). Στα αυτιστικά παιδιά επιπλέον οι συναισθηματικές εκδηλώσεις δεν συνδυάζονται αρμονικά μεταξύ τους (π.χ. χαμόγελο με οπτική επαφή) ή με τη μορφή της αλληλεπίδρασης που τις προκαλεί (π.χ. χαμόγελο του παιδιού ως ανταπόκριση στο χαμόγελο της μητέρας). Ακόμα,

ενώ στα υπόλοιπα παιδιά οι εκφράσεις χαράς εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των ευχάριστων αλληλεπιδράσεων με ενηλίκους ή με άλλα παιδιά, στα παιδιά με αυτιστικές διαταραχές οι χαρούμενες εκφράσεις εμφανίζονται κυρίως όταν παίζουν μόνο τους.

Τέλος τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες και στην αναγνώριση των εκφράσεων της θλίψης, της χαράς και του θυμού (Philippot, Feldman & McGee, 1991).

Αλλά και στους ενηλίκους με διαταραχές αυτισμού βρέθηκε ότι η ικανότητα αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών σημάτων είναι έντονα προβληματική. Οι Hobson, Ouston και Lee (1988) ζήτησαν από αυτιστικά, νοητικά καθυστερημένα και φυσιολογικά άτομα να κατατάξουν στις κατηγορίες «ευτυχισμένος», «δυστυχισμένος», «θυμωμένος» και «τρομαγμένος» φωτογραφίες τυπικών προσώπων με τις ανάλογες εκφράσεις. Διαπίστωσαν ότι και οι τρεις ομάδες δεν αντιμετώπισαν σημαντικές δυσκολίες στον τομέα αυτόν. Όταν όμως αντί για ολόκληρο το πρόσωπο της φωτογραφίας παρουσίασαν ένα μόνο μέρος του (π.χ. την περιοχή του στόματος), τότε βρήκαν ότι όσοι είχαν αυτιστικές διαταραχές εμφάνισαν σημαντικά ποσοστά αποτυχίας. Οι ενήλικοι με διαταραχές αυτισμού αποτυγχάνουν επίσης στην κατανόηση του νοήματος των συναισθηματικών εκδηλώσεων. Για παράδειγμα, όταν ακούν μια χαρούμενη ιστορία από έναν ευτυχισμένο άνθρωπο, δεν μπορούν να βρουν την έκφραση του προσώπου που ταιριάζει στο ανάλογο περιεχόμενο (Hobson, 1986). Συνοπτικά, τα άτομα με αυτιστικές διαταραχές παρουσιάζουν αφύσικες μη λεκτικές εκδηλώσεις, σημαντικές δυσκολίες στην κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των συναισθημάτων, καθώς και δυσκολίες στην κατανόηση του νοήματος των συναισθηματικών εκφράσεων.

Προβλήματα της μη λεκτικής επικοινωνίας των παιδιών με συναισθηματικές διαταραχές

Πολλά παιδιά με διαταραχές συναισθήματος παρουσιάζουν χαρακτηριστικές μη λεκτικές αντιδράσεις και προβλήματα στη μη λεκτική τους επικοινωνία, τα οποία πρέπει έγκαιρα να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν. Η Renvoise (1982) έχει περιγράψει με χαρακτηριστικό τρόπο τις μη λεκτικές αντιδράσεις των σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών. Αναφέρει συγκεκριμένα ότι όταν γίνεται συζήτηση στην τάξη που αφορά το σώμα, ή όταν ο σχολικός γιατρός χρειάζεται να τα εξετάσει, τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά εκδηλώνουν έντονη και αδικαιολόγητη επιθετικότητα, παραπονιούνται για πόνους στην κοιλιά και στο στομάχι, ή υιοθετούν χαρακτηριστική αμυντική στάση, με τα πόδια διπλωμένα στην κοιλιά και το κεφάλι να ακουμπά στο έδαφος. Οι χαρακτηριστικές αυτές αντιδράσεις πρέπει να ευαισθητοποιούν τους δασκάλους, οι οποίοι χρειάζεται να παραπέμπουν τα παιδιά στους ειδικούς για πιθανή εξακρίβωση, αντιμετώπιση και θεραπεία του προβλήματος. Όλες οι κατηγορίες κακοποιημένων παιδιών εμφανίζουν επίσης προβλήματα στην ικανότητα αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών σημάτων (Camras, Grow & Ribordy, 1983). Μειωμένη εκφραστικότητα και ευαισθησία στην αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών μηνυμάτων εκδηλώνουν και οι έφηβοι που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές (McCown, Johnson & Austin, 1986).

Οι Philippot, Feldman και McGee (1991) υποστήριξαν ότι είναι δύσκολο να διαπιστωθεί εάν η συναισθηματική στέρση αποτελεί την αιτία ή το αποτέλεσμα της μειωμένης εκφραστικότητας και ευαισθησίας. Είναι δηλαδή πιθανό η ελλειμματική φύση της μη λεκτικής οδού να ευθύνεται (εν μέρει τουλάχιστον) για ορισμένα από τα συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, διότι η λανθασμένη ερμηνεία

των μη λεκτικών μηνυμάτων μπορεί να γίνει η αιτία δημιουργίας δυσάρεστων σχέσεων. Είναι όμως επίσης πιθανό τα προβλήματα που κατακλύζουν τα συναισθηματικά στερημένα παιδιά να τα αναγκάζουν να αγνοούν τα μηνύματα του περιβάλλοντος και να αδιαφορούν γι' αυτά.