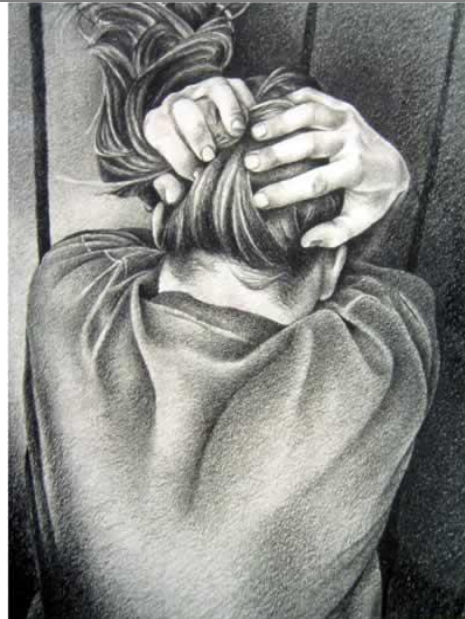


ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

**SOCIAL PHOBIAS, PSYCHOTHERAPEUTICAL
APPROACHES AND INTERVENTIONS**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
STUDENTS

ΓΚΟΥΝΤΟΥΜΑΣ ΜΙΧΑΗΛ
ΚΑΤΕΡΙΝΗ ΒΙΡΓΙΝΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
PROFESSOR OF CHARGE

ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2012
PATRAS, 2012

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε τους γονείς μας για την υπομονή που έδειξαν. Το φίλο Θανάση και μέλλοντα ιατρό για τη βιβλιογραφία που μας δάνεισε και για τη γενικότερη συμβολή του στην περάτωση αυτής της εργασίας. Την Εύη για τις έξτρα κατευθύνσεις και τη μεσολάβηση με διάφορους επαγγελματίες υγείας. Το Δημήτριο Δράμη που μας έδειξε πως οι ηθικοί φραγμοί και η μικροπρέπεια μας αλλά και των γύρω γεννούν τους φόβους και τις αδυναμίες μας. Τους φίλους που μας στήριξαν. Τη θεατρική ομάδα του ΤΕΙ.
Δεν ευχαριστούμε τον Ελληνικό Στρατό που μας έκανε τη ζωή δύσκολη

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Θυμάμαι πάντα αυτήν την πόρτα, την ξύλινη πόρτα με το σκουριασμένο χερούλι και το κλειδί από μέσα, και δίπλα το ανοιχτό παράθυρο με ήλιο, βροχή, χιόνι· κι εγώ απέναντι να κοιτάζω αφηρημένα. Πόσες φορές μέσα μου δεν άνοιξα το χερούλι της πόρτας και πόσες φορές δεν γεύτηκα τον αέρα, τις μυρωδιές, τον κόσμο. Η πραγματικότητα όμως ήταν διαφορετική. Η πόρτα δεν άνοιγε συχνά και το αέρινο χάδι γινότανε μούχλα, κλεισούρα, ιδρώτας, ανησυχία, ένταση. Φοβάσαι; Η συχνή ερώτηση στον εαυτό μου και η απάντηση: Ναι, φοβάμαι, τρέμω, ιδρώνω, καρδιοχτυπώ, πονάει το στομάχι μου, κόβονται τα πόδια μου, θα λιποθυμήσω...

Το βλέμμα μου εστιασμένο στο παράθυρο. Θα 'θελα να το ανοίξω και να αποδράσω από εκεί. Στην ζωή δεν έχει σημασία από πού βγαίνεις, αρκεί να βγεις, και τις περισσότερες φορές δεν αξίζει να μετράς αυτούς που δεν περιμένουν, αρκεί εσύ να περιμένεις κάτι.

Σκέψεις, σκέψεις, σκέψεις. Αποτέλεσμα κανένα. Η μόνη λύση μια ηρωική έξοδος. Ανοίγεις την πόρτα, το παράθυρο, βγαίνεις έξω και αρχίζεις να φωνάζεις, να χαίρεσαι, να κλαις, να μιλάς με τους ανθρώπους, να τραγουδάς στον δρόμο χωρίς να υπολογίζεις καμία κριτική και καμία αντιμετώπιση. Αν όμως λιποθυμήσω; Αν πέσω κάτω; Αν πεθάνω; Ποιος μου εγγυάται ότι θα τα καταφέρω - και - γιατί, πάλι, Θεέ μου, αυτό να, συμβαίνει σε μένα; Σιωπή. Τα κατάφερα. Οι παλμοί πέφτουν, η καρδιά μου ηρεμεί, αναπνέω κανονικά, ορίζω τα άκρα μου, μπορώ να σηκωθώ και να περπατήσω. Αλλά πάλι μέσα στο ίδιο δωμάτιο, στους ίδιους τοίχους, γύρω από τα ίδια έπιπλα και από δίπλα η ίδια σπαστική φωνή: «Βγες επιτέλους έξω, κάνε κάτι, μαράζωσες μέσα στο σπίτι!»

Κοιτάζομαι μες στον καθρέφτη, θέλω να μου μιλήσω. Θέλω να μου πω ότι υποφέρω, ότι πονάω, ότι μου 'ρχεται να κλάψω, ότι δεν φταίω εγώ. Θέλω να μ' αγκαλιάσω και να με χαϊδέψω, να μου ψιθυρίσω στο αφτί ότι έχω δικαιώματα, ότι η ζωή μου ανήκει και ότι μικρές λιγοστές ευτυχισμένες στιγμές φτάνουν να σε ανασταίνουν καθημερινά.

Δεν μ' αρέσουν τα χαρακτηριστικά μου. Γερνάω, είμαι κουρασμένος, ανακαλύπτω πολλές ρυτίδες σε ένα τόσο νεανικό πρόσωπο, και όλη αυτή η ασχήμια δεν είναι τίποτα μπροστά στην ψυχική αλλοίωση, στον τρόπο και στην συνεχή συναισθηματική εξουθένωση.

Με τα ιδρωμένα χέρια αγγίζω τον καθρέφτη, παίρνω το σοβαρό μου ύφος και την τελική απόφαση. Θα τα καταφέρω, αύριο είναι μια άλλη μέρα, θα ξαναπροσπαθήσω. Παίρνω τα φάρμακα μου και προσπαθώ να κοιμηθώ. Στριφογυρίζω, αλλάζω θέση, πετάω το μαξιλάρι, σηκώνομαι να πω νερό και ξαναπέφτω. Πόσο δύσκολο είναι να κοιμηθείς όταν δεν είσαι κουρασμένος, και πόση ποιότητα έχει ένας ύπνος που προκαλείται από ουσίες... Θέλω να κοιμηθώ πολύ, γιατί θέλω να ξεχάσω πολύ. Ο γιατρός μου είπε ότι ο καλός ύπνος και η ξεκούραση είναι πράγματα απαραίτητα - το καταλαβαίνω και εγώ. Εκείνο που δεν μπορώ να καταλάβω είναι γιατί μέσα σε ένα σπίτι με πέντε άτομα είμαι ο μόνος που έχει πρόβλημα. Τα γονίδια, το άγχος, τα βιώματα, ο χαρακτήρας, η προσωπικότητα, λες και είμαι ο μόνος άνθρωπος στον κόσμο που τα έχει όλα αυτά.

Ξέρω, ξέρω, αν αναρωτηθώ το «γιατί», θα χάσω το παιχνίδι. Έχετε σκεφτεί όμως, ότι όπως ανεξέλεγκτη είναι η αρρώστια, τόσο ανεξέλεγκτα είναι και τα «γιατί» μου; Μπορεί κάποιος να καταλάβει πόση δύναμη κρατιέται ορμητικά μέσα μου; Πόσα αντιφατικά συναισθήματα ματώνουν την ψυχούλα μου και καταργούν την λογική μου; Πιστεύει κανένας ότι όλα αυτά μπορώ να τα ελέγξω; Όχι υπερανάλυση, μόνον κοινή λογική - το ξέρω κι εγώ, πώς μπορώ όμως να το εφαρμόσω; Προσπαθώ να κοιμηθώ με σκέψεις, με άγχος, με ροή ιδεών, ξέρω ότι θα ξυπνήσω πολλές φορές την νύχτα και ότι την άλλη μέρα το πρωί θα είμαι κουρασμένος, αλλά προς το παρόν είναι η μόνη λύτρωση.

Ο ήλιος με καλημερίζει, τον κοιτάω με το ένα μάτι, είναι η μέρα της μεγάλης απόφασης, της αλλαγής, του τέλους. Σε μισή ώρα θα έχουν όλα τελειώσει.

Πλυμένος, ντυμένος, πανέτοιμος, ανοίγω την πόρτα και βγαίνω έξω, κάνω τα πρώτα τρία βήματα και προσπαθώ να περάσω τον δρόμο απέναντι. Ξαφνικά μια αόρατη δύναμη με περιτυλίγει, νιώθω ανίκανος να αντιδράσω, τα πόδια μου κολλημένα στο έδαφος, τα χέρια μου ακίνητα, οι παλμοί μου στο έπακρο, ο ιδρώτας ρέει ανεξέλεγκτα. Κάτι υπάρχει στο στομάχι μου που με μαχαιρώνει. Δεν μπορώ ν' αναπνεύσω, πιστεύω ότι θα χάσω τις

αισθήσεις μου και ότι θα πεθάνω. Θέλω να πάω μπροστά - δεν μπορώ· θέλω να γυρίσω πίσω - δεν γίνεται. Προσπαθώ να φωνάξω, μα η φωνή δεν βγαίνει, ανοίγω το στόμα, ζητάω βοήθεια χωρίς ήχο, και με τα δυο μου μάτια προσπαθώ να παρασύρω κάποιο άλλο βλέμμα. Δεν γίνεται τίποτα, δεν υπάρχει τίποτα.

Ποιον ενδιαφέρει ένας άρρωστος, γιατί να ασχοληθούν μαζί μου; Μήπως χρειάστηκε να το κάνω εγώ για τους άλλους; Και αν υπάρξει κάποιο χέρι, θα πρέπει να είναι χέρι γνώσης, όχι οίκτου. Κατορθώνω να κάνω κάποια κίνηση προς τα πίσω. Γυρίζω το κεφάλι. Άνθρωποι, αυτοκίνητα, κτίρια, δέντρα - «ένας ολόκληρος κόσμος» καταπάνω μου. Με γκρεμίζει, με συνθλίβει, με σκεπάζει, με ρίχνει στην γη και το μόνο που μπορώ να ψελλίσω για να το ακούσω είναι: ΤΕΡΜΑ. Ξυπνάω στο κρεβάτι μου, δεν ξέρω αν είναι μέρα, νύχτα, πρωί, απόγευμα. Το μόνο που ξέρω είναι ότι πρόκειται για τον ίδιο εφιάλτη που ζει μαζί μου κάθε βράδυ αντί για ένα απλό καθημερινό όνειρο. Το πολύ μεγάλο πρόβλημα είναι ότι όλο αυτό που «ονειρεύομαι» καθημερινά το 'χω ζήσει άπειρες φορές στην πραγματικότητα, με μια μικρή διαφορά: όταν συμβαίνει πραγματικά, από πίσω μου υπάρχει πάντα κάποιος που με περιμένει, δυστυχώς χωρίς να μπορεί να με ωθήσει να περάσω τον δρόμο απέναντι.

Σηκώνομαι από το κρεβάτι, προσπαθώ να αντιδράσω, δεν με ενδιαφέρει η ώρα, η στιγμή, το φως ή το σκοτάδι. Έτσι κι αλλιώς, έχω δημιουργήσει τον δικό μου κόσμο.

Ο φοβικός φόβους παράγει, είτε είναι μέρα είτε είναι νύχτα, και η πραγματική βοήθεια δεν έρχεται από τους άλλους αλλά από μέσα σου, όταν οι κτύποι μειωθούν, τα όργανα ηρεμήσουν και η ψυχή γεμίσει ηδονή, όταν φύγει το πέπλο και με το χέρι σου μπορείς να αγγίξεις το σήμερα, την μόνη κινητήρια δύναμη για την λύση όλων των προβλημάτων.

Έχω ηρεμήσει αρκετά, έχω επανακτήσει όλες τις αισθήσεις μου, ανάβω τσιγάρο, το σβήνω, ανάβω άλλο. Σηκώνομαι να φτιάξω καφέ. Όλοι κοιμούνται, όλοι εκτός από μένα. Τέσσερις υγιείς και ένας άρρωστος στο ίδιο σπίτι. Μέχρι πρότινος πιστεύανε ότι τα έκανα επίτηδες, ότι ήμουν ανίκανος, άχρηστος, τεμπέλης, εγωκεντρικός, παράξενος, ιδιόρρυθμος και ότι άλλο κατεβάσει ο νους σας· μετά αλλάξανε ιδέα, νομίζανε ότι δεν είχα μεγαλώσει ποτέ, δεν είχα ωριμάσει και περνούσα αργά την εφηβεία μου. Τελικά, κάποιος γιατρός τους είπε την αλήθεια. «Είναι φοβικός» και τους εξήγησε, για να φοβηθούν εκείνοι περισσότερο. Από τότε έγινα το καλό παιδί, είχαν κάποιον να ασχολούνται και να φροντίζουν. Και όταν η αγάπη γινόταν οίκτος και εκνευρισμός, τότε άρχιζαν οι βρισιές και οι συγγνώμες με την ίδια πάντα επωδό: «Προσπάθησε, θα δεις ότι θα τα καταφέρεις».

Κοιμούνται όλοι, πώς μπορούν; Μου είναι αδύνατον να πιστέψω ότι η παρουσία μου δεν τους ενοχλεί και ότι τελικά το έχουν συνηθίσει. Και αν τελικά ισχύει αυτό, ήρθε και το τέλος. Γιατί δεν θα 'χω κανέναν που να παλέψει μαζί μου. Δεν υπάρχει χειρότερο πράγμα από την αποδοχή της ήττας και από τον εφησυχασμό. Πρόσεξα τώρα τελευταία ότι έχουν ελαττωθεί οι ερωτήσεις τους και, όταν με βλέπουν σε στιγμές έντασης, μιλάνε με τα μάτια και με εκείνο το χαζό χαμόγελο που με παρηγορεί και με θυμώνει. Έχω καταλάβει τα πάντα, το μόνο που δεν μπορώ ακόμη να μεταβολίσω είναι το πόσο φταίω εγώ σε αυτήν την ιστορία και πόσο επέτρεψα αυτό να γίνει και επίσης, αν κάποια στιγμή όλα αλλάξουν, πόσο περνάει από το χέρι μου να μην ξαναγυρίσουν ποτέ.

Ανοίγω για ακόμη μια φορά το παράθυρο. Η αναπνοή μου θολώνει το τζάμι και από πίσω προσπαθώ να δω τον δρόμο, τον δρόμο απέναντι, αυτόν που σήμερα θα περάσω, γιατί τελικά ΣΗΜΕΡΑ είναι μια άλλη μέρα. Κοιτάω την ώρα, κάτι αρνητικό πάει να με χαλάσει, το διώχνω γρήγορα, δεν το επιτρέπω. Πάλι «βοήθα, Παναγιά μου», κανένα «δόξα σοι ο Θεός»; Ανάβω πάλι τσιγάρο, ξανακάνω καφέ. Μου φαίνεται ότι έχω λίγο ιδρώσει και με πονάει το στομάχι. Θα 'ναι από το κάπνισμα, σκέφτομαι. Πρέπει να κερδίσω χρόνο όσο περισσότερο γίνεται. Δεν μ' ενδιαφέρει το παρελθόν, είναι για τα λάθη μου· ούτε το μέλλον, είναι για τους πολιτικούς. Με νοιάζει το τώρα, αυτή η σημαντική στιγμή. Θέλω να βρω την δύναμη και να ανοίξω την πόρτα μόνος μου χωρίς κανέναν από πίσω μου, να περάσω απέναντι χωρίς καμιά ανθρώπινη παρουσία, ούτε καν το βλέμμα των δικών μου από την πιο μικρή σχισμή. Πιστεύω ότι είμαι έτοιμος, παίρνω τα φάρμακα μου, χαλαρώνω, ενδυναμώνομαι από τα μηνύματα της ψυχοθεραπείας. Σηκώνω το τηλέφωνο να ενημερώσω τον γιατρό μου και το ξανακλείνω. Θέλω να είναι κάτι ολοδικό μου, πλησιάζω την πόρτα. Δεν μ' αρέσει η

προοπτική, ανοίγω το παράθυρο, είναι τόσο χαμηλά στο πεζοδρόμιο, χτυπάω με δύναμη τις περσίδες στον τοίχο, σκαφαλώνω, πηδάω κάτω, σιγοστέκομαι, κάνω τα πρώτα μου μικρά βήματα, αρχίζω να αγχώνομαι, να τρέμω, να κοντανασαίνω, να μουδιάζω, να φοβάμαι - και ξαφνικά κοιτάω ψηλά και μέσα από το φως βλέπω το πρώτο σημάδι ζωής: είναι για μένα.

Μπορεί να είναι ψευδαίσθηση, ίσως παραίσθηση, το μόνο που ξέρω είναι ότι μέσα μου έγινε αυτό που πάντα περίμενα, το «κλικ».

Μου το 'λεγε πάντα ο ψυχίατρος μου, αλλά δεν το είχα ποτέ πιστέψει, γιατί ήθελα να μου προσδιορίσει τον χρόνο και τον τόπο, χωρίς να καταλαβαίνω ότι όλα αυτά ήταν τόσο καιρό μέσα μου και ήξεραν από μόνα τους πότε να βγουν. Αυτογνωσία; Αυτοπεποίθηση;

Πλήρωμα του χρόνου; Πιθανώς όλα μαζί. Χαμογελάω, σηκώνω τα χέρια και το κεφάλι, προτάσσω το στήθος μου, στηρίζω τα πόδια μου και μ' ένα ακατανόητο ουρλιαχτό ΠΕΡΝΑΩ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΤΟΝ ΔΡΟΜΟ. (Σουρας, 2006)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα εργασία είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που σκοπό έχει να παρουσιάσει το πρόβλημα των φοβιών που αντιμετωπίζεται από πολλούς συνανθρώπους μας. Επίσης παρουσιάζει τέσσερις σχετικά σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες παρουσιάζουν έναν πιο παροντικό και πρακτικό τρόπο για να έρθουν οι αγχώδεις και φοβικοί εξυπηρετούμενοι αντιμετώπι με τους φόβους τους, να τους αντιμετωπίσουν και να καταφέρουν να τους ξεπεράσουν.

Στο πρώτο κεφάλαιο μελετάται από την οπτική γωνία της ψυχιατρικής η διαταραχή πανικού που είναι άμεσα συνυφασμένη με την αγοραφοβία και τις υπόλοιπες φοβίες. Στη συνέχεια παρουσιάζονται ειδικές φοβίες, φοβίες δηλαδή που συγκεκριμενοποιούνται σε όντα, αντικείμενα, χώρους ή καταστάσεις.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά τη θεραπεία Gestalt η οποία άρχισε να αναπτύσσεται τη δεκαετία του '70 και αφορά στην «εδώ και τώρα» διεργασία των προβλημάτων, χωρίς να χρονοτριβεί σε πολύ παρελθοντικές καταστάσεις και μέσα από ένα ευρύ φάσμα τεχνικών καταφέρνει το άτομο να δει την ολότητα του προβλήματος που αντιμετωπίζει, να γίνει αυτόνομο και να κυριαρχήσει στο πρόβλημα.

Τα υπόλοιπα τρία κεφάλαια αναφέρονται σε ψυχοθεραπευτικές προ-σεγγίσεις που σκοπό έχουν την άμεση δράση και ανάπτυξη της δημιουργικότητας του ατόμου. Έτσι το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στη δραματοθεραπεία. Μέσα από δραματικές τελετουργίες το άτομο αντιμετωπίζει σκόπιμα οργανωμένες κοινωνικές δράσεις και συστήματα συμβολικής επικοινωνίας που το προετοιμάζουν να αντιμετωπίσει τα γεγονότα και τις καταστάσεις της καθημερινότητας του.

Στο τέταρτο κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζεται η θεραπευτική της παιγνιοθεραπείας η οποία αφορά περισσότερο στα παιδιά και βοηθάει στη δόμηση του χρόνου ώστε τα άτομα να μην εκτεθούν στους κινδύνους και τους φόβους της οικιότητας. Μέσα από το παιχνίδι εξυπηρετούνται τα σενάρια της καθημερινότητας που εξελίσσονται προς ένα καλά προσχεδιασμένο και καθορισμένο αποτέλεσμα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την εικαστική θεραπεία ή art therapy. Μέσα από την καλλιτεχνική δραστηριότητα το υποκείμενο διατηρεί την ατομικότητα του μέσα στο σύνολο και μπορεί να εκφραστεί με τα υλικά και τους συμβολισμούς που του προσφέρονται.

SUMMARY

The present work is a bibliographic examination that aims to present the problem of phobias that is faced by our fellowmen. Also it presents four relatively modern psychotherapeytical approaches, that present a more presental and practical way in order to come tense and phobic served confronted with their fears, they face them and succed to exceed.

In the first chapter is studied by the optical corner of psychiatric the disturbance of panic that is immediatly interwoven with agorafobia and the remainder phobias. Afterwards are presented special phobias, phobias that is to say that are particularisen in beings, objects, spaces or situations.

The second chapter concerns the treatment Gestalt which began to be developed the decade of '70s and it concerns in "now for " activity of problems, without it stalls in a lot situations of past and through a wide spectrum of techniques it accomplishes the individual it sees the entirety of the problem that it faces, he becomes autonomous and dominates it.

The reminder three chapters are reported in psychotherapeutical approaches that aim to have the direct action and growth of creativity of individual. Thus the third chapter is reported in dramatherapy. Through dramatic rituals the individual faces deliberately organised social action and systems of symbolic communication that him prepare to face the facts and the situations of his everyday routine.

In the fourth chapter that follows is presented the therapeutics playtherapy which concerns more in the children and helps in the layout of time in order that the individuals are not exposed in the dangers and the familiar fears . Through the game are served the scripts of everyday routine that develop to a well planned in advance and predefined result.

In the fifth chapter becomes reason for the figurative treatment or art therapy. Through the artistic activity the subject maintains his individuality in to total and can express itself with the materials and the symbolisms that are offered.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>Αντί Προλόγου</u>	<u>3</u>
<u>Περίληψη και Σκοπός της Μελέτης</u>	<u>6</u>
<u>Summary</u>	<u>7</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	<u>10</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΦΟΒΙΕΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ</u>	
<u>2.1. Εισαγωγή</u>	<u>11</u>
<u>2.2. Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία</u>	<u>11</u>
<u>2.2.1. Ιστορική Αναδρομή</u>	<u>11</u>
<u>2.2.2. Επιδημιολογία</u>	<u>12</u>
<u>2.2.3. Αιτιολογία</u>	<u>13</u>
<u>2.2.4. Πορεία και Πρόγνωση</u>	<u>14</u>
<u>2.2.5. Ταξινόμηση</u>	<u>15</u>
<u>2.2.6. Κλινικές εκδηλώσεις</u>	<u>15</u>
<u>2.2.7. Διάγνωση</u>	<u>18</u>
<u>2.2.8. Διαφορική Διάγνωση</u>	<u>19</u>
<u>2.2.9. Παθολογικές Καταστάσεις</u>	<u>20</u>
<u>2.2.10. Παράγοντες Κινδύνου</u>	<u>21</u>
<u>2.3. Ειδικές Φοβίες</u>	<u>21</u>
<u>2.3.1. Ζωοφοβίες</u>	<u>21</u>
<u>2.3.2. Φοβίες των Στοιχείων της Φύσης</u>	<u>21</u>
<u>2.3.3. Φοβίες Αίματος- Τραυματισμών- Ενέσεων</u>	<u>22</u>
<u>2.3.4. Φοβίες Καταστάσεων και Συνθηκών</u>	<u>22</u>
<u>2.3.5. Άλλες Φοβίες</u>	<u>22</u>
<u>2.4. Κοινωνική Φοβία (Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)</u>	<u>24</u>
<u>2.4.1. Κλινικά Χαρακτηριστικά</u>	<u>24</u>
<u>2.4.2. Διαγνωστικά Κριτήρια (κατά DSM-IV)</u>	<u>25</u>
<u>2.4.3. Συνοδά Συμπτώματα και Σημεία, Συνοδές Διαταραχές, Επιπλοκές</u>	<u>26</u>
<u>2.4.4. Επιδημιολογικά Στοιχεία</u>	<u>26</u>
<u>2.4.5. Έναρξη, Πορεία και Πρόγνωση</u>	<u>26</u>
<u>2.4.6. Διαφορική Διάγνωση</u>	<u>26</u>
<u>2.5. Ανακεφαλαίωση</u>	<u>27</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο GESTALT, ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ</u>	
<u>3.1. Εισαγωγή</u>	<u>28</u>
<u>3.2. Επιρροές</u>	<u>28</u>
<u>3.2.1. Ψυχανάλυση</u>	<u>28</u>
<u>3.2.2. Αισθητηριακή Ολοκλήρωση- Σχήμα Φόντο</u>	<u>28</u>
<u>3.2.3. Υπαρξισμός</u>	<u>29</u>
<u>3.3. Η θεραπεία Gestalt</u>	<u>29</u>
<u>3.3.1. Σχήμα- Φόντο</u>	<u>29</u>
<u>3.3.2. Επίγνωση</u>	<u>30</u>
<u>3.3.3. Εκρήξεις</u>	<u>31</u>
<u>3.4. Τεχνικές Gestalt</u>	<u>31</u>
<u>3.4.1. Πειράματα</u>	<u>32</u>
<u>3.4.2. Φαντασιώσεις</u>	<u>33</u>
<u>3.5. Ανακεφαλαίωση</u>	<u>33</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ</u>	
<u>4.1. Εισαγωγή</u>	<u>34</u>

4.2. Ορισμός και Αντικείμενο	34
4.3. Κύριες έννοιες	35
4.3.1. Θεατρική Απόσταση	35
4.3.2. Οι δυο πραγματικότητες	37
4.3.3. Ενσωμάτωση- Προβολή- Ρόλος	39
4.3.4. Δραματική Επεξεργασία της εμπειρίας	40
4.3.5. Η Δραματική Δομή του νου	40
4.3.6. Η τελετουργική μορφή των γεγονότων της ζωής	42
4.3.7. Διεύρυνση των ρόλων και μεταμόρφωση	42
4.3.8. Η Βιώμενη υπερφυσική εμπειρία	43
4.4. Η Δραματοθεραπεία στην πράξη	43
4.4.1. Η Δομή της Συνεδρίας	43
4.5. Ανακεφαλαίωση	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

5.1. Εισαγωγή	47
5.2. Στόχοι	47
5.3. Ενδείξεις για παιγνιοθεραπεία	48
5.4. Η Διάρκεια των συνεδριών	49
5.5. Το παραμύθι στην Παιγνιοθεραπεία	49
5.6. Ο Παιγνιοθεραπευτής	50
5.7. Το Θεραπευτικό παιχνίδι των παιδιών	50
5.7.1. Ψυχολογική προσέγγιση	50
5.7.2. Θεατροπαιδαγωγική Προσέγγιση	51
5.7.3. Καλλιτεχνική προσέγγιση	52
5.7.4. Θεατρολογική προσέγγιση	52
5.8 Ανακεφαλαίωση	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο ART THERAPY ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΕΙΚΑΣΤΙΚΩΝ

6.1. Εισαγωγή	54
6.2. Art- therapy	54
6.3. Ο Καλλιτέχνης ως θεραπευτής	55
6.4. Η χρησιμότητα των χρωμάτων και των υλικών	56
6.5. Περιβάλλον και τρόπος εργασίας του θεραπευτή	56
6.5.1. Εμπειρίες Θεραπευτών	56
6.6. Ο Επαγγελματίας Art-therapist	59
6.7. Ανακεφαλαίωση	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μόλις πριν 30 χρόνια οι φοβίες θεωρήθηκαν ασθένεια. Μέχρι εκείνη τη στιγμή οι φοβίες θεωρούνταν ότι είναι συμπτώματα άλλων ασθενειών. Οι γιατροί δεν είχαν εκπαιδευτεί κατάλληλα και οι άνθρωποι που είχαν φοβίες ή τους γινόταν λανθασμένη διάγνωση ή τους αντιμετώπιζαν με σκεπτικισμό. Τα νέα ευρήματα της γενετικής, της βιολογίας, της φυσιολογίας και της φαρμακολογίας υπέδειξαν νέους τρόπους κατανόησης του Κ. Ν. Σ. στους ιατρικούς κύκλους η δεκαετία του 80 ονομάστηκε η δεκαετία του άγχους και από αυτήν προέκυψε μια νέα επίγνωση της προελεύσεως των φοβιών. Οι φοβίες αποτελούν την πιο συνηθισμένη μορφή στις Διαταραχές Άγχους, που με τη σειρά τους αποτελούν την πιο συνηθισμένη ψυχιατρική διαταραχή. Χαρακτηρίζονται από αδικαιολόγητο, υπερβολικό και παράλογο φόβο οι οποίες οδηγούν ένα άτομο στο να αποφεύγει συγκεκριμένες καταστάσεις ή όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με αυτές να τις βιώνει με πολύ έντονο άγχος . Η έναρξη μιας φοβίας μπορεί να σχετιστεί με ένα τραυματικό γεγονός.

Συχνά όμως δεν υπάρχει ένας τέτοιος συσχετισμός ή εάν υπάρχει μπορεί να μην γίνεται αντιληπτός. Η φοβία μπορεί να αναπτυχθεί ακόμη και εάν το άτομο που υποφέρει από αυτήν, δεν έχει βιώσει το ίδιο απευθείας την κατάσταση που προκαλεί το φόβο.

Για παράδειγμα κάποιος μπορεί να αναπτύξει φοβία για τις αεροπορικές πτήσεις λόγω του ότι είδε στις ειδήσεις στην τηλεόραση εικόνες από μια αεροπορική τραγωδία. Οι περισσότεροι ασθενείς με φοβίες, θα κάνουν ότι μπορούν για να αποφύγουν να βρεθούν στην κατάσταση που τους προκαλεί τρόμο. Όταν οι προσπάθειες για αποφυγή της κατάστασης που ευθύνεται για τη φοβία, επηρεάζουν τη ζωή του ασθενούς, τότε επιβάλλεται να ζητηθεί βοήθεια από επαγγελματίες της υγείας με εξειδίκευση στο πρόβλημα. Για παράδειγμα εάν η φοβία για τους σκύλους, αναγκάζει τον ασθενή να μη βγαίνει από το σπίτι του λόγω του ότι φοβάται μήπως συναντήσει το γείτονα που βγάζει έξω το σκύλο του για περίπατο, τότε χρειάζεται βοήθεια από τον ψυχίατρο ή και τον ψυχολόγο. (Leidig, 2006) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΦΟΒΙΕΣ (ΦΟΒΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ), ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

2.1. Εισαγωγή

Η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιθυμεί έντονα την αποφυγή αυτού που φοβάται.

Αν και το άτομο αναγνωρίζει ότι οι φόβοι του είναι υπερβολικοί ή μη ρεαλιστικοί, εντούτοις προσπαθεί με κάθε τρόπο να αποφύγει το φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση. Εάν η συμπεριφορά αποφυγής δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του ατόμου, η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή (π.χ. Το να φοβάται κανείς τις αράχνες). Αν, όμως, η φοβία παραβλάπτει την ικανότητα του ατόμου να εκπληρώσει τις συνηθισμένες και απαραίτητες καθημερινές του ασχολίες ή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση, τότε πρόκειται για φοβική διαταραχή.

Οι φοβίες γενικά διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

Αγοραφοβία: Φόβος να είναι κανείς σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη (ή μπορεί να φέρει το άτομο σε δύσκολη θέση/αμηχανία) ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση εμφάνισης πανικού.

Ειδική Φοβία: Φόβος συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων.

Κοινωνική Φοβία: Φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο έχει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο. (Μάνου, 1997)

2.2. Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία

2.2.1. Ιστορική Αναδρομή

Η διαταραχή πανικού ονομάστηκε έτσι από τον Έλληνα θεό Πάνα, το θεό των ποιμένων. Ο Πάνας ήταν γνωστός επειδή ξαφνικά τρώμαζε «αναπάντεχα» τα ζώα και τους ανθρώπους. Ο αυθόρμητος και αναπάντεχος χαρακτήρας των κρίσεων πανικού είναι το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής πανικού και βασικό για την αναγνώριση και τη διάγνωσή της.

Γνωρίζουμε τώρα ότι το σύνδρομο που τώρα καλούμε διαταραχή πανικού, με ή χωρίς αγοραφοβία, πιθανόν να υπάρχει από την απαρχή της καταγεγραμμένης ιστορίας. Ο Ιπποκράτης παρουσίασε περιπτώσεις εμφανούς φοβικής αποφυγής γύρω στο 400 π.Χ. (Hippocrates, 1870). Μια από τις σύγχρονες περιγραφές ήταν του Benedikt περί το 1870, όπου περιγράφονταν άτομα που ανέπτυσσαν ξαφνικό άγχος και ζάλη σε δημόσιους χώρους. Η διαταραχή πανικού πιστεύεται ότι εμφανίζεται σε όλους τους πολιτισμούς, και μια από τις παλαιότερες και σαφέστερες περιγραφές προέρχεται από ένα σύνδρομο που εμφανίζεται σε Εσκιμώους κυνηγούς. Όταν προετοιμάζονται να κυνηγήσουν πολικές αρκούδες, αυτοί οι κυνηγοί μερικές φορές παρουσίαζαν ξαφνικά, «αυτόματα» επεισόδια εξαιρετικά μεγάλου φόβου και ταχυκαρδίας παρόμοια με αυτά που σήμερα ονομάζουμε κρίσεις πανικού. Αυτές έχουν περιγραφεί από τις αρχές του 20ού αιώνα ως «τρόμος του καγιάκ». (Benedict, 1870)

Βεβαίως οι τρέχουσες αντιλήψεις μας για τη διαταραχή πανικού αναπτύχθηκαν ουσιαστικά και ταυτόχρονα στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ στις αρχές με μέσα της δεκαετίας του 1960. Ο Ντόναλντ Κλάιν στις ΗΠΑ περιέγραψε το 1964 το σύνδρομο πανικού και ανέφερε ότι αυτό ανταποκρινόταν στη χορήγηση ιμιπραμίνης (Klein, 1964). Ο Ισαάκ Μαρκς στο Ηνωμένο Βασίλειο περιέγραψε επίσης τις κρίσεις πανικού και την αγοραφοβική αποφυγή, και αντιμετώπισε το σύνδρομο αποτελεσματικά με συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Marks, 1969). Μέχρι τις δύο τελευταίες δεκαετίες, υπήρχε η άποψη ότι η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία είναι ουσιαστικά σπάνια σύνδρομα. Είναι σήμερα σαφές ότι οι περιπτώσεις

ατόμων με αυτά τα προβλήματα κάθε άλλο παρά σπάνιες. Είναι . Στην πραγματικότητα, η διαταραχή πανικού είναι ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που παρουσιάζονται σε άτομα που αναζητούν θεραπεία για ψυχιατρικά προβλήματα. Είναι επίσης το πέμπτο πιο κοινό πρόβλημα σε ασθενείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Klerman, G.L., Weissman, M., Ovelette, R., Johnson and Greenwald S. 1991). Παλιότερα πίστευαν ότι είναι μια ήπια διαταραχή, μα τώρα γνωρίζουμε ότι σχετίζεται με σημαντική δυσλειτουργία. Μάλιστα, αυτή η δυσλειτουργία στην κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή ζωή στην πραγματικότητα είναι συγκρίσιμη με αυτή της μείζονος κατάθλιψης (Markowitz, J., Weissman, M.M., Ovelette, R., and Liek J. 1989). Αν και υπάρχουν διαφορές στην κατανόηση της διαταραχής πανικού και στις θεραπευτικές επιλογές ανά τον κόσμο, σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει ανασκόπηση των τρεχουσών αντιλήψεων για την διαταραχή πανικού, τα χαρακτηριστικά της, την αιτιολογία, τη διάγνωση και τις θεραπείες.

2.2.2. Επιδημιολογία

Οι μελέτες που χρησιμοποιούν κυρίως τις διαγνώσεις του συστήματος DSM έχουν βρει μεγάλη συμφωνία και σε γενικές γραμμές ίδιο επιπολασμό για τη διαταραχή πανικού σε πολλές χώρες (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Επιπολασμός των συμπτωμάτων πανικού και της διαταραχής πανικού	
	Επιπολασμός(%)
Έντονα επεισόδια σύντομου, αυτόματου, κορυφούμενου άγχους [fearful spells] (την τελευταία χρονιά)	11.3
Τον προηγούμενο μήνα	5.8
Κρίσεις πανικού κατά DSM-III-R (διά βίου)	7-9
Τον προηγούμενο μήνα	22
Υποτροπιάζουσες κρίσεις πανικού	4.2

Δεδομένα από τη National Cohort Study και την Epidemiologic Catchment Area Study (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008)

Οι πρόσφατες μελέτες US Epidemiologic Catchment Area Study και National Comorbid Study είναι αυτές που έχουν πραγματοποιηθεί με τη μεγαλύτερη προσοχή και κατά συνέπεια είναι αυτές που δίνουν τις περισσότερες πληροφορίες. Με τη χρήση των ειδικών κριτηρίων για τις κρίσεις πανικού, ο επιπολασμός για τις κρίσεις πανικού κυμαίνεται στο 7-9% του πληθυσμού (διακύμανση 1.8-15.6%). Όμως, αν τα κριτήρια γίνουν πιο ελαστικά (επεισόδια σύντομου, αυτόματου, κορυφούμενου άγχους [fearful spells]) ως προς τον αριθμό των κρίσεων και τη σοβαρότητά τους, ο επιπολασμός τότε διπλασιάζεται.

Υπάρχει μια εντυπωσιακή ομοιότητα παγκοσμίως στον παρατηρούμενο επιπολασμό της διαταραχής πανικού. Σε δέκα μελέτες κοινοτήτων που περιλάμβαναν πάνω από 40.000 άτομα, η πλειονότητα των μελετών βρήκε ότι τα ποσοστά του διά βίου επιπολασμού για τη διαταραχή πανικού κυμαίνονταν στο 1.5-2.5%, με έναν ετήσιο επιπολασμό περίπου 1%. Σε κλινικά δείγματα υπάρχει μια μεγαλύτερη διακύμανση. Στην προαναφερθείσα μελέτη της WHO, ο επιπολασμός για τη διαταραχή πανικού κυμαινόταν από 1.4% έως 16.5% για τις κρίσεις πανικού και από 0 έως 3.5% για τη διαταραχή πανικού αυτή καθαυτή. Ο μέσος όρος ήταν 1.1% (τρέχων) και 3.5% (διά βίου), στοιχεία εκπληκτικά όμοια με τα αντίστοιχα από τις κοινότητες. Όπως αναφέρθηκε, τα ποσοστά είναι κατά πολύ υψηλότερα σε εξειδικευμένα ιατρεία ή/και κλινικές όπου και κυμαίνονται από 15% σε ιατρεία ζάλης μέχρι 65% σε

καρδιολογικά ιατρεία, σε 35% σε ιατρεία υπεραερισμού κλπ. (Gelder, Lopez-Ibor & Andreassen, 2008)

2.2.3. Αιτιολογία

Γενετική προδιάθεση.

Σημαντικά στοιχεία καταδεικνύουν με σαφήνεια την ύπαρξη γενετικής συνεισφοράς στην προδιάθεση ανάπτυξης κρίσεων πανικού και αγοραφοβίας. Υπάρχουν αυξημένα ποσοστά διαταραχής πανικού στους συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων, με ποσοστά 7.9-41% έναντι 8% ή και λιγότερο στους πληθυσμούς ελέγχου. Ο συνολικά αυξημένος κίνδυνος στους συγγενείς είναι δύο έως είκοσι φορές μεγαλύτερος, με το μέσο όρο να είναι επτά με οκτώ φορές μεγαλύτερος. Γενικά, οι μελέτες υποδεικνύουν ότι ένας άλλος πάσχων συγγενής μπορεί να βρεθεί σε 25-50% των περιπτώσεων, με δυο φορές περισσότερες πιθανότητες αυτός να βρεθεί σε γυναίκες συγγενείς. Η αυξημένη οικογενής συρροή είναι ειδική της διαταραχής πανικού. Αυτά τα ευρήματα είναι σαφώς συμβατά με μια μέτριου βαθμού γενετική μεταβίβαση με ιδιαίτερα υψηλή ειδικότητα.

Αν και οι μελέτες διδύμων είναι περιορισμένες, ο Torgensen όντως βρήκε αυξημένη συμφωνία σε μονοζυγώτες διδύμους (31% έναντι μηδέν). Οι Skre και Syn βρήκαν διπλασιασμό της διαταραχής πανικού σε μονοζυγώτες διδύμους, ενώ οι Andrews και Syn απέτυχαν να βρουν αυξημένη επίπτωση. Στο μεγαλύτερο δείγμα συνεντεύξεων από θήλεα δίδυμα, πάλι βρέθηκε υπερδιπλασιασμός της επίπτωσης (23.9% έναντι 10.9%)(Gelder, Lopez-Ibor & Andreassen, 2008).

Γενικά, τα στοιχεία από μελέτες οικογενειών και διδύμων υποδεικνύουν ότι η διαταραχή πανικού ενέχει σε μέτριο βαθμό κληρονομικότητα, περίπου 30-40%. Το καλύτερο μοντέλο προτείνει 50% γενετικές και 50% περιβαλλοντικές επιδράσεις. Πρόσφατες μελέτες σύνδεσης για την επιβεβαίωση των υποθέσεων αυτών έδωσαν αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα, αλλά πράγματι υπέδειξαν ότι η μονογονιδιακή κληρονομικότητα ήταν απίθανη. Τούτο αφήνει άθικτες τις πιθανότητες είτε της ετερογένειας μεταξύ των οικογενειών ή/και της πολυγονιδιακής κληρονομικότητας.

Μερικά συγκλίνοντα στοιχεία όντως συνδέουν το άγχος της παιδικής ηλικίας με το άγχος των ενηλίκων, γεγονός συμβατό με μια γενετική προδιάθεση. Αυτό είναι αληθές ιδιαίτερα για το άγχος αποχωρισμού στα παιδιά. Οι Kagan και Syn έχουν υπολογίσει ότι το 10% των Καυκάσιων παιδιών γεννιούνται με αυξημένο άγχος, το οποίο καλούν συμπεριφορική αναστολή. Η συμπεριφορική αναστολή είναι πιο αυξημένη σε παιδιά γονέων με διαταραχές άγχους και υπάρχουν υψηλά ποσοστά διαταραχών άγχους στα παιδιά γονέων με διαταραχή πανικού. Όσο τα παιδιά με συμπεριφορική αναστολή μεγαλώνουν, αυτά βρίσκονται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και διαταραχών φοβίας. Για την ώρα, αυτό είναι πιθανόν το καλύτερο μοντέλο της κληρονομούμενης προδιάθεσης για το άγχος. Μια παραλλαγή αυτού του μοντέλου προτείνει ότι υπάρχει ένας ηθολογικός παράγοντας που αφορά μια εξελικτικά καθορισμένη ευαλωτότητα σε μη οικείο έδαφος. Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει γιατί το φαινομενικά κληρονομούμενο άγχος αφορά σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Τούτο είναι επίσης συμβατό με το μεγάλο ποσοστό των καθοριστικών συμβάντων πριν την κλινική έναρξη των δυσκολιών. Σε αυτό το μοντέλο μια εξελικτική, γενετικά καθορισμένη ευαλωτότητα, θα «ενεργοποιούνταν» κλινικά από κρίσιμους ψυχοπνευστικούς παράγοντες (στρεσογόνα γεγονότα) σε γενετικά ευάλωτα άτομα.

Εκλυτικά γεγονότα έχουν αναφερθεί σε 60-96% των περιπτώσεων. Αυτά συχνά αφορούν σε αποχωρισμό ή απώλεια, προβλήματα στις σχέσεις, ανάληψη νέων υπευθυνοτήτων, καθώς και σε φυσικά ψυχοπνευστικά γεγονότα (τοκετός, χειρουργικές επεμβάσεις, υπερθυρεοειδισμός). Αυτό είναι βέβαια συμβατό με ένα μοντέλο προδιάθεσης/ευαλωτότητας, με τη διαταραχή να είναι καθοριστική σε ένα προδιατεθειμένο άτομο στην ενήλικη ζωή του. Υπάρχουν επίσης πολλές μελέτες που υποδεικνύουν ότι τραυματικά γεγονότα στις αρχές του βίου μπορεί να ενέχονται στην ευαλωτότητα που οδηγεί στη διαταραχή πανικού. Η πλειονότητα των παιδιών σε μερικές μελέτες έχει βιώσει πρώιμο αποχωρισμό από τους

γονείς . Σε αναδρομική μελέτη έχει βρεθεί ότι ένα τραυματικό γεγονός κατά την παιδική ηλικία αναφέρεται στα δυο τρίτα τουλάχιστον των παιδιών, αύξηση σε σημείο τριπλασιασμού . Η σεξουαλική κακοποίηση πριν την ηλικία των πέντε ετών μπορεί ακόμα και να είναι ειδική για την επακόλουθη ανάπτυξη διαταραχής πανικού . Η πιο συχνή διαταραχή των ενηλίκων μετά από σεξουαλική κακοποίηση πριν την ηλικία των πέντε ετών είναι στην πραγματικότητα το 44% της επίπτωσης της αγοραφοβίας (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008).

Υπάρχουν κάποια στοιχεία από μια προοπτική μελέτη που περιλαμβάνει πάνω από 3000 άτομα ότι στοιχεία εξαρτητικής προσωπικότητας συσχετίζονταν με μεταγενέστερη ανάπτυξη διαταραχής άγχους . Υπήρξαν επίσης δεδομένα από αναδρομικές μελέτες για το ότι οι ενήλικες ασθενείς με διαταραχή πανικού περιγράφουν τους γονείς τους ως υπερπροστατευτικούς και λιγότερο τρυφερούς. Είναι δύσκολο να διαχωριστούν αυτές καθαυτές οι επιδράσεις στα άτομα των διαταραχών άγχους που οφείλονται στην εξαρτητική συμπεριφορά, ή στην υπερπροστατευτικότητα των γονέων που προκαλεί την εμφάνιση στοιχείων εξαρτητικής προσωπικότητας. (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008)

2.2.4. Πορεία και πρόγνωση

Υπάρχουν λίγα στοιχεία με κατάλληλα πληθυσμιακά δείγματα προκειμένου να απεικονιστεί σαφώς η πορεία της διαταραχής πανικού. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η διαταραχή πανικού είναι μια σταθερή και χρόνια κατάσταση από τη στιγμή που ικανοποιούνται τα κριτήρια για αυτήν. Οι περισσότεροι ασθενείς που αναζητούν θεραπεία έχουν βιώσει τη χρόνια, συχνά επιδεινούμενη με το πέρασμα του χρόνου νόσο συνήθως δέκα με δεκαπέντε χρόνια πριν τη διάγνωση. Όμως, άλλα στοιχεία όντως υποδεικνύουν την ύπαρξη ετερογένειας ως προς την πορεία.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το μοντέλο Klein υποδεικνύει ότι οι αυτόματες κρίσεις πανικού αποτελούν την πρώτη εκδήλωση της νόσου, η οποία ακολουθείται από άγχος προσδοκίας και αγοραφοβία σε ορισμένα άτομα. Όμως, για τους περισσότερους ασθενείς με διαταραχή πανικού που εξετάστηκαν προσεκτικά, η κρίση πανικού σπάνια είναι το πρώτο σύμπτωμα. Σε μερικές μελέτες πάνω από το 90% των ασθενών είχαν ήπια φοβικά ή υποχονδριακά συμπτώματα πριν την έναρξη της πρώτης κρίσης πανικού.

Η πρώτη κρίση πανικού γίνεται συνήθως σε μια «φοβογονική» κατάσταση, όπως είναι ένα δημόσιο μέρος, δρόμος, κατάσταση, μέσο μαζικής μεταφοράς, ουρά, ανελκυστήρας, σήραγγα, γέφυρα ή ανοικτός χώρος. Όπως αναφέρθηκε, αυτών συχνά προηγούνται ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής.

Οι πρώτες μελέτες έδειξαν μικρά ποσοστά ανάρρωσης, με χρόνιες αυξομειώσεις στους περισσότερους ασθενείς. Μερικά άτομα εμφανίζουν εκρήξεις συμπτωματολογίας με λιγότερες δυσκολίες στο χρονικό διάστημα μεταξύ αυτών, αλλά η πλειονότητα των ασθενών φαίνεται να έχει μια περισσότερο ή λιγότερο συνεχή εικόνα συμπτωματολογίας, η οποία κυμαίνεται ήπια έως σοβαρή.

Τα ποσοστά ανάρρωσης κυμαίνονται από 25-75% για τα πρώτα 1-2 χρόνια παρακολούθησης. Κατά τη διάρκεια της πενταετούς μετέπειτα παρακολούθησης, μόνο 10-12% είχαν αναρρώσει πλήρως σε μια μελέτη και 30% σε μια άλλη. Η πιο συνηθισμένη εικόνα είναι ότι το 50% των ασθενών περίπου ούτε είναι εντελώς καλά ούτε πολύ άρρωστοι, με ήπια συμπτώματα τις περισσότερες φορές ή με προσωρινή επανεμφάνισή τους. Μετά τη διάγνωση και κάποια μορφή θεραπείας, στην πλειονότητα των ασθενών επέρχεται λειτουργική ανάρρωση.

Σε κλινικές φαρμακολογικές μελέτες, το 50-70% των ασθενών εμφανίζουν εξαιρετικές οξείες απαντήσεις, με ένα επιπλέον 20% να παρουσιάζει μια μέτρια ανταπόκριση. Με την εφαρμογή συμπεριφορικής θεραπείας, πάλι η πλειονότητα των ασθενών αναρρώνουν και σε μερικές κλινικές μελέτες πάνω από το 75% των ασθενών εμφανίζονται κατά πολύ βελτιωμένοι 1 έως 9 χρόνια μετά τη θεραπευτική αγωγή, με μείωση των συμπτωμάτων κατά 50%.

Οι πτωχές ανταποκρίσεις συσχετίζονταν σταθερά με την αρχικά μεγάλη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη μεγάλη αγοραφοβική αποφυγή. Η πτωχή ανταπόκριση επίσης

συσχετίζεται με τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, τη μεγαλύτερη διάρκεια, τη μικρή κοινωνική δικτύωση, το θάνατο γονέα, τυχόν διαζύγιο ή απουσία γάμου, καθώς και με διαταραχές της προσωπικότητας (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008).

2.2.5. Ταξινόμηση

Οι πρώτες σύγχρονες αναφορές για περιστατικά που σχεδόν σίγουρα αφορούν σε σύνδρομο διαταραχής πανικού άρχισαν από τα μέσα του 20ού αιώνα. Από το 1866 υπήρχαν αναφορές για παροξυσμικά επεισόδια άγχους για τα οποία δε χρησιμοποιούσαν τον όρο «κρίσεις πανικού». Κατά τον εμφύλιο πόλεμο στις ΗΠΑ, στους ασθενείς ετίθετο η διάγνωση «σύνδρομο ευερέθιστης καρδιάς» ή «σύνδρομο DaCosta» (1871) με σαφείς περιγραφές για αυτό που γνωρίζουμε σήμερα πως είναι η διαταραχή πανικού. Ο Westphal στη Γερμανία το 1872 περιέγραψε με σαφήνεια ασθενείς με διαταραχή πανικού και αγοραφοβική αποφυγή των μεγάλων ανοιχτών χώρων. Πάλι στον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο (1918) είχε περιγραφεί το σύνδρομο «νευροκυκλοφορικής ασθένειας» το οποίο περιείχε τις περισσότερες εκδηλώσεις της διαταραχής πανικού.

Ήταν στην πραγματικότητα ο Φρόυντ, στην «Περίπτωση IV της Καταρίνας» που δημοσιεύτηκε το 1895, ο οποίος έθεσε τις βάσεις για τη σύγχρονη ταξινόμηση της διαταραχής πανικού. Όμως τα κριτήρια Feighner που δημοσιεύτηκαν στις ΗΠΑ το 1972 έδωσαν την πρώτη διαγνωστική αναγνώριση στο σύνδρομο. Τα Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια που ακολούθησαν το 1978 διαχώρισαν πρώτα τη διαταραχή πανικού από αυτό που αποκαλούμε σήμερα γενικευμένη διαταραχή άγχους. Στα Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια, η διαταραχή πανικού είχε κρίσεις πανικού ενώ η γενικευμένη διαταραχή άγχους όχι. Αυτές οι διαγνώσεις έγιναν τμήμα του διαγνωστικού συστήματος DSM-III το 1980 (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008).

Η περιγραφή της διαταραχής πανικού από τον Klein το 1964 στις ΗΠΑ οδήγησε στην κυρίαρχη σήμερα άποψη για το σύνδρομο, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ. Ο Klein εκτίμησε ότι η διαταραχή πανικού ήταν ο πυρήνας του συνδρόμου και τα υπόλοιπα κλινικά φαινόμενα ήταν συνέπειες των κρίσεων πανικού. Έτσι αντιλήφθηκε ότι το άγχος προσδοκίας ήταν ο φόβος και αποφυγή καταστάσεων όπου είχαν συμβεί κρίσεις πανικού στο παρελθόν. Η σύζευξη αυτών των φαινομένων σε μια σκέψη και αντίληψη έγινε αποδεκτή στο DSM-III-R, και πιο πρόσφατα στο DSM-IV στις ΗΠΑ.

Όμως η θεώρηση αυτή παραμένει αμφιλεγόμενη στις δύο πλευρές του Ατλαντικού. Τα διαγνωστικά συστήματα DSM-III-R και DSM-IV συνεχίζουν να χρησιμοποιούν την ιδέα ότι οι κρίσεις πανικού είναι προεξάρχουσες και δημιουργήσαν δύο διαγνώσεις: διαταραχή πανικού και διαταραχή πανικού με αγοραφοβία. Στην Ευρώπη και στο ICD-10 η αγοραφοβία θεωρείται επικρατούσα και δεσπόζουσα επί των προσβολών πανικού. Γι' αυτό, όταν η αγοραφοβία και οι κρίσεις πανικού συνυπάρχουν ταυτόχρονα, η διάγνωση γίνεται αντιληπτή ως φοβία και η διαταραχή διαγιγνώσκεται ως αγοραφοβία με κρίσεις πανικού. Στην καρδιά αυτή της θεωρητικής αντιπαράθεσης είναι το αν η θεραπεία θα πρέπει να στοχεύει πρώτα στις κρίσεις πανικού (η αμερικανική αντίληψη) ή στην αγοραφοβική αποφυγή, για παράδειγμα με τη χρήση θεραπείας έκθεσης (η ευρωπαϊκή αντίληψη). Με περαιτέρω πρακτική σημασία, σε μερικές χώρες που χρησιμοποιούν ακόμα το ICD-9 και τη διάγνωση της αγχώδους νευρώσεως, όλοι οι ασθενείς με γενικευμένη διαταραχή άγχους και διαταραχή πανικού τίθενται υπό την ίδια διάγνωση. (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008)

2.2.6. Κλινικές εκδηλώσεις

Μια από τις παλαιότερες και ακριβείς περιγραφές των διαταραχών πανικού έγινε το 1872 από τον Κάρολο Δαρβίνο όταν περιέγραφε τις δικές του κρίσεις πανικού:

« Η καρδιά χτυπά γρήγορα και βίαια σα να σπαρταρά και χτυπιέται πάνω στα πλευρά... το δέρμα χλομιάζει αμέσως όπως στην αρχή της λιποθυμίας... υπό την αίσθηση ενός μεγάλου

φόβου... σε συνδυασμό με τη διαταραγμένη λειτουργία της καρδιάς, η αναπνοή είναι βιαστική... ένα από τα εντονότερα συμπτώματα είναι ο τρόμος των μυών του σώματος». (Noyes, R., Jr. and Barloon, T.J. 1997) Ο πιο χαρακτηριστικός τύπος των κρίσεων πανικού είναι το αυθόρμητο και αναπάντεχο επεισόδιο ακραίου άγχους. Οι «κρίσεις πανικού σε συγκεκριμένες καταστάσεις» λαμβάνουν χώρα αμέσως μετά την έκθεση, ή σε πρόβλεψη έκθεσης σε ορισμένες ιδιαίτερες καταστάσεις, συνήθως σε καταστάσεις όπου έχουν συμβεί παλιότερα κρίσεις πανικού. Μερικά άτομα εμφανίζουν κρίσεις πανικού κάποιες φορές και όχι πάντοτε, οπότε αυτοί χαρακτηρίζονται ως «προδιατεθειμένοι σε κρίσεις πανικού σε καταστάσεις».

Κρίσεις πανικού εμφανίζονται επίσης και σε άλλα σύνδρομα άγχους και είναι περισσότερο ή λιγότερο οι ίδιες, ανεξάρτητα σε ποιο σύνδρομο εμφανίζονται. Όμως, οι αυθόρμητες κρίσεις πανικού τείνουν να χαρακτηρίζονται περισσότερο από ζάλη, παραισθησίες, τρόμο, θωρακικό άλγος και φόβο «ότι θα τρελαθούν». Η δύσπνοια είναι πιο συχνή στις κρίσεις πανικού με αγοραφοβία. Το κοκκίνισμα (παροδική ερυθρότητα του προσώπου) βέβαια είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό των κρίσεων πανικού στην κοινωνική φοβία.

Τα συμπτώματα των κρίσεων πανικού με τη σειρά συχνότητας με την οποία εμφανίζονται είναι το αίσθημα παλμών, η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, ο τρόμος, η δύσπνοια ή η αίσθηση πνιγμού, το θωρακικό άλγος ή δυσφορία, η ναυτία ή η κοιλιακή δυσφορία, η ζάλη, η αστάθεια, το αίσθημα επερχόμενης απώλειας της συνείδησης, η αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση, ο φόβος απώλειας του ελέγχου ή ο φόβος απώλειας των λογικών, ο φόβος θανάτου, οι παραισθησίες και τα ρίγη ή οι εξάψεις.

Οι κρίσεις πανικού εξ ορισμού περιλαμβάνουν σε γενικές γραμμές τέσσερα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα, ώστε να ικανοποιηθούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή πανικού στο DSM-IV. Το άγχος είναι ως προς τη φύση του αυξανόμενο συνεχώς, φτάνοντας στο μέγιστο σε δέκα λεπτά στις περισσότερες περιπτώσεις. Οι κρίσεις πανικού συνήθως διαρκούν για μερικά λεπτά, αλλά σε κάποιους ασθενείς μπορεί να διαρκέσουν για ώρες. Η συχνότητα και η σοβαρότητα των κρίσεων πανικού ποικίλλει κατά πολύ μεταξύ των διαφόρων ατόμων, και μερικές φορές ακόμα και στα ίδια τα άτομα. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν μόνο μια με τρεις κρίσεις πανικού κάθε χρόνο, ενώ άλλοι μπορεί να παρουσιάζουν πολλαπλές κρίσεις πανικού καθημερινά. Μερικά άτομα παρουσιάζουν συσσωρευμένες κρίσεις πανικού και έπειτα απουσία οποιασδήποτε κρίσης για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε μια μεγάλη κλινική μελέτη για τη διαταραχή πανικού, ο τυπικός ασθενής περιέγραψε μια με δυο κρίσεις πανικού κάθε εβδομάδα. (Ballenger, J.C., Burrows, G.D., Dupont, R.L., et al, 1988)

Οι κρίσεις πανικού με λιγότερα από τέσσερα συμπτώματα καλούνται «κρίσεις περιορισμένης συμπτωματολογίας» ή «ελάσσονες κρίσεις πανικού». Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν τέτοιες κρίσεις παράλληλα με τις κρίσεις πανικού με τέσσερα ή περισσότερα συμπτώματα. Ο ουδός των τεσσάρων συμπτωμάτων επιλέχθηκε στο DSM-IV επειδή τα άτομα με κρίσεις πανικού των τεσσάρων συμπτωμάτων και άνω παρουσίαζαν μεγαλύτερη δυσλειτουργικότητα από τους ασθενείς με προσβολές των ενός έως τριών συμπτωμάτων. Ο ουδός είναι σαφώς τεχνητός και οι ασθενείς με κρίσεις πανικού με συμπτώματα λιγότερα των τεσσάρων όντως εμφανίζουν σημαντική νοσηρότητα.

Οι κρίσεις πανικού είναι εξαιρετικά τρομακτικές και οι ασθενείς αναπτύσσουν έναν επί της ουσίας λογικό φόβο ότι θα τους εμφανιστούν και άλλες κρίσεις πανικού. Οι ασθενείς αναπτύσσουν άγχος και ανησυχία για την πιθανότητα να ξαναεμφανιστούν κρίσεις πανικού. Το άγχος αυτό μεταξύ των κρίσεων πανικού καλείται «άγχος προσδοκίας», το οποίο μπορεί να είναι σχεδόν μόνιμο, ενώ χαρακτηριστικά αυξάνεται πριν από την έκθεση σε καταστάσεις που παλαιότερα είχαν συσχετιστεί με κρίσεις πανικού (π.χ. όταν πρέπει να κάνουν αγορές από μια υπεραγορά όπου όμως τους έχει συμβεί εκεί μια προσβολή πανικού).

Ένας σημαντικό αριθμός ατόμων με κρίσεις πανικού έχουν την τάση να αναπτύξουν φοβία και αποφυγή των καταστάσεων που σχετίζονται με παλαιότερες κρίσεις πανικού. Φοβούνται τις καταστάσεις από όπου η απόδραση θα είναι δύσκολη ή που θα τους προκαλέσει ντροπή ή όπου δε θα υπάρξει βοήθεια. Οι περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν εσφαλμένα ότι γίνονται

αδύναμοι και δε μπορούν να φροντίσουν τους εαυτούς τους κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού και κατά συνέπεια αισθάνονται ανασφαλείς σε πολλές καταστάσεις. Πολλοί τείνουν να αναπτύξουν έντονη αποφυγή σε μια ποικιλία καταστάσεων. Οι μελέτες παραγοντικής ανάλυσης δείχνουν ότι υπάρχει μια ομάδα καταστάσεων που σχετίζονται με την αποφυγή. Σε αυτές τυπικά περιλαμβάνονται τα μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία, τρένα, αεροπλάνα), η ιππασία ή η οδήγηση αυτοκινήτου, ειδικότερα σε δρόμους με επιβαρυμένη κυκλοφορία, τα πλήθη (π.χ. στον κινηματογράφο, σε ένα ποδοσφαιρικό αγώνα, σε μεγάλα εμπορικά κέντρα), οι αγορές (ειδικά σε υπεραγορές), ιδιαίτερα όταν κάποιος πρέπει να σταθεί σε ουρές, καθώς και οι γέφυρες, οι σήραγγες, οι ανελκυστήρες και άλλοι κλειστοί χώροι. Τα άτομα αυτά συχνά εμφανίζουν μια υπερβολική ανάγκη να αποδράσουν ή να επιστρέψουν σε ένα ασφαλές μέρος όπως το σπίτι. Κατά συνέπεια φοβούνται καταστάσεις από τις οποίες η απόδραση είναι πολύ δύσκολη ή αδύνατη, π.χ. αεροπλάνα, κυκλοφοριακές συμφουρήσεις πάνω σε γέφυρα, ραντεβού με τον οδοντίατρο κλπ. Σε αναλυτικότερη εξέταση, είναι σαφές ότι οι ασθενείς δε φοβούνται στην πραγματικότητα την κατάσταση αυτή καθαυτή, αλλά μάλλον σκέφτονται «τι θα γινόταν αν» εμφανιζόταν η κρίση πανικού σε αυτή την κατάσταση. Αυτό έχει οδηγήσει στο σύνδρομο που καλείται το σύνδρομο του «τι θα γίνει αν», το οποίο δίνει έμφαση στο ότι στην πραγματικότητα υπάρχει ένας «φόβος για το φόβο». (Goldstein, A.J. & Chambeless, D.L. 1978)

Οι ασθενείς τείνουν να αποφεύγουν τέτοιες καταστάσεις ή πιέζουν τους εαυτούς τους να τις υπομένουν με δυσφορία ή παίρνουν ένα σύντροφο μαζί τους για «να βοηθήσει». Άλλοι περιορίζουν τα ταξίδια τους σε μικρές αποστάσεις από το σπίτι τους ή ακολουθούν λιγότερο κοντινές διαδρομές όπου όμως εκτιμούν ότι μπορούν να βρουν βοήθεια (π.χ. αστυνομία, ιατρεία, πυροσβεστικοί σταθμοί κλπ).

Κάποιοι ασθενείς αναπτύσσουν αγοραφοβική αποφυγή κατά την πρώτη κρίση τους, μερικοί άλλοι μετά από συχνές και σοβαρές κρίσεις, ενώ άλλοι δεν αναπτύσσουν ποτέ αγοραφοβική αποφυγή. Σε δείγματα από κοινότητες, το ένα τρίτο έως και οι μισοί ασθενείς που ικανοποιούσαν τα κριτήρια για τη διαταραχή πανικού, παρουσίαζαν επίσης σημαντική αγοραφοβική αποφυγή. Το ποσοστό ήταν υψηλότερο (75%) στα περισσότερα κλινικά δείγματα. Μια μειονότητα ασθενών (5%) είχαν γίνει τελικά ανίκανοι να εγκαταλείψουν το σπίτι τους, ζώντας κυριολεκτικά περιορισμένοι κα' οίκον.

Φαίνεται ότι συγκεκριμένοι γνωσιακοί παράγοντες μπορεί να προβλέπουν εκείνους που θα αναπτύσσουν αγοραφοβική αποφυγή. Αν οι ασθενείς πιστεύουν ότι η κρίση πανικού είναι στοιχείο μιας καταστροφικής παθολογικής πάθησης όπως μια καρδιακή προσβολή, τότε είναι πολύ πιο πιθανό να αναπτύξουν αγοραφοβία (Thorpe & Burns, 1983).

Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν κρίσεις πανικού που τους αφυπνίζουν (**νυκτερινές κρίσεις πανικού**). Αυτές είναι στην πραγματικότητα αρκετά συχνές και η πλειονότητα των ασθενών με διαταραχή πανικού τις βιώνουν. Αυτές λαμβάνουν χώρα κατά τη φάση βραδίων κυμάτων νωρίς κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αυτές οι κρίσεις πανικού είναι στην πραγματικότητα ταυτόσημες με τις παραδοσιακές κρίσεις πανικού που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της μέρας, με μόνη εξαίρεση το ότι λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Υπάρχει μια ομάδα ασθενών που παρουσιάζει αυτές που αποκαλούνται **μη-φοβικές κρίσεις πανικού**. Αυτές περιλαμβάνουν την αιφνίδια έναρξη των φυσικών συμπτωμάτων χωρίς τα γνωσιακά στοιχεία του φόβου και του άγχους. Αυτοί είναι κυρίως παθολογικοί ασθενείς, συνήθως καρδιολογικοί, οι οποίοι μπορεί να παρουσιάζουν επεισόδια αιφνίδιας ταχυκαρδίας και αίσθημα παλμών αλλά όχι αίσθημα φόβου. (Beitman, Kushner, Lamerti & Mukerji, 1990)

Τα συμπτώματα των κρίσεων πανικού δε διαφέρουν μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων. Αν και το αίσθημα παλμών είναι το πιο κοινό σύμπτωμα σε όλες τις ομάδες που μελετήθηκαν, υπάρχουν άλλα συμπτώματα που διαφέρουν ως προς τη συχνότητα μεταξύ των διάφορων εθνικών ομάδων.

2.2.7. Διάγνωση

Το πιο πρόσφατα αναθεωρημένο διαγνωστικό σύστημα για το σύνδρομο αυτό είναι το DSM-IV. Οι αλλαγές που έγιναν κατά τη μετάβαση από το DSM-III-R στο DSM-IV έγιναν ακολουθώντας δύο κατευθύνσεις:

1. να χρησιμοποιηθούν όλα τα εμπειρικά δεδομένα που απαιτούσαν να γίνουν αλλαγές, και
2. να υπάρξει προσπάθεια για να γίνουν τα διαγνωστικά συστήματα DSM-IV και ICD-10 πιο συμβατά μεταξύ τους.

Για τις διαγνώσεις της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας έγινε επίσης μια προσπάθεια να περιγραφεί λεπτομερέστερα ο τυπικός ασθενής, καθώς και μια προσπάθεια απομάκρυνσης από την ψευδοποσοτικοποίηση με τη κρίση αριθμού κρίσεων πανικού ανά εβδομάδα. (Ballenger, J.C. and Fyer A.J. 1993)

Το DSM-IV διευκρινίζει ότι οι κρίσεις πανικού εμφανίζονται σε πολλά σύνδρομα όπως στην κοινωνική φοβία, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στην κατάθλιψη και άλλα. Όμως, το DSM-IV χρησιμοποιεί τη διάκριση ότι μόνο στη διαταραχή πανικού υπάρχουν υποτροπιάζουσες αυτόματες κρίσεις πανικού που δε συνδέονται με κάποια από τις προαναφερθείσες καταστάσεις. Η διάγνωση της διαταραχής πανικού έχει μερικές προϋποθέσεις μεταξύ των οποίων είναι και οι παρακάτω:

- Υποτροπιάζουσες απρόσμενες κρίσεις πανικού (κρίσεις πανικού σε συγκεκριμένες καταστάσεις μπορούν επίσης να συμβούν, αλλά θα έπρεπε να προκύπτουν τουλάχιστον δύο μη αναμενόμενες κρίσεις πανικού από το ιστορικό).

- Οι κρίσεις πανικού θα πρέπει να ακολουθούνται από τουλάχιστον ένα μήνα επίμονο άγχος αναφορικά με πιθανή υποτροπή περαιτέρω κρίσεων πανικού, από επιπτώσεις αυτών των κρίσεων (π.χ. ότι τρελαίνεται, ότι κάτι δεν πάει καλά παθολογικά), ή από μια σημαντική συμπεριφορική αλλαγή εξαιτίας των κρίσεων. Αυτό ήταν αναγκαίο επειδή κάποιοι ασθενείς είχαν κρίσεις πανικού και άλλαξαν εντελώς τη ζωή τους, αλλά αρνήθηκαν ότι ανησυχούσαν για το ότι θα βίωναν περισσότερες κρίσεις πανικού ή τις επιπτώσεις των κρίσεων αυτών.

Τα κριτήρια για την αγοραφοβία σε μεγάλο βαθμό δε μεταβλήθηκαν, αλλά έγινε περισσότερο σαφές ότι η διάγνωση βασιζόταν στον επίμονο φόβο και στην αποφυγή συγκεκριμένων ομάδων καταστάσεων και παρέθετε τις πιο συνήθεις. Πάλι οι ασθενείς θα μπορούσαν να εμφανίσουν μόνο διαταραχή πανικού ή αυτή θα μπορούσε να επιπλακεί με αγοραφοβία.

Η αμφιλεγόμενη διάγνωση της αγοραφοβίας χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού διατηρήθηκε μέχρις ότου υπάρξουν περισσότερες διευκρινίσεις από την έρευνα. Η τρέχουσα θεώρησή μας είναι ότι οι ασθενείς σε γενικές γραμμές δεν ικανοποιούν σχεδόν ποτέ πλήρως τα κριτήρια για τη διαταραχή πανικού, επειδή τα συμπτώματα που προσομοιάζουν αυτά του πανικού δεν ικανοποιούν εκείνο το διαγνωστικό κριτήριο που απαιτεί τέσσερα πλήρη συμπτώματα για μια κρίση πανικού. Η τρέχουσα έρευνα υποδεικνύει ότι αυτοί οι ασθενείς κατά τα άλλα μοιάζουν κατά πολύ με τους τυπικούς ασθενείς με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία, εκτός από το ότι οι κρίσεις άγχους δίνουν λιγότερα συμπτώματα. Μερικοί ασθενείς στην πραγματικότητα εμφανίζουν μόνο ένα με δυο συμπτώματα (π.χ. φόβος απώλειας ελέγχου της ουροδόχου κύστης ή του ελέγχου του εντέρου ή μόνο ταχυκαρδία).

Ίσως το πιο δύσκολο διαγνωστικό ζήτημα είναι η συχνή συννοσηρότητα. Η μελέτη Epidemiologic Catchment Area τεκμηρίωσε ότι περίπου 50% των ασθενών με διαταραχή πανικού θα παρουσιάσουν μια άλλη διαταραχή άγχους κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους. Βέβαια μια από τις πιο συχνές συννοσηρότητες είναι η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, η οποία σε πολλούς πολιτισμούς και κουλτούρες φαίνεται να κυμαίνεται μεταξύ 15 και 20% - όμως σε πολλές μελέτες φαίνεται να κυμαίνεται πολύ ψηλά, όπως στο 50 με 60%.

Στην πραγματικότητα, η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή συνυπάρχουσα διαταραχή με τη διαταραχή πανικού ακόμα και από την αγοραφοβία, υποδεικνύοντας μια στενή συσχέτιση μεταξύ των συνδρόμων. Η συνυπάρχουσα κατάθλιψη κυμαίνεται από 22.5 μέχρι 68.2% σε διάφορα δείγματα. Τα ποσοστά για όλη τη διάρκεια της ζωής κυμαίνονται από 35 έως 91%. Η μείζων κατάθλιψη κυμαίνεται από 3.8 έως 20.1%. Αν και περίπου οι μισοί ασθενείς

ανέπτυξαν διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη ουσιαστικά ταυτόχρονα, το ένα τέταρτο αυτών ανέπτυξαν την κατάθλιψη πριν τη διαταραχή πανικού και ένα τέταρτο αυτών ανέπτυξαν τη διαταραχή πανικού πριν την κατάθλιψη. Εκπλήσσει το ότι η διπολική διαταραχή αναφέρεται να έχει υψηλά ποσοστά, όπως 20.8%.

Το ένα τρίτο των ασθενών με διαταραχή πανικού εύκολα κάνει κατάχρηση οιοπνευματωδών. Το ποσοστό στα κλινικά δείγματα είναι ακόμα μεγαλύτερο, με 13 έως 43% των ασθενών με διαταραχή πανικού επίσης να ικανοποιεί τα κριτήρια για τη διάγνωση του αλκοολισμού. (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008)

2.2.8. Διαφορική Διάγνωση

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να καθοριστεί αν υπάρχει αγοραφοβική αποφυγή, επειδή η θεραπεία της συνήθως απαιτεί κάποιας μορφής θεραπεία έκθεσης. Οι ασθενείς δε θα ομολογήσουν την αποφυγή ορισμένων καταστάσεων επειδή ντρέπονται. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η κατάθλιψη και η διαταραχή πανικού συχνά εμφανίζονται και συνυπάρχουν ταυτόχρονα και πάλι οι ασθενείς συχνά δεν περιγράφουν το άλλο σύνδρομο, αλλά προτιμούν να περιγράψουν εκείνο το σύνδρομο που είναι το πιο επώδυνο εκείνη τη στιγμή. Όμως, η πρόπτωση αναγνώριση της συνυπάρχουσας κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική εξαιτίας της εκσεσημασμένης αύξησης (κατά τέσσερις φορές) των αποπειρών αυτοκτονίας σε ασθενείς με διαταραχή πανικού και κατάθλιψη (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Επίδραση της συννοσηρότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας στη διαταραχή πανικού	Επιπολασμός αυτοκτονίας(%)	της	απόπειρας
Καμία ψυχική διαταραχή	1		
Διαταραχή πανικού	7 - 17.1		
Διαταραχή πανικού και κατάθλιψη (καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής)	23.6 - 50		
Αλκοολισμός ή/και κατάχρηση ουσιών	46.2		
Μείζων κατάθλιψη και αλκοολισμός ή/και κατάχρηση ουσιών	72.2		
Πηγή: Weissman και συν., Johnson και συν., Lepine και συν.			

Η διαφορά μεταξύ της γενικευμένης διαταραχής πανικού και της γενικευμένης διαταραχής άγχους βασίζεται στο εάν οι ασθενείς εμφανίζουν κρίσεις πανικού ή εάν εμφανίζουν πολλαπλές, μη ρεαλιστικές και υπερβολικές ανησυχίες για τις περισσότερες πλευρές της ζωής, όχι απλώς κρίσεις πανικού. Οι ανησυχίες αυτές στη γενικευμένη διαταραχή άγχους αφορούν συχνά στα χρήματα, την υγεία, τα παιδιά, τα προβλήματα στην εργασία κ.ά. Η διαφοροδιάγνωση με τη κοινωνική φοβία επικεντρώνεται όχι στην εμφάνιση κρίσεων πανικού καθαυτή, αλλά στον αν αυτές περιορίζονται αποκλειστικά σε κοινωνικές καταστάσεις όπου το άτομο φοβάται ότι θα νοιώσει ταπείνωση ή ντροπή. Οι ειδικές φοβίες περιλαμβάνουν επίσης κρίσεις πανικού, αλλά αυτές εμφανίζονται σε πολύ ειδικές καταστάσεις (υψηλά κτίρια ή θέσεις) ή σε παρουσία συγκεκριμένων αντικειμένων (π.χ. φίδια ή άλλα ζώα). Ο ασθενής με διαταραχή μετα-τραυματικού άγχους (post-traumatic stress syndrome) μπορεί να εμφανίζει πολλά συμπτώματα που να προσομοιάζουν με πανικό, αλλά η νόσος του αρχίζει πολύ εξειδικευμένα μετά από μια τραυματική εμπειρία «έξω από το εύρος της συνήθους ανθρώπινης εμπειρίας», όπου αισθάνονται απειλούμενοι με θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό. Τέλος, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να περιλαμβάνει κρίσεις πανικού αλλά μόνο ως προς το συγκεκριμένο περιεχόμενο των ιδεοληπτικών ανησυχιών (π.χ. μολύνσεις κλπ). Σε αυτούς τους ασθενείς οι κρίσεις πανικού αντιμετωπίζονται με τυπικές ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμούς/τελετουργίες που αφορούν τις μολύνσεις, τη συμμετρία, τα δυσάρεστα γεγονότα κ.ά (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008).

2.2.9. Παθολογικές καταστάσεις

Συμπτωματολογία που προσομοιώνει τον πανικό όντως εμφανίζεται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις (υπερθυρεοειδισμός, φαιοχρωμοκύττωμα, επιληψίες, καρδιακές αρρυθμίες, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) (Πίνακας 3). Επίσης, η τυπική διαταραχή πανικού παρουσιάζει ένα μεγάλο αριθμό φυσικών συμπτωμάτων και συνήθως παραπέμπεται σε έναν ιατρό μη ψυχίατρο. Αυτό οδηγεί συχνά σε εσφαλμένες διαγνώσεις, σε γενικές γραμμές εξαιτίας του ότι πολύ συχνά αυτοί οι ασθενείς προσφεύγουν σε γενικούς γιατρούς όπου υπάρχει μια γενικότερη έλλειψη ενημέρωσης για το σύνδρομο αυτό.

Πίνακας 3: Παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν συμπτώματα που προσομοιάζουν με πανικό	
Ενδοκρινολογικά Υπερθυρεοειδισμός Υποπαραθυρεοειδισμός Υπογλυκαιμία Φαιοχρωμοκύττωμα Σύνδρομο καρκινοειδούς Νόσος Cushing	Αναπνευστικά Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια Άσθμα
Καρδιαγγειακά Αρρυθμίες Άτυπος θωρακικός πόνος Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας	Προκαλούμενες από χημικές ουσίες Καφεΐνη Κοκαΐνη Θεοφυλλίνη Αμφεταμίνες Στεροειδή Διακοπή οιοπνευματωδών/κατασταλτικών
Νευρολογικά Επιληψία Αιθουσαία νευρωνίτιδα	Αιματολογικά Αναιμία

Όπως αναφέρθηκε, υπάρχουν παθολογικές καταστάσεις που μπορούν να μιμηθούν τη διαταραχή πανικού (Πίνακας 3). Υπάρχουν επίσης στοιχεία για το ότι υπάρχουν ελαφρά αυξημένα ποσοστά συγκεκριμένων ασθενειών όπως ο υπερθυρεοειδισμός (11-13%) και ίσως η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Όμως αυτές είναι ασυνήθεις σε ασθενείς με διαταραχή πανικού. Οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν μια συντηρητική προσέγγιση από παθολογικής πλευράς. Σε γενικές γραμμές, το πιο πολύτιμο τμήμα μιας παθολογικής εξέτασης είναι ένα προσεκτικό ιστορικό με περαιτέρω παρακολούθηση των ισχυρά υποδεικνυόμενων πιθανοτήτων, ταυτόχρονα με μερικές εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς, μεταβολικός έλεγχος και ΗΚΓ, ειδικά αν ο ασθενής είναι πάνω από 40 ετών).

Πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) μελέτησε ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε δεκατέσσερις χώρες. Σε αυτή τη μελέτη, από τους ασθενείς που εμφάνισαν μια μόνο κρίση πανικού τον προηγούμενο μήνα, το 99% εμφάνιζαν μια διαταραχή άγχους ή κατάθλιψη, ή μια υπο-ουδική διαταραχή άγχους ή καταθλιπτική διαταραχή. Η εμφάνιση μιας απλής κρίσης πανικού επίσης προέβλεψε την έναρξη της διαταραχής πανικού στα δυο τρίτα των ασθενών που μελετήθηκαν στο επόμενο έτος, τον τετραπλασιασμό της κατάθλιψης (51%) την επόμενη χρονιά, καθώς και σημαντικές αυξήσεις στον αλκοολισμό, στη διαταραχή κοινωνικής φοβίας και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Αν επαναλαμβανόταν τα ευρήματα αυτά, θα φαινόταν ότι η εμφάνιση ακόμα και μιας απλής κρίσης πανικού θα μπορούσε άνετα να αντιπροσωπεύσει την «κορυφή του παγόβουνου» και θα λειτουργούσε ως σήμανση για αυξημένη επιτήρηση τόσο ως προς το άγχος όσο και προς τα καταθλιπτικά σύνδρομα (Sartorius, Uestuen, Costa e Silva, , et al. 1993).

2.2.10. Παράγοντες κινδύνου

Η διαταραχή πανικού παρατηρείται σταθερά να είναι τουλάχιστον δυο φορές πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Η μελέτη Epidemiologic Catchment Area Study έδωσε μια αναλογία γυναικών προς άνδρες 3:2. Σε κλινικά δείγματα αυτή είναι σε γενικές γραμμές 3:1. Η έναρξη της διαταραχής πανικού φαίνεται να συρρέει σε δυο μέγιστα ηλικιών. Το πρώτο μέγιστο εμφανίζεται στην αρχή με μέσα της δεύτερης δεκαετίας της ζωής (15-24 ετών), με ένα δεύτερο μέγιστο στην ηλικία 45-54 ετών. Η έναρξη της διαταραχής πανικού μετά την ηλικία των 65 ετών είναι σπάνια (0.1%). Τα μεγαλύτερα ποσοστά διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας εμφανίζονται σε άτομα με χηρεία, διαζύγιο ή χωρισμό, τα οποία ζούνε σε πόλεις. Η περιορισμένη μόρφωση, ο πρώιμος χαμός των γονέων και η φυσική ή σεξουαλική κακοποίηση είναι επίσης παράγοντες κινδύνου. Η αγοραφοβία είναι σαφώς πιο συχνή στις γυναίκες, και οι γυναίκες συνιστούν τα τρία τέταρτα των ατόμων που εμφανίζουν μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου αλλά είναι λιγότερο αγοραφοβικές και καταθλιπτικές, και ζητούν βοήθεια λιγότερο συχνά. Ίσως η μεγαλύτερη αναγκαιότητα για απόδοση στην εργασία βελτιώνει την αποφυγή στους άνδρες. (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008)

2.3. Ειδικές Φοβίες

Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τους είναι ο μόνιμος παράλογος φόβος ενός συγκεκριμένου ερεθίσματος, διαφορετικός από το φόβο μίας κρίσης πανικού. Ο φόβος συνήθως προκαλεί μέτρια ή έντονη αποφυγή του ερεθίσματος και εμποδίζει τη συνηθισμένη δραστηριότητα του πασχοντα. (Καλαντζή, 1992)

2.3.1. Ζωοφοβίες

Δεν είναι πολύ συχνές φοβίες και η έναρξη τους τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία. Είναι συνήθως μονοσυμπτωματικές και αρχίζουν αιφνίδια. (Χριστοδούλου, 2000) Ο Freud είχε την ευκαιρία να δει μια περίπτωση φοβικής νεύρωσης «στην γέννα της» την οποία και περιέγραψε. Είναι γνωστή η περίπτωση του μικρού Hans ο οποίος έπασχε από ιπποφοβία. Ο Hans, πριν από την εκδήλωση της φοβίας του, έδειχνε ζωηρό ενδιαφέρον για τα άλογα, πάνω στα οποία και είδε για πρώτη φορά γεννητικά όργανα. Συνέπεια αυτού υπήρξε η δημιουργία φαντασιώσεων σχετικών προς τα γεννητικά όργανα του πατέρα του, αλλά και του ίδιου. Οι φαντασιώσεις αυτές περιείχαν ιδέες, επιθυμίες και ευχές θανάτου στρεφόμενες προς τον πατέρα του, ανάμεικτες με συναισθήματα σεβασμού και αγάπης προς αυτόν. Παράλληλα, παρουσιάζουν φόβοι αντεκδίκησης και αντίποινων από μέρους του πατέρα του, με την έννοια ότι ο πατέρας του θα του έκοβε τα γεννητικά όργανα. Σε ποσοστό 80-90% αφορούν το γυναικείο πληθυσμό και απαντούν θετικά στη θεραπεία.

2.3.2. Φοβίες των στοιχείων της φύσης

Αυτές είναι η φοβία της πτήσης με αεροπλάνο όπου μπορεί να κάνει δύσκολη τη ζωή των ατόμων που οι επαγγελματικές τους ανάγκες είναι συνδεδεμένες με τη χρήση του αεροπλάνου, Η φοβία των κλειστών χώρων (κλειστοφοβία), παρόλο που πολύ συχνά είναι ένα από τα συμπτώματα της αγοραφοβίας είναι δυνατόν να αφορά μόνο τους χώρους αυτούς (ανελκυστήρα, μετρό κλπ). Το ίδιο συμβαίνει και με τη φοβία του ύψους (ακροφοβία) που σε ελαφρά μορφή είναι μια φυσιολογική αντίδραση. Άτομα με ακροφοβία δεν μπορούν να δουν από ψηλά προς τα κάτω, ή από κάτω προς τα πάνω, να περάσουν γέφυρες, να ταξιδέψουν με το αυτοκίνητο ή να περπατούν κοντά στο χείλος του γκρεμού. Αυτά τα είδη φοβιών οφείλονται σε συγκεκριμένες τραυματικές εμπειρίες.

Οι φοβίες των φυσικών φαινομένων (κεραυνού, καταιγίδα, βροντή, νερού, σκοταδιού, ύψους κλπ) μπορούν να κάνουν δύσκολη τη ζωή ενός ατόμου, ενδέχεται να παρακολουθεί το

μετεωρολογικό δελτίο κάθε μέρα για μια οποιαδήποτε μετακίνηση του και κλείνεται στο σπίτι του αν κρίνει ότι τα καιρικά φαινόμενα δεν είναι ευνοϊκά. (Μπουλούγουρης, 1996)

2.3.3. Φοβίες αίματος- τραυματισμού- ενέσεων

Φοβία του νοσοκομείου

Ένα είδος νεύρωσης, η φοβία του νοσοκομείου (το άτομο φοβάται να πλησιάσει, να μπει στο νοσοκομείο κλπ), χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο που δεν προέρχεται από πραγματική λογική αιτία. Ο υπερβολικός φόβος αυτός μπορεί να ερμηνευθεί από τους Συμπεριφοριστές ως κάποια χωροχρονική σύνδεση του νοσοκομείου με κάποιο άλλο ερέθισμα που προκαλεί φυσικό φόβο και πόνο. Για να θεραπευθεί το άτομο που έχει τέτοιου είδους φοβία, πρέπει να γίνει νέα σύνδεση του αντικειμένου που προκαλεί φόβο με ερεθίσματα που προκαλούν ευχάριστο συναίσθημα όπως είναι η κατάσταση πλήρους ανάπαυσης και χαλάρωσης. (Μπαλογιάννης, 1986)

Φοβία των ενέσεων

Η αιτία δημιουργήθηκαν συνήθως πολύ φυσιολογικά. Λόγω ταυτόχρονης εμφάνισης των ενέσεων με τον σωματικό πόνο. Δημιουργείται συνεξάρτηση ανάμεσα στο οπτικό ερέθισμα και στα συναισθήματα αποστροφής – φόβου. Λόγω παιδαγωγικών σφαλμάτων των γονέων - αταξίες ή προβλήματα συμπεριφοράς «τιμωρούνται» λεκτικά με την ιδέα ότι «θα του κάνουμε ένεση». (Μπαλογιάννης, 1985)

Νοσοφοβία

Καλύπτουν διάφορες νοσολογικές καταστάσεις, οι οποίες συχνά διαφέρουν πολύ από τις πραγματικές φοβίες. Πρόκειται για: Φόβο του αγχωτικού ατόμου το οποίο πάσχει από καρδιοπάθεια ή καρκίνο, μετά την ανάγνωση κάποιου άρθρου πάνω στο θέμα αυτό ή τη νόσηση κάποιου προσώπου του περιβάλλοντός του.

Συφιλοφοβία

Συχνή παλαιότερα στους νευρωσικούς έφηβους με πολλές ενοχές και αναστολές στο σεξουαλικό τομέα.

Φόβος μόλυνσης από τα μικρόβια

Σε ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, όπου οι τελετουργίες καθαριότητας συνήθως επεκτείνονται και γίνονται περισσότερο καταναγκαστικές.

Παραληρητική βεβαιότητα νόσησης

Από ανίατη αρρώστια σε μελαγχολικά επεισόδια.

Τέλος, η νοσοφοβία είναι το επίκεντρο της νευρωσικής η παραληρητικής υποχονδρίας.

2.3.4. Φοβίες καταστάσεων και συνθηκών

Οι φοβίες καταστάσεων και συνθηκών αφορούν κυρίως την κλειστοφοβία ή την πτήση με αεροπλάνο.

Αναλυτικότερα η κλειστοφοβία δημιουργεί στον άρρωστο δυσανάλογο φόβο όταν βρίσκεται σε μέρος μικρό ή κλειστό από το οποίο πιστεύει ότι δεν θα μπορέσει , αν χρειαστεί να ξεφύγει. Τέτοια μέρη συνήθως είναι οι ανελκυστήρες, οι σοφίτες, τα διαμερίσματα των τράινων ή οι αίθουσες αμφιθεάτρων, κινηματογράφων κλπ. Πολλοί κάθονται κοντά στην έξοδο του αμφιθεάτρου ή του κινηματογράφου, ώστε να βγουν μόλις αισθανθούν δυσφορία και άγχος.(Ράμμος, 2000 και Μπουλούγουρης 1996).

2.3.5. Άλλες φοβίες

Ιδεοληψία: Είναι όταν το άτομο έχει στο μυαλό του κάποια επίμονη σκέψη ή επιθυμία, που αντιλαμβάνεται βέβαια ως παράλογη, αλλά δεν μπορεί να την αποδιώξει.

Ένα παράδειγμα: μια γυναίκα που ανησυχεί για την ασφάλεια του παιδιού της, μπορεί να εκφράζει ιδεοληπτικές αμφιβολίες (μήπως του συμβεί τίποτε), ιδεοληπτικό φόβο (κάτι μπορεί να συμβεί εξαιτίας της αμέλειας μου), ιδεοληπτικές εικόνες (ξανά και ξανά το βλέπω να πνίγεται) ή ιδεοληπτικής σκέψης (αν παίξει έξω, μπορεί να κρυώσει και να το γυρίζει σε πνευμονία, που μπορεί να πεθάνει). (Καλαντζή, 1992)

Φόβος της αποτυχίας: Η μορφή αυτού του φόβου περιλαμβάνει καταστάσεις, στις οποίες το άτομο πρέπει να επιδείξει συγκεκριμένη ικανότητα ή γνώση σε επίσημη βάση. Αυτό μπορεί να σημαίνει εξετάσεις και διαγωνισμούς, επαγγελματικές συνεντεύξεις, δημόσιες ομιλίες όπως και η αντρική σεξουαλική επίδοση μπροστά σε άλλους ανθρώπους.

Φόβος χωρισμού: Όταν σκέυτομαι το φόβο του χωρισμού, η πρώτη εικόνα που μου έρχεται στο μυαλό είναι του παιδιού που κρεμιέται από την μαμά του, όταν το πηγαίνει στον παιδικό σταθμό, Δεν είναι βέβαια ίδια όλα τα παιδιά. Ορισμένα είναι πιο τολμηρά και μένουν σχετικά εύκολα στο νηπιαγωγείο. Ωστόσο δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο χωρισμός είναι πολύσοβαρό ζήτημα για το παιδί, ιδιαίτερα για το μικρό παιδί που βιώνει την εμπειρία του πρώτου αποχωρισμού από τους γονείς του.

Φόβος της απώλειας: απώλεια μπορεί να είναι χρεοκοπίες και κλείσματα καταστημάτων και πολλοί υπάλληλοι γνωρίζουν ότι η εταιρία τους περνά οικονομική κρίση, όπως και η απώλεια της εργασίας είναι τραυματικό γεγονός. Άλλη περίπτωση που μπορεί να εμφανιστεί ο φόβος της απώλειας είναι όταν κάποιος σας πρόσωπο προσβληθεί από ανίατη ασθένεια, όπως AIDS, ή ορισμένες μορφές καρκίνου. Επειδή το ετοιμοθάνατο πρόσωπο περνά διάφορα συναισθηματικά στάδια το ίδιο συμβαίνει και στο περιβάλλον του. Πολύ διαφορετικός φόβος απώλειας είναι το συναίσθημα της ζήλιας. Εδώ ο φόβος της απώλειας δεν συνοδεύεται απ θλίψη αλλά από οργή. Το ζηλότυπο πρόσωπο ζει με το φόβο ότι ο σύντροφος του θα βρει κάποιον άλλον πιο γοητευτικό και θα τον εγκαταλείψει.

Φόβος για το μέλλον: Κανένας μας δεν γνωρίζει τι επιφυλάσσει το μέλλον, ωστόσο πολλοί από εμάς χάνουν χρόνο ανησυχώντας για αυτό. (Peifer, 1997)

Σχολική φοβία: Ανάμεσα στην ηλικία 12 και 13 ετών οι φόβοι που σχετίζονται με το σχολείο ή την αλλαγή του σχολείου αποτελούν το μισό όλων των άλλων φόβων. Η μετάβαση από το δημοτικό στο γυμνάσιο και οι αλλαγές που αυτή επιφέρει είναι ένα χρονικό σημείο στη διάρκεια του οποίου μπορούν να δημιουργηθούν πολλές ανησυχίες και προβλήματα. (Γεωργαράς)

Νεκροφοβία

Μοναχοφοβία: Το να μείνει κανείς μόνος του. (Οικονόμου, 1992)

Δυσμορφοφοβία: Είναι η παθολογική ενασχόληση με ελάχιστες ή φανταστικές αποκλίσεις στην εμφάνιση (ρυτίδες σπυράκια, τρίχωμα προσώπου, μυρουδιά κλπ). Η ενασχόληση αυτή μπορεί τόσο έντονη, που να παίρνει παραληρητικό χαρακτήρα αλλά έτσι κι αλλιώς όταν η ενασχόληση είναι έντονη, τα πρακτικά της αποτελέσματα είναι η απομόνωση και η αποφυγή κοινωνικών δραστηριοτήτων. Σε αντίθεση με τους ανορεξικούς που πιστεύουν πως έχουν τη λάθος φυλετική ταυτότητα, οι άρρωστοι με δυσμορφοφοβία δεν ενοχλούνται με το κορμί τους συνολικά αλλά μόνο με τα μέρη τους. Επίσης σε αντίθεση με τους κοινωνικούς φοβικούς, δεν θεωρούν αδικαιολόγητο το άγχος τους ούτε αισθάνονται καλύτερα όταν απομακρύνονται από τις κοινωνικές συναναστροφές. Τα ποσοστά φύλου στην κοινότητα δεν είναι σαφή. Στην Αγγλία οι άντρες παραπέμπονται από το γενικό γιατρό σε ψυχιατρείο, ενώ οι γυναίκες σε πλαστικό χειρουργό. Ήπιοι φόβοι και ενασχόληση με την εμφάνιση άλλωστε, είναι πολύ συχνοί στην εφηβεία και πολλοί από αυτούς συνδέονται γενικά με ντροπαλότητα. Η συνύπαρξη κατάθλιψης είναι συχνή γι' αυτό και οι θεραπείες συμπεριφοράς συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά. (Καλαντζή, 1992)

Ερυθρηματοφοβία: Αποτελεί πλέον σύνθετη μορφή φοβίας. Σε αυτή το άτομο φοβάται κυρίως την εξωτερική του αισθήματος ανασφάλειας και αβεβαιότητας και άγχεται στην σκέψη ότι

αυτά θα καταστούν αντιληπτά στους άλλους, μέσω ενός λειτουργικού φαινομένου, το οποίο θα εκδηλωθεί ακουσίως. (Χαντζφιλντ, 1991)

Το άτομο φοβάται μήπως κοκκινίσει, κοινότυπη κατά την εφηβεία, μπορεί να πάρει αναπυρογόνες διαστάσεις. Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει το βλέμμα των άλλων, φοράει γυαλιά ή κρύβεται πίσω από μια εφημερίδα. Η ερυθρηματοφοβία επικαλύπτει καμιά φορά το φόβο ότι το πρόσωπο θα προδώσει κάποιο παράπτωμα, συνήθως σεξουαλικού τύπου. Κατά συνέπεια οι εκδηλώσεις αυτές δεν απέχουν πολύ από τις ιδέες αναφοράς των σχιζοφρενών. (Καντζή- Αζίζι, 1999)

Φόβος της πτώσης: Αποτελεί ένα πολύ συνηθισμένο σύμπτωμα και έχει μια ορισμένη περιπλοκότητα. Υπάρχουν για παράδειγμα, λόγοι να πιστέψουμε ότι ο αστιγματισμός, με τον ίλιγγο που μας προκαλεί, είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν αυτόν το φόβο. Άλλοι πιστεύουν ότι ο φόβος αυτός οφείλεται σε μια έλλειψη συντονισμού, ενώ τα μάτια μας, μας λένε ότι το σκαλί μπροστά μας απέχει δυο μέτρα, τα πόδια μας, μας λένε ότι απέχει ένα. Όμως όταν κάθεσαι στο αεροπλάνο, δεν υποφέρεις από το φόβο της πτώσης, για τι το ότι κάθεσαι σου δίνει την αίσθηση της σταθερότητας και της ασφάλειας. Ακόμα μπορεί να αποτελεί ένα αντικειμενικά εξαρτημένο σύμπτωμα, που ανάγεται στην τρομακτική εμπειρία μιας πραγματικής πτώσης κατά την νηπιακή ηλικία. Όμως τέτοιες εμπειρίες συνήθως περνούν χωρίς να αφήσουν ίχνη, εκτός αν ενισχυθούν ή αν επαναδραστηριοποιηθούν από μια νέα πτώση ή ένα ατύχημα ή και από ένα ηθικό πρόβλημα στη μετέπειτα ζωή μας. Ο φόβος της πτώσης αναπαριστά συμβολικά το φόβο μήπως πέσουμε από το βάθρο μας, είτε των φιλοδοξιών μας, όπως στην αντλεριανή ψυχοπαθολογία, είτε της ηθικότητας μας, δηλαδή ηθικό «ολίσθημα» σεξουαλικής κυρίως φύσης. Από της άλλημεριά, ο φόβος της πτώσης, να κατέβουμε δηλαδή από το βάθρο μας, αντί να αγωνιζόμαστε συνεχώς να κρατηθούμε στα ιλιγγιώδη ύψη του ιδεαλισμού. Της προσπάθειας και των φιλοδοξιών μας. Μπορεί ακόμα να αποτελεί μια ασυνείδητη παρόρμηση να κάνουμε ένα σεξουαλικό ολίσθημα. Μια και το πρόβλημα είναι κατά βάση ηθικό, δεν μπορεί να λυθεί με το να αποφύγει κανείς τέτοιες αντικειμενικές καταστάσεις. (Χαρτοκόλλης, 1991)

Φοβία της παρόρμησης: Ο φόβος που καταλαμβάνει το άτομο μόλις βρεθεί μπροστά σε αντικείμενα ή καταστάσεις που μπορεί να χρησιμοποιηθούν κατά τρόπο επιθετικό εναντίον των άλλων ή του ίδιου του εαυτού του. Φοβία αυτοκτονικής παρόρμησης (φόβοι εκπαραθύρωσης, φόβος ότι θα ριχτεί στις γραμμές του τραίνου), φοβίες παρορμητικής ανθρωποκτονίας μπροστά σε κοφτερά σκεύη (συχνές σε νεαρές μητέρες που φοβούνται μήπως θα τραυματίσουν το παιδί τους). Συχνά οι φοβίες αυτές επεκτείνονται πολύ πιο πέρα από τη φοβογόνο κατάσταση και μετατρέπονται σε συνεχή φόβο με ιδεοληπτικό χαρακτήρα. Το περιεχόμενο του είναι ένας δυνητικός κίνδυνος να καταληφθεί το άτομο από κάποια ακατανίκητη παρόρμηση. Τέτοιου τύπου ιδεοληψίες παρορμήσεων, παρατηρούνται στην ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, κατά την οποία το άτομο ποτέ δεν πραγματοποιεί αυτό που φοβάται. Ορισμένα μελαγχολικά επεισόδια συνοδεύονται από έντονες φοβίες παρόρμησης σε πλαίσια χαρακτηριστικών ιδεών αυτομομφής (ο ασθενής φοβάται ότι θα κάνει κακό στους δικούς του ή σε παιδιά). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλος σε αυτές τις περιπτώσεις.

2.4. Κοινωνική Φοβία (Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)

2.4.1. Κλινικά Χαρακτηριστικά, Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο.

Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές υφάινεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξουχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν είναι άγνωστοι (γι'αυτό η διαταραχή ονομάζεται επίσης και Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους).

Έτσι, το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα δουν ότι έχει άγχος ή θα το κρίνουν ως αδύναμο, «τρελό» ή ηλίθιο. Εάν το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του είναι μήπως οι άλλοι δουν ότι τρέμουν τα χέρια του ή η φωνή του, μήπως λιποθυμήσει ή μήπως πανικοβληθεί. Αν φοβάται να συνομιλήσει με άλλους, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι δεν θα μπορέσει να μιλήσει. Αν φοβάται να φάει, να πει ή να γράψει δημόσια, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι θα βρεθεί σε δύσκολη θέση καθώς οι άλλοι θα δουν τα χέρια του να τρέμουν κ.ο.κ. Συμπτώματα άγχους και μάλιστα σωματικά (π.χ. αίσθημα παλμών, τρόμος, ιδρώτες, γαστρεντερική δυσφορία, διάρροια, μυική τάση, κοκκίνισμα, κ.τ.λ.) είναι σχεδόν πάντα παρόντα και σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο φτάνει σε πανικό.

Συχνό είναι το έντονο άγχος αναμονής όπως π.χ. πριν από ένα προγραμματισμένο κοινωνικό ή δημόσιο γεγονός. Εάν το άτομο φοβάται τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις είτε αφορούν στο να διαντιδράσει με άλλα άτομα είτε στο να επιτελέσει κάτι δημόσια, τότε η Κοινωνική του Φοβία προσδιορίζεται ως Γενικευμένη. (Μάνου, 1997)

2.4.2. Διαγνωστικά Κριτήρια (κατά DSM-IV)

A. Ένας έντονος και επίμονος φόβος μίας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων στις οποίες το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι, στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστο κόσμο ή σε πιθανό εξουχιστικό έλεγχο από μέρους των άλλων. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με τρόπο (ή θα δείξει συμπτώματα άγχους) που θα είναι ταπεινωτικός(ά) ή αμήχανος(α). *Σημείωση:* Στα παιδιά, πρέπει να υπάρχει απόδειξη της ικανότητάς τους για κατάλληλες ανάλογα με την ηλικία τους κοινωνικές σχέσεις με γνωστά τους άτομα και το άγχος πρέπει να συμβαίνει σε περιβάλλον συνομιλήκων και όχι μόνο σε διαντιδράσεις με ενηλίκους.

B. Η έκθεση στην επίφοβη κοινωνική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντοτε άγχος που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση Προβολής Πανικού. *Σημείωση:* Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή με το να αποτραβιέται το παιδί από κοινωνικές καταστάσεις με άγνωστα άτομα.

Γ. Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. *Σημείωση:* Στα παιδιά, το στοιχείο αυτό μπορεί να απουσιάζει.

Δ. Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι αποφεύγονται ή αλλοιώνονται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

E. Η αποφυγή, αγχώδης αναμονή ή υποκειμενική ενόχληση κατά την(τις) επίφοβη(ες) κοινωνική(ές) κατάσταση(εις) όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική (ή τη σχετική με τις σπουδές) λειτουργικότητά του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.

ΣΤ. Σε άτομα κάτω των 18, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

Z. Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, κάποια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης ή Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας).

H. Αν κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή είναι παρούσα, ο φόβος στο κριτήριο A δεν σχετίζεται με αυτήν, π.χ. ο φόβος δεν είναι μήπως Τραυλίσει, μήπως τρέμει σε νόσο του Πάρκινσον ή μήπως δείξει παθολογική συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής σε Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία.

Προσδιορίστε αν:

Γενικευμένη: αν οι φόβοι περιλαμβάνουν τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις (επίσης σκεφτείτε την επιπρόσθετη διάγνωση της Αποφευκτικής Διαταραχής της Προσωπικότητας). (Μάνου, 1997)

2.4.3. Συνοδά συμπτώματα και σημεία, Συνοδές διαταραχές, Επιπλοκές

Τα άτομα με Κοινωνική Φοβία συνήθως είναι υπερευαίσθητα στην κριτική, στην αρνητική εκτίμηση από τους άλλους και στην απόρριψη, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολεύονται να διεκδικήσουν κάτι, δυσκολεύονται να απαντήσουν σε ψυχολογικά τεστ, μπορεί να αποφεύγουν την επαφή με τα μάτια, μπορεί να δείχνουν το άγχος τους (ιδρωμένα κρύα χέρια, τρεμουλιαστή φωνή, τρεμούλα στα χέρια).

Η Κοινωνική Φοβία μπορεί να συνυπάρχει με πολλές άλλες διαταραχές όπως Διαταραχή Πνικού Με Αγοραφοβία, Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή της Διάθεσης, Διαταραχές Σχετιζόμενες Με Ουσίες, Σωματοποιητική Διαταραχή και συνήθως προηγείται των διαταραχών αυτών. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών (κυρίως αλκοόλ ή αγχολυτικών που λαμβάνονται για την ανακούφιση του άγχους στις φοβικές κοινωνικές καταστάσεις) συνήθως είναι επιπλοκές της Κοινωνικής Φοβίας. Άλλες επιπλοκές της Κοινωνικής Φοβίας είναι ότι εξαιτίας της έκπτωσης της λειτουργικότητας ή των δεξιοτήτων στην εργασία, στις σπουδές ή στις σχέσεις, το κοινωνικά φοβικό άτομο μπορεί να παρατήσει το σχολείο ή τη δουλειά του, να αφήσει τους φίλους του ή να μην αποκτήσει φίλους ή ερωτικές σχέσεις, να μείνει ανύπαντρο κ.τ.λ.

Συχνά, με την Γενικευμένη Κοινωνική Φοβία συνυπάρχει και Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας. (Μάνου, 1997)

2.4.4. Επιδημιολογικά Στοιχεία

Στον γενικό πληθυσμό η Κοινωνική Φοβία φαίνεται να είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Σε κλινικούς πληθυσμούς, όμως, έχει την ίδια συχνότητα σε άντρες και γυναίκες ή είναι πιο συχνή στους άντρες.

Ο επιπολασμός ζωής της Κοινωνικής Φοβίας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 3% έως 13%. Σε κλινικούς πληθυσμούς η συχνότητα της Κοινωνικής Φοβίας είναι το 10% έως 20% των Αγχωδών Διαταραχών. (Μάνου, 1997)

2.4.5. Έναρξη, Πορεία και Πρόγνωση

Αν και η Κοινωνική Φοβία μπορεί να αρχίσει στην παιδική ηλικία, τυπικά αρχίζει γύρω στα 15, μερικές φορές ύστερα από μια παιδική ηλικία χαρακτηριζόμενη από κοινωνικές αναστολές και ντροπαλότητα. Η έναρξη μπορεί να είναι απότομη ύστερα από μια στρεσογόνο ή ταπεινωτική εμπειρία ή μπορεί να είναι βαθμιαία.

Συχνά η πορεία της Κοινωνικής Φοβίας είναι χρόνια, αν και μπορεί να εξασθενήσει ή να υποχωρήσει στην ενήλικη ζωή. Γενικά, ο βαθμός της λειτουργικής έκπτωσης ή/και της υποκειμενικής ενόχλησης μπορεί να ποικίλει ανάλογα με τις απαιτήσεις κοινωνικής ή δημόσιας έκθεσης του ατόμου. (Μάνου, 1997)

2.4.6. Διαφορική Διάγνωση

Άτομα που παρουσιάζουν Προσβολές Πανικού και κοινωνική αποφυγή μπορεί να αποτελέσουν μερικές φορές δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Τυπικά, η **Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία** χαρακτηρίζεται αρχικά από την εμφάνιση απροσδόκων Προσβολών Πανικού και κατόπιν από την αποφυγή πολλαπλών καταστάσεων που θεωρούνται ότι μπορούν να εκλύσουν Προσβολές Πανικού. Αν και το άτομο στη Διαταραχή Πανικού μπορεί να αποφεύγει κοινωνικές καταστάσεις από τον φόβο του να τον δουν ενώ έχει μια Προσβολή Πανικού, η Διαταραχή Πανικού χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες

απροσδόκητες Προσβολές Πανικού που δεν περιορίζονται μόνο στις κοινωνικές καταστάσεις. Έτσι, η διάγνωση της Κοινωνικής Φοβίας δεν μπαίνει όταν ο μόνος κοινωνικός φόβος είναι μήπως οι άλλοι δουν το άτομο ενώ έχει μια Προσβολή Πανικού. Από την άλλη μεριά, τυπικά, η Κοινωνική Φοβία χαρακτηρίζεται από την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων με απουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων Προσβολών Πανικού. Αν συμβαίνουν Προσβολές Πανικού, είναι του τύπου των συνδεδεμένων με ή προδιατεθειμένων από καταστάσεις προσβολών (π.χ. ένα άτομο που φοβάται μη βρεθεί σε δύσκολη θέση/αμηχανία αν μιλήσει μπροστά σε κόσμο βιώνει Προσβολές Πανικού που εκλύονται μόνο από ομιλία δημόσια ή από άλλες κοινωνικές καταστάσεις).

Ορισμένες, όμως, περιπτώσεις μπορεί να είναι ανάμεσα στα τυπικά αυτά πρότυπα και χρειάζονται λεπτή κλινική κρίση για την επιλογή της πιο κατάλληλης διάγνωσης. Για παράδειγμα, ένα άτομο που δεν είχε προηγουμένως φόβο να μιλήσει δημόσια παθαίνει μια Προσβολή Πανικού ενώ κάνει μια ομιλία και αρχίζει να φοβάται τις παρουσιάσεις. Αν το άτομο αυτό παθαίνει Προσβολές Πανικού μόνο σε κοινωνικές καταστάσεις όπου πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (ακόμη κι αν ο εστιασμός του φόβου του είναι στην πιθανότητα να πάθει κι άλλη Προσβολή Πανικού), τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι Κοινωνική Φοβία. Αν, όμως, το άτομο συνεχίζει να έχει απροσδόκητες Προσβολές Πανικού σε άλλες καταστάσεις, τότε η διάγνωση είναι η Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία.

Μπορούν, όμως, να δοθούν και οι δύο διαγνώσεις αν τα κριτήρια πληρούνται και για Κοινωνική Φοβία και για Διαταραχή Πανικού. Για παράδειγμα, ένα άτομο που είχε για μια ζωή φόβο και αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων (Κοινωνική Φοβία) αναπτύσσει αργότερα Προσβολές Πανικού σε μη κοινωνικές καταστάσεις και μια ποικιλία από επιπρόσθετες συμπεριφορές αποφυγής (Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία).

Τέλος, σημειώνουμε, ότι ο φόβος να επιτελέσει κανείς κάτι μπροστά σε κόσμο δηλ. **φόβος παράστασης** (ομιλία, συνέντευξη, εμφάνιση στην τηλεόραση, να βγει στη σκηνή κ.τ.λ.) ή η **ντροπαλότητα** μπροστά σε άγνωστα άτομα είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν πολλά άτομα και δεν πρέπει να διαγνωστούν ως Κοινωνική Φοβία, εκτός αν προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας ή έντονη υποκειμενική ενόχληση. (Μάνου, 1997)

2.5. Ανακεφαλαίωση

Η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα να επιθυμεί έντονα την αποφυγή αυτού που φοβάται. Οι φοβίες γενικά διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία, Ειδικές Φοβίες και Κοινωνική Φοβία ή Διαταραχή Κοινωνικού Αγχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ GESTALT, ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

3.1. Εισαγωγή

Στα ελληνικά δεν υπάρχει αντίστοιχη λέξη για το «Gestalt». Έχουν προταθεί πολλοί όροι, όπως μορφή, δομή, διαμόρφωση αλλά η πλησιέστερη από όλες είναι η λέξη «όλον» (O'leary, 1995). Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται και ο όρος μορφοδυναμική.

Οι θεραπευτές υποστηρίζουν ότι η αντίδραση σε μία κατάσταση πρέπει να είναι ένα «όλον» που εμπλέκει την ολότητα του ατόμου. Η ανάλυση των διάφορων μερών ενός ατόμου δεν οδηγεί στην κατανόηση του όλου. Το όλο ορίζεται και υπάρχει μόνο χάρη στο αλληλένδετο των μερών του (O'leary, 1995). Διαμορφώνοντας ένα Gestalt δίνουμε νόημα σε αυτό που μας συμβαίνει. Ο Perls (Perls, 1973) υποστήριξε ότι κάθε πλευρά της συμπεριφοράς ενός ατόμου μπορεί να θεωρηθεί ως εκδήλωση του συνόλου.

Με τον τρόπο αυτό, εκείνο που κάνουν τα άτομα, παρέχει τόσες πληροφορίες όσες παρέχουν οι σκέψεις, τα συναισθήματα ή ο λόγος. Επομένως ο άνθρωπος λειτουργεί ως σύνολο αλληλένδετων μερών. Στην θεραπεία Gestalt το άτομο καταφέρνει να γίνεται λειτουργικό, αυτόνομο και να διαμορφώνεται έτσι ώστε να ευνοούνται η ανάπτυξη και η ψυχολογική του υγεία.

3.2. Επιρροές

3.2.1. Ψυχανάλυση

Η θεραπεία Gestalt υιοθέτησε μια πολύ σημαντική υπόθεση της ψυχανάλυσης: ότι τα άτομα, όταν έρχονται σε επαφή με ένα θεραπευτή, μπορούν να αποκτήσουν συνείδηση ή επίγνωση των συναισθημάτων, βιωμάτων ή συμπεριφορών τους. Αυτό τους δίνει την ευκαιρία να υπερνικήσουν τις νευρωτικές ή αγχώδεις εκδηλώσεις της προσωπικότητάς τους.

Ο Perls (Perls, 1969) αναγνώριζε δύο βασικές ενορμήσεις: την αυτοσυντήρηση και τη συντήρηση του είδους, που αντιστοιχούν στους φροϋδικούς όρους «εγώ» και «σεξουαλικό ένστικτο». Η ξεκάθαρη διαφορά της ψυχανάλυσης με την Gestalt ήταν το χρονικό διάστημα της ζωής που έχει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη της προσωπικότητας. Ο μεν Freud θεωρούσε κρίσιμα τα πρώτα 5 χρόνια της ζωής ενώ ο Perls δίνει σημασία στο παροντικό βίωμα (Perls, 1969).

Ο Perls εκπαιδεύτηκε και επηρεάστηκε από έναν ακόμη ψυχαναλυτή, το Γερμανό Wilhelm Reich. Ο Reich Υποστήριζε ότι οι ιστορίες πρέπει να συνοδεύονται από τις ανάλογες εντυπώσεις και γι' αυτό το λόγο έδινε έμφαση στην κατανόηση των μορφών έκφρασης των ασθενών και λιγότερο στο περιεχόμενο των λόγων τους (Reich, 1969). Στήριζε την άποψη ότι τα συναισθήματα ήταν εκδήλωση ροής της ενέργειας του σώματος.

Τα μη αποδεκτά συναισθήματα εμποδίζονται από το τέντωμα των μυών από όπου και εντοπίζονται. Τη διαδικασία αυτή ονόμαζε «μυική θωράκιση», το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ως χρόνια κατάσταση αναστροφής (Reich, 1969). Η αναστροφή ορίζεται από τον Perls (Perls et al., 1951) ως η διαδικασία κατά την οποία κάποια συμπεριφορά παρεμποδίζεται μέσω αντίθετων ασθισιοκινητικών τάσεων. Αντίστροφα, αν χαλαρώσουν αυτά τα κομμάτια της μυικής θωράκισης, ελευθερώνονται τα απωθημένα συναισθήματα και με αυτά ασχολείται στη θεραπεία. Τονίζει ότι οι μη λεκτικές πλευρές της συμπεριφοράς του ασθενούς αποτελούν μέσο αύξησης της επίγνωσης του ασθενούς.

Ο Perls υιοθέτησε την προσέγγιση του Reich κι έδωσε μεγάλη σημασία στις αισθήσεις του σώματος ως τρόπο προσέγγισης της επίγνωσης στη θεραπεία Gestalt.

3.2.2. Αισθητηριακή ολοκλήρωση & Σχήμα- Φόντο

Ο Max Wertheimer εισήγαγε στη θεραπεία Gestalt το στοιχείο της «αισθητηριακής ολοκλήρωσης». Πίστευε ότι η πραγματικότητα γίνεται κατανοητή από το άτομο ως μια ολότητα, ως μια συνολική ενότητα του νοήματος. Αντιδρούν στο σύνολο αυτού που βλέπουν. Το σύνολο αυτό αποτελείται από τα ερεθίσματα στα οποία τα άτομα αντιδρούν και τα ερεθίσματα στα οποία δεν αντιδρούν. Το άτομο προσπαθεί να ενσωματώσει π.χ. δύο διαφορετικά στοιχεία σε ένα σύνολο, γιατί ως ξεχωριστά κομμάτια δεν έχουν νόημα (O'leary, 1995).

Η αρχή αυτή προτάθηκε από τον Ehrenfelds (Ehrenfelds 1890 στο Boring 1950, O' leary 1995) ο οποίος υποστήριξε ότι « η μορφή μέσα στο χρόνο και το χώρο είναι το άθροισμα άλλων χαρακτηριστικών. Το άτομο βλέπει σπασμένες γραμμές και από αυτές κατασκευάζει το αντικείμενο με το οποίο μοιάζουν».

Οι παραπάνω αντιλήψεις τονίζουν τόσο τη διαφοροποίηση όσο και την ολοκλήρωση του σχήματος και του φόντου, αλληλένδετα στη σχέση «μορφή- υπόβαθρο». Ο Kurt Koffka, βοηθός του Wertheimer, υποστήριξε ότι κατά τη διαδικασία της αντίληψης εμφανίζονται το σχήμα και το φόντο. Το άτομο εστιάζει στο σχήμα, ενώ το φόντο είναι το περιβάλλον πάνω στο οποίο εμφανίζεται το σχήμα. Η ψυχολογία Gestalt υπέθεσε ότι ένα αντικείμενο γίνεται το κέντρο της προσοχής του ατόμου κι ότι χάνεται μέσα στο φόντο όταν ένα άλλο αντικείμενο από το φόντο γίνεται σχήμα. Έτσι το σχήμα και το φόντο αλλάζουν καθώς δημιουργείται μια νέα μορφή (O'leary, 1995).

Οι διακοπές της συνεχής ροής των αλληλεπιδράσεων του σχήματος- φόντου οδηγούν σε μια συσσώρευση ημιτελών μορφών. Οι ψυχολόγοι Gestalt υποστήριξαν την αρχή της συμπληρωματικότητας, σύμφωνα με την οποία το άτομο προσπαθεί να συμπληρώσει το σύνολο και να αντιληφθεί ως σύνολο (O'leary, 1995 και O'leary& Page 1990).

3.2.3 Υπαρξισμός

Ο υπαρξισμός ήταν μια ακόμη θεωρία από την οποία επιρρεάστηκε ο Perls όταν ανέπτυξε τη θεωρία Gestalt και κυρίως από τις υπαρξιακές έννοιες της «προσωπικής ευθύνης», της «παρούσης στιγμής» και της «επίγνωσης». Ο υπαρξισμός υποστήριξε ότι κάθε άτομο είναι υπεύθυνο για την ύπαρξή του.

Ο Perls (Perls, 1969) δίνει, επιρρεασμένος από τον υπαρξισμό, τον ορισμό της ωρίμανσης: « Η μετάβαση από την υποστήριξη από το περιβάλλον στην αυτό- υποστήριξη». Ο Perls θεωρούσε ότι τα άτομα δρουν στο περιβάλλον τους επιλέγοντας αυτό που κάνουν, που νοιώθουν ή σκέφτονται (O'leary, 1995). Οι αποφάσεις αυτές κάνουν τα άτομα υπεύθυνα όντα. Η επιλογή όμως είναι πράξη του παρόντος (Perls, 1969).

Η θεραπεία Gestalt απέρριψε την παραδοσιακή προσέγγιση του υπαρξισμού. Στοχαζόμενοι τις διαδικασίες που υπάρχουν κάτω από την εμπειρία, ανακαλύπτουν το πώς ζουν. Η αντίληψη των συγκεκριμένων γεγονότων στο παρόν συγκροτεί τον κόσμο τους. Οι υπαρξιστές πιστεύουν ότι τα πράγματα αλλάζουν όταν στρέψουμε πάνω τους την προσοχή μας. Ο Smith (Smith 1977 στο O'leary, 1995) αναφέρει πως στη θεραπεία Gestalt έχει σημασία το ζωντανό φαινόμενο, η επίγνωση της συμπεριφοράς και των βιωμάτων των εμπειριών του παρόντος, αφού η ερμηνεία της τωρινής συμπεριφοράς μέσω παρελθοντικών γεγονότων οδηγεί μόνο σε εξηγήσεις- εικασίες και ερμηνείες που καλύπτουν ή απομακρύνονται από το αρχικό βίωμα.

3.3. Η θεραπεία Gestalt

3.3.1. Σχήμα- φόντο

Αναφέρθηκε στην αρχή η υποστήριξη από τον Perls ότι η κάθε πλευρά της συμπεριφοράς του ατόμου θεωρείται εκδήλωση του συνόλου αλληλένδετων μερών μιας ενότητας.

Έτσι εισάγεται στη θεραπεία Gestalt η έννοια «σχήμα- φόντο», όπου το σχήμα είναι το σημαντικό αντικείμενο στο θέμα της επίγνωσης μια σκέψης ή βιώματος. Το φόντο

συμπεριλαμβάνει το περιβάλλον που περιστοιχίζει το κύριο μέρος, δηλ. τα παραπλήσια στοιχεία. Όταν οι εμπειρίες ενός ανθρώπου διαμορφώνουν ένα όλο που έχει νόημα, τότε υπάρχει μια υγιής λειτουργία (O'leary, 1995). Η υγιής λειτουργία προϋποθέτει την ρευστότητα της διαδικασίας, δηλ. τα άτομα να μπορούν να είναι ευέλικτα στην αλληλεπίδραση με το περιβάλλον με προϋπόθεση να είναι σε θέση να διακρίνουν τα περισσότερο ή λιγότερο σημαντικά ερεθίσματα- σχήματα στο περιβάλλον φόντο.

Όταν έρχεται σε επαφή με την εσωτερική εμπειρία, το άτομο αποκτά επίγνωση μια απαίτησης που αναδύεται ως προσκλήνιο, ως το σχήμα μπροστά από το φόντο της συνολικής του προσωπικότητας. Σε κάθε δεδομένη στιγμή μπορεί να υπάρχουν πολλές απαιτήσεις που να αποζητούν προσοχή. Εκείνο που έχει την μεγαλύτερη σημασία για την επιβίωση ή την αυτοπραγμάτωση του ατόμου γίνεται το σχήμα. Όταν λειτουργεί υγιώς, το άτομο διακρίνει ξεκάθαρα την κυρίαρχη ανάγκη. Τα σχήματα εμφανίζονται και σβήνουν συνεχώς, με την αυξομείωση των αναγκών, οι οποίες αφού δημιουργήσουν μια αναστάτωση ενεργοποιούν το άτομο να τις ικανοποιήσει. Το σχήμα τότε απορροφάται από το φόντο (O'leary 1995, Perls 1969).

Στα νευρωτικά ή αγχώδη άτομα (όπως τα άτομα με φοβίες) η σχέση ανάμεσα στον εαυτό τους και το περιβάλλον είναι τέτοια που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν καμία από τις κυρίαρχες ανάγκες που εμφανίζονται. Η απαίτηση δεν μπορεί να γίνει σχήμα εμπρός από το φόντο ή ενώ υπάρχει σχήμα δεν μπορούν λόγω των φοβιών να το «λύσουν» ώστε να απορροφηθεί από το φόντο. Τα σχήματα μένουν θολά- συγκεχυμένα ή κάτι στο περιβάλλον αποκλείεται ή κάποια ανάγκη δεν εκφράζεται (O' leary, 1995).

Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο δεν μπορεί να λειτουργήσει και να ισορροπήσει ανάμεσα σε όλα τα μέρη. Για να επιβιώσει πρέπει η ισορροπία αυτή να διατηρηθεί μέσα σε ορισμένα όρια. Αυτή είναι η αρχή της ομοιόστασης. Όλα τα άτομα έχουν μια εγγενή ενόρμηση να διατηρούν αυτή την ισορροπία ώστε να εξελιχθούν. Αυτό επιτυγχάνεται όταν οι άνθρωποι αποδέχονται τα συναισθήματα και τις εμπειρίες που εμφανίζονται μέσα τους (Perls, 1969).

Η O'leary αναφέρει (1995) ότι το άτομο έρχεται συνεχώς αντιμέτωπο με μια διαφωνία λόγω εξωτερικών απαιτήσεων ή εσωτερικών αναγκών και λόγω αυτού η ισορροπία δεν διατηρείται ποτέ. Ο Perls στο «Gestalt Therpy verbatim (1969)» επισημαίνει ότι το άτομο ανακτά την ισορροπία ικανοποιώντας ή εξαλείφοντας αυτές τις ανάγκες- αποτιμήσεις `ονομάζει δε τη διαδικασία αυτή «αυτορύθμιση του οργανισμού».

Η ισορροπία ως έννοια προϋποθέτει την ύπαρξη δύο ή περισσότερων αντιθέτων. Στη θεραπεία Gestalt κάθε φορά που αναγνωρίζουμε μια πλευρά του εαυτού μας, εξυπακούεται η ύπαρξη- παρουσία του αντιθέτου. Στην παρούσα περίπτωση υπάρχει η αντίθεση «φοβάμαι- είμαι δυνατός, ικανός να αντιμετωπίσω το φόβο μου». Η έμφαση που δίνεται στην ολοκλήρωση των δυο μερών έτσι ώστε κάθε δεδομένη στιγμή να εμφανίζεται το πιο κατάλληλο από τα δύο μέρη (O'leary, 1995). Με αυτό τον τρόπο τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να επιτρέπουν στον εαυτό τους να φοβούνται ή να είναι δυνατά ανάλογα με την κατάσταση. Η ολοκλήρωση και κατανόηση των δύο πλευρών που επιτρέπει στο άτομο να ελευθερωθεί από το μειονεκτικό συναίσθημα και η σωστή αντίδραση εξαρτάται και από τα δύο.

3.3.2. Επίγνωση

Για να γίνει αυτό δυνατό ο Perls (Perls, 1969) πίστευε ότι τα άτομα πρέπει να είναι πλήρως γνώστες των αναγκών τους και να δρουν σύμφωνα με αυτές. Έτσι εισάγεται στη Gestalt ο όρος «επίγνωση». Ο Perls διακρίνει τρεις ζώνες επίγνωσης : επίγνωση του εαυτού, επίγνωση του κόσμου και επίγνωση αυτού που βρίσκεται ανάμεσά τους (O' leary 1995).

Η αύξηση της επίγνωσης αποτελεί τον πυρήνα της θεραπείας Gestalt. Η ανάπτυξη αυτή συνδέεται περισσότερο με την εμπειρία και λιγότερο με την διανοητικοποίηση. Ο θεραπευόμενος μπορεί πιο εύκολα να έρθει σε επαφή, να αισθανθεί και να περιγράψει κάθε παροντική κατάσταση παρά να την εξηγήσει και να την ερμηνεύσει. Οι ψυχολογικές διεργασίες κυλούν στον τροχό επίγνωση – εμπειρία – επίγνωση και έτσι τα άτομα

αντιλαμβάνονται το «εδώ και τώρα» και είναι ικανά να αντιμετωπίσουν τις πτυχές αυτής της συνειδητοποίησης με αποτέλεσμα την ισορροπία- αρμονία της εμπειρίας και του συναισθήματος.

Γενικότερα η συγκεκριμένη θεραπεία προσανατολίζεται στο «εδώ και τώρα». Η παραμονή του θεραπευόμενου σε μια συγκεκριμένη στιγμή παίζει σημαντικότατο ρόλο στην προσπάθεια του να αποκτήσει πραγματική επίγνωση. Το παρόν έχει περισσότερο σημασία από το παρελθόν που έχει περάσει και το μέλλον δεν έχει έρθει.

Ο Perls (Perls, 1973) θεωρούσε τη Gestalt εμπειρική και όχι λεκτική θεραπεία. Ο θεραπευτής Gestalt επιδιώκει να αυξήσει την επίγνωση του ασθενούς ως προς το τι αισθάνεται λεπτό προς λεπτό. Η αυτοκριτική, η απόδοση ευθυνών, η ενοχή, οι επικρίσεις σχετικά με τον εαυτό τους ή τους άλλους εμποδίζουν τους ανθρώπους να ασχοληθούν με τον εαυτό τους ή με τους άλλους στο παρόν. Πολλά άτομα επικρίνουν τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν για να αποφύγουν τις δικές τους εμπειρίες (O'leary, 1995). Οι πελάτες ενθαρρύνονται να αναλαμβάνουν την ευθύνη του εαυτού τους και να αυτουποστηρίζονται αποφεύγοντας την εξάρτησή τους από τους άλλους ακόμη και τους θεραπευτές.

Ο Perls (1969) υποστηρίζει ότι τείνουμε να παραμένουμε προσκολλημένοι στο παρελθόν περιπλανώμενοι σε λαβυρίθους για το ποιος φταίει για αυτό που είμαστε. Κάνουμε τα πάντα, αρκεί να συνειδητοποιήσουμε πως εμποδίζουμε τον εαυτό μας να είναι ζωντανός.

Τα παραπάνω αδιέξοδα μπορούν να λυθούν με διάφορους τρόπους όπως π.χ. με κάποιο πείραμα όπως αυτό της «επιδέξιας απογοήτευσης». Συνιστά στους θεραπευτές να το εφαρμόζουν ώστε οι θεραπευόμενοι να περάσουν στη διαδικασία επεξεργασίας του προβλήματος «αυτόνομα» ώστε να καταλάβουν ότι αυτό που περιμένουν από το θεραπευτή μπορούν να το κάτσουν μόνοι τους.

Ο ρόλος του θεραπευτή σε αυτό το κομμάτι είναι να κρατάει τους θεραπευόμενους συγκεντρωμένους και σε επαφή με τον εαυτό τους. Τα άτομα συχνά χρειάζονται βοήθεια για να ζήσουν με τον πόνο ή με το φόβο και γενικά με καταστάσεις που δεν τους επιτρέπουν να είναι αυτόνομα ή κοινωνικώς λειτουργικά.

3.3.3. Εκρήξεις

Για το λόγο αυτό ο Perls (1975) πίστευε ότι η επεξεργασία και η αντιμετώπιση των αδιεξόδων έπρεπε να γίνεται σε ομαδικό παρά σε ατομικό επίπεδο, αφού τα άτομα θεραπευόμενοι έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ομάδα από ότι στον θεραπευτή. Αυτό γίνεται γιατί στην ατομική θεραπεία ο θεραπευόμενος μπορεί να απορρίψει ευκολότερα το θεραπευτή από ότι στην ομαδική αφού στην τελευταία υπάρχουν συλλογικές αντιδράσεις (O'leary, 1995).

Με αυτούς τους τρόπους τα άτομα φανερώνουν ή ξαναβρίσκουν τα χαμένα τους συναισθήματα και ανακτούν την ψυχολογική τους ενέργεια. Είναι ένα σημείο ενόρασης το οποίο προαναγγέλει μέσω μιας έκρηξης την αυθεντική ζωή. Αυτό δηλαδή που αναφέραμε προηγουμένως, το στάδιο του «είμαι άνθρωπος και εντελώς ζωντανός». Οι εκρήξεις αυτές ποικίλουν σε ένταση: από ελαφρύ τρέμουλο έως εμπειρίες που συμμετέχει ολόκληρο το σώμα (O'leary, 1995). Ο Perls (Perls, 1975 στο O'leary 1995) διακρίνει τέσσερα είδη έκρηξης: σεξουαλική αγάπη, θυμός, χαρά και θλίψη. Η θλίψη όντας κοινωνικά αποδεκτή επιτυγχάνεται εύκολα. Ο θυμός και η σεξουαλική αγάπη συγκεντώνουν συνήθως τη μεγαλύτερη προσοχή. Οι νευρωτικοί ασθενείς δυσκολεύονται περισσότερο με τη χαρά.

3.4. Τεχνικές Gestalt

«Ο στόχος της θεραπείας Gestalt, η ενδυνάμωση δηλαδή του θεραπευόμενου, δεν πρέπει να χάνεται μέσα σε ένα δάσος τέχνικων» (O'leary, 1995).

Υπάρχει ένα πλαίσιο τεχνικών όπως παρουσιάζεται από τους Corey, Dryden και Patterson (Corey 1985, Dryden 1985, Patterson 1973 στο O'leary 1995). Οι παραπάνω παρουσιάζουν τεχνικές γλωσσικών ασκήσεων όπως την αλλαγή ερωτήσεων σε δηλώσεις, τη χρήση της

προσωπικής αντωνυμίας «εγώ», την επεξεργασία με την άδεια καρέκλα, την επεξεργασία ονείρων, τη χρήση φαντασιώσεων και τα πειράματα.

Οι παραπάνω τεχνικές είναι αρκετά ενδιαφέρουσες και σημαντικές προς λεπτομερή εξέταση και για την εκπαίδευση των θεραπευτών, αλλά για να μην μακρυγορήσουμε θα αναφερθούμε και θα αναλύσουμε αυτές που θεωρούμε σημαντικότερες για την αντιμετώπιση για την αντιμετώπιση των κοινωνικών φοβιών: τα πειράματα και τη χρήση φαντασιώσεων. Αυτό δεν σημαίνει πως δεν είναι ανάγκη η χρήση και των υπολοίπων τεχνικών κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας αν χρειαστεί.

3.4.1. Πειράματα

Τα πειράματα βασίζονται στην ότι η μάθηση απαιτεί δράση. Ο Zinker (1978) αναφέρει ότι τα πειράματα μετατρέπουν τις διηγήσεις σε πράξη, τις αναμνήσεις και τις θεωρητικοποιήσεις σε πλήρη παρουσία του ατόμου με όλη του τη φαντασία, την ενέργεια και την έξαψη. Η O'leary (1995) αναφέρει πως με τα πειράματα οι άνθρωποι ανακαλύπτουν πράγματα για τον εαυτό τους, δοκιμάζοντας πρωτότυπες και σκόπιμες δραστηριότητες. Μέσα στην ασφάλεια μιας θεραπείας Gestalt οι άνθρωποι ακολουθούν συμπεριφορές τις οποίες διαφορετικά θα φοβούνταν να υιοθετήσουν. Εμπλουτίζονται από την ίδια τη διαδικασία χωρίς να είναι απαραίτητο να ολοκληρωθεί αφού ακόμα και αν σταματήσουν να ενεργούν κατά τη διάρκεια ενός πειράματος θα μπορούν σ' αυτή την παύση να εντοπίσουν αυτό που τους εμπόδιζε να δράσουν.

Πέραν τούτου το πείραμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιστήσουν τα άτομα την προσοχή τους στον τρόπο που συμπεριφέρθηκαν σε κάποια προηγούμενη κατάσταση.

Ο Zinker (1978) ορίζει τις εξής δέκα μεταβλητές που εμφανίζονται στα στάδια των πειραμάτων:

1. Δημιουργία υποβάθρου
2. Η διαπραγμάτευση συναίνεσης θεραπευτή- θεραπευόμενου
- 3.Κλιμάκωση πειράματος ανάλογα με τη δυσκολία που βιώνει ο θεραπευόμενος
4. Η ανάδειξη της επίγνωσης του θεραπευόμενου
5. Ο εντοπισμός της ενέργειας
6. Η συγκέντρωση της ενέργειας και της επίγνωσης επί του θέματος
7. Η δημιουργία αυτό-υποστήριξης
8. Η επιλογή ενός συγκεκριμένου πειράματος
9. Η διαδραμάτιση του πειράματος
10. Η αναφορά του θεραπευόμενου

Αφού δημιουργηθεί ένα ασφαλές και αποδεκτό αυτό-υποστηρικτικό περιβάλλον από το θεραπευόμενο, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος θα επιλέξουν τη μορφή του πειράματος. Έπειτα θα περάσουν στη διαδραμάτιση όπου θα γίνει επεξεργασία του θέματος και θα εντοπιστούν διάφορες οπτικές γωνίες για την αντιμετώπισή του.

Ο Murgatroyd (Murgatroyd 1985 στο O'leary 1995) τονίζει πως σκοπός δεν είναι μόνο ο θεραπευόμενος να εντοπίσει και να βελτιώσει κάποια συγκεκριμένη συμπεριφορά αλλά εφ' όσον επεξεργάζονται συναισθήματα, σημασία έχει να χρησιμοποιούνται το δυνατόν λιγότερο πρακτικές ρουτίνας και να ενθαρρύνεται ο αυθορμητισμός. Έτσι τα άτομα εξερευνούν τον εαυτό τους και γίνονται υπεύθυνα. Αυτό επιτυγχάνεται με την τεχνική της πρόβας η οποία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε άτομα τα οποία φοβούνται να αντιμετωπίσουν καταστάσεις.

Μια ακόμη τεχνική πειραμάτων είναι αυτή της «αντιστροφής». Με την τεχνική αυτή τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να επιδείξουν μια συμπεριφορά αντίθετη προς τη συνηθισμένη τους. Μπορεί ίσως να ζητηθεί από κάποιο μέλος που είναι πιο 'κλειστό' ή απομακρυσμένο ή φοβάται να μιλήσει στην ομάδα. Έτσι οι θεραπευόμενοι εντοπίζουν από πού προήλθε αυτή τους η συμπεριφορά και να μπορέσουν να την απαλείψουν.

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της αντιστροφής οι θεραπευόμενοι βιώνουν ισχυρές αντιστάσεις γιατί επιτίθενται – όπως μας πληροφορεί η O'leary (1995)- στους μηχανισμούς άμυνας που έχουν κατασκευάσει οι ίδιοι.

Με την τεχνική της αντιστροφής τα άτομα που έστρεφαν προς τα έσω, προς τον εαυτό τους δηλαδή, κάποια αντίδραση, τώρα μαθαίνουν να την εκδηλώνουν προς τα έξω, δηλ. προς το περιβάλλον. Έτσι π.χ. ο φόβος ή ο θυμός ή ακόμη και η ανάγκη για παρηγοριά αντί να εκφράζονται με αυτοτραυματισμούς ή αγκαλιές στο δικό τους σώμα, εκφράζονται σε διάφορα αντικείμενα όπως π.χ. μαξιλάρια, πετσέτες, σάκοι πυγμαχίας ώστε να αποφορτιστούν συναισθηματικά. Με αυτό τον τρόπο το άτομο που ήταν υποτελές σε ένα συναίσθημα αποκτά μια θέση ισχύος και δύναμης, διέγερσης και φρεσκάδας αφού η ενέργεια που χρησιμοποιούνταν για τον αυτοέλεγχο ελευθερώνεται και ρέει ασφαλώς. Μια ισχυρή μέθοδος αποδέσμευσης από τα συναισθήματα- εμπόδια είναι να φανταστούν οι θεραπευόμενοι ότι το πρόσωπο ή τα πρόσωπα, τα αντικείμενα ή οι καταστάσεις, στα οποία αναφέρονται τα αισθήματα είναι μπροστά τους ή βιώνονται.

3.4.2. Φαντασιώσεις

Μεταβαίνουμε έτσι και κλείνουμε το κεφάλαιο αυτό της Gestalt με την τελευταία τεχνική της εν λόγω θεραπείας: τις φαντασιώσεις.

Οι φαντασιώσεις μπορούν να θεωρηθούν τα όνειρα που κάνουμε όταν είμαστε ξύπνιοι. Η φαντασίωση είναι ένας πλούσιος τρόπος διαφυγής, γιατί προσφέρει μια προσωπική αναστολή από την πραγματικότητα ιδιαίτερα αν αυτή είναι πληκτική, ανίαρη ή τρομακτική (O'leary, 1995).

Η ίδια (O'leary, 1995) μας αναφέρει πως «οι φαντασιώσεις ανατρέπουν αυθόρμητα την πραγματικότητα. Το αντικείμενο της φαντασίωσης μπορεί να είναι το αντίθετο της παρούσας απογοήτευσης». Αν μελετήσουμε το αντικείμενο των φαντασιώσεων μας μπορούμε να μάθουμε τι μας προκαλεί τη φοβία -στην προκειμένη περίπτωση-. Μέσα στις φαντασιώσεις τους, τα άτομα ζουν αυτό που θα ήθελαν να κάνουν στη ζωή. Λειτουργούν ως πούμε ως εξομοιωτής εκπαίδευσης όπως π.χ. ο εξομοιωτής που έχουν οι πιλότοι ή οι σχολές οδήγησης.

Η φαντασίωση είναι στενά συνδεδεμένη με τη δημιουργικότητα. Η εξερεύνηση περιοχών πέρα από την καθημερινή συμβατική σκέψη επιτρέπει και παροτρύνει την αυθόρμητη ή την πρωτόγνωρη δράση ώστε να αντιληφθούμε τον εαυτό μας διαφορετικό από ότι είναι. Να ξεπερασθεί δηλαδή η παρούσα αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση σε ένα ανώτερο επίπεδο.

Αυτό οδηγεί σε πολύτιμες νέες γνώσεις, αφού συναντώντας εμπόδια στη φαντασίωση το άτομο μαθαίνει να μην προσκολλάται σε αυτό αλλά να το επεξεργάζεται και να το αντιμετωπίζει. (Stevens 1971 στο O'leary 1995)

3.5. Ανακεφαλαίωση

Ο Perls υποστήριξε ότι η κάθε πλευρά της συμπεριφοράς ενός ατόμου μπορεί να θεωρηθεί ως εκδήλωση του συνόλου. Η θεωρία Gestalt έχει δεχτεί επιρροές από την ψυχανάλυση και τον υπαρξισμό, καθώς και την εισαγωγή του στοιχείου της «αισθητηριακής ολοκλήρωσης» και του σχήματος – φόντου. Επίσης, τρεις ζώνες επίγνωσης διακρίνονται από τον Perls: του εαυτού, του κόσμου και αυτού που βρίσκεται ανάμεσά τους. Τέλος, ανάμεσα στις διάφορες τεχνικές της θεραπείας Gestalt, σημαντικότερες θεωρούνται τα πειράματα και η χρήση των φαντασιώσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ

4.1. Εισαγωγή

«Η δραματοθεραπεία γεννήθηκε και αναπτύχθηκε σε μία εποχή ριζικών ανακατατάξεων που έβαλαν σε δοκιμασία τον σύγχρονο άνθρωπο. Η ψυχοθεραπεία, δυνατή και πολυπρόσωπη σήμερα, ενισχυμένη με πολλές και διαφορετικές θεωρίες, μεθόδους και τεχνικές, εδραιώνεται με γοργούς ρυθμούς, διεισδύοντας σε χώρους που έχουν σχέση με την υγεία, την εκπαίδευση και την εργασία.

Παρά τη σημαντική ανάπτυξη και βελτίωση των διαφόρων προσεγγίσεων, όμως, κατά καιρούς έχει επισημανθεί ότι απουσιάζει ένα γενικό πλαίσιο αναφοράς που θα μπορούσε να διευκολύνει την οργάνωση όλης αυτής της γνώσης. Την τελευταία δεκαετία, όλο και περισσότεροι ερευνητές ασχολούνται με θέματα που αφορούν τη θεραπευτική διεργασία και την έκβασή της, τονίζοντας την επιθυμητή σύνθεση των διαφόρων προσεγγίσεων και μεθόδων. Η ίδια συνθετική τάση είναι φανερή στην έμπρακτη εφαρμογή της ψυχοθεραπείας, καθώς όλο και περισσότεροι θεραπευτές υιοθετούν ένα μοντέλο «εκλογής» στις μεθόδους και τις τεχνικές τους, το οποίο εμπλουτίζεται περαιτέρω όταν αποσαφηνίζονται οι στόχοι της θεραπείας. Σε αυτό τον εμπλουτισμό μπορεί να συνεισφέρει και η δραματοθεραπεία, οργανώνοντας τις πληροφορίες που αφορούν τον θεραπευόμενο μέσα από βιωματικές εμπειρίες, μεθόδους και τεχνικές τις οποίες μπορεί να εφαρμόσει ο θεραπευτής για το καλό της θεραπείας.

Σήμερα, στον ειδικό απευθύνεται πλέον ο μέσος άνθρωπος, ο οποίος πιέζεται από τα προβλήματα της καθημερινής ζωής και ζητά βοήθεια για τη λύση τους. Αυτός ο άνθρωπος χρειάζεται βοήθεια για να αναπτύξει την αυτοοργάνωσή του, για να επιτύχει την τάξη μέσα του και για να οργανώσει το περιβάλλον του. Και ο ειδικός που αντιμετωπίζει αυτό το αίτημα πρέπει να μάθει να συνθέτει ό,τι θα είναι πιο χρήσιμο για τον θεραπευόμενό του μέσα από το ευρύ πλαίσιο του χώρου της ψυχοθεραπείας.

Η δραματοθεραπεία ως μέθοδος ψυχοθεραπείας χρησιμοποιεί κυρίως τεχνικές από το χώρο της τέχνης και ειδικά του θεάτρου. Το θέατρο λέξη ελληνική, έχει τη ρίζα του στο ρήμα θεώμαι, που σημαίνει βλέπω, παρακολουθώ. Είναι ταυτόχρονα θεωρία και πράξη. Για να γίνει κατανοητό, έχει ανάγκη από φαινόμενα, το θέαμα, την παρουσία πραγμάτων που βοηθούν στην ενσωμάτωσή του από το θεατή. Η δύναμή του είναι μεγάλη και μπορεί να επηρεάσει την ευαίσθητη ταυτότητα των θεατών: το καλό θέατρο επιδρά στο πνεύμα και τον πολιτισμό. Όπως και άλλες τέχνες το θέατρο εμπεριέχει στέρεα στοιχεία. Τα «στέρεα» αυτά στοιχεία όμως είναι στιγμιαία: όταν η στιγμή περάσει, ό,τι συνέβη ανήκει στο παρελθόν. Το «δρώμενο» τόσο στο θέατρο όσο και στη δραματοθεραπεία συνέβη στο παρελθόν, αλλά αναπαρίστανται στο παρόν. Και όπως ένας καλός σκηνοθέτης, έτσι και ο δραματοθεραπευτής θα λάβει υπόψη του τις αλλαγές που συνέβησαν στην πορεία και θα τις αξιολογήσει ανάλογα.

Η δραματοθεραπεία εξετάζει και παίρνει υπόψη της την κουλτούρα, την ιστορία και τη μυθολογία του λαού στον οποίο ανήκει ο θεραπευόμενος. Έτσι έχει την ευκαιρία της συνολικής προσέγγισης της προσωπικότητάς του, και όχι μόνο της ανάλυσης των ιστορικών και αιτιατικών σχέσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η δραματοθεραπεία, να κατέχει σημαντική θέση μεταξύ των διαφόρων θεωρητικών σχολών και μεθόδων θεραπείας, ακόμη και μεταξύ των λεγόμενων δημιουργικών θεραπειών, όπως η μουσικοθεραπεία, η χοροθεραπεία, η εικαστική ψυχοθεραπεία και άλλες. (Νταντάμη, 2010)

4.2. Ορισμός και Αντικείμενο

Δραματοθεραπεία είναι η εφαρμογή της δραματικής τέχνης σε κλινικό, θεραπευτικό και κοινοτικό πλαίσιο, και αφορά άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα ή διαταραχές.

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, η θεατρική τέχνη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μέθοδος πρόληψης, ενώ η δραματοθεραπεία αποτελεί θεραπευτική διαδικασία. Η θεατρική τέχνη είναι απαραίτητη ως μέσο μεταμόρφωσης, προκειμένου οι άνθρωποι, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, να διατηρήσουν την αισιοδοξία τους, ένα υψηλό επίπεδο συνειδητότητας και να βρουν λύσεις. Η δραματοθεραπεία είναι επίσης απαραίτητη ως μέσο μεταμόρφωσης αλλά για ανθρώπους ασθενείς, τραυματισμένους και ευάλωτους.

Οι μέθοδοι της δραματοθεραπείας περιλαμβάνουν κίνηση, φωνή, χορό, θεατρικά παιχνίδια, μαριονέτες και μάσκες, παίξιμο ρόλων, αυτοσχεδιασμό, επεξεργασία κειμένων. Ουσιαστικά όλες οι τεχνικές που προέρχονται από το θέατρο εφαρμόζονται επιλεκτικά σε διάφορες ομάδες ανθρώπων, προκειμένου να διευκολύνουν τη λεκτική και μη λεκτική έκφραση και την επίλυση στο πλαίσιο ενός δράματος ή μιας ιστορίας.

Οι δραματοθεραπευτές μπορούν να δουλέψουν σε ψυχιατρικές κλινικές και κέντρα ημέρας, σε ειδικά σχολεία, νοσοκομεία, κοινοτικά κέντρα, σε φυλακές και υπηρεσίες δικαστικής επιτήρησης, όπως επίσης και ως ιδιώτες.

Οι δραματοθεραπευτές σε ένα από το έξι αναγνωρισμένα προγράμματα σπουδών του Ηνωμένου Βασιλείου μπορούν να λάβουν επίσημη μεταπτυχιακή εκπαίδευση και η άσκηση του επαγγέλματός τους εποπτεύεται συστηματικά από τον επαγγελματικό τους φορέα, τον Βρετανικό Σύνδεσμο Δραματοθεραπευτών (British Association of Dramatherapists). Οι δραματοθεραπευτές επίσης διεξάγουν έρευνες σε μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο.

Η δραματοθεραπεία είναι σήμερα επάγγελμα επίσημα αναγνωρισμένο και διέπεται από τους κώδικες ηθικής και δεοντολογίας του Βρετανικού Συνδέσμου Δραματοθεραπευτών, καθώς και από τις αρχές του Συμβουλίου Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Council for Professions Supplementary to Medicine – CPSM).

4.3. Κύριες έννοιες

4.3.1. Θεατρική απόσταση

Ο Scheff (1979) και ο Landy (1986) ασχολήθηκαν με τη συναισθηματική απόσταση που γίνεται δυνατή μέσω του θεάτρου. Ο Landy ιδιαίτερα ανέπτυξε τις ιδέες του σε σχέση με τη δραματοθεραπεία. Ας εξετάσουμε τη θεατρική, τη δραματική, απόσταση που από τη μία μεριά βοηθά τους συμμετέχοντες ή τους παρατηρητές να κρατήσουν συναισθηματική απόσταση από το θεατρικό υλικό, ενώ από την άλλη επιτρέπει μια βαθύτερη βιωματική εμπειρία. Πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία, που εμπλέκει το συμμετέχοντα ή τον παρατηρητή σε πολλαπλά στρώματα βίωσης και όχι στη μονοδιάστατη σχέση μεταξύ «απόστασης και εγγύτητας». (Minde, 1996)

Όταν παρακολουθούμε ένα θεατρικό έργο ή συμμετέχουμε σε μια θεατρική εμπειρία, βρισκόμαστε σε κάποια απόσταση από την καθημερινή μας ζωή. Ως κοινό καθόμαστε και παρακολουθούμε μια καλλιτεχνική παράσταση, η οποία εκδραματίζεται απέναντί μας. Καθώς εκτυλίσσονται οι ιστορίες, μας παρουσιάζονται διάφορα τοπία και σκηνές. Αν συμμετέχουμε στην εκ-δραμάτιση, συμμετέχουμε στην πραγματικότητα του δράματος όντας ένας από τους χαρακτήρες της ιστορίας, που ωστόσο δεν είναι ο δικός μας χαρακτήρας ούτε η δική μας ιστορία. Μπορεί να υπάρχουν συσχετίσεις, άμεσες ή έμμεσες, αλλά η συνολική εμπειρία είναι αποστασιοποιημένη από την προσωπική μας εμπειρία, ακριβώς λόγω των στοιχείων που διαθέτει και τα οποία της καθιστούν αυτό που ονομάζουμε θέατρο. (Jennings, 2005)

Οι ηθοποιοί υποδύονται αυτούς τους διαφορετικούς χαρακτήρες, φοράνε κοστούμια, μακιγιάζ και μάσκες, τα οποία δημιουργούν απόσταση από την εμπειρία τόσο για τους ίδιους όσο και για το κοινό. Γνωρίζουν τα τεχνάσματα και τα διάφορα βοηθήματα και τα σκηνικά, τις σκηνοθετημένες κινήσεις και τα μαγικά τρικ, που αποτελούν κομμάτι της εμπειρίας. Γνωρίζουν επίσης ότι στην καλύτερη περίπτωση ο εαυτός τους μπορεί να εμπλακεί μόνο

κατά 90%, διότι το υπόλοιπο μέρος της συνείδησής τους πρέπει να βρίσκεται σε εγρήγορση ως προς τη δομή του έργου και τους άλλους χαρακτήρες. Ανάμεσα στον ηθοποιό και το κοινό δημιουργείται μια συμμαχία όσον αφορά την απόσταση από την οποία μπορεί να ειπωθεί μια ιστορία.

Το παράξενο με την απόσταση είναι ότι τόσο ο ηθοποιός όσο και το κοινό έρχονται πιο κοντά όχι μόνο μεταξύ τους αλλά και με τα θέματα και τους χαρακτήρες τόσο της βασικής πλοκής του έργου όσο και των επιμέρους στοιχείων της. Εικόνες, μεταφορές και επιμέρους κείμενα ασκούν επί-δραση επάνω μας, καθώς συνεχίζουμε αυτό το θεατρικό ταξίδι, το οποίο παρουσιάζεται στα πλαίσια της δραματικής πραγματικότητας.

Ως άτομα και συνολικά ως κοινό μπαίνουμε σ'αυτή τη δραματική πραγματικότητα και τη μια στιγμή τρομάζουμε, την άλλη θυμώνουμε ή συγκινούμαστε, ανάλογα με το πού μας οδηγεί το έργο. Καθώς οι ηθοποιοί συναντούν το κοινό, βιώνουν κι αυτοί τις λεπτές αποχρώσεις τού χαρακτήρα που υποδύονται, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το κοινό δίνει μορφή και σχήμα σ'αυτόν. Οι ερμηνευτές και το κοινό ανατρο-φοδοτούν ο ένας τον άλλο μέσα από αυτό το εγχείρημα που έχουν αναλάβει από κοινού. Στο τέλος υπάρχουν και πάλι συμβάσεις για να διαχωριστούμε από τη θεατρική εμπλοκή. Η αυλαία που πέφτει μας βγάζει από το έργο καθώς χειροκροτούμε τους ηθοποιούς. Αυτοί εξακολουθούν να φορούν τα κοστούμια τους, αλλά στέκονται πλέον απέναντί μας ως ο εαυτός τους. Εμείς χειροκροτούμε αυτούς και όχι τους χαρακτήρες που υποδύθηκαν.

Παρ' ότι υπάρχουν πολλές αποκλίσεις από αυτό το μοντέλο –όπως, για παράδειγμα, ο τρόπος με τον οποίο αντιδρούμε σε ένα έργο που δεν μας άρεσε ή η συνήθεια να αποδοκιμάζονται οι κακοί χαρακτήρες μιας παντομίμας την ώρα που πέφτει η αυλαία-, όσα αναφέρθηκαν παραπάνω είναι λίγο πολύ η περιγραφή μιας θεατρικής παράστασης σύμφωνα με τα δυτικά πρότυπα. Όταν οι θεατές φεύγουν από το θέατρο κουβαλάνε μέσα τους κάποιες «ιδιαίτερες στιγμές», οι οποίες συχνά συνεχίζουν να τους απασχολούν για μέρες ή και εβδομάδες. (Jennings, 2005)

Μέσω του θεάτρου μπορούμε να επιτύχουμε τη σύμπτωση ή της επιμήκυνση του χρόνου και της απόστασης, να βιώσουμε έναν επιλεγμένο αριθμό γεγονότων στο πλαίσιο μιας σκηνής και να αντιδράσουμε «σα» να δεχόμαστε την αλήθεια. Για παράδειγμα, ενώ ξέρουμε ότι ο ηθοποιός που υποδύεται τον Βασιλιά Λιρ θα σηκωθεί και θα φύγει από τη σκηνή, θα βγάλει το μακιγιάζ και θα γυρίσει σπίτι, έτοιμος να παίξει το ρόλο ξανά το επόμενο βράδυ, αυτό δεν μας εμποδίζει να συγκινηθούμε από την παράσταση και να λυπηθούμε για το θάνατο των δικών του και των θυγατέρων του στο τέλος του έργου.

Ξέρουμε ότι όλα αυτά δεν είναι «αλήθεια» με την καθημερινή έννοια, αλλά σε μια καλή παράσταση είναι θεατρικά και ποιητικά αλήθεια, και αντιδρούμε και με το νου και με το συναίσθημα. Αν πάμε προς τα πίσω, πριν την έναρξη των παραστάσεων, και εξετάσουμε τη δουλειά των ηθοποιών όταν αρχίζουν να δουλεύουν το έργο με τα σώματα και τη φωνή τους, πριν καν διαβάσουν το κείμενο, και τη δουλειά των σκηνοθετών, των σχεδιαστών και των τεχνικών που αρχίζουν τη δημιουργική διαδικασία όταν αρχίζουν οι πρόβες, τότε αρχίζουμε να καταλαβαίνουμε τη δραματική τέχνη. Η έμπνευση, η δημιουργία, ο πειραματισμός, η απόρριψη, η βελτίωση και η αναδημιουργία συγκλίνουν, διαλύονται και τελικά ισοροπούν και συνθέτουν μια παράσταση. Οι ίδιες αυτές διεργασίες αποτελούν και τον πυρήνα της θεατρικής τέχνης στην υπηρεσία της θεραπείας. Η θεατρική τέχνη, εφαρμοσμένη με πολύ συγκεκριμένους τρόπους, αποτελεί την ουσία της δραματοθεραπείας και της άσκησής της. (Minde, 1996)

Επομένως, η δουλειά των δραματοθεραπευτών είναι μαζί με τους θεραπευόμενους να ασχολούνται με τη διαδικασία της θεατρικής τέχνης από την πλευρά του ηθοποιού, του σκηνοθέτη και του τεχνικού. Ασχολούνται δηλαδή με την τέχνη και με την τεχνική του θεάτρου με στόχο να βιώσουν οι θεραπευόμενοι νέες ενοράσεις, νέα βιώματα και νέες προοπτικές όσον αφορά τον κόσμο ως σύνολο και τη σχέση τους μαζί του. Ο ασθενής βρίσκει ένα μεγαλύτερο φάσμα έκφρασης αναπτύσσοντας το σώμα και τη φωνή και μέσα από τη δραματοποίηση μπορεί να βιώσει και να επικοινωνήσει, να μεταδώσει τα θέματα που προηγουμένως δεν μπορούσε. Η θεατρική απόσταση επιτρέπει να συμβεί αυτό με έναν

ελεγχόμενο τρόπο. Γιατί στο θέατρο δεν εμπλέκεται κανείς εξ ολοκλήρου. Υπάρχει πάντα ένα τμήμα του εαυτού μας που παρακολουθεί τον εαυτό μας και τους άλλους. Έτσι δεν συνθλιβόμαστε¹³. Το παράδοξο της θεατρικής απόστασης είναι ότι μπορούμε να έρθουμε πιο κοντά σε θέματα που αφορούν εμάς και τη ζωή μας, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. (Jennings, 2005)

4.3.2. Οι δύο πραγματικότητες

Σύμφωνα με το πώς αντιλαμβανόμαστε τον καθημερινό κόσμο μας, οι αιφνίδιες έφοδοι στη φαντασία μας αποκαλούνται συχνά φαντασιώσεις. Ιδιαίτερα οι ψυχοθεραπευτές θεωρούν φαντασίωση κάθε σκέψη σχετικά με τη ζωή και τον τρόπο που ζει κανείς.

Είναι πιο ακριβές και λιγότερο αποπροσανατολιστικό να θεωρήσουμε ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο πραγματικότητες: η πραγματικότητα της καθημερινής εμπειρίας μας και η πραγματικότητα της δραματικής φαντασίας μας. Χωρίς αμφιβολία υπάρχουν κι άλλες πραγματικότητες ή αλήθειες, όπως, για παράδειγμα, η ποιητική αλήθεια. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο ωστόσο μας ενδιαφέρει η καθημερινή και η δραματική (ή θεατρική) πραγματικότητα. Στη δραματική πραγματικότητα εισερχόμαστε όταν λέμε «Ας παραστήσουμε τα τέρατα» ή «Φαντάσου ότι είσαι σε μια παραλία».

Όταν διερευνήσαμε τη δική μας δραματική ανάπτυξη και παρακολουθήσαμε πώς παίζουν τα νήπια και τα παιδιά, είδαμε να αναδύεται η δραματική πραγματικότητα, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο τα μικρά παιδιά συχνά συγχέουν το «πραγματικό» με το «ας προσποιηθούμε». Καθώς τα μικρά παιδιά μεγαλώνουν, είναι σε θέση να διακρίνουν τις δύο αυτές πραγματικότητες με όλο και μεγαλύτερη ακρίβεια. Δυστυχώς όμως, το εκπαιδευτικό μας σύστημα ενθαρρύνει σε μεγάλο βαθμό την αφομοίωση αντικειμενικών γεγονότων και αποθαρρύνει τη δημιουργική φαντασία.

Ως ωρίμανση ορίζεται η ικανότητα να διακρίνει κανείς την καθημερινή από τη δραματική πραγματικότητα και το να μπαίνει και να βγαίνει σε καθεμία από αυτές ανάλογα με την περίπτωση. (Jennings, 2005)

Είναι γνωστό ότι ανάμεσα «στις τέχνες» και «τις επιστήμες» υπάρχει διαρκής πόλωση, η οποία όμως είναι τεχνητή, εφόσον και οι δύο τρόποι σκέψης είναι σημαντικοί, χωρίς απαραίτητα να είναι ξεχωριστοί. Αν δεν ήμαστε σε θέση να κάνουμε με τη φαντασία μας ένα δραματικό άλμα στο άγνωστο, τότε δεν θα μπορούσαμε ποτέ να διατυπώσουμε μια υπόθεση. Οι μεγάλοι επιστήμονες πρέπει να έχουν υπερανάπτυγμένη τη δραματική φαντασία, ώστε να είναι σε θέση να κάνουν υποθέσεις για το πώς θα μπορούσε να είναι κάτι, πριν επιστρέψουν στο εργαστήριό τους για να διαπιστώσουν κατά πόσο αυτό είναι δυνατό.

Οι ψυχολόγοι αναφέρονται στον εγκέφαλο σαν να έχει δύο κύρια ημισφαίρια: το αριστερό ημισφαίριο είναι για τα μαθηματικά, τη λογική, την πραγματικότητα, ενώ το δεξί είναι για τη δημιουργικότητα, τα σύμβολα, τις μεταφορές και τη φαντασία. Για να λειτουργήσουμε στον μέγιστο δυνατό βαθμό, πρέπει να είμαστε σε θέση να χρησιμοποιήσουμε και τα δύο αυτά ημισφαίρια και να επιτρέπουμε στο ένα να διεγείρει το άλλο. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η εκπαίδευση σε όλη τη διάρκεια της ζωής μας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την εξάσκηση και των δύο ημισφαιρίων και να μην δίνει έμφαση στο ένα εις βάρος του άλλου. Το εκπαιδευτικό μας σύστημα βάζει σε προτεραιότητα την επιστήμη και την τεχνολογία, ενώ για τις τέχνες και τη δημιουργικότητα δεν παρέχει αρκετή υποστήριξη, ούτε σε επίπεδο προσωπικού ούτε σε επίπεδο χρηματοδοτήσεων. Κι όμως, παρατηρείται ότι τα καλλιτεχνικά σεμινάρια προσελκύουν περισσότερα νεαρά άτομα αφότου τελειώσουν το σχολείο απ' ό,τι τα σεμινάρια τα σχετικά με την τεχνολογία. Θεωρείται ότι το εφαρμοσμένο θέατρο μπορεί να βοηθήσει στην εκμάθηση θεμάτων από πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων και των επιστημών, και ότι η δημιουργική σκέψη είναι απαραίτητη για όλα τα ζητήματα.

Παρακάτω θα εξεταστούν οι θεωρητικές συνέπειες αυτών των δύο πραγματικοτήτων σε σχέση με την εφαρμοσμένη δραματοθεραπεία, ιδιαίτερα σε κλινικό πλαίσιο χρησιμοποιώντας παραδείγματα, και με ποιον τρόπο κατανοούμε την ίδια την παθολογία σε σχέση με τις έννοιες της δραματοθεραπείας.

Οι παραδοσιακοί κλινικοί θα έλεγαν ότι οι δημιουργικές δραστηριότητες και κυρίως το δράμα είναι διαδικασίες ακατάλληλες για άτομα που πάσχουν από ορισμένα ψυχικά προβλήματα. Συγκεκριμένα διατυπώθηκε η άποψη ότι άτομα που έχουν διαγνωστεί ως ψυχωσικά ή οριακά θα χειροτέρευαν αν έκαναν δράμα: «Αυτό που χρειάζονται είναι μια καλή δόση πραγματικότητας» έχει πει ένας ψυχίατρος. «Όλη αυτή η ιστορία με τις φαντασιώσεις θα μπορούσε να αποδειχτεί πολύ επικίνδυνη και να τους βγάλει εντελώς εκτός πραγματικότητας».

Οι κλινικοί συχνά θεωρούν ότι οι παρεμβάσεις στη σφαίρα της ψυχικής υγείας πρέπει να κάνουν τους ανθρώπους «λειτουργικούς», προκειμένου να μπορούν να επιβιώσουν στον καθημερινό κόσμο. Παραπάνω ανακαλύψαμε ότι η δραματική πραγματικότητα είναι επίσης σημαντική για την επιβίωση. Για παράδειγμα, μια ονειροπόληση μπορεί να μας βοηθήσει να αντέξουμε κάποιες δυσκολίες στον κόσμο της καθημερινότητας. Ωστόσο, είναι σημαντικό, ιδιαίτερα για τα ευάλωτα άτομα, οι δύο αυτές πραγματικότητες να διατηρηθούν ως ξεχωριστοί κόσμοι, παρ' ότι συνδέονται μεταξύ τους. Το να συγχέονται τα όρια των δύο πραγματικοτήτων μπορεί να μην είναι καθόλου βοηθητικό. (Jennings,2005)

Παρά τον αρχικό σκεπτικισμό των κλινικών θεραπειών, η δραματοθεραπεία αποδείχτηκε πολύ αποτελεσματικό μέσο δουλειάς με ανθρώπους που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα. Υπάρχουν κλινικοί που έχουν εξειδικευτεί στη χρήση βραχυχρόνιας δραματοθεραπείας όταν δουλεύουν με σοβαρά διαταραγμένα άτομα, και πράγματι ξεπλάγησαν με τις αλλαγές.

Στη συνέχεια θα ασχοληθούμε με την πιθανότητα να χρησιμοποιηθούν και οι δύο αυτές πραγματικότητες ως διαγνωστικά εργαλεία. Λέμε συχνά για ένα άτομο που έχει διαγνωστεί ως οριακό ή ψυχωσικό ότι δεν έχει επαφή με την πραγματικότητα, ότι έχει αποσυνδεθεί με την προσωπική του εμπειρία, ότι έχει χάσει την προσωπική του ταυτότητα. Το άτομο αυτό μπορεί να ακούει φωνές, να υιοθετεί άλλη ταυτότητα ή να κάνει κινήσεις και ήχους που δεν ταιριάζουν με το πλαίσιο μέσα στο οποίο βρίσκεται. Αν

όλα αυτά συνέβαιναν μέσα στο πλαίσιο μιας δραματικής σκηνής, δεν θα θεωρούσαμε ότι πρόκειται για κάτι ιδιαίτερο. Το άτομο βιώνει τα φαινόμενα αυτά σαν να πρόκειται για την καθημερινή του πραγματικότητα. Το όριο ανάμεσα στην καθημερινή και την δραματική πραγματικότητα έχουν καταλυθεί, όπως μπορεί να συμβεί και στους ηθοποιούς που έχουν βυθιστεί μέσα στους χαρακτήρες που υποδύονται.

Άτομα που χαρακτηρίζονται οριακά ή ψυχωσικά θα μπορούσαν επίσης να χαρακτηριστούν ως άτομα παγιδευμένα μέσα στη δραματική πραγματικότητα. Για διάφορους λόγους τα άτομα αυτά δεν είναι σε θέση να μπουν και να βγουν από αυτές τις δύο πραγματικότητες. Φαίνεται να μην έχουν επαφή με την καθημερινή τους εμπειρία και ταυτότητα και να λειτουργούν μέσα σε ένα υποθετικό ρόλο ή πλαίσιο.

Η προσεκτική εφαρμογή της δραματοθεραπείας αποτελεί ένα από τα πλέον κατάλληλα μέσα για τον επαναπροσδιορισμό των ορίων γύρω από τη δραματοποιημένη εμπειρία, η οποία είναι εκτός ελέγχου και δυσλειτουργική. Κάποιος μπορεί να δουλέψει με όλες τις μορφές δραματοθεραπείας προκειμένου να διαχωρίσει τις δύο πραγματικότητες και να μεταβεί από τη μία στην άλλη. Το πρόγραμμα «Οδύσσεια» που εφαρμόστηκε σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο αποτελεί ένα καλό παράδειγμα. Στο συγκεκριμένο ψυχιατρικό νοσοκομείο, τα μέλη του προσωπικού εξέφρασαν το φόβο ότι η κατάσταση των ασθενών θα μπορούσε να επιδεινωθεί εξαιτίας της δραματοθεραπείας, ιδιαίτερα όταν έμαθαν ότι η ιστορία περιλάμβανε μια σκηνή όπου ο Οδυσσεύς πήγαινε στον κάτω κόσμο για να μιλήσει με τη μητέρα του, και ζητήθηκε να κοπεί η

συγκεκριμένη σκηνή. Το ενδιαφέρον είναι ότι όλοι οι ασθενείς, αφού είδαν τη δραματοποιημένη ιστορία, ήθελαν να εκδραματίσουν ξανά και ξανά αυτή τη σκηνή. Η δραματοθεραπεύτρια έθεσε πολύ σαφή όρια δηλώνοντας ότι ο Οδυσσεύς ήταν αυτός που επρόκειτο να μιλήσει στη μητέρα του. Στη συνέχεια έγινε πολύ προσεκτική έξοδος από το ρόλο με συζήτηση και με τη διαδικασία της μετάβασης από τη δραματική πραγματικότητα στην καθημερινή. Η γνώμη των κλινικών ήταν ότι η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών δεν είχε εμφανίσει ποτέ ξανά τόση διαύγεια. (Jennings, 2005)

Εάν είμαστε μπερδεμένοι όσον αφορά τον τρόπο σκέψης και τον προσανατολισμό σχετικά με το ρόλο και την πραγματικότητα, η δραματοθεραπεία, μέσω της υπόδυσης του «άλλου», μπορεί να μας βοηθήσει να βάλουμε σε κάποια τάξη την εμπειρία μας.

4.3.3. Ενσωμάτωση – Προβολή – Ρόλος:

Παρατηρείται ότι η ανάπτυξη της ενσωμάτωσης της προβολής και του ρόλου ξεκινά ουσιαστικά από τη σύλληψη στη μήτρα και αυτά τα τρία στάδια παγιώνονται περίπου στην ηλικία των επτά ετών. Κανείς δεν βρίσκεται αποκλειστικά σε μια μοναδική κατάσταση, κάποια όμως απ' όλες ενδέχεται να κυριαρχεί τόσο στην εργασία όσο και στον ελεύθερο χρόνο των ανθρώπων. Στην πραγματικότητα, ο ελεύθερος χρόνος μπορεί να εξισορροπήσει την επικέντρωση που κυριαρχεί στην εργασιακή τους ζωή. Παρ' ότι το θέμα μας είναι η καλλιτεχνία και η καλλιτεχνική δραστηριότητα, ιδιαίτερα το δράμα και το θέατρο, μπορούμε να βρούμε την αποτύπωση των προτύπων της ενσωμάτωσης, της προβολής και του ρόλου και των διάφορων συνδυασμών του λίγο πολύ σε όλες τις δραστηριότητες.

Πράγματι, μια ανάλυση των προτιμήσεων ενός ανθρώπου ως προς την ενσωμάτωση, την προβολή και τον ρόλο θα μπορούσε να βοηθήσει τόσο στις επαγγελματικές επιλογές όσο και σε αλλαγές στη ζωή του. Εδώ όμως μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα το αναπτυξιακό μοντέλο του δράματος που εφαρμόζεται ως δομή για τη δραματοθεραπεία. (Jennings, 2005 & ΕΔΠΕ, 2010)

Επειδή η ενσωμάτωση, η προβολή και ο ρόλος είναι μια διακριτική και σαφής αναπτυξιακή διαδικασία μέσα στην ίδια τη ζωή, μπορούμε να το θεωρήσουμε δομή για την εφαρμοσμένη δραματοθεραπεία. Αυτή τη δομή τη μαθαίνουν εύκολα οι συντονιστές και διευκολύνει και αυτούς τους ίδιους. Υπάρχουν πολλά άτομα σε θεραπευτικό πλαίσιο τα οποία δεν προχώρησαν στα στάδια αυτά κατά την παιδική τους ηλικία ή κόλλησαν σε

κάποιο στάδιο εξαιτίας ενός σοκ ή ενός τραύματος. Πολλά άτομα φαίνεται να έχουν χάσει κυρίως την ενσωμάτωση, δηλαδή το στάδιο Ε. Στην περίπτωση αυτή δεν πρέπει ο θεραπευτής να ξεκινήσει με ενεργητικό Ε, γιατί τότε η ομάδα των πελατών του θα κατευθυνθεί προς την έξοδο. Μάλλον πρέπει να ξεκινήσει με κάτι λιγότερο άμεσο, όπως είναι η προβολή, δηλαδή το Π, ή να προγραμματίσει κάποιες διαδικασίες ενσωμάτωσης, δηλαδή Ε, οι οποίες όμως δεν θα είναι τρομακτικές.

Για παράδειγμα, μερικές ομάδες ανθρώπων αγχώνονται πολύ όταν κινούνται μέσα σε ένα δωμάτιο, και νιώθουν ασφάλεια μόνο όταν κάθονται σε καρέκλες. Κι όμως, πολλοί από αυτούς συμμετέχουν σε βραδιά χορού, χαίρονται με την ιδιαίτερη εξωτερική του εμφάνιση για τη συγκεκριμένη περίπτωση και δεν δυσκολεύονται με τη σωματική επαφή που απαιτεί η σύμβαση για έναν τέτοιο χορό. Επομένως θα πρέπει να σκεφτούμε ότι το άγχος στη δραματοθεραπεία το προκαλεί η έλλειψη οικειότητας. Είναι ση-μαντικό, πριν προχωρήσουμε σε μη οικείες εμπειρίες, να ξεκινήσουμε με οικεία στοιχεία της ενσωμάτωσης της προβολής και του ρόλου. Οτιδήποτε περιλαμβάνεται στη δραματοθεραπεία αποτελεί μείγμα του γνωστού με το άγνωστο, της τελετουργίας με τον κίνδυνο, της οικείας εστίας του σπιτιού με την περιπέτεια. (Jennings, 2005)

Ενδέχεται η οποιαδήποτε κίνηση να προκαλεί άγχος στους ανθρώπους, γι' αυτό ο θεραπευτής θα πρέπει να σκεφτεί την περίπτωση να ξεκινήσει με την προβολή. Το να δουλέψει κανείς με τη δημιουργικότητα έξω από τον εαυτό και όχι με τον εαυτό είναι λιγότερο τρομακτικό για πολλούς ανθρώπους και ενδέχεται να τους βοηθήσει να νιώσουν ότι έχουν περισσότερο τον έλεγχο. Ένα παιχνίδι συνεπειών είναι προβολικό παιχνίδι, οικείο στους περισσότερους ανθρώπους. Είναι επίσης από τη φύση του δραματικό, αφού ασχολείται με τη δημιουργία φανταστικών και υποθετικών χαρακτήρων που δρουν, και θα μπορούσε απλώς να οδηγήσει στη σωματική έκφραση ή σε δουλειά με ρόλους. Η δραματοθεραπεία δεν πρέπει να είναι περίπλοκη.

Οι άνθρωποι θα ανταποκριθούν σε καταστάσεις και ιδέες που τους είναι οικείες και με τις οποίες έχουν νιώσει ευχαρίστηση στο παρελθόν. Θα αντιμετωπίσουν με δέος γεγονότα που

είναι πέρα από αυτούς ή θα ταραχτούν με δραστηριότητες που θα μπορούσαν να τους κάνουν να αισθανθούν ευάλωτοι, ανήθοι ή φοβισμένοι.

Ωστόσο, όποια κι αν είναι τα επίπεδα του άγχους ή των ικανοτήτων στις ομάδες, αυτά θα βελτιωθούν σημαντικά αν ο θεραπευτής και η ομάδα του μπορούν να προγραμματίζουν μαζί τη δραματοθεραπεία. Όσο περισσότερο καταφέρνει ο θεραπευτής να διατηρήσει την αυτονομία, τόσο πιο υγιείς θα γίνουν οι πελάτες του. Μπορεί να οικοδομήσει, να προωθήσει και να αναπτύξει χρησιμοποιώντας ως βάση οτιδήποτε προτείνουν οι πελάτες προκειμένου να αισθάνονται κι αυτοί ότι είναι ενταγμένοι σε ένα πλαίσιο.

Η δραματοθεραπεία δεν πρέπει να αποτελεί μυστήριο και δεν θα πρέπει να ζητείται από ανθρώπους να μπουν σε μια εμπειρία την οποία δεν κατανοούν πλήρως. Θα πρέπει να έχουν ευκαιρίες να θέσουν ερωτήματα αλλά και να συζητήσουν. Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται άμεσα τις δραματικές αρχές όταν τους παρέχονται παραδείγματα, και ιδιαίτερα όταν έχουν την ευκαιρία να καταγράψουν τη δική τους δραματοποιημένη εμπειρία. (Jennings, 2005)

4.3.4. Δραματική επανεπεξεργασία της εμπειρίας

Εξετάστηκε με ποιόν τρόπο δραματοποιούμε διαρκώς εμπειρίες τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσουμε. Όταν μας συμβαίνει κάτι, το αφηγούμαστε ξανά και ξανά με δραματική μορφή χρησιμοποιώντας στάσεις του σώματος και χειρονομίες, αλλάζοντας τη φωνή μας και υποδύομενοι ρόλους. Συνήθως αυτό το κάνουμε μπροστά σε κοινό και το παίξιμό μας διαφοροποιείται ανάλογα με αυτό. Μερικές φορές θα το κάνουμε για ένα φανταστικό κοινό και θα εκδραματίσουμε τη σκηνή μέσα στο μυαλό μας ή μεγαλόφωνα μεν, αλλά μόνοι μας. Η επανεπεξεργασία φαίνεται να είναι μια σημαντική δραστηριότητα, που μας παρέχει τη δυνατότητα να προχωρήσουμε στη ζωή. Όταν έρχονται άνθρωποι για θεραπεία, μπορεί να ανακαλύψουμε ότι έχουν κολλήσει σε ένα συγκεκριμένο γεγονός, το οποίο δεν κατάφεραν να επανεπεξεργαστούν.

Αντί να προχωρήσουν επαναλαμβάνουν το γεγονός σε πολλές παραλλαγές ή επαναλαμβάνουν τις ίδιες στρατηγικές αντιμετώπισης προκειμένου να το αντιμετωπίσουν. Θα μπορούσαμε να αντιληφθούμε όλες τις μορφές εθισμού μέσα από αυτή τη σκοπιά, καθώς οι άνθρωποι αγωνίζονται να ελέγξουν το πεπρωμένο τους, όσο καταστρεπτικό κι αν φαίνεται αυτό στον ευαίσθητο παρατηρητή.

Το φαγητό, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, ο ακρωτηριασμός, όλα παίρνουν τη μορφή εξάρτησης όταν βγαίνουν εκτός πλαισίου και όταν δημιουργούνται νέες τελετουργίες γύρω από τον εθισμό. Όλα αυτά έχουν να κάνουν με το σώμα και όλα έχουν κοινωνικά αποδεκτές παραλλαγές.

Εάν δεν έλαβε χώρα η επανεπεξεργασία αμέσως μετά το γεγονός, τότε η εκδραμάτιση του γεγονότος δεν βοηθά απαραίτητα τη διαδικασία. Ωστόσο, αν το γεγονός αποτελεί κομμάτι ενός αποστασιοποιημένου δράματος και θεατρικού έργου, τότε η διαδικασία αυτή βοηθά να γίνει η επανεπεξεργασία με διαφορετική μορφή. (Jennings, 2005)

Μέρος της διαδικασίας απέκδυσης από το ρόλο στη δραματοθεραπεία είναι να δώσει κανείς ανατροφοδότηση ως ο χαρακτήρας που υποδύθηκε πριν δώσει ανατροφοδότηση ως ο εαυτός του. (Jennings2005)

4.3.5. Η δραματική δομή του νου

Μετά τη μελέτη των μορφών που μπορούν να πάρουν τα δράματά μας και της πολύ πρώιμης έναρξης της ανάπτυξής τους, θα εξετάσουμε την πιθανότητα ο νους να έχει δραματική δομή. Αυτό ίσως απαιτεί ένα τεράστιο άλμα και ενδέχεται η ορολογία για τις διάφορες εσωτερικές καταστάσεις που πρόκειται να περιγραφούν να είναι διαφορετική σε άλλες επιστήμες. Ωστόσο, το να αντιληφθούμε τις καταστάσεις αυτές ως δραματικές δεν βοηθά απλώς να κατανοήσουμε τις δικές μας δραματικές διεργασίες, αλλά έχει αποδειχτεί

ωφέλιμο και ως διαγνωστικό εργαλείο για την επιλογή των κατάλληλων προγραμμάτων δραματοθεραπείας.

Οι πιο πάνω υποδιαιρέσεις, αν και απλουστευτικές, μας δίνουν τέσσερις κύριες περιοχές της προσωπικότητας: Ο καθένας έχει τις δικές του εσωτερικές δεξιότητες, τον εσωτερικό οδηγό του, τον εσωτερικό καλλιτέχνη του και την εσωτερική του τρωτότητα, ενώ ο τρόπος με τον οποίο υπάρχουμε μέσα στον κόσμο είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης αυτών των καταστάσεων. Με τη μεσολάβηση του προσωπικού μας συστήματος πεποιθήσεων, οι καταστάσεις αυτές συνθέτουν την ολότητα της ύπαρξής μας, ενώ ανατροφοδοτούν και παρέχουν ερεθίσματα η μία στην άλλη. Το να έχουμε εσωτερικές δεξιότητες δεν σημαίνει απλώς ότι έχουμε δεξιότητες σε συγκεκριμένα πεδία.

Σημαίνει επίσης ότι γνωρίζουμε και βιώνουμε το γεγονός ότι διαθέτουμε τις δεξιότητες, ακόμη και αν δεν τις ασκούμε. Ο εσωτερικός οδηγός μας είναι το κομμάτι του εαυτού μας που μπορεί να στέκεται σε κάποια απόσταση και να παρακολουθεί τι κάνουμε με καλοπροαίρετο τρόπο. Ο εσωτερικός μας καλλιτέχνης είναι ο δημιουργικός και καλλιτεχνικός μας εαυτός, που μπορεί να δημιουργήσει από μόνος του, αλλά και που προσφέρει επίσης ερεθίσματα σε άλλες περιοχές. Η τρωτότητά μας είναι πανταχού παρούσα, χρειάζεται υποστήριξη από τις άλλες καταστάσεις. Είναι σημαντικό να ξέρουμε ότι είμαστε ευάλωτοι, ακόμη κι αν επιλέγουμε να μην το δείχνουμε. Αυτές οι τέσσερις καταστάσεις αναπτύσσονται μέσω της προσωπικής μας δραματικής ανάπτυξης, μαζί με το αναδυόμενο σύστημα πεποιθήσεών μας – το οποίο μπορεί να είναι μια επίσημη θρησκεία ή φιλοσοφία ή ένα σύνολο αξιών σχετικά με αυτό που εμείς θεωρούμε σωστό και λάθος.

Το προσωπικό μας σύστημα πεποιθήσεων τροφοδοτεί και τροφοδοτείται από τη συνείδησή μας. Όταν παρακολουθούμε παιδιά που παίζουν, βλέπουμε συνήθως τις απαρχές της συνείδησης, καθώς αρχίζουν να συνειδητοποιούν το αποτέλεσμα και τις επιπτώσεις των πράξεών τους. Τα μικρά παιδιά συνήθως δοκιμάζουν να δουν αν είμαστε τρομαγμένοι, λυπημένοι ή κακόκεφοι. Σε ορισμένες περιπτώσεις διαταραχής της προσωπικότητας θεωρείται ότι υπάρχει απουσία συνείδησης, ότι το άτομο δεν αντιλαμβάνεται τις συνέπειες των πράξεών του. Θα μπορούσαμε επίσης να θεωρήσουμε ότι οι εσωτερικές καταστάσεις έχουν υποστεί διαστρέβλωση και ότι μία ή περισσότερες από αυτές επικρατούν έναντι των άλλων. (Jennings, 2005)

Βέβαια, το προσωπικό μας σύστημα πεποιθήσεων επηρεάζει και τις τέσσερις καταστάσεις και ασκεί επίδραση σε αυτές όταν, για παράδειγμα, διαψεύδονται οι προσδοκίες μας. Η απογοήτευσή μας δεν επηρεάζει μόνο τον τρόπο με τον οποίο βλέπουμε τον εαυτό μας, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο βλέπουμε τον κόσμο. Όταν δεν είμαστε καλά, μια πτυχή μπορεί να επικρατήσει έναντι των υπολοίπων. Εκείνοι που ζητούν τη βοήθεια του θεραπευτή ως πελάτες συνήθως δεν έχουν τις ευάλωτες πλευρές τους υπό έλεγχο. Ενδέχεται επίσης να έχουν χάσει τις δεξιότητές τους ή τον οδηγό τους ή την καλλιτεχνική φύση τους ή να έχει καταρρεύσει το σύστημα πεποιθήσεών τους.

Καθήκον του δραματοθεραπευτή είναι να βοηθήσει τα ευάλωτα άτομα, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατό, να επαναφέρουν τις εσωτερικές καταστάσεις σε ισορροπία. Αυτό σημαίνει ότι ασχολούνται με όλες τις πλευρές του πελάτη και όχι μόνο με την ευάλωτη πλευρά, η οποία μπορεί να είναι αυτή που αρχικά τους επιτρέπεται να δούνε. Οι επαγγελματίες μπορεί να βλέπουν τους ανθρώπους ως ένα σύνολο θεμάτων που χρήσουν προσοχής, αντί να βλέπουν τα διάφορα θέματα μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Επομένως, το να είναι κανείς σε θέση να δουλέψει με τα δυνατά σημεία των ανθρώπων και όχι απλώς με τα υποτιθέμενα αδύνατα σημεία είναι μια πιο υγιής θεραπευτική παρέμβαση. Η δραματοθεραπεία προσφέρεται θαυμάσια για το σκοπό αυτό και έτσι η θεραπεία μετατρέπεται σε μια διαδικασία όπου οικοδομούμε επάνω στα δυνατά σημεία αντί να επικεντρωνόμαστε στα τρωτά.

Αυτές οι γενικές καταστάσεις είναι επίσης πιο ειδικές σε ό,τι αφορά τον ίδιο το δραματοθεραπευτή. Οι δεξιότητες είναι αυτές που πρέπει να διαθέτει ο εκπαιδευόμενος δραματοθεραπευτής, ο οδηγός είναι ο εσωτερικός επόπτης, ο καλλιτέχνης είναι το δημιουργικό δραματικό κομμάτι του εαυτού του και η τρωτότητα είναι εκείνη η πτυχή που

μπορεί να δημιουργήσει την ενσυναίσθηση απέναντι στους πελάτες. Σε ό,τι αφορά την άσκηση του επαγγέλματος, η τρωτότητα είναι αυτή που δημιουργεί τη σχέση με έναν πελάτη, ο εκπαιδευόμενος δραματοθεραπευτής είναι αυτός που μας πληροφορεί για το πώς πρέπει να δουλέψουμε, ο εσωτερικός επόπτης αυτός που παρακολουθεί αυτήν την εργασία, ο καλλιτέχνης αυτός που πληροφορεί όλες τις άλλες καταστάσεις όσον αφορά τη δημιουργικότητα και το προσωπικό σύστημα πεποιθήσεων είναι αυτό που διασφαλίζει ότι η άσκηση του επαγγέλματος γίνεται με τρόπο ηθικά σωστό. (Jennings, 2005)

4.3.6. Η τελετουργική μορφή των γεγονότων της ζωής

Μέχρι πρόσφατα οι ανθρωπολόγοι είχαν την τάση να αναφέρονται στις τελετουργίες ως παρατηρήσιμα δραματικά φαινόμενα τα οποία υπάρχουν σε διάφορες μορφές σε όλους τους πολιτισμούς. Τα κυρίαρχα σύμβολα θεωρούνται οι μικρότερες μονάδες των τελετουργιών που δεν επιδέχονται καμία περαιτέρω αναγωγή. Ωστόσο, είναι ίσως πιο χρήσιμο να μελετήσουμε τη διαδικασία της χρήσης της τελετουργίας στις κοινωνίες και τους διάφορους πολιτισμούς. Γύρω από κάποια γεγονότα της ζωής, όπως η γέννηση και ο θάνατος, θέτουμε ένα τελετουργικό πλαίσιο, το οποίο επιτρέπει να λάβει χώρα μια ειδική μορφή επανεπεξεργασίας που είναι συλλογική και δημόσια. Επίσης, χρησιμοποιούμε την τελετουργία για κάποιες πτυχές του προσωπικού μας συστήματος πεποιθήσεων προκειμένου να κάνουμε συμβολικές δηλώσεις που επιβεβαιώνουν την πίστη μας. Όλες οι τέχνες είναι μέρος μιας τελετουργίας: η ζωγραφική, η μουσική, ο χορός και το δράμα. Το δράμα είναι επίσης το μέσο με το οποίο εκτελείται μια τελετουργία. Οι τελετουργίες, όπως το δράμα και το θέατρο, εκτελούνται και περιλαμβάνουν τη μετάβαση στη δραματική πραγματικότητα από την καθημερινή εμπειρία και το αντίστροφο. Βρίσκουμε τελετουργίες υγείας καθώς και τελετουργίες θεραπείας και η σχέση ανάμεσα στο θέατρο και την τελετουργία θα μπορούσε να είναι περισσότερο θέμα βαθμού παρά διαφοράς. Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των γεγονότων που λαμβάνουν χώρα με τελετουργική μορφή είναι ότι γνωρίζουμε σε μεγάλο βαθμό τι να περιμένουμε. Οι τελετουργίες του δικού μας πολιτισμού μάς είναι οικείες.

Οι συνεδρίες της δραματοθεραπείας έχουν τελετουργική μορφή και δομή και συνήθως ξεκινούν και τελειώνουν σε κάποια οικεία τελετουργική έκφραση. Αυτό λειτουργεί ως πλαίσιο για την εξερεύνηση και την ανάλυση κινδύνων μέσα στη συνεδρία, όπου οι συμμετέχοντες βρίσκονται αντιμέτωποι με υλικό το οποίο τους είναι άγνωστο ή λιγότερο οικείο. (Jennings, 2005)

4.3.7. Διεύρυνση των ρόλων και μεταμόρφωση

Μέσω της δραματοθεραπείας οι ρόλοι των ανθρώπων σε σχέση με τον κόσμο τους μπορούν να διευρυνθούν και οι άνθρωποι να αναπτύξουν μεγαλύτερη ευελιξία και δυνατότητα επιλογής. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι άνθρωποι είναι πιθανό να παγιδευτούν μέσα σε ένα κλειστό σύστημα ρόλων και η διαδικασία για να σπάσει το σύστημα αυτό είναι πολύ τρομακτική. Οι επαναλαμβανόμενοι κύκλοι που αναφέραμε όταν μιλήσαμε για «επανεπεξεργασία» μπορούν να προχωρήσουν παραπέρα μέσω της διεύρυνσης των ρόλων στο πλαίσιο της δραματικής δομής. Αυτό βέβαια απαιτεί προσεκτική επιλογή δραματικών θεμάτων και κειμένων, που θα διευκολύνουν τη συγκεκριμένη διεργασία, ωστόσο είναι δυνατό να μεταμορφώσει την εμπειρία του εαυτού μας και των άλλων.

Χρησιμοποιείται κάθε δυνατό δραματικό εργαλείο προκειμένου να μπορέσουν οι άνθρωποι να μπουν στο δράμα με τον τρόπο που θα επέλεγαν οι ίδιοι. Μια οικεία και σχεδόν αυτοματοποιημένη ιστορία μπορεί να χρησιμοποιηθεί και να δραματοποιηθεί με νέους τρόπους, έτσι ώστε οι άνθρωποι να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τον εαυτό τους και τους άλλους μέσα στη δραματική πραγματικότητα και να επανεπεξεργαστούν επαναλαμβανόμενα πρότυπα της καθημερινής τους πραγματικότητας. (Jennings, 2005)

4.3.8. Η βιωμένη μεταφυσική εμπειρία

Πολλές φορές αισθανόμαστε ότι μια εμπειρία, ένα όραμα, ένα ξαφνικό θέαμα μας αγγίζουν. Συχνά αυτό συμβαίνει εντελώς απροσδόκητα, ενώ όταν το περιμένει κανείς μπορεί και να μην συμβεί ποτέ.

Κατά τη διάρκεια της δημιουργικής μας ανάπτυξης είναι δυνατόν να υπάρξουν ιδιαίτερες στιγμές που μας καταλαμβάνουν εξ απροόπτου και που ωθούν ακόμα πιο πέρα τα δραματικά μας όρια προκειμένου να περάσουμε στο μεταφυσικό. Θέατρο επικών διαστάσεων, όπου η μάχη των αντίθετων διαδραματίζεται μέσα από χαρακτήρες πέρα από τα συνήθη πλαίσια. Πόσο συγκινητική είναι η ιστορία του Οδυσσέα όταν συναντά τον μονόφθαλμο γίγαντα, τον Κύκλωπα, τον οποίο καταφέρνει να νικήσει δίνοντας στον εαυτό του το όνομα «Κανέναν». Μέσα σε αυτές τις σπουδαίες ιστορίες ανακαλύπτουμε συχνά ότι αυτός που μας δίνει τη δυνατότητα να βρούμε λύσεις είναι ο χαρακτήρας του κατεργάρη και όχι οι ηρωικοί χαρακτήρες. (Jennings, 2005)

4.4. Η Δραματοθεραπεία στην πράξη

Η δραματοθεραπεία έχει συγκεκριμένο σκοπό και η κάθε συνεδρία θέτει ε-πιμέρους στόχους, όπως άλλωστε και ολόκληρη η θεραπευτική διαδικασία. Οι συνεδρίες, ομαδικές ή ατομικές, γίνονται με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα και έχουν διάρκεια μιάμισης περίπου ώρας κάθε φορά. Η θεραπεία πραγματοποιείται με τη συνειδητή επιθυμία του θεραπευόμενου και μετά από συμφωνία του με τον θεραπευτή.

Κάθε θεραπευτική διαδικασία με τη μέθοδο της δραματοθεραπείας έχει μια δομή: διαθέτει αρχή, μέση και τέλος. Αφού γίνουν οι πρώτες συναντήσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως διαγνωστικές, με τα μέλη που θέλουν να συγκροτήσουν την ομάδα θεραπείας, καθορίζονται ο χρόνος και ο αριθμός των συνεδριών. Καθορίζεται επίσης το είδος της ομάδας, το αν δηλαδή θα είναι κλειστή ή ανοικτή.

Κλειστές ονομάζονται οι ομάδες στις οποίες δεν μπορούν να προστεθούν νέα μέλη από τη στιγμή που αρχίσουν οι συνεδρίες. Συνήθως οι ομάδες αυτές έχουν στόχους αυτογνωσίας και ψυχοθεραπείας.

Ανοικτές είναι οι ομάδες που αποδέχονται την είσοδο και έξοδο όσων συμ-μετέχουν σε αυτές. Πρόκειται συνήθως για ομάδες δημιουργικής ανάπτυξης, αυτοσχδιασμού και επικοινωνίας.

Ο σκοπός και οι στόχοι της ομάδας ορίζονται κατά το πρώτο στάδιο της σύστασής της. Εξαρτώνται επίσης από τις ηλικίες των μελών, από το αν δηλαδή είναι ομάδα ενηλίκων, εφήβων, παιδιών σχολικής ή προσχολικής ηλικίας. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

4.4.1. Η Δομή της Συνεδρίας

Το περιεχόμενο μιας δραματοθεραπευτικής συνεδρίας λαμβάνει συχνά χώρα στο πλαίσιο μιας βασικής δομής ή φόρμας. Σε κάθε συνεδρία είναι απαραίτητο να βρεθεί ένας τρόπος με τον οποίο οι θεραπευτικές ανάγκες και οι δημιουργικές δυνατότητες της ομάδας ή του ατόμου θα μπορούν να συνδεθούν με τις εκφραστικές φόρμες και τις διαδικασίες της δραματοθεραπείας.

Ένα τμήμα της εργασίας διαθέτει ισχυρή δομή. Ορίζονται οι στόχοι και η δραματοθεραπευτική συνεδρία, το περιεχόμενο και η διαδικασία της συμφωνούνται από κοινού με την ομάδα. Είναι συνηθέστερο το περιεχόμενο και η διαδικασία να έχουν σχέση με το υλικό που προκύπτει από την ομάδα ή το άτομο στο πλαίσιο της συνεδρίας.

Ωστόσο, όπως υποδεικνύεται η Schattner, ένας δραματοθεραπευτής έχει συχνά ορισμένες έτοιμες ιδέες, οι οποίες βασίζονται στην εργασία που έχει κάνει η ομάδα ή το άτομο ως εκείνη τη στιγμή. Βέβαια είναι σημαντικό να παραμένει ευαίσθητοποιημένος στις ανάγκες και στην παρούσα κατάσταση της ομάδας. (Jennings, 1997)

Ανατροφοδότηση

Η ανατροφοδότηση, μέθοδος που στηρίχθηκε στην Ψυχολογία μάθησης και εφαρμόστηκε στην συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, βρήκε ευρεία εφαρμογή στην πελατοκεντρική-προσωποκεντρική ψυχοθεραπεία. (Πιάνος, 2009)

Ανατροφοδότηση ή ανάδραση, στα φυσικά συστήματα εν γένει, ορίζεται η προσφορά πληροφορίας κατά (ή μετά) την εκτέλεση της δράσης ενός συστήματος και έχει πάντοτε επιβεβαιωτικό ή και διορθωτικό ρόλο. Όσο πιο άμεση και συγκεκριμένη είναι, τόσο πιο αποτελεσματική είναι. Στα γνωστικά συστήματα, η ανατροφοδότηση πληροφορεί το άτομο για τις γνωστικές, συμπεριφοριστικές, βιολογικές, συναισθηματικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους που το αφορούν. Και στα γνωστικά συστήματα, όσο πιο άμεση και συγκεκριμένη είναι η ανατροφοδότηση, τόσο πιο αποτελεσματική είναι. Η γνωστικοσυμπεριφοριστική θεραπεία, χαρακτηριζόμενη από το “συνεργατικό εμπειρισμό” μεταξύ του θεραπευόμενου και του θεραπευτή, καλεί τον δεύτερο εξ αυτών να προκαλέσει την αλλαγή του τρόπου ερμηνείας των εισερχόμενων μηνυμάτων και την διόρθωση των λανθασμένων και δυσλειτουργικών πεποιθήσεων του πρώτου. Η ανατροφοδότηση εμπεριέχεται στην ίδια τη φύση του συνεργατικού εμπειρισμού. Η χρήση συνεχούς και σωστής ανατροφοδότησης, σε λεκτικές ή μη λεκτικές συμπεριφορές, έχει κορυφαίο ρόλο και προσφέρεται όχι μόνο αμιγώς, αλλά εμπεριέχεται σε όλους τους θεραπευτικούς χειρισμούς, όπως η διερεύνηση, η εκπαίδευση, ο εμπειρικός πειραματισμός, η καθοδήγηση.

Τα μέλη εκφράζονται ελεύθερα λέγοντας αυτά που τους προβλημάτισαν τις προηγούμενες ημέρες ή όσα τους έχουν απασχολήσει από κάποια προηγούμενη συνεδρία, εκφράζοντας κυρίως συναισθήματα. Σε αυτό το στάδιο μιλούν όλα τα μέλη (τα οποία κάθονται σε κύκλο).

Αφού ο δραματοθεραπευτής ακούσει τι απασχολεί την ομάδα, επιλέγει το θέμα που θα δουλέψουν στη συγκεκριμένη συνεδρία και το οποίο ενδέχεται να είναι ένα από αυτά που ανέφεραν τα μέλη. Σε αυτό το στάδιο της συνεδρίας θεωρείται καλό να δίνεται η ευκαιρία για αβίαστη έκφραση των συναισθημάτων χωρίς καμία μουσική επέμβαση. Έτσι η εικόνα θα είναι πιο πραγματική. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Προετοιμασία – Προθέρμανση (Ζέσταμα)

Η ενεργοποίηση της δημιουργικής ικανότητας μέσω του αυθορμητισμού φέρει στο προσκήνιο μια έννοια που συνδέεται άμεσα με τις δύο παραπάνω και διευκολύνει την λειτουργία τους. Αυτή είναι η έννοια της προθέρμανσης (warming up process).

Η έννοια της προθέρμανσης μαζί με αυτή του αυθορμητισμού βρίσκονται ένα βήμα πριν το πέρασμα στη δράση. Η προθέρμανση σχετίζεται με την κατάσταση που υπάρχει πριν από την εξέλιξη οποιασδήποτε δημιουργικής διαδικασίας-δράσης. Αποτελεί την κατάσταση προετοιμασίας του ατόμου πριν αναλάβει δράση.

Η προθέρμανση αποτελεί απαραίτητη και ικανή συνθήκη για την ενεργοποίηση του αυθορμητισμού. Όσο περισσότερο προθερμασμένο είναι ένα άτομο τόσο περισσότερο αυξάνονται τα επίπεδα αυθορμητισμού του, διευκολύνοντας έτσι την εκδήλωση της δημιουργικής δραστηριότητας.

Σε αυτό το στάδιο εφαρμόζονται ασκήσεις προετοιμασίας προκειμένου να εισαχθούν τα μέλη στην κυρίως συνεδρία. Οι ασκήσεις είναι ανάλογες με αυτό που θα δραματοποιήσουν και θα δουλέψουν στη συνέχεια. Δίνεται η ευκαιρία για κίνηση με το σώμα, καθώς και για επαφή των μελών και απόκτηση εμπιστοσύνης. Εδώ η μουσική είναι πιο σκόπιμο να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Διακρίνονται τέσσερα είδη προθέρμανσης:

1. Η μη κατευθυνόμενη προθέρμανση (undirected warm-up) - ενός ατόμου ή μιας ομάδας - η οποία κινείται προς διαφορετικούς στόχους ταυτόχρονα και έχει χαοτικό χαρακτήρα.
2. Η κατευθυνόμενη προθέρμανση (Directed warm-up), η οποία έχει έναν αποκλειστικό, συγκεκριμένο σκοπό. Σε αυτή την κατηγορία το άτομο προετοιμάζεται για μια συγκεκριμένη πράξη, για παράδειγμα για να πάει στον κινηματογράφο ή να λύσει κάποιο μαθηματικό πρόβλημα.
3. Η προθέρμανση που αναπτύσσεται σε ένα γενικό επίπεδο (General state of warmup).

Εδώ, αναφερόμαστε στην προετοιμασία στην οποία προβαίνει το άτομο όταν γνωρίζει ότι θα του ζητηθεί μια νέα γι' αυτό αντίδραση, σε μια επίσης πρωτόγνωρη γι' αυτό κατάσταση. Για παράδειγμα, ένας ειδικευόμενος γιατρός επισκέπτεται τον πρώτο ασθενή του ή ένας φοιτητής παρουσιάζει για πρώτη φορά τη διδακτορική του διατριβή. Το άτομο, σε αναλόγου τύπου περιστάσεις βιώνει υψηλά επίπεδα έντασης, καθώς βρίσκεται σε μια κατάσταση προετοιμασίας για ένα άγνωστο προς αυτό γεγονός. Σ' αυτήν την κατηγορία προθέρμανσης κάνουν την εμφάνισή τους έντονα σωματικές αντιδράσεις, όπως ταχείς καρδιακοί παλμοί.

4. Η άμεση προθέρμανση (Immediate warm-up). Συναντάται σε επείγουσες καταστάσεις, όπως ένα ατύχημα.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει:

Δραματοποίηση

Ιστορίες οι οποίες δραματοποιούνται. Η δραματοποίηση μπορεί επίσης να αφορά μύθους, παραμύθια, προσωπικές ιστορίες. Η δημιουργική φαντασία της ομάδας είναι ελεύθερη να εκδηλωθεί και να εκφραστεί με κάθε τρόπο, κάθε τέχνη (υποκριτική, χορό, ζωγραφική) και με τη χρήση οποιουδήποτε υλικού (μάσκες, κοστούμια κ.λ.π.).

Η μουσική σε αυτό το στάδιο εκπληρώνει διαφορετικούς ρόλους:

- «Ντύνει» τη δραματοποίηση, ενισχύοντας τα συναισθήματα και τα εκφραστικά μέσα.
- Γίνεται δημιουργός των εικόνων και της ιστορίας που θα δραματοποιηθεί στη συνέχεια.

(Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Έξοδος από το ρόλο (derolling)

Μετά τη δραματοποίηση είναι απαραίτητο να αφιερωθεί χρόνος (το ένα τρίτο περίπου της συνεδρίας) ώστε τα μέλη να έχουν την ευκαιρία να βγούν με κατάλληλες ασκήσεις από το ρόλο που υποδύθηκαν. Τα άτομα της ομάδας χρειάζονται χρόνο για την έξοδο από το ρόλο. Όσοι παίρνουν μέρος σε τέτοιου είδους δραματοποιήσεις χρειάζονται κάποιο χρονικό διάστημα για να αποστασιοποιηθούν από το ρόλο που έπαιξαν, μιας και είναι απαραίτητο να φεύγουν από τη συνεδρία όντας ο εαυτός τους.

Πιο ουσιαστικό αποτέλεσμα θα υπάρξει αν μετά την άσκηση εξόδου από το ρόλο το κάθε μέλος ενθαρρυνθεί να τραγουδήσει το προσωπικό του τραγούδι ή να σιγοτραγουδήσει τη μουσική που αγαπά. Με αυτό τον τρόπο επανέρχεται στη δική του προσωπική πραγματικότητα. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Το τρίτο μέρος αποτελείται από:

Μοίρασμα-Συζήτηση

Τα μέλη επιστρέφουν στον κύκλο και μοιράζονται αυτά που ένιωσαν και έζησαν πιο έντονα στη διάρκεια της προηγούμενης διαδικασίας. Όλα τα συναισθήματα που καταθέτουν είναι σεβαστά και δεν κρίνονται από κανέναν.

Η μουσική και εδώ μπορεί να έχει θέση. Για παράδειγμα, τα μέλη μπορούν να συμβολίσουν τα συναισθήματά τους με ένα τραγούδι ή ένα μουσικό κομμάτι. Ακόμη μπορούν να τραγουδήσουν μια αυτοσχέδια μουσική φράση ο ένας μετά τον άλλο, δημιουργώντας έτσι το τραγούδι της ομάδας. Στη συνέχεια μπορούν να συμβολίσουν το συναίσθημά τους με ένα χρώμα, δημιουργώντας ένα πάνελ χρωμάτων. Έτσι η έκφραση διευρύνεται και εξωτερικεύονται έντονα συναισθήματα με τρόπο που ξεπερνά το λόγο, δίνοντας συγχρόνως τη χαρά της δημιουργίας και του τραγουδιού.

Χαλάρωση

Ο δραματοθεραπευτής βοηθά την ομάδα να χαλαρώσει και να αποβάλει την ένταση που προκλήθηκε από τα δρώμενα. Μέσω της χαλάρωσης επίσης δίνεται στο θεραπευόμενο η ευκαιρία για επαφή με το σώμα του, την αναπνοή του. Η μουσική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι:

I. Μουσική σε αργό ή μέτριο ρυθμό με χαμηλή ένταση (π.χ. αποσπάσματα από Mozart και Vivaldi).

II. Μουσική με επαναλαμβανόμενη φόρμα (π.χ. Rondo).

III. Ανατολίτικη μουσική (π.χ. ινδική με τον Ravi Sangar). (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Κλείσιμο

Ο θεραπευτής κλείνει τη συνεδρία ανακεφαλαιώνοντας και δίνοντας την ευκαιρία στα μέλη να ξεφύγουν από το ομαδικό πλαίσιο και να λειτουργήσουν και πάλι ατομικά. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Το κλείσιμο των ομάδων συνηθίζεται να περιλαμβάνει:

- Αναστοχασμό
- Αποτίμηση
- Αναγνώριση του κλεισίματος. (Jones, 2003)

Ο αναστοχασμός και η αποτίμηση της εργασίας στο τέλος της ατομικής ή ομαδικής δραματοθεραπείας μπορεί να χρησιμοποιήσει είτε στην εκδραμάτιση είτε τη λεκτική συζήτηση είτε ένα συνδιασμό των δύο. Σε κάποιες συνεδρίες αυτό μπορεί να γίνει επίσημα, με τον κάθε συμμετέχοντα να αποτιμά την εμπειρία του στη δραματοθεραπεία σύμφωνα με προσυμφωνημένα κριτήρια. Ένα συμμετέχων μπορεί να έχει θέσει ατομικούς στόχους προς πραγματοποίηση στο πλαίσιο της όλης εργασίας. Στο τέλος των συνεδριών αυτοί οι στόχοι θα αποτιμηθούν σε σχέση με ό,τι έχει εμφανιστεί κατά το διάστημα των συνεδριών δραματοθεραπείας. Σε άλλα πλαίσια εργασίας το να κοιτάζει κανείς προς τα πίσω ή να κοιτάζει προς το μέλλον και να παρατηρεί πώς βιώνει το κλείσιμο της εργασίας θα μπορούσε να πραγματοποιείται με ποιο ελεύθερες διαδικασίες. Σε μια τέτοια περίπτωση θα μπορούσαν να έρθουν στην επιφάνεια θέματα και ζητήματα κατά τη διάρκεια των εκδραματίσεων ή κατά τη διάρκεια του αναστοχασμού πάνω στη δραματοθεραπεία. (Jones, 2003)

Αν αυτή η διαδικασία έχει μουσική μορφή θα είναι πιο αποτελεσματική. Για παράδειγμα μια ερώτηση του θεραπευτή μπορεί να είναι η ακόλουθη: «Πώς θα ήταν η σημερινή συνεδρία αν ήταν μουσική;», γεγονός το οποίο ενδεχομένως να δώσει μια ηχητική μορφή στη συνεδρία. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

Τονίζεται ότι τα χρονικά όρια του κάθε σταδίου πρέπει οπωσδήποτε να τηρούνται. Ωστόσο, πολλές φορές η διάρκεια προθέρμανσης είναι τόσο μεγάλη ώστε δεν υπάρχει το απαραίτητο χρονικό περιθώριο για το κλείσιμο της συνεδρίας. Με όποιον τύπο ομάδας και αν δουλεύει, όμως, ο δραματοθεραπευτής θα πρέπει να κρατά το τελευταίο τέταρτο του συνολικού χρόνου για το κλείσιμο.

Σε κάθε στάδιο της συνεδρίας ο δραματοθεραπευτής παρατηρεί και σημειώνει τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του κάθε μέλους (δηλαδή στα πρώτα δεκαπέντε λεπτά, στο κυρίως μέρος που είναι η κορύφωση με τη δραματοποίηση, και στο τέλος που είναι το κλείσιμο) καθώς και το «θέμα» της ομάδας. (Ευδοκίμου-Παπαγεωργίου, 1999)

4.5. Ανακεφαλαίωση

Δραματοθεραπεία είναι η εφαρμογή της δραματικής τέχνης σε κλινικό, θεραπευτικό και κοινοτικό πλαίσιο και αφορά άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα ή διαταραχές. Κάποιες από τις κύριες έννοιες της δραματοθεραπείας είναι η θεατρική απόσταση, οι δύο πραγματικότητες, οι Ενσωμάτωση – Προβολή – Ρόλος, η δραματική επεξεργασία της εμπειρίας και άλλες. Στην εφαρμογή της, τέλος, ακολουθεί μια βασική δομή με αρχή, μέση και τέλος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

5.1. Εισαγωγή

Η Παιγνιοθεραπεία είναι προσαρμοσμένη στην εξελικτική φάση των παιδιών. Είναι από τις πιο ελκυστικές μεθόδους ψυχοθεραπείας για το παιδί, καθώς το παιχνίδι, ως μέσον θεραπείας, είναι η βασική και φυσική ενασχόληση του.

Η ηλικία που ένα παιδί μπορεί να συμμετέχει σε μία παιγνιοθεραπευτική συνεδρία είναι περίπου τα τρία χρόνια. Και αυτό γιατί το παιδί πρέπει εξελικτικά να έχει καταφέρει να αναπτύξει την αναπαράσταση, τον λόγο και άρα ένα πρώτο στάδιο συμβολικής σκέψης. (Σταύρου, 2006)

Το παιχνίδι είναι ελεύθερη κι αβίαστη έκφραση και είναι ζωτικής σημασίας για τον άνθρωπο γιατί αναπτύσσει τη φαντασία του και τον οδηγεί σε νέους τρόπους θεώρησης της ζωής κι αντιμετώπισης της. Αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη του παιδιού και είναι τόσο σημαντικό όσο η μητρική αγκαλιά. (ΕΔΠΕ, 2010)

Για το παιδί το παιχνίδι είναι έργο, τρόπος εξερεύνησης και κυριαρχίας του εξωτερικού του κόσμου και των εσωτερικών του συγκρούσεων. Μέσα απ' αυτό εκφράζει και διεργάζεται τις φαντασιώσεις του και τις δραματοποιεί. Δίνει καινούριο νόημα στα δρώμενα και επαναπροσδιορίζει τη θέση του μέσα σ' αυτά. Το παιχνίδι που κάνει το παιδί μόνο του, όπως κι αυτό που κάνει με τους φίλους του, διαφέρει απ' αυτό που συντροφεύεται από έναν ειδικό θεραπευτή μέσα σε μια θεραπευτική διαδικασία. Εκεί, το παιχνίδι είναι μέσο κι έχει κάποιο σκοπό.

Το παιδί βρίσκεται υπό παρατήρηση, παίρνει προσοχή, του δίνεται η άδεια κι ενισχύεται για να παίξει.

Στην παιγνιοθεραπεία, το παιχνίδι λειτουργεί σαν μια συμβολική διαδικασία και καθώς το παιδί δημιουργεί εικόνες, ιστορίες, δραματικό παιχνίδι, παίζει με διάφορα αντικείμενα και παιχνίδια, η συμβολική φύση του παιχνιδιού δημιουργεί για το παιδί μια απόσταση ασφαλείας από τα βιώματά του. Το παιχνίδι γίνεται μέσα σε ένα θεραπευτικό χώρο, ο οποίος είναι ένας χώρος μεταβατικός ανάμεσα στο παιδί και το θεραπευτή, μια εναλλακτική πραγματικότητα, ένας τόπος όπου το παιδί μπορεί να υπερβεί και να μετασχηματίσει το βίωμα. (ΕΔΠΕ, 2010)

Ο θεραπευτής προκειμένου να προσφέρει αυτή την εμπειρία στο παιδί, θα δομήσει τη θεραπεία έτσι ώστε το παιδί να κατανοεί σαφώς το νόημα του παιχνιδιού μαζί του, να γνωρίζει τους κανόνες και να θέλει να συμμετέχει. Στην παιγνιοθεραπεία ο θεραπευτής, σεβόμενος τα όρια και τους ρυθμούς του παιδιού, το βοηθά να επεξεργαστεί κεντρικά θέματα ζωής που το απασχολούν. Μέσω ειδικών παρεμβάσεων διασαφηνίζονται κάποια γεγονότα που έχουν ερμηνευτεί για τη ζωή του παιδιού κι έτσι αν χρειάζεται, διερευνούνται, τροποποιούνται, εξαλείφονται ή επαναδιοργανώνονται.

Η παιγνιοθεραπεία απευθύνεται κυρίως σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, τα οποία έχουν συναισθηματικές δυσκολίες, έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός, έχουν δυσκολίες κατάκτησης των αναπτυξιακών φάσεων.

5.2. Στόχοι

Οι στόχοι στην παιγνιοθεραπεία είναι:

- Η κοινωνικοποίηση του παιδιού
- Η ανάπτυξη της δημιουργικότητας
- Η κατανόηση και η έκφραση συναισθημάτων, δυσκολιών και συγκρούσεων
- Η οργάνωση του «εγώ»
- Η κατανόηση του «είμαι» και του «θέλω».

Ως θεραπευτικό μέσον, η παιγνιοθεραπεία μπορεί να έχει εξαιρετικά απότελέσματα σε παιδιά επιθετικά, ψυχωσικά, αποσυρμένα και εσωστρεφή, «τεμπέλικα», με υπερκινητικό σύνδρομο, με διάσπαση της προσοχής, ψυχικούς τραυματισμούς, φοβίες, τάσεις πανικού ή άλλες κοινωνικές δυσκολίες.

Στις περιπτώσεις που το παιδί είναι επιθετικό, η μέθοδος δρα με έναν τρόπο που εξαγνίζει, καθώς δίνει την δυνατότητα στο παιδί να εκφορτίσει την έντασή του στην θεραπευτική πράξη. Δεν πρόκειται όμως για μία απλή εκφόρτιση. Μέσω της πράξης το παιδί παράγει ένα προϊόν, το οποίο είναι πλούσιο σε συμβολισμούς. Έτσι, ξεκινάει ένας διάλογος του παιδιού με αυτό, ή πάνω σε αυτό, και σταδιακά η επιθετικότητα αρχίζει να μετατρέπεται σε δημιουργικότητα. Μία θεωρία του Freud αναφέρεται στους δύο δρόμους που μπορεί να έχει η ενέργεια να επιλέξει: το δρόμο του έρωτα ή του θανάτου.

Ο έρωτας σύμφωνα με τη Φροϋδική θεωρία αναφέρεται στην ικανότητα για δημιουργία, ενώ ο θάνατος αφορά στις καταστροφικές ή αυτοκαταστροφικές τάσεις του ανθρώπου.

Σε παιδιά που αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα, η παιγνιοθεραπεία φέρει γρήγορα και σταθερά αποτελέσματα. Το παιδί μέσω του παιχνιδιού στις συνεδρίες, θα κληθεί «να μπει στα παπούτσια» του άλλου. Να λειτουργήσει ως ο άλλος και να δει, να αισθανθεί και να κατανοήσει τον κόσμο μέσα από τα μάτια του. Ο άλλος μπορεί να είναι, ανάλογα με την περίπτωση, ο γονιός, το αδερφάκι που ζηλεύει, οι συμμαθητές που τον απορρίπτουν. Αυτή η διαδικασία είναι εξαιρετικά γόνιμη και επιφέρει μεγάλη κοινωνική γνώση στο παιδί ενδυναμώνοντας του την ενσυναίσθηση, την ικανότητά του δηλαδή να μπαίνει στη θέση του άλλου και να τον καταλαβαίνει.

Παιδιά εσωστρεφή, μελαγχολικά, αποσυρμένα μπορούν μέσω της παιγνιοθεραπείας να κινητοποιηθούν, να αναπτύξουν την αυτοπεποίθησή τους και να διεκδικήσουν να γίνουν μέλη της σχολικής παρέας αναπτύσσοντας ισότιμες σχέσεις με τους συνομηλίκους.

«Τεμπέλικα» παιδιά δεν υπάρχουν εκ γενετής. Γίνονται εξαιτίας πολλών και διαφορετικών αιτιών. Μέσω της παιγνιοθεραπείας, μπορούν να αναπτύξουν δεξιότητες που τους ήταν άγνωστες ως τότε, και να επιλύσουν συγκρούσεις που τα αναγκάζουν σε μια παθητική στάση ζωής και να αυξήσουν τη δημιουργικότητά τους.

Σε παιδιά με κακοποίηση ή άλλους ψυχικούς τραυματισμούς, δίνεται η δυνατότητα επούλωσης των τραυμάτων μέσω μιας παιγνιώδους διαδικασίας και ενδυνάμωσης του ψυχισμού.

Τέλος, στα παιδιά το δράμα δίνει τη δυνατότητα μάθησης, ανάπτυξης της δημιουργικότητας αλλά και πρόληψης για την υγιή ανάπτυξη στα επόμενα χρόνια. (Σταύρου, 2006)

5.3. Ενδείξεις για παιγνιοθεραπεία

Η παιγνιοθεραπεία ενδύκνεται για μια πληθώρα προβλημάτων στο συναίσθημα ή τη συμπεριφορά και είναι επιστημονικώς αποδεδειγμένο ότι επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε παιδιά που:

- απειλούνται από άγχος, ζήλεια, φοβίες
- έχουν βιώσει μια σημαντική απώλεια (θάνατος, χωρισμός)
- βιώνουν μια σημαντική αλλαγή (μετακόμιση, απέκτησαν αδελφάκι)
- έχουν επιθετική συμπεριφορά και πρόβλημα κοινωνικοποίησης
- έχουν προβλήματα έκφρασης και προσαρμοστικότητας
- είναι εσωστρεφή και απομονωμένα
- με σωματικές ενοχλήσεις, παθήσεις, αναπηρίες
- έχουν εκρήξεις θυμού, κλάματος
- αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, έλλειψη συγκέντρωσης, υπερκινητικότητα
- έχουν βιώσει μια τραυματική εμπειρία, όπως κακοποίηση
- έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση
- δεν έχουν αναπτύξει υγιείς δεσμούς με την οικογένεια
- είναι υιοθετημένα ή προς υιοθεσία

- υποφέρουν τα ίδια ή ένας γονιός από χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες
- έχουν διαταραχές ύπνου ή όρεξης.

5.4. Η διάρκεια των συνεδριών

Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την φύση του προβλήματος. Ωστόσο, οι θεραπευτικές συνεδρίες ορίζονται σε κύκλους ορισμένου αριθμού συναντήσεων με αρχή, μέση και τέλος. Στο τέλος κάθε κύκλου, θεραπευτές και γονείς επαναξιολογούν τους θεραπευτικούς στόχους και βάζουν νέους εφόσον χρειάζεται.

Μερικά παιδιά ανταποκρίνονται αρκετά καλά σε μια βραχυπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση, για παράδειγμα μέχρι δώδεκα συνεδρίες. Ωστόσο, όταν τα προβλήματα του παιδιού έχουν διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή είναι αρκετά πολύπλοκα, μια πιο μακροπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται καταλληλότερη. Ο παιγνιοθεραπευτής δουλεύει σε συνεργασία με ομάδα θεραπειών. Επειδή το παιδί αναπτύσσεται μέσα στην οικογένεια, το συναισθηματικό κλίμα της οποίας καθορίζεται από την ποιότητα των σχέσεων, επιβάλλεται η παράλληλη συνεργασία των γονέων με ειδικό θεραπευτή ενηλίκων. (www.texnilogou.gr, 2011)

5.5. Το Παραμύθι στην Παιγνιοθεραπεία

Το παιχνίδι αποτελεί τη γέφυρα ανάμεσα στο φανταστικό και τον πραγματικό κόσμο, τον τόπο συνάντησης ανάμεσα στο θεραπευτή και το παιδί. Εκφράζει συναισθήματα και επικοινωνεί ομαδική συνεργασία. (Τσιλούνη- Τζίκου, 2008)

Τα παραμύθια στάθηκαν ανέκαθεν δίπλα στον άνθρωπο για να συμπαραστέκονται, να μαλακώνουν τον πόνο, να καταπραΰνουν το φόβο και να τον καθοδηγούν διότι περιλαμβάνουν την εμπειρία μιας κοινωνίας και τη σοφία του παρελθόντος. Η ανθρωπολογική θεωρία δέχεται ότι τα παραμύθια είναι επιβιώσειδες από τη ζωή προτόγονων λαών έτσι όπως διατηρήθηκαν στη μνήμη των ανθρώπων. (Σακελαρίου 1995 στο Τσιλούνη- Τζίκου, 2008)

Πιο πρόσφατα ο Anzieu (1980) (Anzieu 1980 στο Τσιλούνη-Τζίκου, 2008) υποστηρίζει ότι το παραμύθι, όπως ο μύθος, η ιεροτελεστία και το όνειρο, προέρχονται από τις θεμελιώδεις εγγενείς φαντασιώσεις του ανθρώπινου γένους.

Τα παιδιά μόλις αρχίζουν να εξερευνούν τον κόσμο ζητούν απαντήσεις σε θεμελιώδη ερωτήματα. Τα παραμύθια δίνουν απαντήσεις στα ερωτήματα ενώ καθοδηγούν στο να ανακαλύψουν την ταυτότητά τους, τις κλίσεις τους και τροφοδοτούν με ιδέες για να αναπτυχθεί ο χαρακτήρας τους και να εξελιχθούν.

Το παιδί εμπιστεύεται το παραμύθι διότι ταιριάζει με τον τρόπο που σκέφτεται και βιώνει καταστάσεις και τον κόσμο. Ο Piaget έδειξε ότι ο τρόπος σκέψης του παιδιού είναι «αντιμυθικός». Για το παιδί δεν υπάρχει ακόμη σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στα αντικείμενα και ζώντα όντα, συμπληρώνει ο Battleheim. (Piaget 1929 & Battleheim 1976 στο Τσιλούνη-Τζίκου, 2008)

Όπως στο παραμύθι, όλα μπορούν να ζωντανέψουν, έτσι και στο παιδί επικρατεί η μαγική σκέψη και το πώς θα μπορέσει αυτή να περάσει στο ρεαλιστικό, χωρίς να χαθεί αλλά περνώντας μέσα από τη φαντασία. Στα παιδιά με ψυχικές διαταραχές η μεταβίβαση δεν μπορεί να γίνει ομαλά. Το παραμύθι είναι ο κοινός τόπος συνάντησης όπου συνυπάρχουν η μαγική σκέψη, η φαντασία και η ρεαλιστική σκέψη και αποτελεί εργαλείο για επεξεργασία και την εξέλιξή τους. (Τσιλούνη- Τζίκου, 2008)

Τα παραμύθια πραγματεύονται έμμεσα τα διαχρονικά θέματα, τα οποία αφορούν το άτομο. Η οικογένεια η γειτονιά, οι φίλοι το πολιτισμικό πλαίσιο, η απώλεια, οι φόβοι και ο θάνατος. Τα θεραπευτικά παραμύθια δεν ξεγελούν και δεν υπόσχονται: «ζήσαν αυτοί καλά κι εμείς καλύτερα».

Ένα άλλο εξίσου σημαντικό θέμα των παραμυθιών είναι η ενηλικίωση, η ωρίμανση έτσι όπως την ορίσαμε στο κεφάλαιο της Gestalt. Μιλάνε για ήρωες που φεύγουν από το σπίτι και περιπλανώνται αντιμετωπίζοντας εχθρούς και δυσκολίες, υποβάλλονται σε δοκιμασίες και τα καταφέρνουν. Δείχνουν συμβολικά τον έλεγχο των φόβων που προκαλεί η γέννηση της ενήλικης προσωπικότητας. Μιλάνε για απλές και άμεσες εικόνες και βοηθάνε το παιδί να βάλει μια τάξη μέσα του. (Τσιλούνη- Τζίκου, 2008)

Το παραμύθι μέσα από το άκουσμα και την εικόνα μεταφέρει το παιδί στο δικό του κόσμο, το παρελθόν ή το μέλλον, δίνοντάς του την ευκαιρία να επεξεργαστεί βαθύτερα τα θέματα. Το κάθε άτομο αντλεί διαφορετικό νόημα από το ίδιο παραμύθι, ανάλογα με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του. Τα παραμύθια καθώς είναι πλούσια σε ήρωες και χαρακτήρες διευκολύνουν τις εναλλαγές ταύτισης στην πορεία της ωρίμανσης τους. (Τσιλούνη- Τζίκου, 2008)

5.6. Ο Παιγνιοθεραπευτής

Ο Παιγνιοθεραπευτής είναι ένας επαγγελματίας που έχει ολοκληρώσει ένα εντατικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, αναγνωρισμένο από κάποιον ανάλογο φορέα. Τέτοιοι φορείς είναι σύλλογοι, οργανισμοί και εταιρείες που, μέσω συγκεκριμένων κριτηρίων, στοχεύουν στο να προστατεύσουν και να διατηρήσουν σε υψηλά επίπεδα τόσο τα εκπαιδευτικά προγράμματα που προσφέρονται, όσο και το κλινικό έργο των ασκούμενων θεραπευτών.

Τέτοιοι σύλλογοι υπάρχουν σε διάφορες χώρες. Οι πιο γνωστοί είναι ο «Βρετανικός Σύλλογος Παιγνιοθεραπευτών» (British Association of Play Therapists), ο «Σύλλογος Παιγνιοθεραπείας» με έδρα στις Η.Π.Α. (Association for Play Therapy) και ο «Διεθνής Σύλλογος Παιγνιοθεραπείας» (Play Therapy International). Στην Ελλάδα έχει δημιουργηθεί η «Πανελλήνια Επαγγελματική Ένωση Δραματοθεραπευτών - Παγνιοθεραπευτών».

Ενδεικτικά κάποια από τα κριτήρια που συνήθως θέτουν οι παραπάνω «σύλλογοι» για τα μέλη τους είναι:

- Να έχουν ολοκληρώσει ένα αναγνωρισμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα
- Να έχουν κάνει προσωπική ψυχοθεραπεία
- Να έχουν συνεχή κλινική εποπτεία
- Να έχουν πρόσφατο και καθαρό ποινικό μητρώο
- Να ακολουθούν πιστά τον Κώδικα Ηθικής του Συλλόγου

Οι περισσότεροι Παιγνιοθεραπευτές προέρχονται από κλάδους που σχετίζονται με το παιδί. Μπορεί να είναι Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Δάσκαλοι, Νοσηλευτές.

Οι Παιγνιοθεραπευτές χρησιμοποιούν μία πληθώρα μεθόδων και θεωριών, από παιδο-κεντρικές μη-κατευθυντικές τεχνικές, μέχρι πιο επικεντρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Κάθε Παιγνιοθεραπευτής υποστηρίζεται από έναν κλινικό επόπτη, κάποιον πιο έμπειρο και ειδικευμένο Παιδοψυχοθεραπευτή που επιτηρεί και επιβλέπει τη θεραπευτική δουλειά. (www.texnilogou.gr, 2011)

5.7. Το θεραπευτικό παιχνίδι των παιδιών

5.7.1. Ψυχολογική προσέγγιση

Το ενδιαφέρον για το αυθόρμητο θεατρικό παιχνίδι των παιδιών έχει μια μακρά και ποικίλη ιστορία. Η σημασία του έχει απασχολήσει, από την εποχή του Groos και του Spencer μέχρι σήμερα, πολλούς ερευνητές ψυχολογίας του ανθρώπου. Μερικοί ερευνητές είδαν το παιχνίδι ως ανακεφαλαίωση της φυλής, άλλοι το εξήγησαν ως προπαρασκευή για τη μελλοντική ζωή του ατόμου. Κατά τη διάρκεια όμως των τελευταίων δεκαετιών διατυπώθηκαν νέες και εντυπωσιακές θεωρίες για τις λειτουργίες του θεατρικού παιχνιδιού. Μερικοί ειδικοί, όπως η Susan Isaacs, ο Erik Erikson και η M. Lowenfeld, είδαν το θεατρικό παιχνίδι ως ένα μέσο

που βοηθάει το παιδί να ξεπεράσει τις δυσκολίες του, έτσι που να μπορεί να αντιμετωπίσει τον κόσμο γύρω του με εμπιστοσύνη. (Δαφιώτη, 2010)

Αν και διαφορετικά διατυπωμένες και βασισμένες σε ανεξάρτητες παρατηρήσεις, οι εκθέσεις αυτών των ερευνητών είναι κατά βάθος αρκετά όμοιες στη σημασία. Για παράδειγμα, ο Erikson λέει: «Το παιχνίδι αποτελεί το καλύτερο και φυσικότερο αυτοθεραπευτικό μέσο στην εξέλιξη του παιδιού, οποιονδήποτε ρόλο κι αν παίζει το παιδί στο παιχνίδι».

Η Susan Isaacs εκθέτει τις παρατηρήσεις της ως εξής: «Το παιχνίδι είναι μονάχα το μέσο με το οποίο το παιδί έρχεται να ανακαλύψει τον κόσμο. Είναι η πρώτη και κύρια δραστηριότητα που του φέρνει στα πρώτα του χρόνια ψυχική ισορροπία. Στις δραστηριότητες που προσφέρει το παιχνίδι το παιδί εξωτερικεύει και εξαντλεί, με κάποιο μέτρο αρμονίας, τις διάφορες τάσεις της εσωτερικής ψυχικής του ζωής. Δίνει εξωτερική μορφή και έκφραση, άλλοτε στον ενήλικα και άλλοτε στο παιδί.

Η M. Lowenfeld μιλώντας για τα επαναληπτικά νευρωτικά επεισόδια της παιδικής ηλικίας, δίνει μεγάλη προτεραιότητα στο «συμβολικό παιχνίδι». Το θεωρεί ένα μέσο για να διοχετεύσει το παιδί ένα μέρος από την υπερβολική συναισθηματική ενεργητικότητά του: «Επιτρέποντας στο παιδί να παίξει ελεύθερα, σε ένα πλαίσιο ασφάλειας και αποδοχής, το βοηθούμε να πραγματεύει ικανοποιητικά και με απόλυτη υγεία τα πιο επείγοντα προβλήματά του».

Η S. Isaacs αποδεικνύει πως το παιχνίδι όχι μόνο βοηθάει το παιδί να καταλάβει τη συμπεριφορά των ανθρώπων, αλλά «...όταν το παιδί παίζει παίρνοντας το ρόλο του πατέρα και της μητέρας, των παιδιών, του γίγαντα και του κυνηγού, του δασκάλου και των μαθητών, του αστυνόμου και του οδηγού, εξωτερικεύει το εσωτερικό του δράμα – τις ποικίλες απόψεις της εσωτερικής του προσωπικότητας - με τον ίδιο ακριβώς τρόπο που θα ενεργούσε ο συγγραφέας και ο καλλιτέχνης στη λογοτεχνία ή τη ζωγραφική. Το παιδί έχει ανάγκη ακόμη να προμηθευτεί και τις πρώτες του εικόνες από τους ενήλικες, καθώς και από τα άλλα παιδιά, τις πρώτες γνώμες για τη μητέρα και τον πατέρα, για τους μεγάλους, τους φοβερούς, τους στοργικούς και τους άπονους γονείς. Όταν μπορεί, με τη συνεργασία των άλλων παιδιών, να μετατρέψει αυτές τις φανταστικές ιδέες του σε ενεργητικό παιχνίδι, η εσωτερική του κατάσταση έχει γίνει ευκολότερη. Μια νέα ισορροπία πνευματικής υγείας και ευτυχίας επιτυγχάνεται, που αποδεικνύει ότι στο νηπιαγωγείο ο μεγάλος αριθμός των παιδιών, η ποικιλία των προσωπικοτήτων τους και η μείωση των πιέσεων του περιβάλλοντος κάνουν το παιδί να εκφραστεί πιο ελεύθερα και έτσι να εξασφαλίσει την ψυχική του υγεία».

Η ίδια συγγραφέας υποστηρίζει, ότι το θεατρικό παιχνίδι «...μέσα στα πλαίσια του νηπιαγωγείου, μπορεί να έχει μεγάλη σημασία όχι μόνο για την ψυχική υγεία του παιδιού, αλλά και για την κοινωνική του ανάπτυξη». Στην αρχή το παιχνίδι μπορεί να είναι καθαρά ατομικό ή μια προσωρινή σύμπτωση προσποίησης, αλλά, «καθώς τα παιδιά γνωρίζονται μεταξύ τους, μπορεί να ετοιμάσουν μια κοινή ιστορία με την αμοιβαία συμβολή της φαντασίας τους. Αποκτούν πείρα και, κατασκευάζοντας διάφορα πράγματα μαζί, ανακαλύπτουν την ωφέλεια και την ικανοποίηση της αμοιβαίας υποστήριξης». (Δαφιώτη, 2010)

5.7.2. Θεατροπαιδαγωγική προσέγγιση

Είναι σημαντικό να τονιστεί η ανεκτίμητη αξία του θεατρικού παιχνιδιού, γι' αυτό τον λόγο θα αναφερθούν παρακάτω απόψεις ανθρώπων που έχουν ασχοληθεί ειδικά με αυτό.

Ο καθηγητής και θεατροπαιδαγωγός Θ. Γραμματάς αναφέρει: «Το παιδί που μετέχει σε ένα θεατρικό παιχνίδι, μετέχει σε μια φανταστική, ψευδαισθητική κατάσταση την οποία συνειδητοποιεί, και η οποία επιδιώκει, με στοχο την έκφραση, την απελευθέρωση και τελικά (έμμεσα) την αισθητική και παιδαγωγική του καλλιέργεια». Και συνεχίζει: «Το θεατρικό παιχνίδι βοηθά το παιδί να αναπτύξει την παρατηρητικότητά του, να ανακαλύψει τις ψυχοσωματικές του δυνατότητες και να κατακτήσει την αυτογνωσία, να εξωτερικεύσει τον εσωτερικό του κόσμο και να υπερβεί τις αναστολές και τις αδυναμίες του, να επικοινωνήσει γνήσια με τον εαυτό του και το περιβάλλον, να διοχετεύσει δημιουργικά τις συναισθηματικές του εντάσεις, να κατακτήσει την ψυχοπνευματική του ισορροπία. Τέλος, να αποκτήσει

γνώσεις και δεξιότητες, εμπειρίες και καλλιέργεια, που με τη σειρά τους το βοηθούν στην πορεία προς την ωριμότητα». (Δαφιώτη, 2010)

Ο Λάκης Κουρτετζής αναφέρει σχετικά ότι: «Το παιχνίδι δεν αποτελεί αυτοσκοπό. Είναι ένα μέσο στη σύγχρονη παιδαγωγική πρακτική με το οποίο επιδιώκεται το παιδί:

- να ανακαλύψει και να εκφράσει τις δημιουργικές του ικανότητες
- να αναπτύξει ελευθερία έκφρασης, πρωτοβουλία και αίσθημα ευθύνης
- να καλλιεργήσει και να βελτιώσει τις σχέσεις με τους συμμαθητές του και με το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον
- να αναπτύξει τη φαντασία του για να βρίσκει περισσότερες και καλύτερες λύσεις
- να εκτονώνεται με την κίνηση και το λόγο και να διασκεδάζει
- να βελτιώσει το λεξιλόγιό του
- να ενδιαφερθεί δημιουργικά για το μάθημα
- να ενθαρρυνθεί στην παρατήρηση και στην αυτοσυγκέντρωση
- να εφευρίσκει λύσεις προσωπικές
- να καλλιεργηθεί πολιτιστικά και αισθητικά, κατανοώντας το ρόλο της τέχνης του θεάτρου».

Η Άλκηστις γράφει: «Η απόλαυση μέσα από το σώμα, τις αισθήσεις, την κίνηση, το ρυθμό, σε συνδυασμό με το λόγο ή την ποίηση, μα και τους έναρθρους φθόγγους, τις κραυγές, τα ξεφωνητά, τα θραύσματα λόγου, το ρυθμικό λόγο, το τραγούδι, τον ψαλμό, οδηγεί το παιδί στο δέσιμο των σημαινόντων με το σώμα του και γενικότερα στην εγγραφή εξωτερικών γνωστικών στοιχείων στο σώμα. Η φωνή του παιδιού, ο προσωπικός του ρυθμός, η υπαρξιακή του αγωνία σπάνε τα δεσμά, ελευθερώνονται, εκφράζοντας έτσι το παρελθόν και το μέλλον του ανθρώπου.».

5.7.3. Καλλιτεχνική-Θεατρική προσέγγιση

Η Ξένια Καλογεροπούλου για το θέμα αυτό αναφέρει: «Τα θεατρικά παιχνίδια μέσα στην τάξη για τα μικρότερα παιδιά είναι ανεκτίμητη άσκηση για το μυαλό και τη φαντασία τους. Ακόμα, όλη αυτή η δουλειά είναι ένας τρόπος να αποκτήσουν θάρρος και αυτοπεποίθηση, να εκφράσουν τα προβλήματά τους και συχνά να τα ξεπεράσουν.» (Δαφιώτη, 2010)

5.7.4. Θεατρολογική προσέγγιση

Όταν μιλάμε για «ολόπλευρη ανάπτυξη» της προσωπικότητας τους παιδιού, σήμερα πια δεν μπορούμε να αγνοούμε και την ψυχική, τη συναισθηματική του καλλιέργεια και ωρίμανση.

Το παιδί, λέμε, είναι μια προσωπικότητα. Η έκφραση αυτής της προσωπικότητας είναι διαποτισμένη και από διαίσθηση. Ποιές ευκαιρίες παρέχουμε

σήμερα στα παιδιά για να εκφράσουν τη διαίσθησή τους;

Το θεατρικό παιχνίδι είναι ένας τρόπος να επικοινωνούμε και μέσα από τα αισθήματά μας. Σήμερα οι άνθρωποι «επικοινωνούμε» με πολλά μέσα: το λόγο, την εικόνα, τις λέξεις, τα "σλόγκαν", τα συναισθήματα. Δυσκολευόμαστε όμως να επικοινωνούμε με τα αισθήματά μας. Να τα εκδηλώνουμε. Αυτά στον κόσμο των ενηλίκων. Αλλά στον κόσμο των παιδιών;

Το παιδί μέσα από το θεατρικό παιχνίδι ανακαλύπτει παίζοντας μόνο του ένα ρόλο. Διαλέγοντας έτσι, έμμεσα, ένα τρόπο επικοινωνίας και έκφρασης. Διαλέγοντας ένα τρόπο "ερμηνείας" περισσότερο από διαίσθηση παρά γιατί κάποιος ενήλικας του δίδαξε τι και πώς και γιατί το παίζει. Αποκτάει μια στάση, κάνει μια προσωπική θέαση.

Αυτή η διαίσθηση, όσο βαθαίνει, όσο πλουτίζεται, όσο γίνεται μέσο επικοινωνίας και συμμετοχής μέσα σε μια κοινή δράση, παίρνει άλλες διαστάσεις. Διαστάσεις που καταυγάζουν όλη την ψυχοσωματική του συγκρότηση και σκέψη. Με το θεατρικό παιχνίδι προσπαθούμε να δώσουμε ευκαιρίες επικοινωνίας, ευαισθητοποίησης, δημιουργικής έκφρασης με αφορμή το παιχνίδι. Ευκαιρίες για καλλιέργεια ή εμπλουτισμό των ανθρώπινων σχέσεων με άλλες δραστηριότητες, δημιουργικές και ευχάριστες. Καθόλου διδακτικές.

Δραστηριότητες που να μην έχουν χαρακτήρα μαθήματος. Και όλα αυτά μέσα σε μια ατμόσφαιρα πανηγυριού.

Καταλήγοντας, ας κρατήσουμε τα λόγια της Yvette Jenger: «...χάρη στο θεατρικό παιχνίδι, το παιδί ασκεί την τάση του για εφευρετικότητα, φαντασία, δημιουργικότητα, που ενυπάρχουν στον καθένα σαν ανάγκη, αν βέβαια τα δούμε σαν φυσική εκδήλωση και δεν τα συγχέουμε με το ταλέντο για εξαιρετικά έργα.». (Δαφιώτη, 2010)

5.8. Ανακεφαλαίωση

Η παιγνιοθεραπεία είναι προσαρμοσμένη στην εξελικτική φάση των παιδιών και αποτελεί μία από τις πιο ελκυστικές μεθόδους ψυχοθεραπείας για το παιδί, καθώς το παιχνίδι, ως μέσο θεραπείας, είναι η βασική και η φυσική ενασχόλησή του. Στόχοι της είναι η κοινωνικοποίηση του παιδιού, η ανάπτυξη της δημιουργικότητάς του, η κατανόηση και η έκφραση των συναισθημάτων, δυσκολιών και συγκρούσεων, η οργάνωση του «εγώ» και η κατανόηση του «είμαι» και του «θέλω».

Ο παιγνιοθεραπευτής είναι ένας επαγγελματίας που έχει ολοκληρώσει ένα εντατικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, αναγνωρισμένο από κάποιον ανάλογο φορέα και βασικό του εργαλείο είναι το Παραμύθι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ART-THERAPY ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΕΙΚΑΣΤΙΚΩΝ

6.1. Εισαγωγή

Από τα πρώτα της βήματα η ψυχιατρική χρησιμοποίησε τα εικαστικά στα ιδρύματα, αρχικά για να περνά η ώρα και αργότερα ως ψυχαγωγία, που εξελίχθηκε σε εργασιοθεραπεία. Το ενδιαφέρον των ψυχιάτρων για τα έργα και τη παθολογία ασθενών και διάσημων καλλιτεχνών έθεσε τις βάσεις της θεραπείας μέσω των εικαστικών. Ωστόσο, η αξία των εικαστικών έγινε κατανοητή, ότι δηλαδή μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ενεργά και όχι μόνο για ψυχολογικούς λόγους.

Τα εικαστικά χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στη θεραπεία λίγο πριν τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν μια ομάδα καλλιτεχνών και ψυχιάτρων στις Η.Π.Α και στην Αγγλία άρχισαν να δείχνουν ενδιαφέρον για μια περισσότερο θεραπευτική χρήση των εικαστικών.

Ο Andrian Hill ένας Βρετανός καλλιτέχνης ο οποίος καθ' όλη τη διάρκεια του Β' παγκοσμίου πολέμου βρισκόταν σε ανάρρωση σε ένα σανατόριο, στράφηκε στη ζωγραφική για να αντιμετωπίσει την ανία. Και άλλοι ασθενείς έδειξαν ενδιαφέρον και άρχισαν να ζωγραφίζουν, χρησιμοποιώντας τις ζωγραφιές τους ως μέσο για να μιλήσουν για τους φόβους και τα συναισθήματά τους. Ο Hill αργότερα εργάστηκε σκληρά για να εισαγάγει τα εικαστικά στα νοσοκομεία, έγραψε μάλιστα δύο βιβλία σχετικά με το θέμα αυτό. (Minde .A, 1996)

Τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης της θεραπεία μέσω των εικαστικών υπήρχαν σαφείς αντιστοιχίες με τη διδασκαλία των εικαστικών. Παρόλα αυτά , η διαφορά ανάμεσα στο ρόλο του δασκάλου και στο ρόλο του θεραπευτή άρχισε να διαφαίνεται ,καθώς στη δεκαετία το 1970 η θεωρία και η πρακτική της θεραπείας μέσω των εικαστικών αναπτύσσονταν σταδιακά προς τη κατεύθυνση της ψυχοθεραπείας. Όμως παρά την ανάπτυξη και την ολοένα αυξανόμενη βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα, η θεραπεία μέσω των εικαστικών εξακολουθεί να θεωρείται νέος επιστημονικός κλάδος.

Μια έκφραση που χρησιμοποιείται συχνά για τις διάφορες μορφές θεραπείας μέσω της είναι "μη λεκτικές " θεραπείες. Αυτή η έκφραση εύκολα μπορεί να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις αφού εύκολα κάποιος μπορεί να θεωρήσει ότι οι θεραπευτές μέσω των εικαστικών δε πιστεύουν στη παραδοσιακή λεκτική θεραπεία, ή ότι θεωρούν ότι η γλώσσα δεν είναι σημαντική.

«Απλά η τέχνη βοηθά τους ανθρώπους να βιώσουν τον κόσμο με διαφορετικούς τρόπους και ως εκ τούτου τους βοηθά να δώσουν στις λέξεις μεγαλύτερη ουσία κάνοντάς τες πιο ζωντανές.». (Minde.A 1996)

Οι θεραπευτές μέσω της τέχνης έχουν ως στόχο η εσωτερική εμπειρία, τα εσωτερικά βιώματα κάθε ανθρώπου να πάρουν μία "μορφή" να απεικονιστούν πάνω σε έναν καμβά ή μια κόλλα χαρτί εκφράζοντας έτσι συναισθήματα, φόβους και "θέλω".

Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν μία διαδικασία αυθόρμητης αναπαράστασης που αποδεσμεύει το ασυνείδητο: « Η διαδικασία της θεραπείας μέσω των εικαστικών βασίζεται στην αναγνώριση του ότι οι πιο θεμελιώδεις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου, που έρχονται από το ασυνείδητο, βρίσκουν την έκφρασή τους περισσότερο στις εικόνες παρά στις λέξεις».

Αυτή η ψυχαναλυτική προσέγγιση της θεραπείας μέσω των εικαστικών προϋποθέτει ότι η ανθρώπινη τέχνη μοιάζει με τον ελεύθερο συνειρμό. Πρέπει κανείς να φανταστεί και να απεικονίσει ότι κυριαρχεί στο νου του. Πράγμα που απαιτεί την αναστολή του συνήθους αμυντικού μηχανισμού και έναν υψηλό βαθμό ηθικού σθένους και αυτοπειθαρχίας. (Dalley T., 1998)

6.2. Art-therapy

Η θεραπεία μέσω των εικαστικών ανήκει στα ψυχοκοινωνικά επαγγέλματα. Προσφέρει υπηρεσίες στον άνθρωπο, δίνοντας του την ευκαιρία να εξερευνήσει προσωπικά

προβλήματα, διαμέσου λεκτικής και εξωλεκτικής έκφρασης. Συγκεκριμένα, βασίζεται στη δύναμη της Εικαστικής Έκφρασης ως μέσου επικοινωνίας του ατόμου με τον εαυτό του και το περιβάλλον, ούτως ώστε να αναπτύξει σωματικές και συναισθηματικές ικανότητες. (www.art therapy.gr)

Η θεραπεία μέσω των εικαστικών προέρχεται κυρίως από δύο τομείς:

α. Την εικαστική τέχνη

β. Την ψυχολογία

Και άλλοι, όμως, πολλοί σχετικοί τομείς έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της θεραπείας μέσω των εικαστικών. Η θεραπευτική προσέγγιση μέσα από την τέχνη αναγνωρίζει τις καλλιτεχνικές διεργασίες, τις δομές, το περιεχόμενο και τους συνειρμούς ως καθρέπτες των ικανοτήτων της προσωπικότητας των ενδιαφερόντων και των ενασχολήσεων του ανθρώπου. (www.art therapy.gr) Έτσι ζητείται από τους ασθενείς να εκφράσουν τα συναισθήματα, τα όνειρα και τα εσωτερικά τους βιώματα μέσω ποικίλων καλλιτεχνικών μέσων όπως η ζωγραφική, ο πηλός και άλλα εικαστικά μέσα. Το έργο τέχνης θεωρείται αναπαράσταση του αντικειμενικού κόσμου, αλλά το άτομο που δημιουργεί το έργο προβάλλει πάνω του τμήματα του εαυτού του έτσι το ίδιο το έργο τέχνης εμπεριέχει αναπαραστάσεις και του εαυτού και του έργου. (Minde.A 1996)

Στη δημιουργική τέχνη πάντα γίνεται μια συνάντηση. Οι καλλιτέχνες συναντούν τα τοπία τις ιδέες ή τα εσωτερικά οράματα που θέλουν να εξωτερικεύσουν. Όσο δημιουργούν απορροφούνται μέσα στα τοπία και γίνονται κομμάτια του έργου τέχνης. Ταυτόχρονα όμως βγαίνει έξω απ' αυτό και προσπαθούν να το δουν από διάφορες προοπτικές. Το έργο γίνεται επίσης τόπος συνάντησης ή γέφυρα ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή, όπου μπορούν να συναντηθούν σε κοινό έδαφος ή σε κάποιο μεταβατικό χώρο. Ο Arthur Robbins, στο βιβλίο του *The artist as therapist* (1987) αναφέρει:

Στη θεραπεία οι ασθενείς όπως και ο θεραπευτής προσπαθούν να βρουν μέσα τους τον καλλιτέχνη. Η θεραπευτική διαδικασία και τους ασθενείς είναι μια συνεχής πάλη για να ανακαλύψουν αληθινές εσωτερικές αναπαραστάσεις και σύμβολα και τους δίνει μορφή ώστε να αναπτύξουν πιο πλούσιες και πιο συγκεκριμένες ζωντανές πραγματικότητες. Οι θεραπευτές δίνουν διέξοδο στον καλλιτέχνη μέσα τους με τη συνεχή διαδικασία διατήρησης ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα προσφέρει στους ασθενείς το χώρο, την ενέργεια και την ορμή για να αλλάξουν. Ο ασθενής και ο θεραπευτής δημιουργούν μαζί μια μήτρα όπου ζωντανεύει η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία. Αυτός ο περίπλοκος τρόπος συναλλαγής παίρνουν μορφή παρόμοια με μία συμφωνία ή ένα έργο τέχνης όπου πολλαπλά επίπεδα συνείδησης και νοήματος υπάρχουν ταυτόχρονα. Η θεραπευτική και η δημιουργική διαδικασία έχουν εδώ σαφείς αντιστοιχίες. (Minde.A 1996)

6.3. Ο καλλιτέχνης ως θεραπευτής

Όταν τα εικαστικά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία έχει μεγάλη σημασία η συγχώνευση δύο κύριων διαδικασιών: της δημιουργικής και της θεραπευτικής. Ο καλλιτέχνης παρακολουθεί τι συμβαίνει κατά τη δημιουργική πράξη – τα διαφορετικά στρώματα, το πώς χρησιμοποιείται η καλλιτεχνική τεχνική ώστε να επιτευχθεί κάποιο ιδιαίτερο αποτέλεσμα ή να κρυφτούν κάποια στοιχεία που δεν είναι έτοιμα να πάρουν ακόμα μορφή. Ο καλλιτέχνης νιώθει τις μορφές και τα χρώματα, την εικαστική συμβολική γλώσσα. Ο καλλιτέχνης διεξάγει έναν εσωτερικό διάλογο με τον θεραπευτή ο οποίος είναι εκεί για να δημιουργήσει ένα ασφαλές περιβάλλον που θα δεχθεί ότι εκφραστεί λεκτικά ή μη λεκτικά, και ορισμένες φορές να γίνει πλοηγός παρόλα αυτά, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση ο θεραπευτής να αναλάβει αποκλειστικά μόνος του το πλοίο και να το οδηγήσει ανάλογα των δικών του αναγκών. Νομίζω ότι αυτό συμβαίνει συχνά όταν το πλοίο πέφτει σε ταραγμένη θάλασσα και ο θεραπευτής νιώθει την ανάγκη να το οδηγήσει σε ήσυχα νερά εξαιτίας των δικών του φόβων. Συμβαίνει επίσης και το αντίθετο θεραπευτής νιώθει ότι το καράβι κινείται υπερβολικά ήσυχα και σπρώχνει τον ασθενή σε πιο δραματικές καταστάσεις. Πλοήγηση σημαίνει ότι μερικές φορές ο θεραπευτής

θα πρέπει να υποδείξει στον ασθενή ότι υπάρχουν και άλλες πιθανές κατευθύνσεις στις οποίες μπορεί να επιλέξει και όχι μόνο αυτή που επέλεξε. (Minde. A 1996)

6.4. Η χρησιμότητα των χρωμάτων και των υλικών

Από τα πανάρχαια χρόνια οι άνθρωποι ένιωσαν την ανάγκη να βάλουν χρώμα στη ζωή τους, τα χρώματα χρησιμοποιούνται σε όλους τους πολιτισμούς σε μερικούς μάλιστα έχουν και ιδιαίτερο νόημα. Είναι ο τρόπος (το μέσο), για να εκδηλώσουν οι άνθρωποι συναισθήματα (χαρά ή λύπη) αλλά και καταστάσεις (γιορτές, θάνατος και πένθος).

Ο Goethe είπε ότι: «το χρώμα είναι η ομιλία της ψυχής της φύσης».

Το χρώμα λοιπόν αυτή η τόσο «συμβολική» έννοια αλλά και άλλα εύπλαστα υλικά όπως ο πηλός και η άμμος παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία μέσω των εικαστικών. Ο τρόπος που συνδυάζει ο ασθενής τα χρώματα – ποια χρώματα κυριαρχούν, ποια απουσιάζουν, ποια καλύπτουν κάποιο άλλο χρώμα – δίνουν στον θεραπευτή ουσιώδεις πληροφορίες. Καμιά φορά ο θεραπευτής, έχοντας μάθει και αναπτύσσει τη γνώση της τεχνικής από τον καλλιτέχνη που έχει μέσα του, ζητά από τον ασθενή να δουλέψει με ένα συγκεκριμένο χρώμα, ώστε να «πλοηγήσει» τη θεραπεία σε κάποια σημαντική κατεύθυνση. (Minde.A 1996)

Το ίδιο συμβαίνει και με τη χρήση άλλων υλικών, μερικά από τα οποία είναι πιο δομημένα από τα άλλα. Τη περισσότερη ώρα οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να κάνουν δικές τους επιλογές ανάλογα το πώς νιώθουν. Μερικές φορές όμως είναι πολύ ενδιαφέρον να τους βγάξεις από μια κατάσταση στην οποία έχουν «κολλήσει» ή να τους δίνεις υλικά που μπορεί να τους βοηθήσουν να φτιάξουν κάτι περισσότερο δομημένο γύρω τους, ώστε να μειώσουν το χάος που τους περιβάλλει και τις καταστάσεις που τους πληγώνουν. Μπορεί μερικοί να σκεφτούν ότι η διεργασία αυτή είναι πολύ δομημένη και ότι εμποδίζει στον αυθορμητισμό. Αυτή η δόμηση δίνει τη μορφή στο έργο τέχνης και η δομή δίνει μορφή στη καθημερινή ζωή μας. Είδα πάρα πολλούς δασκάλους των εικαστικών καθώς και θεραπευτές να φοβούνται να επέμβουν στον αυθορμητισμό του σπουδαστή του ασθενούς και μη μπορώντας να πλοηγήσουν, να δημιουργούν το χάος. (Minde.A 1996)

6.5. Περιβάλλον και τρόπος εργασίας του θεραπευτή

Ο θεραπευτής μέσω των εικαστικών, εργάζεται μέσα σε ένα «εργαστήριο» ο χώρος και το περιβάλλον είναι βεβαίως πολύ σημαντικά και αυτό γιατί η δημιουργία ενός ασφαλούς ενισχυτικού περιβάλλοντος, όπου ο κάθε ασθενής μπορεί να εκφραστεί πιο ελεύθερα. (Minde.A. 1996)

«Η ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται εκεί που τέμνεται το παιχνίδι του ασθενούς με το παιχνίδι του θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία είναι η σχέση δύο ανθρώπων που παίζουν μαζί.».
(Winnicott 1998)

6.5.1. Εμπειρίες θεραπευτών

Ase Minde (1996): «Πιστεύω ότι για να νιώσει ο ασθενής αρκετά ασφαλής ώστε να παίξει και να δημιουργήσει χρειάζεται ένα δωμάτιο με γωνίες και μέρη για να κρυφτεί και να κινηθεί, το οποίο ταυτόχρονα τον συγκρατεί.

Οι θεραπευτές μέσω εικαστικών εργάζονται και με ομάδες και με άτομα. Ο τρόπος που εργάζονται κάθε φορά εξαρτάτε από του εκάστοτε ασθενείς, από το ήθος της κατάστασης και από τη συγκέντρωση του θεραπευτή.

Υπάρχουν πολλές τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να ζωγραφίσει ή τουλάχιστον να το διακινδυνεύσει. Στην αίθουσα της θεραπείας έχω πάντα πολλά υλικά (μπογιές, διάφορα κραγιόνια, πηλό, κομματάκια ύφασμα), για να μπορεί κανείς να δημιουργήσει μ' αυτά κατασκευές ή γλυπτά. Έχω επίσης ένα δίσκο άμμου

με πολλά παιχνίδια ζώα και κουκλάκια που έχω συγκεντρώσει από διάφορα ταξίδια. Ο θεραπευτής πρέπει να μπορεί να τα προσαρμόσει στις ανάγκες του ασθενούς.

Πολύ συχνά οι ασθενείς καταλήγουν σε σαφής μεταφορές, που προσφέρουν δυνατότητες ανάπτυξης. Για παράδειγμα λέει ο ασθενής: «Η ζωή με έχει κολλήσει, έχω τόσα προβλήματα». Ο θεραπευτής συνεχίζει τη μεταφορά και ρωτά: «Πως έχει κολλήσει; Έχεις παγώσει; Δε μπορείς να κοιμηθείς; Τι υφή έχει, είναι σαν κόλλα;».

Επίσης κατά τη θεραπεία μέσω των εικαστικών η διαφορετική υφή των υλικών έχει μεγάλη σημασία, γιατί συχνά φέρνει τον ασθενή σε επαφή με τα συναισθήματά του. Άλλα υλικά είναι κρύα και σκληρά, άλλα μαλακά και ζεστά. Άλλα είναι πολύ ελαστικά, άλλα έχουν ελάχιστη ευκαμψία. Πολλοί ασθενείς, από φόβο, παραμένουν σε ένα υλικό ακόμα και αν δεν τους αρέσει, γιατί έχουν εξοικειωθεί μαζί του. Στη διάρκεια της θεραπείας πολύ λένε: «Δεν ξέρω τίποτα για τον εαυτό μου, δε ξέρω να ζωγραφίζω». Χρειάζονται πλοήγηση και να ανακαλύψουν αυτό που είδη υπάρχει. Μια άσκηση που εφαρμόζω στις ομάδες είναι να ζητώ από τα μέλη να βρουν ένα ρούχο ή ένα κομμάτι πανί με το οποίο μπορούν να ταυτιστούν. Τι υφή έχει; Είναι αραιά ή πυκνά υφασμένο; Είναι απαλό, είναι ελαστικό; Πολλοί θεωρούν ότι αυτό είναι ένας πολύ χρήσιμος τρόπος για να αρχίσουν να σκέφτονται το πώς βλέπουν τον εαυτό τους.

Μια ασθενής έφερε ένα λάστιχο στην ομάδα και είπε ότι είχε την τάση να το τεντώνει πάρα πολύ και ότι ένιωθε πολύ κουρασμένη απ' το τέντωμα. Όταν τη ρώτησα πόσο πολύ το τεντώνει άφησε όλη τη ομάδα να το τεντώσει γύρω γύρω μέχρι που το ξεχείλωσε.

Μια άλλη ασθενής που ήταν απομονωμένη στον εαυτό της για πολύ καιρό δήλωσε ότι δεν είχε στο σπίτι της κανένα υλικό που να μπορεί να χρησιμοποιήσει και έτσι πήγε σε διάφορα μαγαζιά και συζήτησε με τους υπαλλήλους για να βρει το σωστό υλικό. Αυτή συγκεκριμένη ασθενής μου είπε πολλές φορές: «Δε ξέρω ποια είμαι ούτε τι θέλω στη ζωή μου».

Μερικές φορές οι ασθενείς καταστρέφουν τα έργα τους γεμάτοι θυμό ή τα πετούν επικρίνοντάς τα ως κακά ή ως απειλητικά δεν τους εμποδίζουν να το κάνουν αλλά τους δίνω μια σακούλα σκουπιδιών και τους προτείνω να τα βάζουν εκεί όσο διαρκεί η θεραπεία, γιατί μπορεί κάποια μέρα να βρουν τρόπο να χρησιμοποιήσουν αυτά τα σκουπίδια. Κάποτε μια γυναίκα ήρθε στη συνεδρία πολύ ταραγμένη και θυμωμένη είπε: «Κανείς δε με καταλαβαίνει» και αισθανόταν θυμωμένη με όλο τον κόσμο. Της έδωσα λίγο πυλό για να προσπαθήσει να εκφράσει τον θυμό της. Παραπονιόταν και δούλευε με τον πυλό για 20 λεπτά όταν ξαφνικά τον πάτησε δυνατά και είπε: «Είναι γελοίο! Κάθομαι εδώ και φτιάχνω κάστρα από αέρα για χάρη σου δε με βοηθάει το να έρχομαι εδώ». Πριν φύγει ήθελα να πετάξει τον πυλό αλλά δεν την άφησα και της έδωσα τη σακούλα για να τον φυλάξει. «Δεν είναι τίποτα γιατί θες να το φυλάξεις;». «Μπορείς να το κάνεις κάτι αργότερα» της απάντησα. Μια εβδομάδα αργότερα ήθελε τον πυλό και είπε: «Ήταν πολύ καλό που μπόρεσες και συγκρατήσεις το θυμό μου». Από τον πηλό αυτό γεννήθηκε μια ωραία γυναίκα, μια ωραία μορφή, αλλά πολύ ευάλωτη ακόμα. Θυμάμαι πολλά παρόμοια περιστατικά, που οι άνθρωποι γυρίζουν πραγματικά πίσω και κοιτάζουν αυτό από το οποίο θέλουν να απαλλαγούν και να το μεταμορφώσουν σε κάτι άλλο. (Minde.A 1996)

Ένα από τα πλεονεκτήματα της χρήσης των εικαστικών στη θεραπεία είναι ότι επιτρέπει με ένα μοναδικό τρόπο στα άτομα να απομακρυνθούν από αυτό το οποίο επεξεργάζονται. Μπορούν να αφήσουν το έργο τέχνης, αλλά μπορούν να ξαναγυρίσουν σ' αυτό όποτε θέλουν. Πολλά από τα άτομα με τα οποία εργάζομαι όλα αυτά τα χρόνια δυσκολεύονται να βρουν λέξεις για τα εσωτερικά τους συναισθήματα φόβους και εμπειρίες. Το έργο τέχνης γίνεται συμβολική γλώσσα για τα εσωτερικά τους συναισθήματα και τους βοηθά να οικοδομήσουν μια γέφυρα ανάμεσα στην εξωτερική και εσωτερική πραγματικότητα. Όταν για παράδειγμα, εργάζομαι με χρήστες ναρκωτικών χρησιμοποιώ τη μέθοδο της απόστασης για να τους πλησιάσω περισσότερο. Αν ζητήσω από κάποιο νεαρό να πει κάτι για τον εαυτό του, συνήθως φοβάται και θα πει κάτι ανόητο. Όταν χρησιμοποιούν μεταφορές που προσφέρουν την απόσταση, νιώθουν πιο ασφαλής και μπορούν να εκφράσουν τους φόβους και τα συναισθήματά τους. Κάποτε δούλευα με έναν νεαρό ψυχωτικό που είχε μια πολύ δύσκολη σχέση με τη μητέρα του. Πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο είχε επιχειρήσει να βιάσει

πολλές κοπέλες. Για αρκετό καιρό έκανε μαζί και ατομική και ομαδική θεραπεία. Συνεπικεφαλής μαζί του στην ομάδα ένας ψυχίατρος. Ο ασθενής με έναν εντελώς άμεσο τρόπο εξέφρασε τη ζήλια του επειδή έπρεπε να με μοιράζεται στην ομάδα με τους άλλους. Είχε επίσης αρχίσει να ενδιαφέρεται για την προσωπική μου ζωή. Του είπα ότι είμαι παντρεμένη και στην επόμενη συνεδρία ζωγράφησε δύο άντρες με κομμένα κεφάλια. Θεώρησα ότι αυτά ήταν τα συναισθήματά του επειδή έπρεπε να με μοιράζεται με τον ψυχίατρο και τον σύζυγο μου.

Ωστόσο, πήρα τον πίνακα σε μία συνεδρίαση και ένας συνάδελφος ψυχολόγος είπε: «Εγώ νομίζω ότι χάνει το μυαλό του». Καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι στις συνεδρίες μ' αυτό τον ασθενή θα έπρεπε να υπάρχει μαζί μου άλλο ένα μέλος του προσωπικού, ζήτησα άλλη μία συνεδρία μόνη μαζί του και να τον προετοιμάσω. Το δωμάτιο της θεραπείας μέσω των εικαστικών βρισκόταν στο ισόγειο και τότε δεν είχε ασύρματο τηλέφωνο. Ήμασταν αρκετά απομονωμένη από τον υπόλοιπο θάλαμο.

Στη επόμενη συνεδρία ο ασθενής άρχισε να ζωγραφίζει το σχολείο στο οποίο φοίτησε για πρώτη φορά είπε: «Η μητέρα μου μου κρατούσε πολύ σφιχτά το χέρι όταν περπατούσαμε στην αυλή ένιωθα τόσο ταπεινωμένος». Έπειτα ζωγράφησε το σχολείο να έχει πάρει φωτιά. Καθόμουνα του τραπέζιου και τον έβλεπα να παλεύει και να ιδρώνει με το θυμό και τα αισθήματα ταπείνωσης. Τότε σηκώθηκε από την καρέκλα, σήκωσε τα μανίκια του και έβγαλε το ρολόι και το δαχτυλίδι του δε ξέρω τι σκέφτηκα αλλά φοβήθηκα. Ένωθα παραλυμένη. Είπε: «Πρέπει να πάω στην τουαλέτα». Φοβόμουν ακόμη αλλά θυμάμαι ότι σκέφτηκα πως δεν έπρεπε να τρέξω γιατί αυτή η ενέργειά μου θα είχε αρνητικές συνέπειες στη θεραπεία του κρέμασα την ζωγραφιά του στον μαυροπίνακα στη άλλη άκρη του δωματίου καιγόταν τον άκουσα να τραβά το νερό στην τουαλέτα, πήγα και τον περίμενα στη πόρτα γιατί θυμήθηκα την ερμηνεία που έδωσε ο συνάδελφος, ότι χάνει το μυαλό του. Έβαλα το χέρι μου σφιχτά γύρο από τον ώμο του και του είπα: «κρέμασε τον πίνακά σου μακριά από εκεί που καθόσουν, για να αποκτήσεις απόσταση απ' αυτόν πιστεύω πως σου είναι πολύ δύσκολο να το αντιμετωπίσεις, γι' αυτό καλύτερα να το αφήσεις για λίγο καιρό». Με κοίταξε και με πού ήρεμη φωνή μου είπε: «Επιτέλους είπες και κάτι λογικό». Αργότερα στη διάρκεια της θεραπείας θα μπορούσε να επιστρέψει σ' αυτό τη στιγμή εκείνη δεν ήταν ακόμη έτοιμο. Το έργο βρισκόταν εκεί, αποθηκευμένο, για να γύρισε όποτε ήθελε. (Minde.A, 1996)

Patricia Nowell Hall: «Εργαζόμουν σε ένα νοσοκομείο που λειτουργούσε βάσει των «αρχών της θεραπευτικής κοινότητας» . Οι ασθενείς έρχονταν με τη θέλησή τους και έπρεπε να έρχονται επί 9 μήνες (ίσως όχι μεγάλο διάστημα) αν και μπορούσαν να ζητήσουν να μείνουν περισσότερο. Όλοι έρχονταν 5ημέρες την εβδομάδα. Κάθε φορά έρχονταν στο νοσοκομείο από 25 έως 40 ασθενείς από 20 έως 40 ετών. Όλοι μπορούσαν να επωφεληθούν από το λεκτικό, ομαδικό, αναλυτικό τρόπο θεραπείας. Υπήρχε καθημερινά μια μεγάλη ψυχοθεραπευτική ομάδα για όλη τη κοινότητα. Οι ασθενείς χωρίζονταν επίσης σε μικρότερες ψυχοθεραπευτικές ομάδες, που τις συντόνιζε ο βασικός θεραπευτής τους και ο συνθεραπευτής, πράγμα που ήταν το κεντρικό σημείο της θεραπείας. Υπήρχαν δύο ομάδες θεραπείας μέσω των εικαστικών, τις οποίες συντόνιζα εγώ, μια ανοιχτή σε όλους και άλλη μία πιο «εντατική», ομάδα 6 έως 8 ατόμων με συγκεκριμένο χρονικό διάστημα θεραπείας. Ήμουν επίσης συνθεραπεύτρια στην «ομάδα των ονείρων» και έτσι εργαζόμουν στενά και με τι εικόνες των ονείρων σε σχέση με τις εικόνες που προέκυπταν αυθόρμητα μέσω της ζωγραφικής κατά την θεραπεία μέσω των εικαστικών.

Υπήρχαν πάρα πολλά υλικά και οι ασθενείς είχαν την ευκαιρία να ζωγραφίζουν εντός και εκτός του επίσημου χρόνου θεραπείας. Ο χώρος που χρησιμοποιούσαμε ανήκει στην περιοχή της εργασιοθεραπείας, όπου υπήρχε και η κουζίνα των ασθενών η οποία θεωρείτο η καρδιά του νοσοκομείου. Οι πίνακες της «ανοιχτής» ομάδας θεραπείας μέσω των εικαστικών τοποθετούνται στη μεγάλη αίθουσα θεραπείας για τη συνάντηση της επόμενης, όπου οι ασθενείς τις παρατηρούσαν και τις σχολίαζαν, πιο συχνά μέσα στο πλαίσιο θεμάτων της κοινότητας που προέκυπταν και λιγότερο στο πλαίσιο ατομικών θεμάτων.

Οι ομάδες θεραπείας μέσω των εικαστικών αποτελούνται από τα εξής τρία στάδια:

1. Οι ασθενείς συγκεντρώνονταν για μία σύντομη γενική συζήτηση και για να έχουν την ευκαιρία να πουν πως νιώθουν
2. Έβρισκαν χώρο και χρώμα, και δούλευαν για μία ώρα και συνήθως δούλευαν μόνοι για καμιά «ώρα».
3. Μαζεύονταν ως ομάδα όπου ο καθένας με τη σειρά του έδειχνε τους πίνακές του και αν ήθελε μιλούσε γι' αυτούς.

Μερικές φορές τους προτείναμε ασκήσεις που περισσότερο διευκόλυναν την εξερεύνηση του εαυτού τους παρά πρότειναν νέες περιοχές για εξερεύνηση. Πολύ συχνά οι συνεδρίες ήταν «ανοιχτές» και σχετικά μη κατευθυνόμενες. Καμιά φορά η συνεδρία άρχιζε με ασκήσεις αυτοσυγκέντρωσης και χαλάρωσης. Για παράδειγμα, κοιτάζανε μέσα στο νερό όπου μπορεί κανείς να κοιτά το βάθος και αυτό που υπάρχει στον πυθμένα όταν η επιφάνεια είναι ήρεμη. Μερικές φορές ξεκινούσαμε με τεχνικές που αύξανε την αισθητηριακή τους επίγνωση και βοηθούσαν την ενέργεια να κυλήσει. Αφού ζωγράφιζαν κάτι οι ασθενείς ενθαρρύνονταν να κοιτάζουν αυτό που είχαν δημιουργήσει, να παρατηρούν και να του δίνουν την ευκαιρία να «μιλήσει». Οι πίνακες φυλάγονταν σε προσωπικούς φακέλους. Οι ασθενείς ενθαρρύνονταν να ξανακοιτάζουν ξανά τους επόμενους μήνες, είτε έναν έναν είτε είναι ολόκληρη σειρά.

Όντας θεραπεύτρια μέσω των εικαστικών, φιλοδοξούσα όπως είπε και η Champrenowne (1969) «να προσφέρω τις προστατευτικές συνθήκες που χρειάζονται για να συμβούν τα πράγματα» και να δημιουργήσω το ιδανικό κλίμα που ο Carl Rogers (1965: 95-103) χαρακτηρίζει ως «το απαραίτητο θεραπευτικό κλίμα». Ένα κλίμα, δηλαδή «που επιτρέπει τη ψυχολογική ασφάλεια και ελευθερία, μέσω μίας άνευ όρων θετικής φροντίδας, θαλπωρής, πρωτοτυπίας και ακριβούς ενσυναίσθησης». Κατ' αυτό τον τρόπο μεγιστοποιεί τις πιθανότητες για τον ασθενή να ανοιχθεί στο παιχνίδι, στο πείραμα και στην αλλαγή, δίνοντας την ευκαιρία στην δημιουργικότητά του να εμφανιστεί και να αναπτυχθεί». (Dalley T., Case C., Halliday D., Nowell Hall P., 1998)

6.6. Ο Επαγγελματίας Art- therapist

Οι Εικαστικοί θεραπευτές ενσωματώνουν την προσωπική τους εκπαίδευση στην τέχνη και τη θεραπεία με τις γνώσεις τους πάνω στους κανόνες που διέπουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, μαζί με τις γνώσεις στο συμβολισμό της έκφρασης. Μπορούν να εργαστούν ως βασικοί ή βοηθητικοί φορείς με άτομα όλων των ηλικιών, σε κλινικές, κοινοτικά έργα αποκατάστασης αλλά και στην εκπαίδευση. Μέσω της παρατήρησης της καλλιτεχνικής συμπεριφοράς (το πώς δηλαδή χειρίζεται κάποιος τα υλικά), της έκφρασης και των προϊόντων τέχνης, ο εικαστικός θεραπευτής συνάγει διαγνωστικά συμπεράσματα και εφαρμόζει τη θεραπευτική αγωγή. (www.art therapy)

Παρότι ο εικαστικός θεραπευτής, όταν συναντάται μ' έναν ασθενή, είναι από πολλές απόψεις ένα αληθινό πρόσωπο, το έργο του έχει και πολύ σημαντικές συμβολικές πλευρές, κυρίως σε κλινικό περιβάλλον. Υπό μια έννοια, οι πλευρές αυτές είναι οι παραμορφωμένοι συμβολικοί τρόποι με τους οποίους η σχέση αυτή βιώνεται από τον ασθενή (μεταβίβαση). Υπό μια άλλη έννοια, είναι οι ιδιαίτερες δραστηριότητες του εικαστικού θεραπευτή οποίες εμπεριέχουν συμβολικά νοήματα. Και τα δύο αυτά στοιχεία συνδέονται μεταξύ τους γιατί η συμπεριφορά του θεραπευτή επηρεάζει αναπόφευκτα το είδος της μεταβίβασης που αναπτύσσεται καθώς και τον τρόπο κατανόησης και χρήσης της ως μέσου για την αλλαγή. (Rubin.J, 1997)

Επειδή ο θεραπευτής είναι και καλλιτέχνης, η συμβολική πλευρά της μεταβίβασης ενέχει γι' αυτόν κάποιους κινδύνους. Πρέπει για παράδειγμα, να φροντίζει ιδιαίτερα να μην υπερεκτιμά τη δημιουργία πολλών ή επιδέξιων έργων γι' αυτό που δείχνουν, αλλά να προσπαθεί πάντοτε να κατανοήσει τι σημαίνουν για τον ασθενή του. Πρέπει επίσης να μην επηρεάζεται ασυναίσθητα από τα μέσα που χρησιμοποιεί ο ίδιος ή από το περιεχόμενο και το στυλ της προτίμησης του όταν εκτιμά και στηρίζει τον τρόπο έκφρασης κάποιου άλλου. Αν αισθάνεται την ανάγκη να ασκεί έλεγχο ενδέχεται να επηρεάζει ασυνείδητα αυτά που χρησιμοποιεί το παιδί ή να βρίσκει αιτίες για να επιβάλει στόχους και μεθόδους πιο συχνά απ' ότι χρειάζεται. (Rubin.J, 1997)

Για να είναι όσο το δυνατόν πιο χρήσιμος ο θεραπευτής πρέπει να συνδυάζει τις αρετές του καλλιτέχνη του δημιουργού του θεραπευτή και του βοηθού. Αυτοί οι δυο ρόλοι αυτές οι δυο οπτικές γωνίες δεν είναι τόσο αντίθετες όσο φαίνονται. Για παράδειγμα και οι καλλιτέχνες και οι ψυχολόγοι προσπαθούν να κατανοήσουν την ανθρώπινη εμπειρία και ν' «ανυψώσουν» την ψυχή των ανθρώπων. Όπως έλεγε για παράδειγμα ο ζωγράφος Ben Shahn «Επομένως, ενώ αποδέχομαι το τεράστιο εσωτερικό τοπίο που εκτίνεται πέρα από τα όρια του συνειδητού και γεννά σχεδόν αδιάκοπα εικόνες και σύμβολα, ξέρω ότι αυτές οι εικόνες σημαίνουν ένα πράγμα για τον ψυχολόγο και εντελώς άλλο πράγμα για τον καλλιτέχνη». (Rubin.J,1997)

Ανεξάρτητα από το αν κάνει διάγνωση ή θεραπεία α ν είναι δάσκαλος ή συντονιστής της ομάδας, συνεργάτης ή επόπτης, σύμβουλος ή εκπαιδευτής, καλλιτέχνης ή ερευνητής προσπαθεί να χρησιμοποιήσει αυτά που κατανοεί και αισθάνεται για τους ανθρώπους και την τέχνη για να βοηθήσει τους άλλους ν' αναπτυχθούν.

Εν πάσει περιπτώσει, ο εικαστικός θεραπευτής χρησιμοποιεί τα εικαστικά ως σφήνα για να ανοίγει πολλές πόρτες, οι οποίες συνήθως είναι κλειστές στους συμβούλους ψυχικής υγείας ή ανοίγουν μόνο κάτω από στενές ή περιορισμένες συνθήκες. (Rubin.J,1997)

6.7. Ανακεφαλαίωση

Η θεραπεία μέσω της τέχνης προσφέρεται σα μία ειδικευμένη μη λεκτική τεχνική θεραπεία, που βοηθά στην απελευθέρωση – μέσω συμβολικής φαντασίας - καταπιεσμένων συναισθημάτων και ασυνείδητου υλικού. Απευθύνεται σε άτομα ή σε ομάδες. Στόχος της δεν είναι το καλλιτεχνικό επίτευγμα. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στο πως αισθάνεται και αντιλαμβάνεται το άτομα μια κατάσταση ή ένα γεγονός μέσα απ' το καλλιτεχνικό του δημιούργημα. Οι ομάδες τέχνης αναπτύσσονται χρησιμοποιώντας ταυτόχρονα στοιχεία απ' τη ψυχοθεραπεία και τη τέχνη. Στα πλαίσια του ψυχιατρικού νοσοκομείου οι ομάδες της τέχνης λειτουργούν σα μέρος του ευρύτερου θεραπευτικού προγράμματος. Τα καλλιτεχνικά δημιουργήματα των σχιζοφρενικών αρρώστων, έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως τις αναλογίες, ακρωτηριασμοί βασικών στοιχείων του θέματος, στερεοτυπία, χρωματική αταξία σκοτεινά χρώματα. Η επικοινωνία μέσα από τις εικόνες είναι συνήθως μια καινούρια εμπειρία για τους θεραπευόμενους. Θα μπορούσε ίσως να σπάσει το φραγμό της απομόνωσης και να δημιουργήσουν έναν καινούριο τρόπο να καταλαβαίνουν ο ένας τον άλλο. Η θεραπευτική εμπειρία μέσω της τέχνης συντελεί τη δημιουργία πνεύματος αμοιβαίας αποδοχής συνεργασίας και αναγνώρισης. Η καλλιτεχνική δημιουργία είναι πάντα και προσωπική εμπειρία και κοινωνικό γεγονός. Ο θεραπευτής που χρησιμοποιεί τη τέχνη σαν εργαλείο δουλεύει στο εδώ και τώρα. Στοχεύει στη δράση μιας αυτοολοκλήρωσης και σύνθεση της προσωπικής δομής του εγώ, στο ιδιότυπο σημείο που η τέχνη προσφέρει και όπου το ασυνείδητο το επιθυμητό και η λογική έχουν συμβιώσει με αρμονία και παραδοχή. Ο ρόλος του θεραπευτή εξαρτάται πάντοτε από την πραγματικότητα της ομάδας ή του ατόμου που ξεκινούν να δουλέψουν μαζί. Η γνώση του ιστορικού, η ενθάρρυνση των θεραπευομένων και η παραδοχή είναι τα πιο σημαντικά στοιχεία για να συνεχίσει η θεραπεία και από τα οποία θα εξαρτηθεί το αποτέλεσμα της. Τέλος επισημαίνεται ότι η έκφραση μέσω της τέχνης μπορεί να γίνει εν μέσω θεραπευτικής επαφής ακόμα και για το άτομο εκείνο όλα τα κοινά κανάλια επικοινωνίας με τον εσωτερικό του κόσμο αλλά και με τους άλλους είναι μπλοκαρισμένα. (Γύρα - Χοβσεπτιαν και Μαντωνάκης, 1982)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η κάθε φοβία μπορεί να θεωρηθεί «κοινωνική» αφού δεν επιτρέπει στο άτομο να είναι λειτουργικό στο άμεσο περιβάλλον αλλά και στην κοινωνία. Ο φοβικός με την παρουσία μιας φοβικής κατάστασης γίνεται δυσλειτουργικός και δεν μπορεί να την αντιμετωπίσει χωρίς να ζητήσει τη βοήθεια τρίτου και πολλές φορές στιγματίζεται. Είναι απαραίτητη η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών και των θεραπευτών της ψυχικής υγείας και των ιατρών ώστε με την κατάλληλα διαμορφωμένη στο πρόβλημα θεραπεία το άτομο να μπορέσει να το ξεπεράσει και να αυτονομηθεί.

Το θεραπευτικό γίνεσθαι είναι δυνατό, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, να πάρει τη μορφή διάδρασης μεταξύ των υποκειμενικότητων και δημιουργίας ενδιάμεσων χώρων επικοινωνίας και έκφρασης. Η «καθαρή» ψυχοθεραπεία σε αναλογία με την τέχνη είναι ένας χώρος και χρόνος τέτοιων βιωμάτων και εμπειριών, ρευστότητας και διαρκών αποκαλύψεων. Ο σκοπός της θεραπείας όπως και της τέχνης είναι να γίνουμε υποκείμενα του εαυτού μας. Για ένα ψυχωτικό - αγχωτικό άτομο όπως ο φοβικός θεραπευόμενος «αποτελεί σισύφεια προσπάθεια η διαδικασία της δημιουργίας, της έκθεσης, της ανακούφισης του ψυχωτικού άγχους και της οδύνης που γεννά η έναρξη μια παραληρητικής διεργασίας». (Στυλιανίδης, 2004)

Ο κοινωνικός λειτουργός που θέλει να ασχοληθεί με φοβικούς ασθενείς μπορεί και πρέπει να αποκτήσει την κατάλληλη ειδίκευση και εκπαίδευση.

Για επόμενες εργασίες προτείνουμε να γίνει μια έρευνα αν είναι δυνατόν σε πλαίσια που ασχολούνται με άτομα με φοβίες αλλά και συνέχιση της βιβλιογραφικής παρουσίασης νεότερων θεραπειών αφού συνεχώς εξελίσσονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Γεωργαράς Α.**, 1999, Συνοπτική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Gelder M., Lopez - Ibor J. & Andreasen N.**, Αθήνα, 2008, Σύγχρονη Ψυχιατρική, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ
- Dalley T., Case C., Halliday D., Noell Hall P.**, (και λοιποί συνεργάτες), Αθήνα 1998 «*Θεραπεία μέσω Τέχνης η Εικαστική Προσέγγιση*» Επιμέλεια Αναγνωστοπούλου – Ιωαννίδου Ν., ΜΤΦ Σκαρβέλη Γ., Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα» Β΄ Έκδοση
- Δαφιώτη Α.**, Αθήνα 2011, Το θέατρο στην εκπαίδευση, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Διάπλαση
- Ευδοκίμου - Παπαγεωργίου Ρ.**, Αθήνα ,1999 Δραματοθεραπεία - Μουσικοθεραπεία, επίτομος, έκδοση στ΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Καλαντζη - Αζιζι Α., Δεγλερης Ν.**, Αθήνα 1992, Θεματα Ψυχοθεραπείας Της Συμπεριφοράς, Τομος Α΄, Γ Έκδοση, Ελληνικά Γραμματα
- Καλαντζη - Αζιζι, Α.**, Αθήνα 1999, Εφαρμοσμένη Κλινική Στο Χωρο Της Υγείας, Ε΄ Έκδοση Βελτιωμένη, Ελληνικά Γραμματα
- Μάνου Ν.**, Αθήνα 1997, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Εκδόσεις University Studio Press (Αναθεωρημένη Έκδοση)
- Μπαλογιαννης Στ.**, Θεσ/Νίκη 1986, Ψυχιατρική Και Ποιμαντική Ψυχιατρική, Εκδόσεις Π.Πουρναρά
- Μπουλουγουρης Γ.**, Αθήνα 1996, Φοβίες Και Η Αντιμετώπιση Τους, Γ΄ Έκδοση, Ελληνικά Γραμματα
- Ο'leary E.**, Αθήνα 1995, «Η θεραπεία Gestalt», Ελληνικά Γράμματα
- Πιάνος Κ.**, Αθήνα 2009, Συμβουλευτική Ψυχολογία, Συμβουλευτικός θεραπευτικός διάλογος, Θεωρία και Πράξη, επίτομος, έκδοση β΄, εκδόσεις Έλλην
- Reiffer V.**, 1997, Φοβίαι Και Φοβίες, Εκδόσεις Διοπτρα
- Ραμμος Χ.Β.**, Θεσ/Νίκη 2000, Περιεκτικές Σημειώσεις Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Ροθενμπεργκ Μ.**, 1980, «*Παιδιά με πέτρινα μάτια*» ΜΤΦ Γκρίση -Μιλλιεξ Τ., Εκδόσεις «Κέδρος» Β΄ Έκδοση
- Rubin Aron J.**, Αθήνα 1999, «*Θεραπεύοντας παιδιά μέσα από την τέχνη*» Επιμέλεια Αναγνωστοπούλου – Ιωαννίδου, Νιζ., ΜΤΦ Σκαρβέλη Γ. Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα» Β΄ Έκδοση
- Jennings S.**, Αθήνα 2005, Εισαγωγή στη Δραματοθεραπεία, θεραπευτικό θέατρο ο Μίτος της Αριάδνης, μετάφραση Μεγαλούδη Φ., επιμέλεια Μπαχούρου Β., επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Σαββάλας
- Jennigs S., Minde A.**, Αθήνα 1996, «*Μάσκες της Ψυχής*» Επιμέλεια Αναγνωστοπούλου Ν., ΜΤΦ Σκαρβέλη Γ., Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»
- Jones P.**, Αθήνα 2003, Δραματοθεραπεία, Το θέατρο ως τρόπος ζωής και θεραπείας, μετάφραση Μηλιώνη Δ., Βιτούλα Ο., επιμέλεια Κρασανάκης Σ., επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Φ. Οικονομου.**, 1992, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Λιτσας
- Χαντφιλντ Τ.**, Αθήνα 1991, Ψυχολογία Και Ψυχική Υγεία, Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Θυμαρι
- Χαρτοκολλης Π.**, 1991, Εισαγωγή Στην Ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμελιο Β΄ Έκδοση
- Χριστοδουλου**, 2000, Ψυχιατρική Α΄ Τομος, Εκδόσεις Βηττα
- Σταύρου Δ.**, 12/11/2006, 3/11/2012, Η Δραματοθεραπεία στα παιδιά (Παιγνιοθεραπεία), <http://drama-mediation.blogspot.com/2011/11/blog-post.html>
- Ε.Δ.Π.Ε.**, 3/8/2010, (Ένωση Δραματοθεραπευτών Παιγνιοθεραπευτών Ελλάδας), Παιγνιοθεραπεία, <http://www.edpe.gr/el/role-play-therapy27>) Τέχνη του Λόγου, Κέντρο Διάγνωσης και Θεραπείας Δυσκολιών Επικοινωνίας και Μάθησης, Παιγνιοθεραπεία, 10/5/2012 http://www.texnilogou.gr/el/play_therapy/

Ελληνόγλωσσα Άρθρα

- Αζίζι - Καλαντζή Α.**, 2002, Κοινωνική Κλινική Ψυχολογία: Η απάντηση της ψυχολογίας στις ψυχοκοινωνικές Ανάγκες του Ανθρώπου, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 78, σελ.96
- Γύρα - Χοβσεπιάν Ε., Μαντωνάκης Ι.**, (1982) Εκδόσεις «Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών», «Εγκέφαλος» Τεύχος 19, Αθήνα, σελ. 254-265
- Ε.Δ.Π.Ε.**, 18/4/2011,(Ένωση Δραματοθεραπευτών Παιγνιοθεραπευτών Ελλάδας), Δραματοθεραπεία, <http://www.edpe.gr/el/dramatherapy>
- Τσιλούνη - Τζίκου Θ.**, (2008), Παραμύθι-δραματοθεραπεία- παιδιά με πρώιμες παθολογίες, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 104
- Στυλιανίδης Σ.**, (2004) Τέχνη Δημιουργικότητα και Αποσυλοποίηση: Μια Ψυχαναλυτική ανάγνωση, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο86, σελ 43

Ξενόγλωσσα

- Hippocrates** (1870), On Epidemics V, Section 82 (translated by S. Farrar), Cadel, London
- Jenning S.**, Dramatherapy: Theory and Practice Volume 3, επίτομος, εκδόσεις **Routledge**, 1997, ηλεκτρονικό βιβλίο, Λονδίνο, 14/6/2010,http://www.google.com/booksid=UafXRLQywmAC&printsec=frontcover&dq=nikola+i+evreinov+theatre+therapy&lr=&hl=el&source=gb_s_similarbooks_s&cad=1#v=onepage&q&f=false
- O' leary E. & Page R.**, 1990, "An evaluation of a person- centred gestalt group using the semantic differential"
- Perls F.S.**, 1969, "Gestalt therapy Verbatim", Bantam, Toronto
- Perls F.S.**, 1973, " The Gestalt Approach and Eye witness to Therapy, Science Behavior Books, Palo Alto
- Perls F., Hefferline R. & Goodman P.**, 1951, "Gestalt Therapy", Julian Press, New York
- Reich W.**, 1969, "Character Analysis", Vision Press, London
- Thorpe G.L. and Burns L.E.**, (1983), The agoraphobics syndrome, Wiley, New York
- Zinker**, 1978, "Creative Process in Gestalt Therapy, Vintage, London

Ξενόγλωσσα Άρθρα

- Ballenger J.C., Burrows G.D., Dupont R.L., et al.**, (1988). Aprazolam in panic disorder and agoraphobia.: results from a multicenter trial. I. Efficacy in short term treatment. *Archives of General Psychiatry*, 455, 413-22.
- Ballenger J.C. and Fyer A.J.** (1993). Examining criteria for panic disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 226-8.
- Benedikt M.** (1870). Über Platzschwindel, *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 15, 488
- Beitman B.D., Kushner M.G., Lamerti J.W. and Mukerji, V.** (1990). Panic disorder without fear in patients with angiographically normal coronary arteries. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 307-12
- Burns L.E. and Thorpe G.L.** (1977). The epidemiology of fears and phobias with particular reference to national survey of agoraphobics, *Journal of International Medical Research*, 5, 1-7
- Charles Darwin and panic disorder.** *Journal of the American Medical Association*.277, 138-41.
- Goldstein A.J. and Chambeless D.L.** (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavioral Therapy*, 9, 47-59
- Klein D.F.** (1964). Delineation of two drugs responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*, 5, 397-408.

Klerman G.L., Weissman M., Ovelette R., Johnson and Greenwald S. (1991), Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. *Journal of the American Medical Association*, 265, 742-6.

Marks I.M. (1969). Fears and phobias, Heinemann, London.

Markowitz J., Weissman M.M., Ovelette R., and Liek J. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-92.

Sartorius N., Uestuen B., Costa e Silva J.A., et al. (1993). An international study on psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-24.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ιατρική Θεραπεία

Παραθέτουμε την ιατρική θεραπεία έτσι όπως παρουσιάζεται στη «Συγχρονη Ψυχιατρική» των Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen (2008)

Εισαγωγή

Πολλαπλές αποτελεσματικές θεραπείες έχουν αναπτυχθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 και περιλαμβάνουν τόσο ψυχοθεραπείες όσο και φαρμακοθεραπείες. Τόσο οι θεραπείες που βασίζονται στην έκθεση όσο και η ιμιπραμίνη έχουν φανεί αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού και της αγοραφοβίας από τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Η ιμιπραμίνη και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ήταν τα πρώτα φάρμακα που φάνηκαν να θεραπεύουν αποτελεσματικά τη διαταραχή πανικού στη δεκαετία του 1960. Οι ισχυρές βενζοδιαζεπίνες (αλπραζολάμη και κλοναζεπάμη) έδειξαν επίσης την αποτελεσματικότητά τους τη δεκαετία του 1980. Οι περισσότεροι τώρα συμφωνούν ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (serotonine selective reuptake inhibitions - **SSRI**) είναι η θεραπεία εκλογής. (Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008)

Φαρμακοθεραπείες

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα είναι η χλωριμιπραμίνη, η φλουβοξαμίνη και πιο πρόσφατα η παροξετίνη. Όμως η σερτραλίνη, η σιταλοπράμη και η φλουοξετίνη έχουν επίσης φανεί αποτελεσματικοί .

- Χλωριμιπραμίνη

Αν και η χλωριμιπραμίνη είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, η δράση της δεν είναι τόσο ειδική στο σεροτονινεργικό σύστημα όπως τα άλλα φάρμακα της κατηγορίας αυτής. Με βάση την εκτεταμένη εμπειρία από τη χρήση αυτού του φαρμάκου στην Ευρώπη, πολλοί πιστεύουν ότι αποτελεί το “gold standard” για τους Ευρωπαίους, αν και δεν έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στις ΗΠΑ για τη θεραπεία της διαταραχής πανικού. Από τις πρώτες μελέτες, περίπου 75% των ασθενών εμφάνισαν καλή ανταπόκριση η οποία ξεκίνησε από τη δεύτερη εβδομάδα θεραπείας με εντυπωσιακά μικρές δόσεις (40-50 mg/ημέρα). Η πρώτη σοβαρή μεθοδολογικά κλινική μελέτη ήταν μια διπλά τυφλή- ελεγχόμενη με placebo κλινική μελέτη, η οποία περιελάμβανε 108 άτομα, όλα με διαταραχή πανικού. Σε αυτή τη μελέτη, όπως και σε αυτές που ακολουθούν, η χλωριμιπραμίνη ελάττωσε τις κρίσεις πανικού, το άγχος, την αγοραφοβική αποφυγή και την κατάθλιψη. Πράγματι, δυο κλινικές μελέτες υπέδειξαν ότι η χλωριμιπραμίνη ήταν η καλύτερη θεραπευτική αγωγή επειδή φάνηκε να είναι καλύτερη από την ιμιπραμίνη. Σε αυτές τις περιπτώσεις η χλωριμιπραμίνη υπερέιχε με βάση ορισμένα μέτρα αποτελεσματικότητας . Επίσης, η ανταπόκριση παρατηρούνταν νωρίτερα, εμφανιζόμενη κατά την τέταρτη εβδομάδα, ενώ η δράση της ιμιπραμίνης άρχιζε κατά την όγδοη εβδομάδα των μελετών. Οι δόσεις τόσο σε αυτές τις μελέτες όσο και σε άλλες υποδεικνύουν μέση δοσολογία 100-150 mg/ημέρα.

Σε μια σύγχρονη σύγκριση της χλωριμιπραμίνης με έναν πραγματικό εκλεκτικό αναστολέα επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (φλουβοξαμίνη), και τα δυο φάρμακα οδήγησαν σε λύση της συμπτωματολογίας του πανικού σε περίπου 60% των ασθενών.

- Φλουβοξαμίνη

Υπάρχουν αρκετές διπλά τυφλές ελεγχόμενες με placebo κλινικές μελέτες διάρκειας οκτώ εβδομάδων σε μεγάλα δείγματα, που δείχνουν την υπεροχή της φλουβοξαμίνης ως προς το placebo. Οι αποτελεσματικές δοσολογίες κυμαίνονται από 200 έως 250 mg/ημέρα, με καλή ανταπόκριση σε περίπου δυο τρίτα των ασθενών από την τρίτη εβδομάδα.

- Παροξετίνη

Η παροξετίνη είναι ο εκτενέστερα μελετημένος εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης για τη διαταραχή πανικού, όντας ο πρώτος που εγκρίθηκε για τη θεραπεία της διαταραχής πανικού το 1995. Η πρώτη μελέτη έγινε σε επτά κέντρα της Δανίας και περιλάμβανε μια σύγκριση δώδεκα εβδομάδων με placebo, με όλους τους ασθενείς να υποβάλλονται σε γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Το 82% της ομάδας της παροξετίνης έναντι του 50% της ομάδας του placebo έδειξε μια κατά 50% ελάττωση των κρίσεων πανικού. Στην ομάδα της παροξετίνης, το 36% δεν παρουσίαζε κρίσεις πανικού (placebo 16%) κατά το τέλος της μελέτης, με το μέσο αριθμό κρίσεων πανικού να πέφτει από το 21,2% στο 16,4% στην ομάδα του placebo.

Η πιο καθοριστική μελέτη στο θέμα αυτό έγινε σε 39 κέντρα σε 13 χώρες, κυρίως της Ευρώπης. Ένα δείγμα 367 ατόμων κατατάχθηκε τυχαία στις ομάδες παροξετίνης, χλωριμιπραμίνης και placebo. Ξεκινώντας από μια δόση των 10 mg με τελική δοσολογία 20 με 60 mg/ημέρα για την παροξετίνη και 50 με 100 mg/ημέρα για τη χλωριμιπραμίνη, η παροξετίνη ήταν σημαντικά ανώτερη του placebo στην έκτη, ένατη και δωδέκατη εβδομάδα όσον αφορά το ποσοστό ασθενών που δεν είχαν κρίσεις πανικού (50,9% για την παροξετίνη, 36,7% για τη χλωριμιπραμίνη και 31,6% για το placebo στη δωδέκατη εβδομάδα). Η δράση της παροξετίνης ήταν σημαντικά ανώτερη της χλωριμιπραμίνης, με βάση συγκεκριμένα μέτρα αξιολόγησης, τατά την έκτη και ένατη εβδομάδα. Τα μέτρα αξιολόγησης άλλων συμπτωμάτων βελτιώθηκαν περισσότερο με την παροξετίνη και τη χλωριμιπραμίνη παρά με το placebo. Εμφανίστηκαν σημαντικά περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες με τη λήψη της χλωριμιπραμίνης παρά της παροξετίνης, ιδιαίτερα από το γαστρεντερικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Είναι ενδιαφέρον, σε αντίθεση με τις πρώτες εμπειρίες με τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ότι σε όλες αυτές τις μελέτες με την παροξετίνη (και με άλλους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης που ακολουθούν) δεν παρατηρήθηκαν αρχικές αντιδράσεις υπερδιέγερσης. Τούτο οφείλεται στο ότι οι ασθενείς ξεκίνησαν στην αρχή με χαμηλές δόσεις (π.χ. με 10 mg/ημέρα παροξετίνη).

Στη μόνη κλινική δοκιμή που έθεσε μια δόση-στόχο για τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, η παροξετίνη σε δοσολογία 10,20 και 40 mg/ημέρα συγκρίθηκε με το placebo. Μόνο η ομάδα των 40 mg/ημέρα είχε σημαντικά καλύτερη δράση από το placebo κατά τα περισσότερα μέτρα έκβασης. Κατά το τέλος της δοκιμής, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών ελεύθερων κρίσεων πανικού ήταν στο 40 mg/ημέρα (86%) έναντι των 20 mg/ημέρα (65,2%), των 10 mg/ημέρα (67,4%) και του placebo (50%). Μετρήσεις της γενικής κατάστασης και βαθμολογήσεις για το άγχος και την κατάθλιψη ήταν περισσότερο βελτιωμένα στην ομάδα των 40 mg.

- Σερτραλίνη

Η σερτραλίνη έχει μελετηθεί σε δύο διπλά τυφλές, ελεγχόμενες με placebo, κλινικές μελέτες ευέλικτων δόσεων με ένα συνολικό δείγμα 342 ατόμων. Αυτές ήταν κλινικές μελέτες δέκα εβδομάδων στις ΗΠΑ και τον Καναδά με δόσεις σερτραλίνης που κυμαίνονταν μεταξύ 50 και 200 mg/ημέρα, όπου χρησιμοποιήθηκε ένα νέο μέτρο αξιολόγησης που καλούνταν Φορτίο Κρίσεων Πανικού (συχνότητα κρίσεων πανικού X σοβαρότητα), και όπου εμφανίστηκαν σημαντικές διαφορές από το placebo από την πρώτη εβδομάδα και στη συχνότητα των κρίσεων πανικού από τη δεύτερη εβδομάδα. Υπήρχαν σημαντικά μεγαλύτερες μειώσεις ως προς τα μέτρα συνολικής αξιολόγησης (αποφυγή και άγχος) και τα μέτρα ποιότητας ζωής με τη σερτραλίνη. Οι ασθενείς με σερτραλίνη παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση στην εργασία, στο νοικοκυριό τους, στην οικογένειά τους, στις κοινωνικές τους συναναστροφές, στα χόμπι τους και στη συνολική τους ικανοποίηση από το φάρμακο και τη ζωή τους. Το φάρμακο ήταν καλά ανεκτό, με τις συνηθισμένες παρενέργειες των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ναυτία, ξηροστομία, διάρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία κ.ά.).

Αρχική υπερδιέγερση δεν παρατηρήθηκε σε δοσολογία 25 mg/ημέρα, αλλά παρατηρήθηκαν πρώιμες διακοπές της φαρμακευτικής αγωγής (10,5%) σε σχέση με το placebo (0%), υποδεικνύοντας ότι ακόμα και μικρές δόσεις θα μπορούσαν να προσφέρουν βοήθεια. Μια

άλλη μεγάλη πολυκεντρική κλινική μελέτη σταθερών δόσεων συνέκρινε τις δόσεις των 50, 100 και 200 mg/ημέρα, αλλά απέτυχε να καταδείξει σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων αυτών. Η ομάδα των 100 mg/ημέρα όντως παρουσίασε τις μεγαλύτερες διακοπές της αγωγής σε άτομα με διαταραχή πανικού. Αν και δεν υπήρξαν ξεκάθαρα στοιχεία για μια δόση-στόχο ή μια σχέση δόσης-ανταπόκρισης, η προτεινόμενη δοσολογία κυμαίνεται μεταξύ των 100 και 150 mg/ημέρα.

- Φλουοξετίνη

Αυτή τη στιγμή είναι σε εξέλιξη ελεγχόμενες μελέτες οι οποίες δεν έχουν δημοσιευτεί – όμως υπάρχουν σημαντικά κλινικά στοιχεία από μικρές μελέτες που δείχνουν ότι η φλουοξετίνη αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία της διαταραχής πανικού. Το μεγαλύτερο θέμα με τη φλουοξετίνη είναι η μεγάλη συχνότητα αρχικών αντιδράσεων υπερδιέγερσης επειδή οι περισσότεροι ασθενείς ξεκινούν αρχικά με δοσολογία 20 mg/ημέρα ή ακόμα και σε 10 mg/ημέρα. Για να αποφευχθεί η δράση αυτή, οι περισσότεροι κλινικοί γιατροί ξεκινάνε τη χορήγηση φλουοξετίνης σε ασθενείς με διαταραχή πανικού με δοσολογία 2,5-5 mg/ημέρα. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη σχέση δόσης-ανταπόκρισης, αλλά οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται με δόσεις 10-30 mg/ημέρα.

Σύγκριση των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI)

Υπάρχουν λίγα ορθά ελεγχόμενα στοιχεία που να αναφέρονται σε σύγκριση των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Στις δοκιμές που αναφέρθηκαν και που συνέκριναν την παροξετίνη με τη χλωριμιπραμίνη, η παροξετίνη ήταν σαφώς καλύτερα ανεκτή και είχε μια κατά τι ταχύτερη έναρξη δράσης και προσέφερε λίγο μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων και της δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια κλινικής δοκιμής διάρκειας ενός έτους. Βεβαίως το σημαντικότερο θέμα είναι η σύγκριση μεταξύ των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Οι SSRI είναι πολύ καλύτερα ανεκτοί (λιγότερη αύξηση βάρους, λιγότερη καταστολή, λιγότερα αντιχολινεργικά συμπτώματα) εκτός της αυξημένης σεξουαλικής δυσλειτουργίας που παρατηρείται με τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης.

- Βενζοδιαζεπίνες

- Αλπραζολάμη

Αυτή τη στιγμή η πιο καλά μελετημένη βενζοδιαζεπίνη στη διαταραχή πανικού είναι η αλπραζολάμη, με πάνω από εικοσιτέσσερις κλινικές μελέτες οι οποίες οδήγησαν στην έγκρισή της από τις ΗΠΑ και πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Σχεδόν όλες οι μελέτες δείχνουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της αλπραζολάμης σε σχέση με το placebo και τη μείωση των κρίσεων πανικού ασθενών, το μεγαλύτερο ποσοστό ελεύθερων από κρίσεις πανικού ασθενών, τη μικρότερη αγοραφοβική αποφυγή, το λιγότερο άγχος, τη λιγότερη κατάθλιψη και τη σχετιζόμενη δυσλειτουργία. Τα αποτελέσματά της φαίνονται να είναι ταυτόσημα με αυτά της ιμιπραμίνης και των άλλων βενζοδιαζεπινών, όπως η κλοναζεπάμη, η λοραζεπάμη και η διαζεπάμη.

Οι αποτελεσματικές δόσεις στην οξείας φάσης θεραπεία της διαταραχής πανικού κυμαίνονται από 0,5 έως 10 mg/ημέρα, με το μέσο όρο να είναι 4-6 mg/ημέρα. Οι δόσεις έχουν μειωθεί και σε γενικές γραμμές κυμαίνονται από 1-3 mg/ημέρα μετά από έξι μήνες θεραπεία.

Η μεγαλύτερη διαφορά είναι βέβαια η ταχεία ανταπόκριση, με μερικούς ασθενείς να ανταποκρίνονται εντός των λίγων πρώτων ημερών. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της αλπραζολάμης είναι η κόπωση και η καταστολή, οι οποίες βελτιώνονται κατά τις πρώτες λίγες εβδομάδες. Σπανίως υπάρχουν δυσκολίες με τοξικώσεις, επιθετική συμπεριφορά, μανία και κατάθλιψη.

- Κλοναζεπάμη

Εξαιτίας του μεγαλύτερου χρόνου ημίσειας ζωής της κλοναζεπάμης σε σύγκριση με την αλπραζολάμη, αυτή μπορεί να χορηγηθεί σε δοσολογία μια φορά την ημέρα με μικρότερη

εμφάνιση άγχους μεταξύ των χορηγήσεων του φαρμάκου. Οι δόσεις είναι σε γενικές γραμμές το ένα τρίτο με μισό αυτών της αλπραζολάμης, με τους περισσότερους ασθενείς να αντιμετωπίζονται με 1-3 mg/ημέρα. Το κυριότερο μειονέκτημα της κλοναζεπάμης είναι κάποιες αναφορές περί κατάθλιψης.

- Διαζεπάμη

Ελεγχόμενες μελέτες με τη διαζεπάμη έχουν δείξει τώρα ότι η αποτελεσματικότητά της είναι συγκρίσιμη με αυτή της αλπραζολάμης, αν οι δόσεις είναι αρκετά υψηλές. Στις τρεις καλύτερες ελεγχόμενες μελέτες, η μέση αποτελεσματική δόση της διαζεπάμης ήταν 43, 43 και 56 mg/ημέρα. Σε μια μελέτη διάρκειας οκτώ εβδομάδων με 241 ασθενείς, το ποσοστό ασθενών ελεύθερων από κρίσεις πανικού ήταν 68,2% με τη διαζεπάμη, 71,4% με την αλπραζολάμη και 37,5% με placebo, ποσοστό κατά πολύ μεγαλύτερο του placebo.

- Άλλες βενζοδιαζεπίνες

Μερικές άλλες βενζοδιαζεπίνες φαίνεται να είναι επίσης αποτελεσματικές, όπως η κλοβαζάμη (50±17 mg/ημέρα) και η λοραζεπάμη (3,8±1,3 mg/ημέρα).

Συμπέρασμα

Οι βενζοδιαζεπίνες παραμένουν η συχνότερα χρησιμοποιούμενη μονοθεραπεία για τη διαταραχή πανικού παγκοσμίως, πιθανόν εξαιτίας της ταχείας έναρξης δράσης, της αυξημένης αποτελεσματικότητας έναντι του άγχους προσδοκίας, του χαμηλού κόστους και της καλής ανοχής. (Πίνακας 4)

Πίνακας 4: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα διαφόρων φαρμάκων κατά του πανικού		
	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)	Καλά ανεκτά αντικαταθλιπτικά Ασφαλείς σε υπερδοσολογία Μικρή αύξηση σωματικού βάρους Δοσολογία άπαξ ημερησίως	Αρχική αντίδραση υπερδιέγερσης Ναυτία, κεφαλαγία, αδυναμία, αϋπνίες Σεξουαλικές παρενέργειες
Βενζοδιαζεπίνες	Ταχεία αποτελεσματικότητα Ελάττωση του άγχους προσδοκίας Καλά ανεκτές Όχι αρχική αντίδραση υπερδιέγερσης Ασφαλείς σε υπερδοσολογία	Καταστολή Προβλήματα μνήμης Διακοπή Πιθανότητα κατάχρησης Σεξουαλική δυσλειτουργία
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά	Δοσολογία άπαξ ημερησίως Λιγότερο ακριβά Μεγάλη εμπειρία Αντικαταθλιπτική δράση	Αρχική αντίδραση υπερδιέγερσης Αντιχολινεργικές παρενέργειες Αύξηση σωματικού βάρους Ορθοστατική υπόταση Επικίνδυνα σε υπερδοσολογία Σεξουαλική δυσλειτουργία
Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης	Πιο αποτελεσματικά (ενάντια σε συνυπάρχουσα κατάθλιψη) Αντικαταθλιπτική δράση	Διαιτητικοί περιορισμοί Υπερτασικές κρίσεις

Αρχική αντίδραση υπερδιέγερσης
Καθυστερημένη έναρξη δράσης
Ορθοστατική υπόταση
Επικίνδυνοι σε υπερδοσολογία
Σεξουαλική δυσλειτουργία

Είναι ενδιαφέρον ότι δεν συσχετίζονται με επίφοβες αρχικές αντιδράσεις υπερδιέγερσης, μια σημαντική διαφορά. Το κυριότερο μειονέκτημα των βενζοδιαζεπινών είναι η γενικότερη ανησυχία για την πιθανότητα κατάχρησης, ιδιαίτερα από αλκοολικούς και χρήστες ναρκωτικών ουσιών, με τον κίνδυνο για κατάχρηση σε ασθενείς με μη επιπλεγμένη διαταραχή πανικού να είναι στην πραγματικότητα μικρός. Το πιο ρεαλιστικό πρόβλημα είναι το υψηλό ποσοστό υποτροπής των συμπτωμάτων σε διακοπή του φαρμάκου και η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου από τις βενζοδιαζεπίνες. Ακόμα και με μια περίοδο ελάττωσης 30 ημερών πριν τη διακοπή, στη μεγάλη μελέτη Cross-National Panic Trial, το 35% παρουσίασαν σημαντικά συμπτώματα από τη διακοπή των φαρμάκων αυτών μετά από μόνο οκτώ εβδομάδες θεραπείας. Μετά από οκτώ μήνες θεραπείας, 47 από τους 88 ασθενείς δε μπορούσαν να ολοκληρώσουν τη σταδιακή μείωση της δόσης στην ώρα της, ενώ το 20% παρουσίαζε σοβαρά συμπτώματα από τη διακοπή των φαρμάκων. Σε μια άλλη μελέτη 50 ασθενών που βρίσκονταν υπό αγωγή με για οκτώ μήνες και ελάττωναν τη δοσολογία αργά, με την αλπραζολάμη υπήρξε υποτροπή στο 70-80% των περιπτώσεων. Όμως, σε μια επόμενη μελέτη με πολύ αργή διαδικασία ελάττωσης της δόσης, διάρκειας 2-4 μηνών, τα συμπτώματα από τη διακοπή του φαρμάκου σχεδόν εξαλείφθηκαν. Τελικά, φαίνεται ότι τα κρίσιμα ζητήματα που αφορούν τη διακοπή της λήψης του φαρμάκου είναι ο ρυθμός της ελάττωσης της δόσης καθώς και η στάση και νοοτροπία τόσο του ιατρού όσο και του ασθενούς απέναντι στη διακοπή και στη συμπτωματολογία εξαιτίας της διακοπής λήψης του φαρμάκου.

- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Ήταν πιθανό η πρώιμη ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της ιμιπραμίνης στη διαταραχή πανικού, που άνοιξε το πεδίο της φαρμακευτικής θεραπείας της διαταραχής πανικού. Τώρα υπάρχουν πάνω από δώδεκα καλά ελεγχόμενες με placebo κλινικές μελέτες, με όλες τους εκτός μιας να έχουν δείξει καλύτερα αποτελέσματα από το placebo.

Με την ιμιπραμίνη παρατηρήθηκε για πρώτη φορά η αντίδραση αρχικής υπερδιέγερσης. Όπως και με άλλα φάρμακα που προκαλούν αυτή την αρχική φοβική αύξηση στα συμπτώματα άγχους, με μικρότερες αρχικές δόσεις (π.χ. 10 mg/ημέρα ιμιπραμίνη), η φοβική αυτή αντίδραση μπορεί σε γενικές γραμμές να αντιμετωπιστεί ή να αποφευχθεί.

Οι επωφελείς δράσης της ιμιπραμίνης (και όλων των αποτελεσματικών φαρμάκων) είναι εναντίον όλων των συνιστωσών της διαταραχής πανικού – όμως με την ιμιπραμίνη σπανίως παρατηρείται σημαντική δράση πριν περάσουν τέσσερις εβδομάδες και συνήθως απαιτούνται οκτώ με δώδεκα εβδομάδες.

Μερικά από τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα της ιμιπραμίνης είναι το πόσο καλά μελετημένη είναι, το ότι μπορεί να χορηγηθεί άπαξ ημερησίως, καθώς και το χαμηλό της κόστος (Πίνακας 4). Οι κυριότερες δυσκολίες με αυτή είναι οι αντιδράσεις υπερδιέγερσης και η σημαντική αύξηση του βάρους σε μακροχρόνια χρήση, καθώς και ο κίνδυνος σε περίπτωση υπερδοσολογίας. Η δοσολογία θα πρέπει να ξεκινά από 10 mg/ημέρα και να αυξάνεται βαθμιαία μέχρις ανταποκρίσεως του ασθενούς ή με μέγιστη δόση τα 300 mg/ημέρα. Στη μεγάλη μελέτη Multinational Phase II Cross-National Panic Study με σχεδιασμό για ευκαμψία στη δοσολογία, το 70% (τελικός στόχος) των ασθενών ήταν ελεύθεροι κρίσεων πανικού (78% αυτών που ολοκλήρωσαν τη μελέτη), με μέση δοσολογία τα 155 mg/ημέρα.

- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης

Η μεγαλύτερη εμπειρία που έχουμε με τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι με τη φαινελζίνη, αν και η τρακυπρομίνη έχει επίσης φανεί αποτελεσματική. Η πιο καθοριστική κλινική μελέτη ήταν μια πρώιμη σύγκριση της φαινελζίνης με την ιμιπραμίνη στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Και τα δυο φάρμακα φάνηκαν το ίδιο αποτελεσματικά, αν και η

φαινελζίνη φάνηκε πιο αποτελεσματική ως προς ορισμένα παγκόσμια μέτρα σύγκρισης-αξιολόγησης. Αυτή ήταν η πρώτη μελέτη που υπέδειξε ότι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) μπορεί να ήταν η πιο αποτελεσματική κατηγορία φαρμάκων για την πάθηση, ιδιαίτερα αν ο/η ασθενής με τη διαταραχή πανικού είναι καταθλιπτικός/ή.

Η αποτελεσματική δοσολογία του φαρμάκου κυμαίνεται από 45-90 mg/ημέρα, αρχίζοντας συνήθως από τα 15 mg/ημέρα και αυξάνοντας τη δοσολογία κάθε δυο ημέρες μέχρι τα 45-60 mg/ημέρα. Περίπου 70-80% των ασθενών ανταποκρίθηκαν στο φάρμακο σε κλινικές δοκιμές. Βεβαίως, το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η ανάγκη να τεθεί ο ασθενής σε διαιτητικούς περιορισμούς και ο κίνδυνος υπερτασικής κρίσης εάν ο/η ασθενής δεν τους ακολουθήσει (Πίνακας 4). Προκύπτουν επίσης κίνδυνοι σε λήψη άλλων φαρμάκων, ειδικότερα για συγκεκριμένα αναλγητικά και άλλα αντικαταθλιπτικά.

Οι περισσότεροι κλινικοί ιατροί στις ΗΠΑ είναι απρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, αν και αυτή η απροθυμία δεν είναι τόσο σημαντική σε άλλες χώρες. Σε γενικές γραμμές, οι αναστολείς της ΜΑΟ φυλάσσονται για ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες θεραπευτικές αγωγές. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι αϋπνίες, η αύξηση του σωματικού βάρους, η ορθοστατική υπόταση, οι αντιχολινεργικές παρενέργειες και η σεξουαλική δυσλειτουργία.

Οι αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης βρωφαραμίνη και μεκλοβεμίδη έχουν προσφάτως προκαλέσει το ενδιαφέρον επειδή για αυτούς δεν απαιτούνται διαιτητικοί περιορισμοί. Όμως, πρόσφατες κλινικές μελέτες με τη μεκλοβεμίδη δε μπόρεσαν να καταδείξουν την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου έναντι του placebo και παρά τα πολλά υποσχόμενα αρχικά αποτελέσματα με τη βρωφαραμίνη, η ανάπτυξη του φαρμάκου διακόπηκε.

- Άλλα φάρμακα

Αν και οι κλινικές δοκιμές με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, τις βενζοδιαζεπίνες και τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης εμφανίζουν θετικές ανταποκρίσεις στη θεραπεία σε ποσοστό 75%, η πλήρης λύση των συμπτωμάτων και των λειτουργικών αναπηριών, όπως και των ανεπιθύμητων ενεργειών και των συνυπαρχόντων διαταραχών επέρχεται σε κάτι λιγότερο από το 50% των ασθενών. Τούτο έχει οδηγήσει σε προσπάθειες να βρεθούν καλύτερα φάρμακα από αυτά που μέχρι σήμερα είναι σε γενικές γραμμές ανεπιτυχή.

Βεβαίως διάφορες μικρές μελέτες έχουν δείξει ότι το βαλπροϊκό οξύ είναι αποτελεσματικό στη διαταραχή πανικού, με δράσεις παρόμοιες με τα άλλα παραδοσιακά φάρμακα. Αν και η βουσπιρόνη έχει φανεί να είναι αναποτελεσματική, σε μικρές μελέτες έχει φανεί ότι η αζαπυρόνη, η γεπιρόνη και οι ιμιδαζολαπυριδίνες μπορεί να είναι αποτελεσματικές.

Θεραπίες Συνέχισης/Διατήρησης

Υπάρχει πλέον μια σειρά μελετών που χρησιμοποιούν τα αντικαταθλιπτικά ή τις βενζοδιαζεπίνες ως θεραπεία συντήρησης για έξι ή και δώδεκα μήνες για τη διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία. Σε κάθε μελέτη μέχρι τώρα, τα θεραπευτικά οφέλη από τη θεραπεία οξείας φάσης διατηρούνται σχεδόν πάντοτε, και σε γενικές γραμμές είναι εκτεταμένα όταν η φαρμακευτική αγωγή συνεχίζεται. Μετά από φαρμακευτική αγωγή για έξι μήνες, το 93% των ασθενών ήταν ελεύθεροι συμπτωματολογίας πανικού, σε σύγκριση με το ποσοστό 60% του placebo. Σε μια δωδεκάμηνη μελέτη που συνέκρινε την χλωριμιπραμίνη με placebo, η ομάδα της χλωριμιπραμίνης συνέχισε να βελτιώνεται και να ανέχεται καλά το φάρμακο. Σε διάφορες μετρήσεις έκβασης τα ποσοστά βελτίωσης κυμαίνονταν από 82 έως 100%. Οι ασθενείς υπό placebo οι οποίοι μετακινήθηκαν στην ομάδα θεραπείας έφτασαν τις καλές ανταποκρίσεις της ομάδας της χλωριμιπραμίνης.

Σε μια από τις πρώτες μελέτες, η χορήγηση της κλοναζεπάμης συνεχίστηκε για ένα χρόνο σε είκοσι ασθενείς και οι δεκαοχτώ παρουσίασαν θετική ανταπόκριση με μέση δόση $2,3 \pm 1,6$ mg/ημέρα. Σε μια εξάμηνη μελέτη παράτασης χορηγήσεως σε ασθενείς υπό αλπραζολάμη

που συμμετείχαν σε μια αρχική κλινική δοκιμή διάρκειας οκτώ εβδομάδων, η ομάδα διατήρησε την αποτελεσματικότητα της αγωγής με δόση κατά το πέρασμα των οκτώ εβδομάδων κλινικής δοκιμής $5,1 \pm 3,2$ mg/ημέρα. Αυτή έπεσε στα $4,7 \pm 2,1$ mg/ημέρα κατά την 32^η εβδομάδα και στην επακόλουθη παρακολούθηση ένα με δύο έτη μετά οι δόσεις των περισσότερων είχαν πέσει στα 1 με 2 mg/ημέρα.

Στη μεγάλη παρακολούθηση μετά τη φάση II της μελέτης Cross-National Panic Trial, υπήρξε μια διπλά τυφλή σύγκριση διάρκειας 32 εβδομάδων της αλπραζολάμης, της ιμιπραμίνης και του placebo σε 181 ασθενείς. Πάλι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας διατηρήθηκε και με τις δυο φαρμακοθεραπείες χωρίς αύξηση της δόσης. Οι ασθενείς που βρίσκονταν και στις δυο ενεργές (πραγματικές) θεραπείες σε γενικές γραμμές παρέτειναν τη βελτίωσή τους, αν και οι ασθενείς της ομάδας placebo έτειναν να χάνουν κάποια από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και βέβαια εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά εγκατάλειψης της αγωγής. Η πιο πρόσφατη μακροχρόνια παράταση συνεχίστηκε με την παροξετίνη, τη χλωριμιπραμίνη και το placebo σε 176 ασθενείς μετά από μια κλινική μελέτη. Κατά την ενός έτους παράταση της θεραπείας, τόσο οι ασθενείς υπό παροξετίνη όσο και οι ασθενείς υπό ιμιπραμίνη συνέχισαν να βελτιώνονται και, όμοια με την προηγούμενη κλινική μελέτη που αναφέρθηκε, οι ασθενείς με placebo έτειναν να χάσουν κάποια από την αρχική τους ανταπόκριση στην αγωγή.

Με τη συσσώρευση στοιχείων σχετικά με τα μεγάλα ποσοστά υποτροπών σε διακοπή διαφόρων αποτελεσματικών θεραπειών, η μακροχρόνια θεραπεία σε γενικές γραμμές διάρκειας 6-18 μηνών, είναι πλέον ρουτίνα. Αν και δεν είναι καλά τεκμηριωμένο, ίσως ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα είναι ότι φαίνεται πως οι ασθενείς όχι μόνο συνεχίζουν να βελτιώνονται για τους πρώτους έξι μήνες, αλλά η βελτίωσή τους αυτή συνεχίζει να παρατείνεται όσο περισσότερο οι ασθενείς συνεχίζουν να υπόκεινται στη θεραπευτική αγωγή, ίσως ακόμα και για τα δύο πρώτα έτη θεραπείας.

Πρόληψη των υποτροπών

Τα διαθέσιμα στοιχεία δε μας επιτρέπουν συμπεράσματα για το ποσοστό των ασθενών που θα υποτροπιάζουν αν διακοπή η αποτελεσματική φαρμακοθεραπευτική αγωγή της διαταραχής πανικού. Όμως, οι πρώτες εκτιμήσεις μας δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπές. Ως επικρατούσα άποψη παρέμενε ότι το 35-85% των ασθενών υποτροπιάζουν μετά τη διακοπή είτε των αντικαταθλιπτικών είτε των βενζοδιαζεπινών. Όμως μια μελέτη ανέφερε σχεδόν καθόλου υποτροπές μετά τη διακοπή χλωριμιπραμίνης σε ασθενείς, ίσως γιατί προχωρούσαν σε βαθμιαία ελάττωση της δόσολογίας. Υπάρχει βεβαίως μια ισχυρή υποψία ότι η ταχεία ελάττωση της δόσολογίας των βενζοδιαζεπινών προκαλεί σημαντικά συμπτώματα στέρησης τα οποία πιθανόν διεγείρουν την υποτροπή.

Μια πρώτη μελέτη των Zitrin και συν. Ανέφερε ποσοστό υποτροπών μόνο 26%. Σε μια σύγχρονη μελέτη που συνέκρινε την ιμιπραμίνη και τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, το ποσοστό των υποτροπών ήταν 40%. Μια από τις πιο άρτιες τεχνικά μελέτες πρόληψης των υποτροπών που ακολούθησε τη μελέτη σταθερής δόσολογίας της παροξετίνης περιγράφηκε παραπάνω. Μετά τη θεραπεία οξείας φάσης, οι ασθενείς επανατυχαίοποιήθηκαν με διπλά τυφλό τρόπο για να λάβουν είτε παροξετίνη στα προηγούμενα επίπεδα δόσης, είτε placebo για ακόμα τρεις μήνες. Ήταν ενδιαφέρον το ότι μόνο το 30% των ασθενών που κατατάχθηκαν τυχαία στην ομάδα του placebo υποτροπίασαν, σε σύγκριση με ποσοστό υποτροπής 5% αν η λήψη παροξετίνης συνεχιζόταν. Η υποτροπή στους ασθενείς με placebo εμφανιζόταν και στις τέσσερις πρώτες εβδομάδες μετά τη διακοπή. Σε μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη που ολοκληρώθηκε πρόσφατα, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε προσεκτική διακοπή της φαρμακοθεραπείας τους και ακολούθως τέθηκαν υπό παρακολούθηση. Πάλι ήταν ενδιαφέρον ότι το ποσοστό των υποτροπών φαινόταν συγκρίσιμο με αυτό της μελέτης της παροξετίνης. Αν και αυτές οι μελέτες βεβαίως πρέπει να επαναληφθούν, υποδεικνύεται ότι τα ποσοστά υποτροπών μπορεί να είναι μικρότερα από ότι παλαιότερα είχε εκτιμηθεί, εάν οι ασθενείς διακόψουν αργά και βαθμιαία την αγωγή τους και παρακολουθηθούν προσεκτικά στη συνέχεια.

Υπάρχει μια μικρή μελέτη που υποδεικνύει ότι το ποσοστό υποτροπών είναι μικρότερο αν η θεραπεία είναι μεγαλύτερης διάρκειας. Ο Mavissikalian παρακολούθησε μια μικρή ομάδα

ασθενών που ανταποκρίθηκε στην ιμιπραμίνη, διέκοψε σε μερικούς την αγωγή μετά από έξι μήνες χορήγησης και σε άλλους μετά από δεκαοκτώ μήνες αγωγής (100). Σε αυτούς τους ασθενείς, υπήρξε ποσοστό υποτροπών 80% στην ομάδα υπό αγωγή για ένα εξάμηνο, αλλά μόνο 20% στην ομάδα υπό αγωγή για ένα δεκαοκτάμηνο. Τούτο το εύρημα και τα συνεπαγόμενά του είναι συμβατά με την κλινική εμπειρία αλλά βεβαίως χρειάζεται επανάληψη – όμως υποστηρίζουν σαφώς τη γενικότερη σύσταση της συνεχούς θεραπείας για δώδεκα έως δεκαοκτώ μήνες αν αυτή είναι αποτελεσματική.

Αντιμετώπιση

Οι υποδείξεις για αντιμετώπιση σε αυτές τις παραγράφους βασίζονται σε στοιχεία των εφαρμοσμένων θεραπειών στη διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία, με πολλά από αυτά να έχουν συζητηθεί παραπάνω. Όμως, όπως στη θεραπεία όλων των ασθενών, υπάρχουν υποδείξεις που επίσης εμπλέκουν την «τέχνη» της θεραπείας των ασθενών αυτών οι οποίες έχουν αναπτυχθεί, αλλά δεν έχουν ποτέ μελετηθεί ή επιβεβαιωθεί εμπειρικά.

- Αντιμετώπιση των ασθενών χωρίς επιπλοκές

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, φαίνεται ξεκάθαρα ότι ο μέσος ασθενής με διαταραχή πανικού μπορεί να αντιμετωπιστεί με πολλά φάρμακα ή ψυχοθεραπείες όπως τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ή τις βασισμένες στην έκθεση θεραπείες σχεδιασμένες για τη διαταραχή πανικού με περίπου την ίδια αποτελεσματικότητα. Οι ασθενείς επίσης παρουσιάζονται για θεραπεία συχνά με ξεκάθαρες ιδέες για το με ποιον τρόπο θα επιθυμούσαν να θεραπευτούν ή για το με ποιον τρόπο πιστεύουν ότι θα θεραπευτούν καλύτερα. Υπάρχουν ορισμένοι άνθρωποι με ισχυρά συναισθήματα ή προκαταλήψεις υπέρ ή κατά τόσο των φαρμακευτικών αγωγών όσο και των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών. Δεδομένης της καταστάσεως, όπως και της έλλειψης ξεκάθਾਰου λόγου για την επιλογή μιας θεραπείας έναντι μιας άλλης, η ηθική στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θα υπαγόρευε την προσφορά στους ασθενείς της επιλογής της θεραπευτικής αγωγής. Υπάρχουν επίσης κάποια στοιχεία ότι οι ασθενείς θα ανταποκριθούν καλύτερα σε εκείνη τη θεραπευτική αγωγή στην οποία «πιστεύουν». Δυστυχώς, οι δυο μορφές θεραπείας δεν είναι το ίδιο εύκολα διαθέσιμες σε όλες τις υπηρεσίες υγείας ή σε όλες τις χώρες. Οι ψυχίατροι τείνουν να χρησιμοποιούν τη φαρμακοθεραπεία μαζί με επιμορφωτικές ενέργειες, με έκθεση και γνωσιακή δουλειά λιγότερο συστηματικής φύσης σε σχέση με τους ψυχολόγους και άλλο μη ιατρικό υγειονομικό προσωπικό. Αν και πολλοί ψυχολόγοι προσανατολισμένοι στη γνωσιακή και συμπεριφορική ψυχολογία όντως συνεργάζονται με ψυχιάτρους και με άλλους ιατρούς για τη χορήγηση φαρμάκων, για πολλούς η ευκολία αυτή της συδνυασμένης θεραπείας δεν είναι διαθέσιμη.

Όπως αναφέρθηκε, οι περισσότεροι ψυχίατροι χρησιμοποιούν ένα από τα φάρμακα που αναφέρθηκαν παραπάνω, συμπληρούμενα από επιμορφωτικές προσπάθειες και προς τον ασθενή και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον. Τούτο σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει τη χρήση κάποιου γραπτού υλικού το οποίο οι ασθενείς και οι συγγενείς τους διαβάζουν και συζητούν μαζί με τον ψυχίατρο. Η επιμόρφωση είναι ένα κρίσιμο σημείο της αρχικής θεραπείας των ασθενών σε θεραπείες βασισμένες στην έκθεση, καθώς και στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Οι επιμορφωτικές αυτές προσπάθειες βοηθούν ιδιαίτερα σχεδόν πάντοτε, ενώ στις περιπτώσεις ασθενών με πιο ήπια συμπτωματολογία μπορεί να αρκούν για τη θεραπεία τους.

Όταν πρόκειται να συνταγογραφηθεί φαρμακευτική αγωγή, είναι πιο λογικό να γίνει μια συζήτηση με τον ασθενή για το ποια φάρμακα θα μπορούσαν να είναι κατάλληλα, καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του καθενός. Όπως περιγράφηκε στον Πίνακα 4, κάθε φάρμακο είναι διαφορετικό, και ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς και με την προηγούμενη εμπειρία, οποιαδήποτε από τις τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων θα μπορούσε να είναι κατάλληλη. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι τρέχουσες απόψεις θα υπεδείκνυαν ότι το φάρμακο πρώτης επιλογής θα ήταν αυτή τη χρονική στιγμή ένας εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI). Την περισσότερη εμπειρία την έχουμε με την παροξετίνη, τη φλουβοξαμίνη, τη σιταλοπράμη και την

σερτραλίνη, αν και η φλουοξετίνη φαίνεται να είναι το ίδιο αποτελεσματική. Σε μια πρόσφατη μετανάλυση όλων των αποτελεσματικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης βρέθηκαν να είναι πιο αποτελεσματικοί από τις άλλες κατηγορίες φαρμάκων. Σε συνδυασμό με τη μεγαλύτερη ανεκτικότητα, τη μικρότερη αύξηση βάρους και την ασφάλεια σε υπερδοσολογία, θα φαίνονται ως η λογική πρώτη επιλογή, αν είναι διαθέσιμοι.

Πηγή: Gelder, Lopez-Ibor & Andreasen, 2008